

Inimputabilidade e Esquizofrenia na Legislação Portuguesa

Criminal Responsibility and schizophrenia in the portuguese law

As questões da imputabilidade e inimputabilidade são questões delicadas não só pelos aspectos conceptuais mas também pelo facto de serem das questões que mais apelo fazem às relações entre a psiquiatria e o direito.

Se começarmos pela análise da noção de imputabilidade, o verbo imputar (do latim *imputare*), significa “atribuir a alguém a responsabilidade de...[algo]”; portanto, para o direito, imputar significa atribuir culpa ou delito a outro. Assim sendo, uma pessoa considerada “*imputável*” é aquela sobre quem podemos atribuir alguma coisa, seja uma culpa, um delito, enfim, uma responsabilidade.

É importante realçar que a culpabilidade é o juízo de censura que o quadro jurídico-penal realiza sobre o autor de um facto, reprovando, normativamente, uma conduta típica e ilícita praticada por uma pessoa que tenha capacidade de entender e de querer e de se comportar de acordo com esse entendimento; para além disso, implica também, nas circunstâncias concretas do facto, que tenha possibilidade de conhecer a sua ilicitude e de agir de outro modo.

Daí, se deduz que a culpabilidade tem um **pressuposto**, que é a imputabilidade, e **dois requisitos**, a possibilidade concreta de conhecer a ilicitude da conduta e a possibilidade concreta de agir de outro modo. Se a pessoa não preencher nem o pressuposto, nem os requisitos da culpabilidade, o Direito Penal não reprovará nem censurará o seu comportamento.

Tão só, o Código Penal não define a culpabilidade, mas apenas as causas de sua exclusão, ou tipos permissivos exculpantes ou dirimentes. Assim, no estudo da culpabilidade, a doutrina recorre sempre ao modelo causal, ou seja, procura detectar uma causa para a pretendida culpa; é *culpado por causa disso, daquilo, etc.*

Para além disso, é sabido que a forma mais humana de se pensar sobre as causas da culpa se dá através da ligação psíquica entre o agente e o facto, resultando daí que a noção de culpabilidade e, conseqüentemente, da imputabilidade, deve utilizar sempre os conhecimentos da ciência médica especializada no funcionamento psíquico.

O Código Penal Português trata a Imputabilidade Penal no título II, da sua parte geral e, como atrás afirmamos, não conceptualiza a imputabilidade, mas sim a inimputabilidade, ao consagrar no seu artigo 20 que:

“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”.

Assim sendo, a não imputabilidade ou a inimputabilidade, estaria presente quando não se pudesse atribuir ao agente a culpa (e, evidentemente, o dolo). Normalmente essa situação diz respeito à pessoa que não tem condições de discriminar a natureza ilícita da acção, não tem consciência plena do que está a fazer ou não tem nenhum domínio sobre sua volição (vontade).

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 estamos a atribuir à lei uma opinião filosófica sobre as relações entre o cérebro, a mente e o comportamento. No entanto, em questões de inimputabilidade, os juízes 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 inimputabilidade. Como dizia Figueiredo Dias, não basta um diagnóstico de doença mental para se atribuir inimputabilidade, 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. O que é, pois, pedido ao perito é que se pronuncie, por um lado sobre a existência ou não de doença psiquiátrica e que a quantifique em termos de gravidade e, por outro, que se pronuncie sobre as repercussões dessa doença nas possibilidades de actuação do agente face ao facto em questão. Quando nos referimos a possibilidades de actuação estamos-nos a referir às possibilidades de poder comportar-se desta ou daquela maneira.

E como é que o perito faz esta avaliação? O modo como estes dados são valorizados é um dado importante para percebermos em que é que os peritos baseiam os seus juízos. A literatura empírica diz-nos que os peritos baseiam os seus juízos no eixo I dos Manuais de Classificação das Doenças, nomeadamente os sujeitos com quadros psicóticos são mais frequentemente considerados inimputáveis comparativamente com os não psicóticos^[1-4].

Mas não é só o diagnóstico que está em jogo quando os peritos tomam as suas decisões. Para além do diagnóstico, também a idade e o sexo do sujeito^[2,3,5], bem como o número de acusações ou condenações anteriores^[1,3,5] estão associadas com a tomada de decisão dos peritos quanto à imputabilidade dos seus examinandos. De acordo com vários estudos também o tipo da ofensa parece estar também relacionado com a decisão quanto à consideração da imputabilidade^[2,3,5], muito embora isso tenha pouco valor para os casos de inimputabilidade por anomalia psíquica, como Cochrane *et al.*^[4] e Warren *et al.*^[2] sugeriram.

