

MESTRADO INTEGRADO

MEDICINA

O doente mental e o crime, uma perspectiva global da inimputabilidade em Portugal

Catarina Inês Pereira Machado

M
2020



Doente Mental e Crime, uma perspectiva global da inimputabilidade em Portugal

Catarina Inês Pereira Machado

catyines@gmail.com

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

ORIENTADOR:

Mestre João Luís Freitas

Director do Serviço de Psiquiatria Forense

Consultor de Psiquiatria; Assistente Hospitalar Graduado Sénior;

Subespecialista em Psiquiatria Forense pela Ordem dos Médicos

Professor Externo do ICBAS

COORIENTADORA:

Prof. Doutora Liliana Castro

Médica Especialista em Psiquiatria; Assistente hospitalar;

Professora externa do ICBAS

Porto, maio de 2020

Doente mental e crime, uma perspectiva global da
inimputabilidade em Portugal

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ASSINATURA DA ESTUDANTE

Isabelina Inês Pereira Machado

ASSINATURA DO ORIENTADOR

[Assinatura]

ASSINATURA DA COORIENTADORA

Liliana Gomes de Gótz

Agradecimentos

Agradeço ao serviço de psiquiatria forense do Hospital de Magalhães Lemos, na pessoa do seu director e meu orientador Dr. João Luís Freitas a possibilidade que me deram de conhecer a unidade e de me facultarem a sua base de dados.

Agradeço à minha coorientadora pela oportunidade de realizar esta dissertação.

Um especial agradecimento ao Dr. Fernando Vieira, pela disponibilidade em esclarecer as minhas dúvidas, mesmo sem nunca me ter visto.

À minha avó, que me criou e sempre me ensinou tudo e mais alguma coisa, acreditando sempre que eu seria capaz. À minha mãe, que nunca me fez faltar nada, e que me abriu as portas do mundo. Ensinaaram-me a viver e a crescer. Hoje sou o que sou graças a elas.

Ao Demetrio, por quem é e pelo que me faz ser, pela força que me dá e por estar sempre ao meu lado de braços abertos.

A todos os meus amigos, pelos desabafos, pelas experiências vividas e pelos empurrões na direção certa. Cada um de vós faz parte do caminho que me trouxe até aqui.

À família com quem cresci, sempre disponível para um abraço caloroso.

À minha família emprestada, por me ter acolhido com tanto carinho e tratado como um elemento da família, mesmo não partilhando uma gota de sangue.

Resumo

O presente trabalho, realizado no âmbito da Unidade Curricular “Dissertação/Projeto/Estágio” do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar trata-se de uma visão global da inimizabilidade em Portugal, no seu contexto teórico e numa pequena amostra prática.

Esta dissertação encontra-se dividida numa análise teórica e numa análise prática. A primeira parte consiste numa parte teórica, onde se realiza uma explicação do sistema relacionado com a inimizabilidade em Portugal, através de uma análise da legislação portuguesa, assim como de alguns artigos, para a realização de um enquadramento teórico com o objectivo de compreender os critérios que permitem a declaração da inimizabilidade e a organização dos sistemas que contemplam as medidas de segurança e tratamento.

A segunda parte consiste na análise de uma amostra de quarenta inimizáveis internados na nova unidade destinada ao internamento de inimizáveis situada no Hospital de Magalhães Lemos, e procura-se compreender as características sociodemográficas, patologias diagnosticadas e penas atribuídas aos doentes inimizáveis, de modo a perceber como a teoria se faz cumprir na prática. O objectivo é também verificar se questões que têm sido levantadas, especialmente por parte de quem está relacionado com a área do direito, efectivamente se podem verificar, analisando uma amostra destes indivíduos, assim como a existência de outras questões pertinentes nas quais nos devemos focar para uma melhoria do panorama nacional.

O enquadramento teórico teve como suporte uma análise cuidada dos artigos pertinentes dos códigos que regem o internamento de inimizáveis, assim como livros e artigos relacionados com a área do direito, psicologia, sociologia e medicina, recorrendo ao Google Scholar, e sendo os artigos seleccionados e excluídos de acordo com o conteúdo do título e/ou resumo e data da sua publicação – a partir de 1996, limitado às línguas portuguesa, inglesa e italiana. O estudo prático foi realizado com base numa base de dados fornecida pelo Serviço de Psiquiatria Forense, com os dados gerais, clínicos e processuais dos internados e foi realizada uma análise estatística com recurso às ferramentas do programa Microsoft Excel do Office.

A análise das duas vertentes permitiu comparação dos objectivos teóricos com aqueles efectivamente aplicados aos inimizáveis, o que conduziu à verificação da existência de defeitos ao sistema aplicado em Portugal, em várias vertentes, especialmente no que diz respeito à longa duração das medidas de segurança atribuídas, se comparadas com ilícito semelhante cometido por imputável.

PALAVRAS CHAVE: lei de saúde mental, inimizável, medida de segurança de internamento

Abstract

The present Project, carried out within the scope of the curricular unit “Dissertação/Projeto/Estágio” of the 6th year of the Integrated Master’s degree in Medicine of the “Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar”, consists of an overall vision of the insanity defense in Portugal, in its’ theorical context and in a small practical sample.

This dissertation is divided in a theoretical analysis and a practical analysis. The first consists of the theoretical part, where a theoretical explanation of the system related with the insanity defense in Portugal is held, through an analysis of the Portuguese laws that govern the insanity defense in Portugal, as well as the analysis of a few articles, with the aim to carry out a theoretical framework to better understand the criteria that allow the plea of not guilty due to mental disease, as well as the understanding of the organization of the systems that host this patients.

The second part consists of the analysis of a sample of forty individuals admitted in the new facility destined to the admission of the non-imputable in the hospital “Magalhães Lemos”, and the goal is that to understand the social-demographic characteristics, diagnosed pathologies and applied penalties to the patients, in order to understand how the theory applies itself in the practice component. The goal is that to verify is the questions that have been raised throughout the years, especially those who work in the area of Law can be seen by the analysis of these individuals, as well as the existence of other relevant questions, in which we should focus in order to improve the national system.

The theoretical framework was carried out by a thorough review of relevant articles of the codes that rule the admission of the insanity defended, as well as books and articles related with the areas of Law, Psychology, Sociology and Medicine, making use of Google Scholar, and the material was selected and excluded based on their titles and or abstracts and the date of the publication – from 1996, limited to Portuguese, English and Italian languages. The practical study was held based on database provided by the Forensic Psychiatry Unit with the general, processual and clinical data of the hospitalized, and a statistical analysis with excel tools was made.

The analysis of the two dimensions allowed to make a comparison between the theoretical goals and the ones that are actually applied to these patients, which led up to the verification of the existence of flaws in the system applied in Portugal, especially about what regards the long duration of the implemented security measures.

KEY WORDS: mental law, non-imputable, security measure insanity defense

Lista de abreviaturas

CP: Código Penal (português)

CRP: Constituição da República Portuguesa

CPP: Código do Processo Penal

DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5ª Revisão

CID-10-MC: Classificação Internacional das Doenças, 10ª Revisão

CEPMPL: Código de Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade

RGEP: Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais

LSM: Lei de Saúde Mental

DGRSP: Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

HML: Hospital Magalhães Lemos

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Índice.....	v
Lista de tabelas.....	vi
Lista de figuras.....	vii
Prefácio.....	1
1 – Enquadramento teórico.....	2
1.1 – Breve Contexto teórico.....	2
1.2 – Crime.....	3
1.3 – Inimputabilidade.....	5
1.4 – Medidas Aplicadas.....	10
2 – O Estudo.....	17
2.1 – Objectivos.....	17
2.2 – Método.....	17
2.3 – Resultados.....	18
2.3.1 – Dados Sociodemográficos.....	18
2.3.2 – Diagnósticos e Crimes.....	18
2.3.3 – Relação vítima-agressor.....	19
2.3.4 – Tipificação da violência doméstica.....	19
2.3.5 – Medidas de segurança.....	19
2.4 – Discussão.....	20
2.5 – Conclusões.....	26
Referências bibliográficas.....	28
Anexos.....	30

Lista de Tabelas

Tabela I – Características Sociodemográficas

Tabela II – Relação vítima-agressor

Tabela III – Grau de parentesco das vítimas de violência doméstica

Tabela IV – Médias das durações máximas e mínimas das medidas de privação de liberdade e respectiva média do tempo de internamento

Tabela V – Tempo real do cumprimento da medida

Tabela VI – Crime, pena, medida de segurança

Lista de Figuras

Figura 1. Diagnóstico

Figura 2. Crimes cometidos

Prefácio

Os inimputáveis, em razão de anomalia psíquica, são aqueles aos quais não se pode atribuir uma pena devido à presença de uma patologia mental diagnosticada. São isentos de culpa e devido a isso foi necessário contornar a situação; a solução encontrada foi a atribuição de uma medida de segurança.

A inimputabilidade pode ser atribuída em razão da idade ou em razão de anomalia psíquica; no presente trabalho abordar-se-á apenas os inimputáveis em razão de anomalia psíquica. A compreensão deste conceito é de extrema importância para a presente dissertação, uma vez que será o alvo da mesma.

Durante muitos anos os doentes inimputáveis não receberam a devida atenção por parte dos órgãos responsáveis, o que pode ter conduzido a um atraso no que toca à efectividade dos sistemas existentes na actualidade.

A medida de segurança não deveria ser igual à pena, embora seja similar, pois o seu objectivo deveria ser aquele de reintegrar e tratar o doente em primeiro lugar, e a defesa de bens jurídicos deveria estar em segundo plano mas, ao longo dos anos, tem-se notado uma aproximação das duas. Para que se aplique esta medida de segurança, o pressuposto fundamental é a perigosidade, ou seja, a existência ou não da probabilidade que o indivíduo venha a cometer no futuro factos do mesmo género.

Em relação às medidas de segurança aplicadas aos inimputáveis, tem-se verificado, ao longo dos anos, que a sua duração tende a ser excessiva, uma vez que não existem limites mínimos e máximos propriamente fixos, o que permite que a medida se possa estender para além do previsto. Como forma de compreender melhor a realidade do que acontece nas unidades de inimputáveis de Portugal far-se-á uma análise estatística de quarenta inimputáveis internados no Hospital de Magalhães Lemos, da cidade do Porto, para o qual, entre 6 de Dezembro de 2019 e 6 de Janeiro de 2020 deram entrada quarenta inimputáveis, provenientes da unidade de internamento de inimputáveis do estabelecimento prisional Cruz do Bispo. O objectivo será aquele de caracterizar esta população, conhecer quais são as patologias associadas mais frequentes e a duração das medidas de segurança a eles atribuídas.

A decisão de abordar este tema deve-se ao interesse que nutro pela área da psiquiatria, e para aprofundar o meu conhecimento da recente subespecialidade da psiquiatria forense, focando-me num tema que considero pertinente não só para a Medicina, mas também para a sociedade.

1 – Enquadramento teórico

1.1 – Breve Contexto Histórico

A relação entre a Psiquiatria e o Direito não é tão recente quanto se possa pensar, data já dos tempos do Direito Romano, o mais remotamente conhecido a estabelecer normas jurídicas sobre o comportamento dos seus cidadãos, reconhecendo a consciência moral e responsabilidade como atributos necessários.

