

Inimputabilidade e Imputabilidade Diminuída - Considerações sobre a aplicabilidade destas noções em Psiquiatria Forense (I)

Inimputability and diminished imputability - considerations concerning the applicability of these notions in Forensic Psychiatry

O artigo 20º do CPP enuncia as condições segundo as quais a inimputabilidade é definida no actual Código Penal Português. O seu número 1 diz: “*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 essa avaliação*”.

Esta definição remete para o conceito de imputabilidade dominante na actualidade – capacidade de avaliar o ilícito e dirigir a sua actuação em função dessa avaliação. A avaliação da ilicitude implica a capacidade de compreensão ou entendimento e a auto-determinação tem implícita a noção de livre arbítrio. Passando ao lado da discussão relativa à complexidade destes conceitos, entendemos que a estruturalógica que subjaz a esta definição é clara e simples. Nos casos em que se terá de decidir sobre a inimputabilidade a última decisão que o juiz terá de fazer é se ao indivíduo lhe é atribuída ou não a responsabilidade ou a capacidade penal do seu acto. Essa decisão tem sustentação, normalmente, na medida em que as condições bio-psíquicas que asseguram a presença daqueles atributos estão ou não alteradas. Assim, de acordo com o artigo 151º do CPP (“*A prova pericial tem lugar quando a percepção ou a apreciação dos factos exigirem especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos*”), o Tribunal pode informar-se sobre a presença ou ausência dessas condições e solicitar uma peritagem psiquiátrica. Mas também por requerimento do representante legal do arguido, cônjuge ou descendentes / ascendentes, conforme o nº 3 do artigo 159º do CPP (“*A perícia psiquiátrica pode ser efectuada a requerimento do representante legal do arguido, do cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens ou dos descendentes, ou, na falta deles, dos ascendentes, adoptantes, adoptados ou da pessoa que viva com o arguido em condições análogas às dos cônjuges*”).

A lei não nos diz quais são as condições que podem afectar a responsabilidade ou capacidade penal (ficando-se apenas pela vaga noção de anomalia psíquica), nem mesmo uma enumeração – sequer exemplificativa —, diz-nos Figueiredo Dias, — do tipo de anomalias psíquicas que podem definir inimputabilidade. E continua: “*...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*”. Isto é, no nosso entendimento, o que está suposto na lei é a decisão relativa à tradução, em termos psicológicos e comportamentais, do efeito das perturbações mentais ou psíquicas. Dito de outro modo, o que importa em termos legais é saber dos

estados psicológicos e suas traduções comportamentais e não propriamente saber o tipo de patologia subjacente. É evidente que não estou a atribuir à lei uma opinião filosófica sobre as relações entre o cérebro, a mente e o comportamento. No entanto, em questões de inimizabilidade, os juizes ocupam-se directamente com os aspectos psicológicos das capacidades pessoais e dos estados de ânimo e, apenas indirectamente, com as doenças psiquiátricas, na justa medida em que elas são a evidência para a alteração daquelas capacidades. Isto não significa que as doenças mentais não sejam consideradas, dado que é a partir delas que se podem fazer juízos de atribuição de anomalia psíquica ao agente. Mas continuam a ser as alterações psicológicas consecutivas que sustentam a base legal para a inimizabilidade. Como dizia Figueiredo Dias, não basta um diagnóstico de doença mental para se atribuir inimizabilidade, é necessário que o perito clarifique qual o impacto dessa doença sobre a capacidade de compreensão da ilicitude do acto do seu agente e/ou sobre a sua capacidade em se auto-determinar em função dessa compreensão. Ora o impacto dessa doença é a sua tradução psicológica sobre o que é considerado ser o “normal” em termos jurídicos.