No seu conjunto, estes dados sugerem que a avaliação da responsabilidade criminal envolve um juízo balanceado entre a presença ou ausência de doença mental, entre o contexto do crime e a personalidade do acusado, muito embora predomine neste juízo a presença ou ausência de doença mental.

Um outro conjunto de variáveis tem sido associado com a tomada de decisão dos peritos, nomeadamente entre as características dos crimes, a escolha da arma e o facto de o acusado actuar só ou em

grupo. Já o tipo de crime parece não ter importância nessa avaliação.

Tendo estes dados como pano de fundo da nossa reflexão cabe agora perguntar o que se passa quando um perito tem de avaliar, no quadro forense, um doente com esquizofrenia que é acusado de ter cometido um crime.

A doutrina dominante ditava que, desde que uma pessoa sofresse de um episódio agudo de esquizofrenia ou de um estado deficitário, isso seria suficiente para ser considerada como inimputável.

No entanto, pelo menos na Europa, esta doutrina está a mudar. Vários estudos têm-no documentado. Por exemplo, Durst *et al.*^[6] verificaram que cerca de 25% dos doentes com esquizofrenia acusados de terem cometido crimes foram considerados imputáveis e Kunjukrishnan e Bradford^[7] confirmaram estes dados apontando como imputáveis 28% dos esquizofrénicos.

Quais serão as razões que estão na base desta mudança?

São sobretudo os resultados dos estudos sobre a evolução dos quadros da esquizofrenia que nos permitem ensaiar uma resposta a esta questão. Na verdade, no estudo de Bona e Zurique^[8], 22% dos doentes com esquizofrenia apresentaram remissões psicopatológicas completas e num estudo mais recente de Fleischaker *et al.*^[9], essa remissão completa foi atingida por 19,8% dos doentes. Cerca de 43% e 38,2% dos doentes apresentaram tipos de remissão não característicos, nomeadamente ligeiros síndromas deficitários puros, dominados por sintomas cognitivos básicos, respectivamente no 1º e no 2º estudos e apenas 35% e 42% dos doentes revelaram estados típicos ou características próprias da esquizofrenia e de estados residuais, respectivamente no 1º e no 2º estudo^[8,10,11]. Do conjunto dos doentes, cerca de 92% viviam permanentemente em suas casas e cerca de 56% estavam incluídos socialmente.

Na sequência destes e de outros estudos desta natureza foram definidos 4 tipos de cursos da esquizofrenia, cada um deles responsável por ¼ de todos os doentes esquizofrénicos: (1) um grupo favorável de cerca de 100% de remissões sociais; (2) um grupo relativamente favorável; (3) um grupo relativamente desfavorável e (4) um grupo desfavorável no qual a taxa de recuperação social cai para os 2%.

Mas se estes doentes ao longo das suas vidas são predominantemente “não esquizofrénicos” no sentido tradicional, eles não estão livres de sintomas, apresentando principalmente sintomas cognitivos básicos, vividos subjectivamente como deficiências.

Estes dados clínicos evolutivos, especialmente aqueles que se reportam aos tipos de evolução de tipo não psicótico, levaram a uma revisão substancial dos princípios da psiquiatria forense relativamente à opinião sobre a esquizofrenia. Ninguém põe em causa que um episódio agudo de esquizofrenia ou um estado de típico de defeito esquizofrénico configura uma situação de inimputabilidade. Isso ocorre sobretudo em razão do facto de nestes estados o doente psicótico, no momento do acto, não ser capaz de avaliar a ilicitude do mesmo ou, mesmo que o seja, não ser capaz de se auto-determinar em função dessa avaliação. Mas, como o estudo de Bona e as investigações que se seguiram em cerca de 900 doentes esquizofrénicos demonstraram que existem frequentes estados básicos incaracterísticos nos quais os doentes experienciam os sintomas básicos como deficiências, sendo capazes de se adaptarem e compensá-los, preservando a capacidade de *insight* e do teste de realidade. Isto significa que a capacidade para trabalhar e para a vida social pode estar alterada, ao mesmo tempo que se mantém a responsabilidade e a capacidade civil.

Foi, pois, em resultado destes dados que emergiram novas orientações para a avaliação forense dos doentes com esquizofrenia as quais, muito embora ainda não estejam muito difundidas nos manuais de

Psiquiatria Forense, permitem desde já ultrapassar não só as doutrinas da progressão irremediável da esquizofrenia, mas também a dicotomia da psicopatologia positiva e negativa.