A luta entre a Medicina e o Direito acerca da questão da loucura teve lugar, essencialmente, no século XIX, especialmente nas suas últimas décadas¹. Vários foram os casos mediáticos que suscitaram a curiosidade dos intelectuais portugueses da época. Começou a pôr-se em causa a culpabilidade e a censurabilidade do “louco”, e a necessidade da criação de asilos que os albergassem. A batalha entre os magistrados e os médicos correu toda a Europa Ocidental. Vários intelectuais e a sua insistência neste assunto foram fundamentais para a criação e evolução das leis relativas aos inimputáveis portadores de anomalia psíquica, como por exemplo os franceses Pinel e Esquirol, pioneiros do primeiro grande progresso para a Psiquiatria Forense, o qual culminou na Lei da Reforma Hospitalar de 1838; esta promoveu o início da sistematização de um conjunto de direitos e garantias que visaram a protecção do doente, partindo de dois pressupostos fundamentais: protecção da sociedade e defesa dos direitos inalienáveis do cidadão. O comportamento deste só poderia ser considerado responsável se se traduzisse na expressão da sua lucidez de consciência e integridade da sua vontade². O conteúdo dessa lei definiu, em primeiro lugar, o objectivo da Psiquiatria Forense, o qual, segundo Fernandes da Fonseca (1987) é a ciência de carácter médico-legal, que se organizou a partir dos conhecimentos de Psiquiatria e da Jurisprudência e, segundo Pedro Polónio (1975), ciência auxiliar do Direito, que estabelece e define os elementos necessários ao fundamento da opinião médica que informa o juiz a respeito da aplicação da Lei aos portadores de doenças e anomalias mentais².

Em Portugal, os ideais em relação aos inimputáveis portadores de anomalia psíquica eram já defendidos por intelectuais como Mello Freire e Joaquim José Caetano Pereira, ambos juristas, entre o final do século XVII e os inícios do século XIX, mas os seus esforços apenas tiveram um efeito prático real aquando a edição do primeiro Código Penal Português, de 1852³. O debate entre alienistas e juristas concentra-se principalmente entre a edição do segundo Código Penal (1886)³ e a Reforma Prisional (1936) – na primeira podemos já encontrar leis referentes aos inimputáveis portadores de anomalia psíquica. Neste código, está expresso que só podemos classificar como criminosos os loucos de qualquer espécie, excepto no seu intervalo lúcido, e que estes deveriam ser entregues à família ou recolhidos para um hospital de alienados⁴, sendo a liberdade e a inteligência consideradas dois requisitos necessários para que o facto fosse

imputado e considerado crime³. Até 1911 não estava efectivado o ensino da psiquiatria; este apenas se começou a desenvolver realmente após a deposição da monarquia. Júlio de Mattos, Miguel Bombarda, entre muitos outros, foram subindo na escada do poder fincando cada vez mais a sua posição e a defesa das suas opiniões e achados médicos. Os médicos, intelectuais, atingiram um nível de poder sem precedentes, de modo a que a época pós-deposição da monarquia chegou a receber o nome de “República dos Médicos” pelos historiadores³. Depois do segundo CP, o primeiro a positivar os “loucos” isentos de responsabilidade, outros diplomas se seguiram, atribuindo ao psiquiatra a responsabilidade de determinar a imputabilidade do alienado (modelo biopsicológico), de fornecer a informação acerca da transitoriedade ou permanência da loucura e de determinar a libertação dos “loucos” assim que se tivesse comprovado a sua cura completa ou a sua inofensividade. A origem da separação da pena e medida de segurança – admitindo que a pena tem a função de retribuição pelo delito cometido e de ressocialização, enquanto que a medida tem uma função de prevenção do perigo – é o Código Rocco, Código Italiano de 1930, que foi uma das principais referências para a evolução da medida de segurança em todo o mundo. Mais tarde, à medida que o código e o pensamento acerca deste tema foi evoluindo, passamos para uma perspectiva biológica-normativa, que irei aprofundar posteriormente neste trabalho. Ao longo do tempo, os médicos foram perdendo o seu poder na tomada da decisão acerca da inimputabilidade, passando apenas a expor os factos científicos, uma base para que o juiz tome a decisão, e, assim, chegamos aos nossos dias.

1.2 – Crime

Um crime é um comportamento que viola a lei, sendo, por consequência, punido com uma pena. Não há crime sem lei e não podem ser aplicadas penas ou medidas de segurança que não estejam cominadas em lei anterior (art. 29.º, n.ºs 1 e 2, e 165.º, n.º1, alínea c), da Constituição da República Portuguesa)⁵. Inclusive, se analisarmos os três números do artigo 1.º do CP, acerca do Princípio da Legalidade, verificamos que, para que um facto seja punível, são necessárias as seguintes condições: um facto apenas pode ser punido criminalmente se tiver sido descrito e declarado passível de pena por lei anterior ao momento da sua prática; a medida de segurança só pode ser aplicada a estados de perigosidade cujos pressupostos estejam fixados em lei anterior ao seu preenchimento; não é permitido o recurso de analogias para qualificar um facto como crime, definir um estado de perigosidade ou determinar a pena ou medida de segurança que lhes corresponde⁸. Deste modo, é necessário que tudo esteja previamente documentado e previsto na lei, para que seja caracterizado como ilícito; ou seja, que vai contra a lei e a moral, para evitar o uso de comparações e a subjectividade humana.

As leis surgem como meio de conexão entre os comportamentos humanos criminais e uma consequência jurídica, para garantir o bem comum da sociedade. Para manter a paz e a segurança jurídica, as penas funcionam como prevenção geral, e prevenção especial ou específica. Em relação à prevenção geral, através da ameaça de aplicação de penas, actua-se psicologicamente na sociedade, para afastá-la da prática de crimes; esta prevenção pode assumir uma forma negativa ou de intimidação, ao ser vista pela sociedade como uma forma de intimidação, ou então uma forma positiva ou de integração, ao ser uma forma que o Estado tem de transmitir confiança. Em relação à prevenção especial ou individual, a pena funcionará como instrumento de prevenção sobre o delinquente, como forma de evitar que este repita o cometimento de novos crimes futuramente. Esta prevenção apresenta também um lado negativo, na medida em que é uma intimidação individual para neutralizar a sua perigosidade social; e um lado positivo, pois o objectivo principal é a reintegração do indivíduo na sociedade, para que possa viver “normalmente”, sem cometer novos crimes⁶.

A máxima fundamental de todo o direito penal é o princípio da culpa. Este princípio está consagrado no art. 40.º, n.º 2, do nosso CP, onde podemos verificar que não há pena, responsabilidade penal, sem culpa, *nulla pena sine culpa*. É uma exigência da dignidade humana, feita pelo art. 1.º da Constituição da República Portuguesa.

A responsabilidade criminal depende da prática de um crime, de um facto típico, ilícito, culposo e punível⁵. Um facto punível traduz-se num facto típico, ilícito e culposo, descrito e declarado passível de pena por lei anterior ao momento da sua prática. Um facto típico é um facto descrito na norma penal incriminadora que proíbe ou impõe uma determinada conduta humana lesiva de bens jurídico-penais⁷. Para além de ser típico, tem de ser ilícito, ou seja, contrário à ordem jurídica. Por último, tem de ser culposo, e entra aqui a questão da culpa. Como veremos mais adiante neste trabalho, quem não possui culpa pelo facto que cometeu, por ausência de uma consciência de liberdade e vontade, não preenche todos estes pressupostos, por isso, podemos dizer que comete factos ilícitos típicos. Isto constitui um problema, na medida em que, na ausência de culpa que se deve a uma anomalia psíquica, não faz sentido atribuir uma pena, pois esse sujeito não será capaz de compreender as razões pela qual estará a ser punido, seja por incompreensão da medida a si aplicada, ou do próprio facto que cometeu, e isso não trará nenhum benefício, nem individual, nem colectivo. Se o sujeito se revelar perigoso e houver risco de repetição dos factos no futuro, o panorama muda, mas, mesmo assim, não podemos atribuir-lhe uma pena, temos de contornar a situação e apresentar uma outra solução.

1.3 – Inimputabilidade

O verbo imputar vem do latim “imputare”, que significa atribuir a alguém a responsabilidade por algo, o que se traduz, em direito, na atribuição da culpa a outro⁸. A consciência humana corresponde à autoconsciência, ou seja, a consciência de se ter consciência. Uma perturbação na inteligência, memória, percepção, raciocínio ou sentimento pode afectar a consciência num determinado sentido².

Inimputabilidade corresponde à isenção de culpa por um determinado crime cometido. Para atribuir a culpa a um indivíduo, há determinados aspectos que devem estar preservados. No ser humano, as funções superiores mais diferenciadas são as funções cognitivas e conativas/motivacionais. As capacidades cognitivas compreendem as funções instrumentais da inteligência, os conteúdos do pensamento e da senso-percepção, e é este conjunto que assegura um contacto objectivo com a realidade⁹. O sistema motivacional está sujeito ao controlo cognitivo e a vontade está associada ao conhecimento, uma vez que a vontade se manifesta em relação a algo que se conhece. Quando estas condições estão ausentes, podemos falar de alterações da capacidade de avaliação, de compreensão do bem e do mal e perda da liberdade de acção, resultado da alteração da capacidade de decisão. Se partirmos deste pressuposto, poderemos considerar como “normal” o indivíduo que tiver estas capacidades conservadas⁹.

Aristóteles foi responsável pela caracterização da responsabilidade penal da actualidade, ao afirmar que há escassa imputabilidade quando o acusado, no momento em que cometeu o acto, não possuía as competências necessárias para compreender a natureza e os resultados da sua conduta⁴. Como foi já dito, um crime é um comportamento que viola a lei, e, como tal, é punido com uma pena. Uma pena tem como suporte axiológico-normativo uma culpa concreta, é necessário o princípio da culpa, mas para a atribuição de culpa, não basta que o crime tenha sido cometido.

O Código Penal e a Lei de Saúde Mental surgem como principais respostas sociais utilizadas pelo ordenamento jurídico para fazer face à perigosidade que o doente mental pode representar, e, com eles, podemos assim individualizar 3 pilares fundamentais: i) defesa da segurança pública contra a agressividade do doente; ii) defesa do próprio doente contra o risco de autoagressão; iii) tratamento da doença².

Em Portugal, são alvo de inimputabilidade os menores de 16 anos e aqueles que possuem uma anomalia psíquica. Como podemos ver no Artigo 20.º do CP português, no caso de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica:

1º - é inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com esta avaliação;

2º - pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída;

3º - a comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior;

4º - a inimputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.

Pela análise deste artigo, constatamos, pelo seu n.º 1, que só poderemos verificar a inimputabilidade se estiver presente um substrato biológico – a anomalia psíquica – e um psicológico – incapacidade para avaliar a ilicitude do facto e de se determinar de acordo com essa avaliação. Essas condições têm de estar presentes e exprimirem-se no momento em que o indivíduo cometeu o acto.