Isto implica que há um tema-chave que deve ser aqui abordado: qual será o sujeito normal sob o ponto de vista jurídico? Se o definimos como o que não é portador de anomalia psíquica, estamos a entrar num pensamento recursivo de exclusão recíproca. Podemos nos socorrer da fenomenologia e dizer que um sujeito normal é aquele que actua livremente, entendendo-se por acto livre sempre que há experiência directa da decisão e a aceitação do acto pela personalidade. Como decisão implica possibilidade de escolha é o mesmo que dizer que implica reflexão consciente, deliberação, consideração dos motivos e das consequências e apelo aos sentimentos éticos e sociais. Cada uma destas funções psíquicas dependem de factores que se estendem desde o domínio biológico ao domínio dos valores. Por isso, a decisão assume o seu carácter mais completo através da integração destes dados em conjunto. Deste modo pode-se falar de consciência de liberdade. No entanto, no plano médico-legal não foi este o caminho seguido, tendo antes os diferentes autores enunciado um conjunto de critérios, mais ou menos objectivos, mais ou menos clínicos que se estendem desde os mais clássicos, como o de Simonin (que considera ser necessária a conjugação de duas condições para se definir a imputabilidade – inteligência ou discernimento e livre vontade ou liberdade), até aos mais consensuais, como o de Calabuig (que considera 4 condições – um estado de maturidade mínimo, fisiológico ou psíquico; plena consciência dos actos que se realizam; capacidade de voluntariedade e capacidade de liberdade – enquadrados em 3 critérios: qualitativo, com referência às funções psíquicas afectadas, cognitivas e volitivas; quantitativo, com referência à intensidade ou gravidade das alterações; cronológico, com referência à coincidência temporal entre a perturbação e os factos imputados). Da integração dessas diferentes tentativas para uma definição de imputabilidade com aplicação jurídica ressalta a necessidade de se conjugar um **critério de natureza psicopatológica** (referida à existência de uma doença mental, que só pode ser determinada pela psiquiatria clínica) com um **critério de natureza médico-legal** (referida à dedução que relacione a afectação do funcionamento psíquico com os factos que deram lugar ao procedimento judicial). Como clínicos temos de dar conteúdo psicopatológico ao termo jurídico de “anomalia psíquica” que, como já muito se tem comentado, se inspira nos conceitos aristotélicos de conhecimento e vontade que, em termos actuais se traduzem por funções cognitivas e conativas ou motivacionais. São estas as funções superiores mais diferenciadas do ser humano, com as quais um acto adquire a sua plena dimensão de pertencer a um ser inteligente e intencional capaz de estabelecer relações significativas com o meio em que vive. Neste sentido e do ponto de vista

clínico de avaliação da imputabilidade será **normal** o indivíduo que tem conservadas as capacidades cognitivas e volitivas ou motivacionais.

Entende-se por capacidades cognitivas não só as funções instrumentais da inteligência, como os conteúdos do pensamento e da senso-percepção que nos asseguram um contacto objectivo com a realidade e que devem estar preservadas. Para além disso, o sistema motivacional deve estar sujeito ao controlo cognitivo; na verdade, a vontade está normalmente ligada ao conhecimento, dado que se actua segundo o que se conhece previamente e uma conduta sem intencionalidade supõe ausência de “conhecimento” e também de “vontade”, dado que a vontade é sempre “vontade de algo que se conhece” seja de forma objectiva ou subjectiva.

Esta parece-nos ser a formulação psicológica moderna do conceito fenomenológico de consciência de liberdade. Quando estas condições não estão presentes podemos falar de alterações da capacidade de avaliação/compreensão do bem e do mal ou da ilicitude do acto e de perda da liberdade de acção em resultado de alterações na capacidade de decisão.

Estando definidas pelo perito as situações clínicas que o agente é portador importa saber se essas condições são necessárias e suficientes para produzirem uma alteração substancial da responsabilidade penal no momento do cometimento do acto em juízo.

A implicação mais importante desta questão refere-se ao facto de ela implicar a existência de graus de perturbação psíquica e seus correlatos na tradução psicológica e comportamental e de graus de responsabilidade penal. Poder-se-ia deduzir que quanto mais perturbado o sujeito estiver menos responsável será. Iremos ver que isso não é bem assim. Para já o que é importante é que o CP Português contempla também a possibilidade de se considerar como inimputável um agente em razão de uma **diminuição** da capacidade para conhecer e se auto-determinar. O nº 2 do artigo 20º diz: “*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 censura do, 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*”.