Na verdade, o *insight*, a liberdade, a responsabilidade e a capacidade civil de uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia estão, nestes estados, frequentemente mais preservadas do que a psiquiatria clássica assume. O facto de 62% dos doentes com esquizofrenia depois de mais de 2 décadas estarem completamente curados ou em remissão em estados residuais puros, não característicos, na sua maioria apenas ligeiramente residuais, não reconhecidos como esquizofrénicos, levou, como vimos a uma revisão dos princípios da avaliação em psiquiatria forense.

Essas novas orientações indicam que em tais casos, a avaliação da imputabilidade só pode ser feita a partir de uma análise biográfica e psicopatológica compreensiva do indivíduo que permite ao perito ajuizar e decidir em que medida os sintomas cognitivos básicos podem ter, numa determinada ofensa criminal, consequências sobre as capacidades de *insight* e auto-determinação.

Em síntese, a inimputabilidade existe como regra para as ofensas perpetradas por um doente esquizofrénico em estado agudo ou em estado de defeito psicótico; mas para os crimes cometidos por doentes em estados residuais puros os quais podem ser, na sua maior parte, considerados como responsáveis face à lei e, praticamente sem excepção, com suficiente capacidade em relação aos direitos civis, essa inimputabilidade já não pode ser automaticamente deduzida.

Isto significa que em cerca de 2/3 dos doentes, a inimputabilidade provocada pela esquizofrenia não pode ser assumida. Mas para formular tal decisão é necessário que estes doentes sejam capazes de reconhecer as suas deficiências básicas com distância crítica, reconhecer as suas deficiências como deficiências e desenvolver em muitos domínios mecanismos de *coping* que os adapte às suas circunstâncias na relação com o mundo.

Por outro lado, para que isto aconteça, é necessário que os peritos conheçam os resultados atrás mencionados da investigação sobre a evolução da esquizofrenia. Ou seja, que sejam capazes de considerar e diferenciar o significado do termo genérico “defeito esquizofrénico” na sua aplicação ao domínio forense. Uma orientação exclusivamente nosológica não é suficiente, sendo necessário acrescentar-lhe uma orientação sindromática baseada no estado psicopatológico e no curso evolutivo de um doente particular.

Eis, pois, o teor desta reflexão: depois de um doente entrar em remissão de um quadro agudo de esquizofrenia ou entrar em estados básicos pós-psicóticos, os quais não são psicopatologicamente esquizofrénicos no sentido tradicional, a sua capacidade em relação aos direitos civis não está praticamente afectada e a sua inimputabilidade não pode ser imediatamente deduzida, sem uma avaliação cuidadosa.



João Marques-Teixeira

Referências bibliográficas

- [1] [1] Lymburner, J. e Roesch, R. (1999). *The insanity defense: Five years of research (1993–1997)*.
- [2] Warren, J., Murrie, D., Chauhan, P., Dietz, P. e Morris, J. (2004). Opinion formation in evaluating sanity at the time of the offense: An examination of 5175 pre-trial evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, 22: 171–186.
- [3] Rice, M. e Harris, G. (1990). The predictors of insanity acquittal. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13: 217–224.
- [4] Cochrane, R., Grisso, T. e Frederick, R. (2001). The relationship between criminal charges, diagnoses, and psycholegal opinions among federal pretrial defendants. *Behavioral Sciences and the Law*, 19: 565–582.
- [5] Folino, J. e Urrutia, M. (2001). Mental disturbances and criminological characteristics in crime accused insane as recorded at the Judiciary Office in La Plata, Argentina, for 10 years. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24: 411–426.
- [6] Durst, R., Jabotinsky-Rubin, K e Ginath, Y (1993). A look at court appointed psychiatric evaluations in Israel with special reference to criminal liability. *Med Law*, 12: 153-63.
- [7] Kunjukrishnan, R e Bradford, M. (1988). Schizophrenia an major affective disorder: forensic psychiatric issues. *Can J Psychiatry*, 33: 723-33.
- [8] Huber, G., Gross, G. e Klosterkotter, J. (1988). Schizophrenien - Diagnose und Verlauf. *Nervenheilk* 7: 83-91.
- [9] Fleischhaker, C., Schulz, E., Tepper, K., Martin, M., Hennighausen, K. e Remschmidt, H. (2005). Long-Term Course of Adolescent Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31 (1): 1–12.
- [10] Huber, G.(1966). Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiat* 34: 409-426.
- [11] Huber, G., Gross, G. e Schuttler, R. (1989). Schizophrenie. Verlaufs und sozialpsychiatrische Langzeitstudie an den 1945-1959 in Bonn hospitalisierten schizophrener Kranken. 646-652.