O n.º 2 é referente aos casos de inimputabilidade diminuída, proveniente de uma anomalia psíquica grave, cujos efeitos o sujeito não domina, sem que por isso possa ser censurado, mas que será particularmente perigoso. Nestes casos, verifica-se que não se refere a indivíduos verdadeiramente inimputáveis, pois se trata de indivíduos que, no momento da prática do facto, dispunham de capacidade para avaliar a ilicitude deste e de se determinar de acordo com essa avaliação, ainda que, pelas razões anunciadas, essa capacidade se encontrasse diminuída¹⁰. É de ter em conta que a possibilidade de diminuição de imputabilidade, ou seja, diminuição da culpa e censurabilidade do facto não significa que esta será uma forma de semi-imputabilidade, mas sim um caso de inimputabilidade duvidosa. Se o indivíduo possui uma capacidade de controlo substancialmente diminuída, também a culpabilidade poderá ser reduzida. São casos bastante complexos, difíceis de avaliar e determinar, devido a uma grande quantidade de factores envolvidos. Neste sentido, a lei é flexível, na medida em que o juiz pode optar pela imputabilidade ou inimputabilidade, de acordo com a capacidade, ou sua ausência, que o indivíduo possuía para dominar os efeitos da sua anomalia psíquica e também pelos efeitos que teria a pena de prisão ou a medida de segurança na sua socialização. Segundo Eduardo Correia, este número do art. 20.º permite a “realização de um pensamento de alternatividade, ou seja, de uma aplicação de sanções em função da inim- ou imputabilidade, em que não deixará de intervir a ideia do efeito que elas podem ter sobre o agente de um facto criminoso”, ou seja, se a pena de prisão puder satisfazer as exigências de prevenção especial, o agente é considerado imputável; se se verificar que a medida de segurança será mais eficaz para a satisfação destas exigências, o agente é considerado inimputável⁹. A declaração de inimputabilidade, no fundo, surge como o modo de neutralização mais eficaz da perigosidade criminal do agente, uma vez

que a medida de segurança é mais vocacionada para o tratamento psiquiátrico e para fazer face a essa perigosidade. Trata-se, em suma, de uma ficção de inimputabilidade⁵, pois um indivíduo ou é imputável ou inimputável, não havendo lugar a figuras intermédias¹⁰.

O n.º 4 refere-se aos casos em que o indivíduo se coloca propositadamente no estado de anomalia psíquica, através da ingestão de álcool, drogas ou fármacos, tornando-se deste modo incapaz de avaliar a ilicitude do facto ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

Para o presente trabalho, é mais importante o n.º1, uma vez que me focarei nos inimputáveis.

Um doente inimputável entra num conflito entre os direitos individuais e a segurança colectiva⁹, entre a justiça penal e a psiquiatria. Na sociedade, as leis servem como um meio estabilizador e de segurança, surgem como modo de resposta às condutas indesejadas da sociedade, que coloquem a sua segurança em risco. Deste modo, quem comete um facto indesejado é submetido a uma punição, e os outros cidadãos estão e sentem-se em segurança, com confiança no sistema.

A capacidade de escolha do ser humano é fundamental para considerar a conduta por ele cometida como criminosa, como uma opção sua e para aplicar-lhe uma sanção. Podemos pensar na culpabilidade como uma ligação entre a vontade e a realização da acção. Como referido, para que se aplique uma sanção, não basta que o crime tenha sido cometido. Para que uma pessoa seja culpada parte-se do princípio que o indivíduo possui as faculdades psíquicas e físicas mínimas que o motivam a realizar esse acto; esse indivíduo só pode ser considerado possuidor de culpa se as tiver conservadas, ou seja, se puder ser considerado imputável. A capacidade de discernimento é importante para a compreensão do valor das próprias acções, para a orientação do indivíduo no mundo externo numa percepção não distorcida da realidade e avaliar as suas consequências e repercussões. Um inimputável não está na posse de tais faculdades, há uma falha na consciência e na sua ligação à realidade, sendo, por essa razão, incapaz de avaliar o ilícito e dirigir a sua actuação em função dessa avaliação⁹ e, por isso, pode ser considerado isento de culpa. Isto significa que o indivíduo, no seu estado de consciência “normal”, “lúcido”, não reagiria da mesma forma. Trata-se do caso em que podemos atribuir a culpa à doença, e não ao indivíduo em si.

No âmbito do direito, mais do que a análise do comportamento do doente, analisa-se se o sujeito pode ser considerado criminalmente responsável. Para se lhe atribuir culpabilidade é importante perceber se ele estaria capaz, ou não, no momento do acto, de compreender o carácter da ilicitude e adequar o seu comportamento através da compreensão das consequências do mesmo, que, por sua vez, evitaria o seu cometimento.

O comportamento de um agente pode ser doloso ou negligente. Por norma, é punível o facto com dolo (art. 13.º, CP)⁵ e para ser punível por lei tem, por esta ordem, de revelar as seguintes características: ser um facto típico, ilícito e culposo.

O modelo de inimputabilidade adoptado por Eduardo Correia, pelos quais se regem os princípios do CP, é o Modelo Misto, ou Biopsicológico-normativo, que é uma variante derivada de uma parte do Modelo Bio-psicológico – o psiquiatra avalia as capacidades do indivíduo em causa, dando o seu parecer médico, que é insindacável - e o Modelo Normativo – a decisão sobre a capacidade de culpa depende da ponderação do juiz, independentemente da patologia em causa. Há ainda um terceiro, o Modelo Misto ou compreensivo, que vai de encontro com o que é dito por Figueiredo Dias, na medida em que os actos do inimputável podem ser explicados mas não compreendidos⁷, de forma que, se um facto cometido apenas pode ser explicado, mas não compreendido, em que para entender necessitamos de recorrer a uma explicação científica, levamos à exclusão de culpa. Resumindo em “grosso modo”, o modelo adoptado no nosso país faz com que a decisão seja do juiz e que dependa de uma avaliação médico-psicológica prévia do indivíduo.

A inimputabilidade por anomalia psíquica é um direito jurídico-penal e a intervenção de peritos médicos no julgamento reporta-se apenas à existência de uma prova legal que permite a exigência de uma perícia para a avaliação da existência de um dos elementos necessários para completar esse conceito: a anomalia psíquica, o que não significa que o poder legal está na mão dos médicos, pois a lei não confia nas percepções humanas como uma fonte fiável para prova. A perícia será base do juízo do tribunal, a prova científica constitui um meio que restringe, para que se produzam deduções judiciais sobre a anomalia psíquica.

No CP está descrita anomalia psíquica, um conceito amplo e inespecífico. A designação é propositada porque, deste modo, abrange quer as doenças mentais de origem física e comprovada, quer as restantes variações de anomalia psíquica, todas passíveis de provocar uma alteração do estado psicológico do indivíduo no momento em que cometeu o acto ilícito. Posteriormente, este conceito deverá ser preenchido por referência à Classificação Internacional das Doenças (CID-10-MC) ou ao Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Psiquiátrica Americana⁵. O termo “anomalia psíquica”, mesmo com o avanço da psiquiatria, não estará desactualizado⁷. Na lei não estão especificadas, nem exemplificadas, as condições, nem tipos de anomalias psíquicas que podem definir a inimputabilidade. Como é dito por Figueiredo Dias: *“...Se bem que deva reconhecer-se que assim se torna mais difícil obter uma apreciável certeza na aplicação, esta decisão legislativa pode reivindicar em seu favor boas razões. Não basta que exista doença mental, pois ela não dita de forma soberana que exista inimputabilidade, sendo necessário que se prove que esta torna o*

agente incapaz de uma avaliação/determinação perante o ilícito”. À luz da lei, a decisão diz respeito à tradução, em termos psicológicos e comportamentais, do efeito das perturbações mentais ou psíquicas⁹. Isto significa que o aspecto mais importante é em que estado psicológico estava o indivíduo no momento em que cometeu o acto. As doenças mentais são consideradas, são fonte de evidência para a alteração do estado psíquico num determinado momento² e é a partir das mesmas que se podem fazer juízos de atribuição de anomalia psíquica ao agente, por funcionarem como evidência para a alteração das capacidades de avaliação e determinação do ilícito mas, por si só, não bastam para justificar a alteração desse estado, na altura em que o acto foi cometido⁹. São as alterações psicológicas consecutivas e a comprovação de que o indivíduo não estava na plena posse das suas capacidades que sustentam a base legal para a inimputabilidade⁹. O psiquiatra é chamado, na qualidade de perito, para responder se aquele indivíduo específico, naquele momento em específico e para aquele facto em específico, estaria capaz de se determinar consoante a sua avaliação, porque é imprescindível o substrato normativo². A declaração de inimputabilidade é, então, dependente de uma relação de causa e efeito entre anomalia psíquica e o facto concreto praticado⁵. Por exemplo, com o avanço da psiquiatria e os novos tratamentos disponíveis, uma percentagem elevada de esquizofrénicos apresenta remissões psicopatológicas completas, com *insight*. Na presença deste *insight*, o sujeito é considerado culpado pelas suas acções, sem que ninguém ponha em causa que um episódio agudo leve a um estado de inimputabilidade⁸.

O conceito de normalidade difere caso se trate do ponto de vista jurídico ou do ponto de vista clínico. Do ponto de vista jurídico, um indivíduo normal é aquele que actua de livre vontade, isto é, aquele que tem possibilidade de escolha, o que implica reflexão consciente e deliberada, que tenha em consideração os motivos e consequências, por apelo aos sentimentos éticos e sociais. Do ponto de vista clínico, é aquele que tem conservadas as capacidades cognitivas e motivacionais². Um indivíduo dito “normal”, ou seja, aquele que actua livremente e que não tem alguma patologia do foro psiquiátrico anterior ao acto, não está excluído da inimputabilidade, se se vier a comprovar que, no momento em que o acto ilícito foi cometido, estava num estado de alteração do estado psíquico devido a uma anomalia psíquica grave.

A prova pericial é um dos meios de prova previsto no Código do Processo Penal e tem lugar “quando a percepção ou a apreciação dos factos exigirem especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos” (art. 151.º, CPP). É ordenada oficiosamente ou a requerimento do representante legal do arguido, do cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens ou da pessoa, de outro ou do mesmo sexo, que com o arguido viva em condições análogas às dos cônjuges, dos descendentes e adoptados, ascendentes e adoptantes, ou, na falta deles, dos irmãos e seus descendentes (arts. 154.º, n.º 1, e 159.º, n.º 7, CPP). Em Portugal, é nomeado um

perito do tribunal, não havendo indicação de um perito por parte da acusação e outro por parte da defesa, o que faz do nosso sistema um sistema da perícia oficial, e não perícia contraditória⁵.

1.4 – Medidas Aplicadas

Como consequência jurídica da prática de um crime, será aplicada ao agente uma pena ou uma medida de segurança, com o objectivo de proteger os bens jurídicos e a integração do agente na sociedade (art. 40.º, n.º1 do CP)⁵. A medida de segurança pode ser privativa ou não privativa de liberdade, e o nosso CP apenas prevê uma medida de segurança privativa de liberdade: a medida de internamento de delinquentes inimputáveis em razão de anomalia psíquica em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança (art. 91.º)⁵.

O Código Penal e Lei de Saúde Mental surgem como principais respostas sociais utilizadas pelo ordenamento jurídico para fazer face à perigosidade que o doente mental pode representar, e, com eles, podemos assim individualizar 3 pilares fundamentais: i) defesa da segurança pública contra a agressividade do doente; ii) defesa do próprio doente contra o risco de autoagressão; iii) tratamento da doença².

A prática do facto ilícito típico não é suficiente para que se proceda à medida de internamento, também é pressuposto necessário que exista perigosidade. Uma vez considerado perigoso, irá ser aplicada ao agente a medida de segurança de internamento, prevista no n.º 1 do art. 91.º do CP, “quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do art. 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie”. A perigosidade, do ponto de vista jurídico substitui, assim, a culpa¹¹.

Os pressupostos da medida de segurança de internamento correspondem à prática de um facto ilícito típico. Esta deve obedecer ao princípio da proporcionalidade: deve ser proporcionada à gravidade do facto e à perigosidade do agente (art. 40.º, n.º 3, do CP).

Os instrumentos legais que regem as medidas de segurança são a CRP, o CP, o CPP e o CEPMLP, aprovado pela Lei n.º 1, de 12 de Outubro, regulamentado pelo RGEP, aprovado pelo Dec.-Lei n.º 51/2011, de 11 de Abril. Do ponto de vista estritamente médico e no que diz respeito às intervenções médicas, revela-se ainda a LSM¹¹.