O disposto neste número não trata de uma diminuição da imputabilidade mas sim da atribuição de inimputabilidade em razão não da total ausência de conhecimento e auto-determinação do agente mas da sua diminuição, desde que atribuída a “anomalia psíquica grave”. Isto é, as implicações deste articulado reportam-se quer à definição de “anomalia psíquica grave” quer às suas relações com o grau de responsabilidade penal. Talvez por isso esta questão tenha sido tratada de forma diferente pelos peritos e pelos juristas. Como diz Rodrigues da Silva, a diminuição da imputabilidade é tratada pelos psiquiatras do lado da imputabilidade e pelos juristas do lado da inimputabilidade. Apesar disso esta questão é muito complexa. Senão vejamos.

Antes mais deve colocar-se a questão da forma como se determina o grau de perturbação e o grau em que ela diminui a capacidade de conhecer e de se auto-determinar do agente. Uma possível maneira de o fazer seria decidir o grau de gravidade da doença por referência ao grau de perturbação da responsabilidade. Poderíamos cair numa resposta deste género: “Em termos legais quando se afirma doença mental grave quer-se dizer o tipo de doença mental que diminui substancialmente a responsabilidade das acções do agente”. Uma afirmação desta natureza implica a determinação da gravidade da doença mental por uma decisão prévia acerca da responsabilidade penal, pelo que a questão da responsabilidade deveria ser incorporada no diagnóstico psiquiátrico. Uma interpretação desta natureza tem a vantagem de reter a ideia segundo a qual a gravidade das doenças e a responsabilidade penal têm graus e de desencorajar a sugestão segundo a qual cada

uma delas ou a relação entre elas podem ser quantificadas. Creemos que não só não podem ser quantificadas como nem se quer podem ser empiricamente relacionadas. O que quero dizer com isto é que os conceitos de gravidade de doença e de responsabilidade penal são de natureza distinta pelo que, no plano empírico não podem ser correlacionados, muito embora o possam ser no plano conceptual.

Na verdade o conceito de responsabilidade penal não é um conceito psicológico muito embora alguns o tenham tentado assimilar a um estado psicológico complexo. E porquê? Uma das razões prende-se com o facto de muitas vezes se confundir os critérios psicológicos que são, muitas vezes, a base sobre a qual a atribuição de responsabilidade é feita. Em muitos casos decidimos as questões da responsabilidade com base no que a pessoa conhece ou na sua intencionalidade ou nos seus estados emocionais. Mas mesmo nestes casos, acreditar que alguém é responsável não é acreditar que o é em razão dos seus estados mentais mas, sim, acreditar eles podem responder pelo que fizeram. Apenas quando se consideram implicações de natureza moral é que se podem retirar conclusões quanto à responsabilidade. E porquê? Porque existe uma diferença irreduzível entre lei, moral e ciência médica. Como já dissemos a questão da responsabilidade penal é uma questão jurídica e não médica. Mesmo quando é baseada em juízos médicos e psicológicos que possam determinar o grau de “responsabilidade mental”, este tipo de responsabilidade não é uma questão médica nem legal, mas sim uma questão moral. O resultado disto acaba por colocar os peritos, pelo menos teoricamente, dois passos atrás do veredicto final quanto à responsabilidade penal. Entre o seu diagnóstico e o veredicto, dois juízos se interpõem: um, ocupado com as relações entre a doença mental e a responsabilidade psicológica; outro, ocupado com as relações entre o grau de alteração da responsabilidade psicológica e a responsabilidade penal.

Estas questões das diferenças entre os domínios clínico e jurídico são extremamente importantes quanto aos papéis que cada um desempenha. O juiz é um decisor e não um psiquiatra amador, mesmo sabendo-se que ele leva em linha de conta as mesmas questões que ocupam os psiquiatras. Os estados psicológicos e as capacidades que os psiquiatras reportam só funcionam como base para as decisões acerca da responsabilidade penal quando são enquadrados no domínio moral. Interpretar os diagnósticos psiquiátricos no contexto das relações morais é o papel dos juizes. Ou seja, a inferência da doença mental para a responsabilidade penal envolve um movimento do diagnóstico psiquiátrico para a avaliação moral.

Neste sentido, os dois domínios estão completamente afastados e o papel de cada um dos actores desses domínios está claramente definido. Este afastamento, decorrente da natureza diferencial dos tipos de juízos que cada um dos actores faz, tem dificultado o diálogo entre os domínios clínico e jurídico. Poderá ser feita alguma coisa para aproximar estes dois domínios? É o que veremos no próximo editorial a propósito do conceito de imputabilidade diminuída.



João Marques-Taxeira