As medidas de segurança não têm, ao contrário das penas, um limite mínimo e máximo estabelecido, salvo algumas excepções. A sua finalidade é preventivo-especial, com a função de proteger os bens-jurídicos e, especialmente, a reabilitação psicossocial do agente (art. 40.º, n.º 1, CP).

Um inimputável, no fundo, não comete um crime (facto típico, ilícito e culposo), mas sim um facto típico ilícito. Não se pode atribuir-lhe uma pena criminal, mas, de acordo com a sua perigosidade, pode ser-lhe atribuída uma medida. Depois de uma primeira avaliação, se for decretado que a probabilidade que o indivíduo repita o facto é nula, ou seja, “perigosidade zero”, o juiz pode libertá-lo sem impor qualquer medida de segurança. Perante este facto ilícito típico, na presença de perigosidade, deve-se adoptar uma resposta capaz de neutralizar o risco de repetição do sucedido. Deste modo, é *sine qua non* da medida de segurança a perigosidade, e não a culpa.

Analisando os arts. 91.º e 92.º do CP, verifica-se que a regra é a de que “o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem” (art. 92.º, n.1, do CP), sem prejuízo de que possa estar estabelecido um limite máximo de duração: “o internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável” (art. 92.º, n.º 2, CP). Quando o estado de perigosidade inicial cessar, a medida de segurança de internamento pode findar. No entanto, caso o crime seja contra pessoas e de perigo comum punível com pena superior a cinco anos, no art. 91, n.º 2, a lei pode assinalar um limite mínimo de duração de 3 anos. Apesar deste limite mínimo estabelecido a medida pode não chegar aos 3 anos, caso a libertação do agente seja compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social, tendo em conta que a pena não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido. Se, por outro lado, o facto praticado corresponder a crime punível com pena superior a 8 anos, e o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe libertação, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos, até que o tribunal verifique a cessação do estado de perigosidade (art. 92.º, n.º 3, CP). Esta medida é questionável, pois permite, em teoria, um internamento perpétuo, que vai contra os princípios da CRP, art. 30.º n.º 1, no qual está expresso que nenhuma sanção pode ter uma duração superior a vinte e cinco anos. Há ainda o caso em que o internamento pode ser intermitente, caso o inimputável pratique, por exemplo, um dos factos previstos no art. 274.º do CP (Incêndio Florestal). Neste caso o internamento coincidirá com os meses de maior risco de ocorrência de fogos, segundo o n.º 9 deste artigo⁵.

No caso da pena criminal, como se verifica no artigo 40º, nº1, CP: “a aplicação de penas e medidas de segurança visa a protecção de bens jurídicos e a reintegração do agente na sociedade”, é o ilícito, o que confere confiança à sociedade e mostra-se que o mal é “contido”. No caso da medida de segurança de internamento visamos o tratamento e, secundariamente, a protecção social. Existe, em alguns casos, uma medida mínima devido à necessidade de protecção da sociedade e do indivíduo, perante a prática de um acto ilícito contra pessoas ou perigo comum (facto ilícito típico grave).

Se, entre a decisão judicial que decreta a medida de internamento e o momento da sua execução medirem mais de 2 anos, o tribunal terá de reexaminar a subsistência dos pressupostos que fundamentaram a sua aplicação (art. 96.º, n.º 1, CP)¹². O tribunal pode confirmar, suspender ou revogar a medida decretada, dependendo da existência ou não da perigosidade criminal na qual foi baseada. Depois de iniciada a medida de segurança, a situação do internado pode ser reapreciada decorridos dois anos após o início do internamento ou decisão que o tiver mantido, sem prejuízo de que o tribunal a possa rever a todo o tempo mediante requerimento (art. 93.º, n.ºs 1 e 2, CP). Desta revisão, pode resultar a manutenção ou cessação da medida de segurança, ou a colocação do internado em liberdade para prova, se a finalidade puder ser atingida em meio aberto (art. 92.º, n.º 1, e 94.º, n.º 1, CP).

Durante o internamento, caso subsista o estado de perigosidade, mas se vejam alterações que levem a crer que a medida de segurança pode ser executada em meio aberto, o internado pode ser colocado em liberdade para prova, nos termos do art. 94.º, n.º 1, CP, com a crença de que poderemos obter ganhos evidentes para o seu processo de reintegração na sociedade. A duração da liberdade para prova tem a duração de um mínimo de 2 anos e um máximo de 5, que não pode ultrapassar o limite máximo da duração do internamento (art. 94.º, n.º 2, CP), mas poderá cessar a qualquer momento caso cesse o estado de perigosidade criminal. O indivíduo deve submeter-se a tratamentos e regimes de cura ambulatoriais e exames e observações em locais específicos que lhe sejam indicados, para além disso, é colocado sob a vigilância dos serviços de reintegração social (art. 98.º, n.ºs 3 e 4, CP). Nos termos do art. 94.º, n.º 4, do CP, “se não houver motivos que conduzam à revogação da liberdade para a prova, findo o tempo de duração desta medida de internamento é declarada extinta”, ressalvando que “se, findo o período de libertação para a prova, se encontrar pendente processo ou incidente que possa conduzir à revogação, a medida é declarada extinta quando o processo ou o incidente findarem e não houver lugar à revogação”. Esta liberdade para a prova pode ser revogada, quando o comportamento do agente revelar que o seu internamento é indispensável, quando o agente é condenado a pena privativa de liberdade e não se verificarem os pressupostos da suspensão da execução da pena de prisão, nos termos do art. 50.º, n.º 1 (art. 95.º, n.º 1, alíneas a) e b), CP).

Segundo o art. 98.º, n.º 1, do CP, “o tribunal que ordenar o internamento determina, em vez dele, a suspensão da sua execução se for razoavelmente de esperar que com a suspensão se alcance a finalidade da medida”⁵. No entanto, segundo o mesmo artigo, n.º 5, a suspensão não pode ser decretada “se o agente for simultaneamente condenado a pena privativa de liberdade e não se verificarem os pressupostos da execução desta”. Aqui estamos perante o caso em que uma medida privativa de liberdade é substituída por uma medida não privativa de liberdade, e só

se pode realizar se for compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social, como podemos verificar no art. 91.º, n.º 2, CP. Esta aplica-se caso seja possível alcançar a finalidade preventivo-especial da medida de segurança sem a medida de internamento, com ganhos evidentes na reintegração do agente na sociedade⁵. Tal como no caso de liberdade para a prova, o agente terá de se submeter a regras de conduta (art. 52º, CP), fundamentais para a prevenção da perigosidade, assim como deve submeter-se a tratamentos e regimes de cura ambulatoriais apropriados e de se prestar a exames e observações nos lugares que lhe forem indicados, sendo colocado sob vigilância tutelar dos serviços de reintegração social (art. 98.º, n.ºs 3 e 4, CP). Esta suspensão terá a duração máxima correspondente à duração máxima da medida de segurança de internamento e deve findar quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade que lhe deu origem, no quadro de revisão periódica da situação do agente (arts. 92.º e 93.º, n.ºs 1 e 2, CP, por remissão do n.º 6, alínea a), do art. 98.º do mesmo código)⁵. Esta suspensão será revogada caso se revele que o internamento é fundamental ou que o agente é condenado a pena privativa de liberdade e não se verificarem os pressupostos da suspensão da execução da pena de prisão, com a consequência de que terá lugar o seu internamento (art. 95.º, CP, por remissão do n.º 6, alínea b), do art. 98.º, CP).

A diferença entre a liberdade para a prova e a suspensão do internamento é devido ao facto de que a primeira só pode ser concedida durante a execução da medida de segurança, enquanto a segunda pode ser concedida imediatamente na sentença que julga o agente inimputável e lhe aplica a medida de internamento. A liberdade para prova está para o inimputável como a liberdade condicional está para o imputável, e a suspensão da execução da medida do internamento está para o inimputável como a suspensão da execução da pena de prisão está para o imputável¹².

No caso do inimputável, o internamento decorrerá num estabelecimento adequado e está sempre voltada para o restabelecimento de laços sociais e reintegração social (art. 126.º, n.º 1, CEPML). Preferencialmente, efectuam-se em unidades de saúde mental não-prisional e, sempre que se justificar, em estabelecimentos prisionais ou unidades especialmente vocacionados (art. 126.º, n.º 2, CEPML).

Em Portugal há três tipos de internamento diversos, de acordo com a lei: o internamento de inimputáveis, indivíduos que cometeram factos típicos e ilícitos, e que são submetidos a um julgamento; internamento de indivíduos que ainda não cometeram nenhum facto, mas que estão em risco de cometê-lo; e o internamento preventivo. Há diferenças entre a LSM e o CP quanto ao tratamento jurídico do portador de anomalia psíquica. A LSM tem finalidade quase exclusivamente terapêutica, de assegurar a prestação de cuidados de saúde ao cidadão, artigo 1.º, o “internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, designadamente das

peças com doença mental”. O internamento ordenado pelo CP tem a principal finalidade de definir os pressupostos da inimputabilidade do portador de anomalia psíquica e do respectivo tratamento, mas numa versão pós-delitual, é uma medida de prevenção de liberdade². No caso do internamento compulsivo regido pela LSM, responde-se a uma possível perigosidade do indivíduo, fruto da doença de que padece, antes que este cometa um facto (art. 12.º, n.º 1, LSM). Por exemplo, supondo que se está perante um indivíduo com uma patologia psiquiátrica que o leva a ter intenção de matar o seu vizinho, sem que tenha consciência racional das suas intenções; é uma “bomba relógio” prestes a explodir. Neste caso, deve comunicar-se ao tribunal, órgão de soberania, a intenção de internar o sujeito sem o seu consentimento e, após a aprovação do juiz, procedemos ao internamento e tratamento do indivíduo. Já no caso da medida de internamento com que nos deparamos no CP, estamos perante um indivíduo que já terá cometido um facto típico ilícito, e a decisão de internamento vem depois da realização de um julgamento. Quanto ao internamento preventivo, este é aplicado pelo juiz quando há perigo de fuga, ou perigo em razão da personalidade do arguido de que este continue uma actividade criminosa (art. 191.º, n.º 1, e 204.º, Código do Processo Penal). Neste caso, “mostrando-se que o arguido a sujeitar a prisão preventiva sofre de anomalia psíquica, o juiz pode impor, ouvido o defensor e, sempre que possível, um familiar, que, enquanto a anomalia persistir, em vez da prisão haja internamento preventivo em hospital psiquiátrico ou outro estabelecimento análogo adequado, adoptando as cautelas necessárias para prevenir os perigos de fuga e de cometimento de novos crimes” (art. 202.º, n.º 2, Código do Processo Penal).

A enfermaria de segurança e internamento será, preferencialmente, dentro de um hospital psiquiátrico, a não ser que a perigosidade do indivíduo seja muito elevada, neste caso, será remetido para uma enfermaria localizada dentro de uma instituição prisional.

Quando um doente inimputável é condenado a pena privativa de liberdade é direccionado, preferencialmente, para um estabelecimento de internamento para inimputáveis, onde cumprirá tratamento. Estas unidades de saúde mental não-prisionais devem obedecer ao que está disposto no CP, procedendo a adaptações necessárias e adequadas atendendo à finalidade do internamento, para que não haja disparidades de critérios no tratamento dos cidadãos que estejam internados em unidades diferentes. São vocacionadas para a execução de medidas de internamento são objecto de classificação por membros do Governo e têm de ser dotadas por uma equipa multidisciplinar que integra médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e funcionários dos serviços sociais, para que seja possível uma futura reinserção social. Para a tomada de decisões de concessão de licenças de saída, colocação em regime aberto no exterior, revisão da situação do internado e de concessão de liberdade para prova, deve ser composto um conselho técnico convocado pelo juiz do tribunal de execução das

penas, assim como um conselho de unidade, que é equivalente ao conselho técnico de estabelecimento prisional, que funciona como órgão auxiliar do director, emitindo parecer a respeito do plano terapêutico e de reabilitação. Da escolha do regime de execução, concessão de licenças de saída administrativas e da aplicação de medidas disciplinares (decreto lei 70º/2019).

Este decreto-lei é muito recente, publicado no Diário da República a 24 de Maio de 2019. Veio adaptar as normas da CEPMPL ao regime de execução das medidas privativas de liberdade aplicadas a inimputáveis, em unidade de saúde mental não integrada nos serviços prisionais. Antes deste decreto não havia nenhuma lei que regulasse estas unidades, o que significava que nem todos os serviços necessários eram obrigatórios por lei. Agora, cada unidade passa a ter formalmente uma equipa clínica multidisciplinar e um conselho técnico, composto por um juiz do tribunal para as decisões judiciais, como a revisão da situação do internado. É também criado um conselho da unidade, um órgão auxiliar do director com a função de emitir pareceres no que toca a planos medicinais e de reabilitação, entre outras decisões. Este decreto faz com que se possa reforçar a preferência pelas unidades de saúde mental não integradas nos serviços prisionais e estabelecer mecanismos que asseguram a continuidade de cuidados após a libertação. Por outro lado, garante que os cidadãos internados em diferentes unidades sejam tratados da mesma maneira, a reabilitação do internado e a sua reinserção no meio familiar e social. A inexistência deste decreto significava incerteza jurídica na execução de medidas de internamento nestas unidades, permitindo a existência de disparidades no tratamento dos diferentes inimputáveis. Para além do internamento em si, criam-se mecanismos que asseguram a continuidade dos cuidados no SNS após a libertação do internado, especialmente no período de liberdade para prova, através de uma articulação com os serviços locais de saúde mental da área de residência. Permite uma comunicação eficaz entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, a qual não era tão clara e eficaz antes.

O internamento visa primariamente assegurar a prestação de cuidados de saúde ao cidadão, sendo, no entanto, configurado como uma reacção criminal inconfundível com intervenções determinadas por fins terapêuticos de saúde mental, com aplicação de medidas de segurança previstas pelo CP. As componentes administrativas e financeiras da execução dessas medidas de segurança, judicialmente ao abrigo do CP, e os custos públicos inerentes ao internamento, são assegurados pelo Ministério da Justiça. Tem de haver uma articulação entre a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) e os competentes serviços públicos das áreas de saúde, para proporcionar ao recluso o direito de acesso ao SNS em condições idênticas de todos os cidadãos. O internamento em unidades de saúde mental não prisionais não altera a natureza penal, salvo norma expressa em contrário, à responsabilidade da DGRSP.

Diversas críticas foram já apontadas ao nosso sistema, por falta de clareza do mesmo. Se analisarmos com atenção, não é clara a duração do internamento, não estão claramente definidos um mínimo e um máximo, o que leva a algumas disparidades quanto à duração do internamento entre inimputáveis. Por outro lado, se uma medida de internamento não está relacionada com uma pena, na medida em que o indivíduo que cometeu o facto ilícito típico não está na posse das suas faculdades e uma vez que não foi cometido qualquer crime, é questionável a justiça face à comparação da duração do seu internamento à duração da pena. Um dos problemas do sistema português é financeiro, há uma incapacidade de albergar todos os inimputáveis devido à escassez de internamentos destinados a este tipo de indivíduos. Devido a esta necessidade, está-se a criar mais estruturas para albergar e tratar correctamente estes indivíduos, nomeadamente, unidade de internamento de inimputáveis dentro de estruturas hospitalares, fora dos estabelecimentos prisionais.

2 – O Estudo

2.1 – Introdução e Objectivos

No Hospital Magalhães Lemos, na cidade do Porto, existe uma unidade de internamento de inimputáveis criada muito recentemente no âmbito do Decreto-Lei 70/2019, com um total de 40 camas, cujos inimputáveis foram admitidos entre 6 de Dezembro de 2019 e 16 de Janeiro de 2020. Por Despacho nº 12406/2019 são classificadas como unidades de saúde mental não integradas nos serviços prisionais, vocacionadas para a execução das medidas de segurança de internamento de inimputável, internamento de imputável em estabelecimento destinado a inimputáveis e internamento preventivo as seguintes unidades de internamento de psiquiatria forense integradas nos: Hospital Magalhães Lemos (Porto), Sobral Cid (Coimbra) e Júlio de Matos (Lisboa). Estas novas unidades foram criadas de modo a colmatar a sobrelotação das alas psiquiátricas destinadas a inimputáveis existentes já no interior de outros estabelecimentos prisionais.

O objectivo do estudo é caracterizar a população internada no HML, e, em particular: características sociodemográficas, patologias diagnosticadas, tipologia dos crimes e número de anos da medida de segurança. Com isto, pretendo também, para além de compreender melhor a constituição da população de inimputáveis, verificar como é a realidade de uma ala de psiquiatria forense em Portugal.

2.2 – Método

Trata-se de um estudo descritivo, em corte transversal, onde foram analisados todos os sujeitos inimputáveis internados na unidade de internamento da psiquiatria forense, Hospital Magalhães Lemos ($n=40$). No tratamento dos dados estatísticos foram utilizados os métodos próprios da estatística descritiva, com recurso à ferramenta Microsoft Excel do Office.

A classificação das profissões foi feita com recurso à Classificação Portuguesa das Profissões de 2010. A classificação diagnóstica foi feita com base na CID (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, Organização Mundial de Saúde).

Através da informação disponibilizada, analisei algumas variáveis sociodemográficas, variáveis sobre o crime cometido e variáveis sobre a medida de segurança.

2.3 – Resultados

2.3.1 – Dados Sociodemográficos

Os dados sociodemográficos da amostra são apresentados na tabela I. Verifica-se que a totalidade dos sujeitos pertence ao sexo masculino (100%), e têm uma idade média de 49,9 anos, sendo a idade mínima de 23 e a máxima de 83 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria dos indivíduos é solteiro – 80%. A escolaridade média é de 5,6 anos, com uma escolaridade mínima de 0 anos (analfabeto) e o máximo de 16 (licenciatura).

A maioria dos indivíduos, antes do ilícito, desempenhava profissões de trabalho não qualificado (56,4%), seguidos dos empregos com qualificação na indústria, construção e artífices (27,3%).

No que diz respeito à situação profissional actual, a maioria encontra-se reformado em razão de invalidez ou desemprego, em proporções iguais (37,5%).

2.3.2 – Diagnóstico e crimes

Na figura 1 são apresentados os diagnósticos dos doentes internados (CID-10)¹⁴.

Podemos constatar que a esmagadora maioria (n=27) encontra-se no grupo das Psicoses Esquizofrénicas (F20) e, em particular, a Esquizofrenia paranoide (F20.0) (n=21). Os outros diagnósticos são, por ordem de frequência: atraso mental (F70-F79), perturbação delirante F22-F23), perturbação paranóide da personalidade (F60.0), deterioração cognitiva (F03), epilepsia, personalidade antissocial da personalidade (F60.2), doença de Alzheimer (F00), perturbação orgânica da personalidade (F07.0), coreia de Hungtinton, transtorno explosivo da personalidade (F60.3), síndrome pós-concussional (F07.2) (Figura 1).

De salientar o facto de que o abuso de substâncias foi verificado em mais de metade dos sujeitos, concomitante ao quadro patológico principal, e que no abuso de substâncias se inclui o consumo de álcool.

É de ter em conta que nem todos os pacientes possuem apenas um diagnóstico, a maioria apresenta um quadro comórbido e, como consequência, o número de diagnósticos é superior ao número de sujeitos presentes na amostra.

Pela análise da figura 2 pode-se constatar que a tipologia de crime mais frequentemente cometido pelos sujeitos inimputáveis internados no HML correspondem, por ordem decrescente: Violência doméstica, incêndio, homicídio na forma tentada, detenção de arma proibida, abuso sexual de menores, ofensa à integridade física e ameaça. Podemos ainda verificar que o homicídio nas suas variadas formas é aquele se apresenta em maior número. Nem todos os tipos de

homicídio, na sua forma tentada, foram especificados devido à falta de informação pormenorizada.

2.3.3 – Relação Vítima-Agressor

Analisando a figura 2 e a tabela II pode-se verificar que a maioria dos crimes são cometidos contra pessoas, a maioria delas com uma relação de familiaridade com o inimputável (47,5%), seguida de perto pela não familiaridade (42,5%). Por fim, em 10% dos casos esta relação não se aplica, pois são crimes que não correspondem a crimes contra pessoas.

2.3.4 – Tipificação da violência doméstica

Através da análise da tabela III, e tendo em conta os números referentes aos dados aos quais temos acesso, verifica-se que a maioria das vítimas de violência doméstica são as mães das vítimas ou familiares próximos (1º e 2º grau).

2.3.5 – Medidas de Segurança

Como tínhamos visto previamente, dependendo do tipo de crime cometido, podemos atribuir uma pena mínima e máxima e o estado de perigosidade determina a libertação, ou não, do inimputável. O internamento não deve ultrapassar o limite máximo da pena correspondente, no entanto, quando estamos perante um caso em que o crime cometido seria punível com pena superior a 8 anos de prisão, a pena pode ser prorrogada sucessivamente em períodos de 2 anos caso o estado de perigosidade se mantenha.

Pela análise da tabela IV verifica-se que a medida de segurança aplicada aos inimputáveis do HML tem uma duração mínima média de cerca de 3 anos e uma duração máxima, em média, de 10 anos. Como vimos antes, o máximo não se encontra fixo no caso das medidas aplicadas aos inimputáveis. O tempo de internamento médio, no entanto, corresponde a 9,4, um valor que se aproxima do valor médio da pena máxima.

Verifica-se que 4 sujeitos estão internados há mais de 25 anos, e 8 já se encontram a cumprir medida acima do limite máximo para eles estabelecida, o que significa que a mesma foi prorrogada (tabela V). Nos casos que podemos observar, dos inimputáveis internados no Magalhães Lemos, quase todos os indivíduos já ultrapassaram metade do que seria a sua pena máxima da medida de privação de liberdade (45%). Oito dos indivíduos (20%) já se encontram na fase de prorrogação, tendo excedido o limite máximo previsto. Dentro dos 8 que já excederam o período máximo previsto, 4 encontram-se internados há mais de 25 anos.

Na tabela VI apresentam-se os 8 sujeitos que se encontram a cumprir uma medida de segurança cuja duração não só excede a pena máxima da sua medida de segurança, mas também do máximo estabelecido para a pena de prisão correspondente

2.4 – Discussão

A média dos doentes internados aproxima-se bastante dos cinquenta anos de idade, mesmo tendo em conta que o valor do desvio padrão seja elevado. Na sua maioria são solteiros, a escolaridade média é baixa, não atingindo os seis anos de escolaridade e os trabalhos por eles desempenhados, antes da reforma ou internamento, são sem qualificação. No momento do internamento é de ter em conta que há uma grande proporção de indivíduos que já se encontrava reformado por invalidez, devido às mesmas doenças mentais que os levaram a cometer o ilícito.

A maioria dos diagnósticos claramente corresponde ao grupo das Psicoses Esquizofrénicas e, em particular, à forma paranoide, seguido do atraso mental. O abuso de substâncias encontra-se em igual proporção à esquizofrenia paranóide, no entanto, este é concomitante a outras patologias e, raramente, o principal. É de especial importância a inclusão do abuso de substâncias, o qual é, quase na totalidade dos casos, concomitante às outras patologias; neste caso foram incluídos abusos de substâncias quer no presente, quer no passado, uma vez que é um factor muito relevante para o risco da prática de actos violentos. Como podemos constatar, o número total de diagnósticos é de setenta e seis, uma vez que quase todos os internados apresenta mais do que um diagnóstico e, na maioria deles, o segundo diagnóstico corresponde à toxifilia.

Em relação à tipologia dos crimes, quando se compara com a população prisional “normal”, e de acordo com o Relatório de Segurança Interna de 2018, verifica-se que a maioria da população dos estabelecimentos prisionais portugueses pertence ao sexo masculino, com uma maioria de 93,6% e acima dos 25 anos de idade. Há uma diferença correspondente à tipologia dos crimes cometidos. A maioria dos inimputáveis cometeu crime de homicídio nos seus variados tipos, especialmente na sua forma tentada e, na população em geral, podemos verificar que o homicídio não entra nos dezoito crimes que, no seu conjunto, representam 71% do total da criminalidade participada. Em relação aos mais frequentes, podemos encontrar correspondência no caso da violência doméstica, ofensa à integridade física e fogo posto. A maioria dos crimes registados na população criminosa total é contra o património, com 51,1%; já no caso dos inimputáveis internados no HML é o crime contra as pessoas, com cerca de 64,2%¹⁵.

A relação de familiaridade entre o agressor e a vítima depende do tipo de crime cometido. A nível nacional, quando se trata de homicídio voluntário consumado, a maioria é não

familiar; em relação a abuso sexual de menores, a maioria é familiar; e no caso da violação a maioria é não familiar¹⁵. No caso dos inimputáveis, do total de sete homicídios consumados, cinco foram realizados contra familiares, o que é o inverso do que se verifica na população em geral. No caso da violência doméstica a maioria das vítimas é a mãe. É de ter em conta que a amostra presente neste estudo não é representativa da população total de inimputáveis em Portugal, enquanto que o Relatório de Segurança Interna inclui informação de todos reclusos do país, havendo a forte possibilidade de que os números variem caso avaliemos a totalidade da população portuguesa de inimputáveis.

Tendo em conta que catorze pessoas estão a menos de metade do cumprimento da medida de segurança, o número médio do tempo de internamento apresenta-se bastante elevado.

Como vimos anteriormente, os indivíduos internados cometeram um facto típico ilícito e foram considerados inimputáveis por causa de uma anomalia psíquica, que os impedia de agir segundo a sua própria vontade.

Pela análise da CRP e do CP, não pode haver penas, nem medidas de segurança privativas ou restritivas da liberdade com carácter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida (alínea 1, art. 30º, CRP); o limite máximo da pena de prisão é de 25 anos nos casos previstos na lei e em caso algum pode ser excedido o limite máximo referido no número anterior (n.º 1 e 2, art. 41.º, CP). As medidas privativas de liberdade não são penas de prisão, mas é questionável que a sua duração possa exceder os vinte e cinco anos, tendo em conta que, no artigo 92.º podemos confirmar, no seu número dois, que o internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo de crime cometido pelo inimputável, de certa forma contradito no número seguinte do mesmo artigo, que afirma que se o crime for punível com pena superior a 8 anos e o estado de perigosidade se verificar, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de 2 anos até que se verifique a cessação do mesmo.

Dos oito casos em que o internamento excede o período máximo previsto, sete já excederam o máximo previsto na pena de prisão correspondente, nomeadamente:

- I. Tráfico de substâncias ilícitas: de acordo com o artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 15/93, este crime é punível com um máximo de 15 anos, na sua forma mais grave. O indivíduo tinha uma duração máxima da medida de segurança com duração de 12 anos e, neste momento, encontra-se já a cumprir 24 anos de internamento, o dobro do máximo previsto.
- II. Homicídio qualificado: de acordo com o Decreto-Lei n.º 48/95, art. 132.º, a pena de prisão máxima prevista para este crime é de 25 anos. A pena máxima de um dos internados é indeterminada, e de momento este encontra-se a cumprir 34

anos de medida privativa de liberdade, mais nove do que a pena máxima correspondente. Outro dos internados está a cumprir 28 anos de internamento, o que corresponde a mais três do que o previsto para a população normal.

- III. Homicídio por negligência: de acordo com o artigo n.º 137.º do Decreto-Lei n.º 48/95, é punível até 3 anos e, no caso em que a negligência seja grosseira, o máximo é de 5 anos. Um dos inimputáveis neste momento encontra-se no trigésimo terceiro ano de internamento, mais 28 anos do que o previsto no caso de homicídio por negligência grosseira.
- IV. Homicídio privilegiado: de acordo com o artigo n.º 133.º, do Decreto-Lei n.º 48/95, a pena máxima atribuível a este crime é de 5 anos. A pena máxima da medida privativa de liberdade de um dos internados era de 16 anos, neste momento encontra-se no décimo sétimo ano.
- V. Homicídio qualificado tentado: neste caso, a pena máxima será, em princípio, correspondente a dois terços da pena máxima atribuível à forma consumada, ou seja, 16 anos e 8 meses. Este indivíduo encontra-se já a cumprir 29 anos de internamento.
- VI. Homicídio simples tentado: A pena máxima será, em princípio, correspondente a dois terços da pena máxima atribuível à forma consumada. Tendo em conta que a pena máxima é de 16 anos, seria de 10 anos e 8 meses. Este sujeito encontra-se a cumprir 12 anos.
- VII. Sequestro: de acordo com artigo n.º 158.º, do Decreto-Lei n.º 48/95, se o facto não resultar na morte da vítima, a pena máxima atribuível seria de 10 anos. Este indivíduo encontra-se a cumprir 24 anos de medida.

Antes de continuar, é necessário ter em conta que será mobilizada a medida de internamento que corresponda ao facto mais grave do inimputável e só deverá ser efectuado um “cúmulo” de medidas de segurança caso o inimputável esteja já submetido a uma medida de internamento anterior²².

Dos sujeitos acima mencionados, um deles tem 80 anos e, como vimos, a idade média dos pacientes é de 49,9 anos, ou seja, indivíduos cuja reintegração na sociedade não é muito fácil, devido à dificuldade de encontrar emprego, se bem que uma grande parte deles já está reformado.

Observámos que a maioria dos sujeitos internados em regime de internamento para inimputáveis não sai em liberdade após o cumprimento do limite mínimo da medida privativa de liberdade e que uma parte deles cumpre medidas superiores àqueles que cumprem pena de prisão pelo mesmo facto. Seria de esperar que se criem estruturas e órgãos que permitam uma

melhor cura e reintegração destes indivíduos na sociedade, para que não se caia no risco de implementar um internamento perpétuo, o qual seguramente não será o objectivo deste regime.

Há várias razões que podem levar à prorrogação da medida de liberdade de segurança: falta de regressão da patologia, pois pode-se dar a possibilidade de que no momento em que o sujeito cometeu o facto ilícito a sua doença estivesse de tal forma avançada que o levou a cometer um crime; falta de seguimento; incumprimento da terapia, o que dificulta ou até impossibilita o tratamento posterior eficaz; o alarme social, uma vez que após a realização do crime a sociedade de onde provém o doente pode não aceitar o seu regresso ao meio; falta de condições sociofamiliares, assim como económicas, dado que se dá a possibilidade de que este paciente tenha perdido o seu apoio social e/ou familiar necessário para a sua reintegração, e, nesse caso, ter-se-á de encontrar outras soluções, nada fáceis em Portugal.

O internamento de inimputáveis tem como objectivo a reintegração do doente psiquiátrico na sociedade, mas há várias vertentes que devem ser cumpridas para permitir a sobrevivência social do inimputável após a sua libertação, não bastando a cessação do estado de perigosidade.

Estas questões já foram abordadas por muitos autores da área do direito, nomeadamente, em torno da indeterminação da duração máxima do internamento. Segundo o que está disposto no art. 92.º, n.º3 do CP, a medida de segurança pode ser prorrogada de dois em dois anos quando “o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime punível com pena superior a oito anos” e “o perigo de novos factos for de tal modo grave que desaconselhe a libertação”; esta possibilidade também está disposta na CRP, art.º 20.º, n.º2: “em caso de perigosidade baseada em grave anomalia psíquica, e na impossibilidade de terapêutica em meio aberto, poderão as medidas de segurança privativas ou restritivas de liberdade ser prorrogadas sucessivamente enquanto tal estado se mantiver (...)”. Estas duas normas permitem a possibilidade de um internamento perpétuo, no mesmo país em que se proíbe que qualquer sanção, pena de prisão ou medida de segurança, seja superior a vinte e cinco anos (art. 30.º, n.º1 CRP), sendo logo imediatamente aberta a excepção para os casos de portadores de anomalia psíquica no n.º 2 do mesmo artigo. As medidas de segurança têm como função a protecção de bens jurídicos e a defesa social e, depois de alcançados, a reintegração do agente na sociedade e o seu tratamento e cura. Mas esta reintegração pode nunca ser alcançada, uma vez que o indivíduo está sujeito a um internamento por tempo indefinido, o que ofende o princípio da dignidade humana. As medidas de segurança correm o risco de significar limitações à liberdade e restrição de direitos durante toda a vida de um ser humano, o que colide com os princípios constitucionais.

Outro dos problemas é a incerteza sobre o quanto ajudará a um portador de anomalia psíquica estar condicionado a um espaço físico pequeno, por diversos anos. Temos em conta que, embora o tratamento seja diferente dos prisioneiros comuns, na medida em que o principal objectivo da medida de segurança privativa de liberdade será o tratamento e cura dos inimputáveis para futura reinserção social, as condições físicas não variam assim tanto, pelo menos nas unidades de internamento de inimputáveis inseridas nos estabelecimentos prisionais¹⁶.

Vários são os estudos que procuram uma relação entre a doença mental e a violência. O risco de violência é difícil e incerto de definir e, embora antes se tenha crido que o risco de violência dos doentes mentais fosse pelo menos similar ao da população geral, com os mesmos factores de risco (sexo masculino, idade jovem, solteiro, baixo nível socioeconómico), há outros estudos onde há uma associação modesta entre a doença mental e a violência, mesmo quando estes factores eram controlados¹⁷. Esta correlação entre a doença mental e o crime não é ajudada pelos *media* americanos, que tendem a passar a informação em programas televisivos de que a maioria dos homicídios é cometido por doentes mentais, o que aumenta o medo e o preconceito da população face a estes indivíduos¹⁷. O maior risco deve-se essencialmente às fases activas da doença, e não apenas aos doentes em si. De acordo com este estudo, uma resposta produtiva seria a de reconhecer que nalguns grupos de doentes mentais há maior risco de comportamento violento, mas que faz parte de uma minoria e que geralmente afecta familiares e conhecidos, e não tanto a população em geral. Outro aspecto a ter em conta, muito importante, é que a violência pode ser um reflexo da falha de tratamento e suporte, ou seja, que se pode prevenir, pois a maioria dos doentes mentais que apresentam comportamentos violentos abandonaram o tratamento ou tiveram uma recaída em situações de falta de suporte social e profissional^{17,18}. Outro aspecto muito importante é que o abuso de substâncias, assim como o incumprimento do tratamento, são factores muito importantes para o aumento da violência^{18,19}, especialmente quando combinados. Pelos resultados do estudo de Swarts *et al* podemos verificar que o aumento da violência estava relacionado com sujeitos do sexo masculino, etnia afro-americana, vítimas de crime nos quatro meses precedentes e com concomitante abuso de substâncias, ou seja, uma combinação de vários factores, e não apenas um só. Devido à existência de tantos factores que podem predizer, ou não, o risco de violência, diversos estudos apresentam conclusões diversas, o que faz com que este tema seja tão difícil de avaliar. No entanto, através da análise dos inimputáveis agora internados no HML podemos verificar que mais de metade abusa ou abusou de substâncias, o que vai de encontro com os achados dos estudos. De acordo com um estudo de dados do “Epidemiologic Catchment Area”, levado a cabo nos EUA,

demonstrou-se que o risco de violência de populações com uma doença mental major era de 4,3%, enquanto o risco dos que abusam de substâncias é de 34%.

No estudo de Swanson *et al* verificou-se que os doentes mentais com mais probabilidade de manifestar comportamentos violentos faziam parte do grupo que apresenta delírios, em detrimento daqueles que apresentam apenas alucinações ou ambos. Também neste estudo se verificou que o risco aumenta com o consumo concomitante de substâncias²⁰.

Através da análise de vários estudos, Heather verificou que várias conclusões permitem-nos chegar à conclusão de que as doenças mentais não são causas necessárias ou suficientes para a violência e que os factores mais determinantes continuam a ser os sociodemográficos e os socioeconómicos, como ser do sexo masculino, jovem e de um baixo nível socioeconómico. O maior determinante para a violência parece ser o abuso de substâncias, quer seja, ou não, concomitante com a doença mental¹⁷.

As percepções erradas das comunidades levam as políticas públicas a responder à perigosidade percebida dos doentes mentais no sentido de controlo e contenção, em detrimento da apresentação de respostas de suporte, melhores serviços e gestão²⁰. Para além do internamento e das medidas de segurança, é necessário um bom sistema de controlo e de suporte dos doentes mentais para prevenir estados activos da doença que os levem a aumentar a violência, o que pode dificultar em grande medida o seu tratamento posterior.

Até certo ponto a medida de segurança afasta-se do seu objectivo inicial para satisfazer os receios da população, em vez do tratamento e reabilitação do doente mental inimputável. O que se tem verificado é uma aproximação da medida de segurança à pena. É importante controlar as doenças e os doentes mentais através de um bom seguimento da doença e apoio ao paciente, tentando diminuir ao máximo o abandono da toma de medicação e aderência aos tratamentos, para evitar recaídas e destabilizações da doença. Se evitarmos ao máximo as fases activas das doenças, diminuímos a probabilidade de actos violentos por parte dos doentes.

Não se pode esquecer que cada pessoa é única na sua doença, e que a evolução pode não ser fácil de prever. Além disso, temos de ter em conta a necessidade de protecção social, o que implica o aumento e a capacitação dos serviços sociais e dos serviços de saúde comunitários, do rastreio ao tratamento²².

Deixar em liberdade um cidadão que tenha cometido um acto criminoso não é correcto no que diz respeito aos valores públicos e sociais que temos de defender. Há responsabilidade social e justiça, que o estado tem de aplicar para impedir que a população a faça pelas próprias mãos. E assim temos a medida privativa de liberdade, com um objectivo preventivo especial e de cura e reintegração do inimputável. Esta não tem um limite máximo estabelecido, pois, embora pareça que os limites sejam claros, as suas excepções deixam o seu fim em aberto, com o risco

de que um indivíduo que padeça de uma doença mental possa estar internado indefinidamente sem perspectiva de saída, nem de reintegração.

É uma questão que não depende de apenas um factor, mas de vários factores, sejam eles legislativos, sociais, económicos, familiares, pessoais ou inerentes à doença em si.

Para que se possa melhorar a questão da possibilidade do “internamento perpétuo” dos doentes inimputáveis, são necessárias respostas a várias questões e uma posterior abordagem multidisciplinar, que aborde o internamento, antes que seja cometido o acto ilícito em si. Para que se possa evitar, acima de tudo, uma descompensação que possa culminar na realização de um facto ilícito. Aliado a isto, há a necessidade de várias respostas que permitam ao máximo a cura efectiva dos internados e a sua reintegração, através de apoios e suportes de várias vertentes, para que se possa, efectivamente, curar e reintegrar o doente antes que seja tarde de mais para fazê-lo.

2.5 - Conclusões

a) Não há dúvida de que a esquizofrenia, o atraso mental e o consumo de substâncias são os grandes desafios quando queremos prevenir o ilícito do doente mental. Se queremos diminuir o número de inimputáveis em Portugal, devemos prestar muita atenção, desde o início, a estas patologias e antes do ilícito. Todas as patologias devem ser bem controladas mas, se verificamos que há patologias que estão mais frequentemente relacionadas com o crime, deveremos ter especial cuidado com estas. Não apenas a Medicina, nomeadamente a Psiquiatria, mas também a política de saúde mental;

b) A maioria dos crimes cometidos pelos inimputáveis são contra familiares, especialmente se compararmos com a população imputável no caso dos homicídios nas suas diversas formas; neste caso em particular, estes doentes são uma maior ameaça para o seu meio familiar do que propriamente para a população em geral, quando comparado com os imputáveis. É, então, necessária uma especial atenção, por parte das famílias e de todos os que a eles são próximos, ao comportamento e progressão de doentes mentais, antes que se cometa um crime, de forma a poder preveni-lo;

c) Há uma grande discrepância entre ilícito cometido pelo doente e a medida de segurança que cumprem. Para os mesmos crimes, estes doentes, normalmente, cumprem medidas de segurança de duração superior à pena de prisão aplicada aos imputáveis. Há demasiada prorrogação, por qualquer que seja a razão que a motivou, e os doentes inimputáveis têm de demonstrar o cumprimento de mais regras, para que possam sair em liberdade, do que a população imputável, que sai independentemente do cumprimento destas;

d) Pelos resultados de diversos estudos e pelo que pudemos observar nesta população de inimputáveis, o abuso de substâncias parece ter uma presença relevante para a realização de actos violentos. Adicionando este facto à existência de uma patologia mental activa, será necessário prestar ainda mais atenção aos doentes mentais que abusem de substâncias;

e) O tratamento dos inimputáveis deve ser multidisciplinar. Se olharmos para um inimputável como sendo um doente mental, não basta que a medida de segurança contemple a sua cura. Para a sua reinserção, é necessário prestar particular atenção aos meios necessários para garantir a sua autonomia financeira, reintegração social e ao domicílio. Não basta tratar a doença nem extinguir a perigosidade, deve-se agir em várias vertentes para permitir que o doente possa ter uma vida após o internamento. Uma Reinserção Social eficaz e uma Segurança Social saudável são necessárias.

Possuir uma doença mental não é equivalente a ser violento; é a conjugação de muitos factores que leva à prática de actos violentos. Embora este tema tenha já sido abordado por muitas pessoas ligadas à área do Direito, todas as áreas que se relacionam com a inimputabilidade, sejam as instituições, seja na própria casa do doente, têm de trabalhar em conjunto para evitar ao máximo a ocorrência de actos violentos por parte de doentes mentais, através de um bom rastreio, diagnóstico, cumprimento do tratamento e uma atenção particular a estes doentes, que ocorra dentro e fora do hospital. Para além disso, após a ocorrência do crime, também temos de actuar a vários níveis: tratamento, reinserção social, familiar, económica, entre outros, para que se possa cumprir o que está previsto – a cura e reinserção do doente – de modo que esta pessoa esteja a cumprir uma medida de segurança por tempo indefinido, sem perspectivas de uma vida futura.

Referências Bibliográficas

- 1- Curado JM. *O ataque aos tribunais pelos psiquiatras portugueses de oitocentos.* CEHUM. 2007; *DiaCrítica, série Filosofia/Cultura* 21.2:103-116
- 2- Cabral AS, Macedo A, Vieira DN. *Da psiquiatria ao direito.* *Revista Julgar.* 2009;7:185-196
- 3- Formiga A. *Entre alienados, alienistas e juristas: 50 anos de História do Direito Penal e da Psiquiatria em Portugal (1886-1936).* *Factum: Periódico Jurídico da Católica do Tocantins.* 2015
- 4- Carolo R. *Psiquiatria e psicologia forense: suas implicações na lei.* 2005.
- 5- Antunes M, Fidalgo S. *Noções de Direito e Processo Penal que revelam para a prática pericial.* In: *Manual de Psiquiatria Forense.* 1ª Edição. Lisboa: PACTOR; 2007
- 6- *Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra, de 10 de Março de 2010. Processo nº 1452/09.9PCCBR,C1 (Relator: Ribeiro Martins)*
- 7- Vieira F, Cabral AS, Latas AJ. *A (in)Imputabilidade e a Perícia Psiquiátrica Prevista no Artigo 159.º do CPP.* In: *Manual de Psiquiatria Forense.* 1ª Edição. Lisboa: PACTOR; 2007
- 8- Teixeira JM. *Imputabilidade e Esquizofrenia na Legislação Portuguesa.* *Saúde Mental.* 2008; X(5)
- 9- Teixeira JM. *Inimputabilidade e Imputabilidade Diminuída - Considerações sobre a aplicabilidade destas noções em Psiquiatria Forense (I).* *Saúde Mental.* 2006; VII(4)
- 10- Almeida CP. *Modelos de Inimputabilidade: Da teoria à prática.* 1ª edição. Coimbra: Almedina; 2000: 87-88
- 11- Rocha B, Cruz M. *Psiquiatria Forense e Enfermarias de Segurança.* In: *Manual de Psiquiatria Forense.* 1ª Edição. Lisboa: PACTOR; 2007
- 12- Albuquerque, PP. *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem.* 3ª edição actualizada. Palma de Cima Lisboa: Universidade Católica Editora; 148
- 13- *Classificação Portuguesa das Profissões: 2010.*

- 14- *Mental and behavioural disorders (F00-F99). In: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Edition. 2019*
Mental and behavioural disorders (F00-F99) ICD-10, WHO VERSION. 2019
- 15- *Relatório Anual de Segurança Interna 2018*
- 16- *Reis, T. Da culpa e inimputabilidade penal a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica. Tese de Mestrado em Direito da Universidade Autónoma de Lisboa. 2016: 103*
- 17- *Stuart H. Violence and mental illness: an overview. World Psychiatry. 2003; 2(2): 121-124*
- 18- *Mullen PE. A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. Aust N Zeal J Psychiatry. 1997; 31:3-11*
- 19- *Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R & Burns BJ. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998; 33 S75-S80*
- 20- *Swanson JW, Borum R, Swartz MS & Monahan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. Criminal Behav and Ment Hlth. 1996;6(4): 309–329*
- 21- *Buchanan A, Binder R, Norko M, Swatz M . Resource Document on Psychiatric Violence Risk Assessment. Am Psychiatric Assoc, 2012 169:3*
- 22- *Veiga AM. “Concurso” de crimes por inimputáveis em virtude de anomalia psíquica: “cúmulo” de medidas de segurança?. Revista Julgar. 2014; 23: 242*

Anexos

Tabelas

Tabela I: Características sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS	n=40
Idade (média; d.p)	49,9 ± 15,4
Sexo	M (100%)
Estado civil nº (%)	
Solteiro	32 (80%)
Casado/ União de facto	2 (5%)
Separado/ Divorciado	4 (10%)
Viúvo	2 (5%)
Escolaridade (média; d.p.)	5,6 ± 3,4
Profissão anterior nº (%)	
Trabalhador não qualificado	31 (56,4%)
Trabalhador qualificado na indústria, construção e artífices	15 (27,3%)
Técnicos e profissões de nível intermédio	2 (3,6%)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	2 (3,6%)
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	3 (5,5%)
Profissões das forças armadas	1 (1,8%)
Incapacidade	1 (1,8%)
Situação no trabalho nº (%)	
Invalidez	15 (37,5%)
Reforma	9 (22,5%)
Desemprego	15 (37,5%)
Desconhecido	1 (2,5%)

Tabela II: Relação Vítima- Agressor

RELAÇÃO VÍTIMA-AGRESSOR	n=40 (%)
Familiar	19 (47,5%)
Não familiar	17 (42,5%)
Não se aplica	4 (10%)

Tabela III: Grau de parentesco das vítimas de violência doméstica

Vítima	Número
Progenitores	1
Mãe	4
Irmãos	1
Parceiro/a	1
Não especificado	4
Total	11

Tabela IV: Média das durações máximas e mínimas das medidas de privação de liberdade e respectiva média do tempo de internamento (anos)

Durações	Média $\pm$ dp
Pena mínima	2,9 $\pm$ 2,6
Pena máxima	10,0 $\pm$ 5,9
Tempo de internamento	9,4 $\pm$ 9,1

Tabela V: Tempo real do cumprimento da medida

Tempo de cumprimento da medida	Número de casos (%)
Menos de metade da medida	14 (35%)
Mais de metade da medida*	18 (45%)
Acima do limite máximo da medida**	8 (20%)
Acima dos 25 anos	4 (10%)

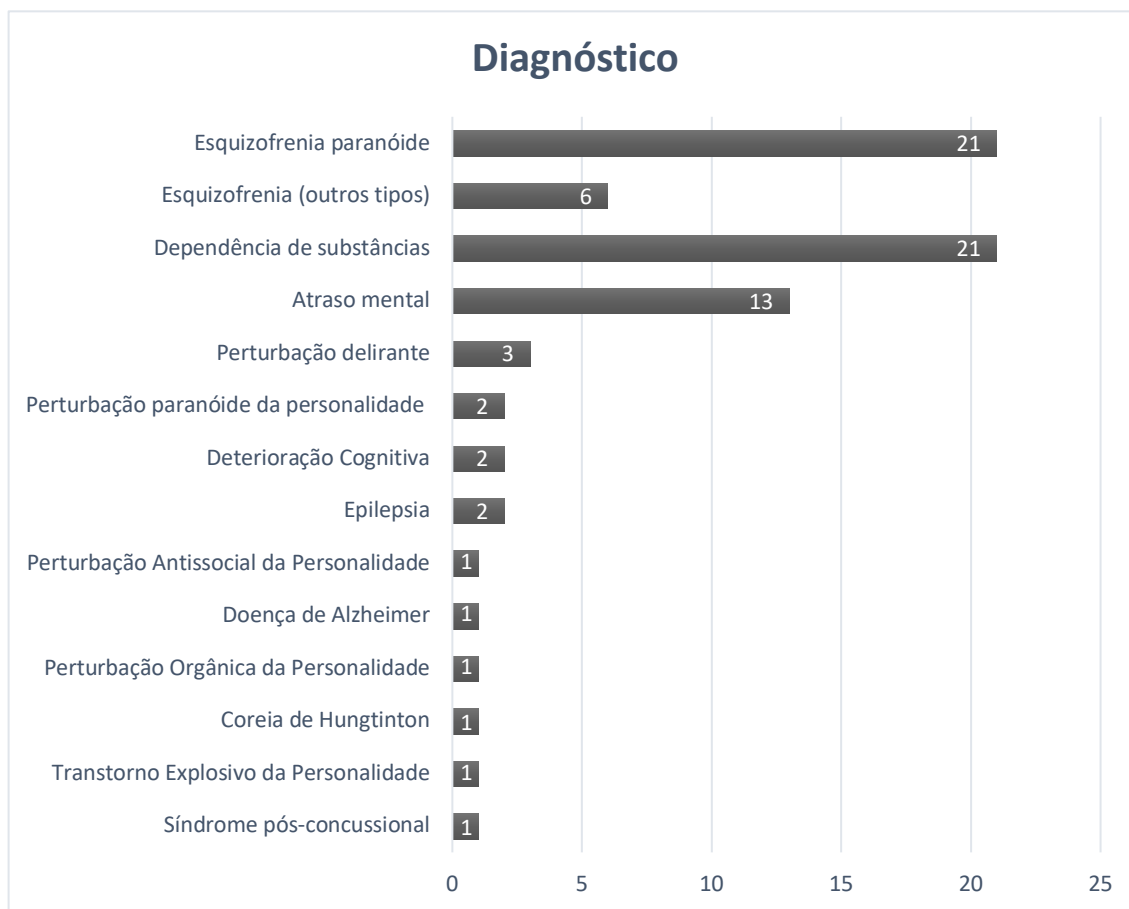
* neste caso não foram incluídos os sujeitos que já ultrapassaram a pena máxima estabelecida; ** estão incluídos os indivíduos que cumprem acima de 25 anos de medida

Tabela VI: Crime, pena, medida de segurança

Crime – máximo da pena correspondente	Anos de cumprimento da medida de segurança
Tráfico de substâncias ilícitas – 15 anos	24 anos
Homicídio qualificado – 25 anos	34 anos
Homicídio qualificado – 25 anos	28 anos
Homicídio por negligência – 5 anos	28 anos
Homicídio privilegiado – 5 anos	17 anos
Homicídio qualificado forma tentada – 16 anos e 8 meses	29 anos
Homicídio simples – 10 anos e 8 meses	12 anos
Sequestro – 10 anos	24 anos

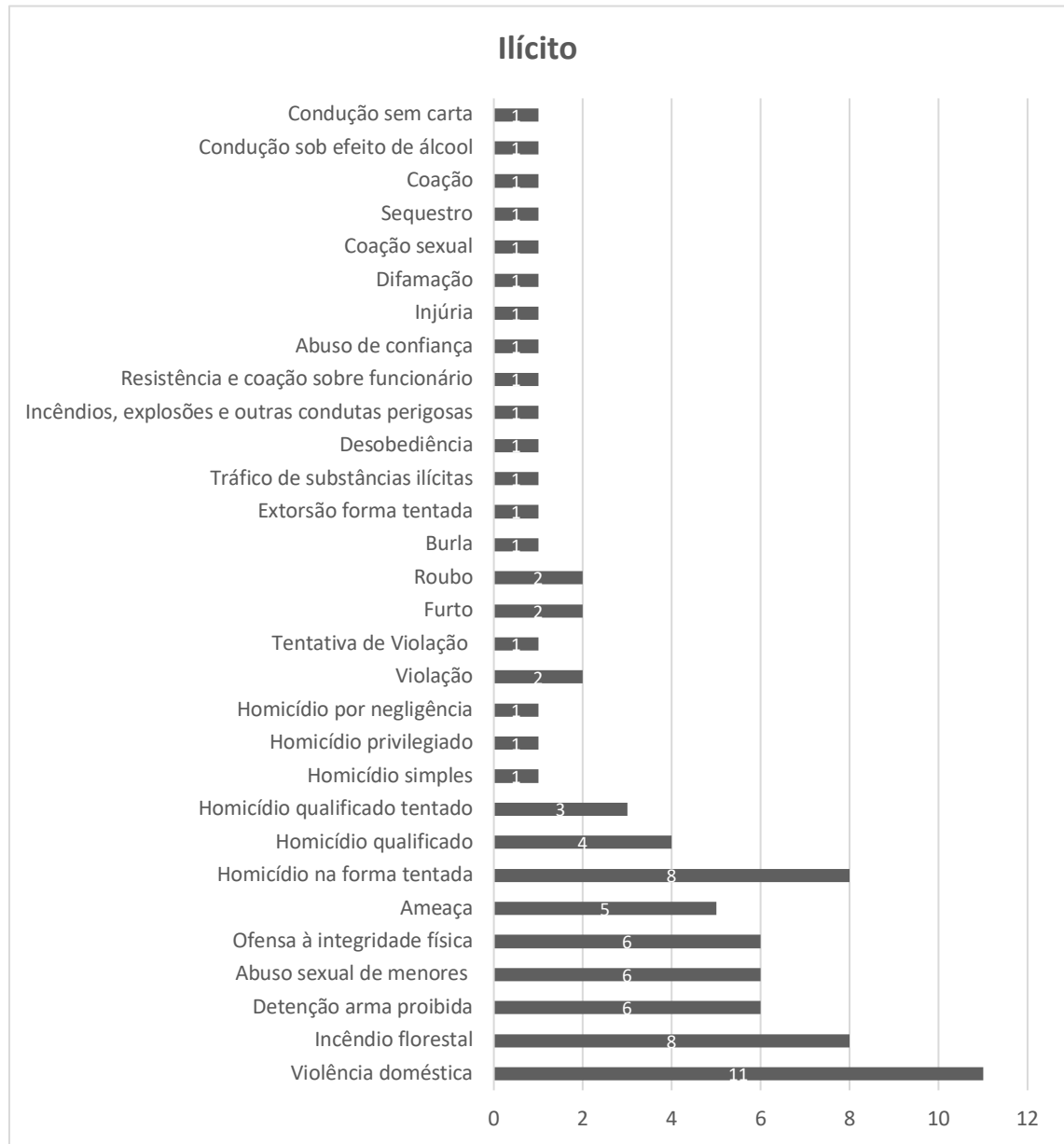
Figuras

Figura 1: Diagnóstico *



*número de diagnósticos superior ao n da amostra (n=40), porque alguns doentes têm duplo diagnóstico

Figura 2: Crimes cometidos



*Aprovado, em termos de
infância do Dr. Diretor Clínico*

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião do C.A.	
19/5/20	
Acta n.º 19/2020	
Antonio Leuschner Presidente	Alberto Perrote Vice-Presidente
Joaquim Ramos Diretor Clínico	João Leites Enfermeiro-Chefe

Identificação do Proponente:

Nome: CATARINA INÊS PEREIRA MACHADO

Filiação Institucional: Mestranda no ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Supervisor da Investigação: João Luís de Freitas, Psiquiatra do Hospital de Magalhães Lemos (HML), EPE

Título do Projecto: *Doente Mental e Crime - uma perspectiva global da inimputabilidade em Portugal*

Considerandos:

A autora propõe-se “utilizar a base de dados dos quarenta inimputáveis recentemente internados no Hospital Magalhães lemos, todos com idade superior a 14 anos, em regime de internamento para inimputáveis, a cumprir medida de segurança privativa de liberdade, para melhor compreender a sua situação demográfica, assim como diagnósticos, tipologias de crimes e duração do internamento, para obtenção de conclusões e levantamento de questões quanto à aplicação prática das medidas de segurança e analisar a realidade de uma amostra de inimputáveis.” Protesta ainda a autora reservar e em modo algum divulgar a identidade dos doentes, decorrendo o estudo “à distância”, “tendo como base dados previamente recolhidos”.

Posto isto, o estudo está de acordo com os procedimentos de SFI, não são identificados riscos para os sujeitos e é garantida a confidencialidade dos dados em todo o processo.

Parecer:

Dado que o estudo não apresenta risco significativo ou custos para os sujeitos investigados, que o consentimento informado não é aplicável, e é garantida a confidencialidade dos dados, não há

*As C.A.
HML em consideração do estudo por se tratar de dados
sejam os fornecidos, ao investigador, de forma anonimizada, mas
obstando o pouco favorável de Comissão de Ética*

JOAQUIM RAMOS
08/05/2020

objecção de natureza ética à realização deste projecto pelo que o parecer é positivo.

O relator, Victor Mota

Parecer emitido pela CES em 5 de Maio de 2020

O Presidente da Comissão de Ética

