

PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA FORENSE: SUAS IMPLICAÇÕES NA LEI

(2005)

Psiquiatria-Psicologia Forense no Instituto Nacional de Medicina Legal, Âmbito de Aplicação em Direito

Rui Manuel Ribeiro Carolo

Psicólogo

Universidade Internacional - Instituto Internacional de Estudos Especializados (Figueira da Foz, Portugal)
Pós Graduação em Investigação Criminal, Psicopatologia Criminal e Vitimologia

Contactos do autor:

rmanelribeiro@hotmail.com

rmanelribeiro@gmail.com

RESUMO

Este estudo, apesar de não experimental, é realizado com o objectivo premente de analisar alguma literatura referente ao tema em estudo e também de constatar a realidade empírica. Analisam-se diplomas legais que fundamentam a organização médico-legal em Portugal, verificando-se uma uniformização das metodologias periciais a nível nacional como consequência da publicação do **Decreto-Lei nº 96/2001 de 26 de Março**, assim como outros diplomas legais respeitantes a perícias médico-legais. São referidas ainda, interrelações entre psiquiatria forense e lei criminal, nomeadamente acerca da perícia médico-legal e psiquiátrica e perícia sobre a personalidade, com especial incidência no âmbito do direito penal, apesar de abordar outros âmbitos: o civil, o trabalho, ainda que de modo muito superficial. Refere ainda alguns dados estatísticos referentes a perícias em psiquiatria forense e alguns conceitos base em psiquiatria, pertinentes para a compreensão do conceito de perigosidade social.

Particulariza ainda a execução pericial em psiquiatria forense no âmbito penal, tendo em conta as psicopatologias que mais directamente se relacionam com a inimputabilidade, a imputabilidade ou imputabilidade diminuída, deslizando superficialmente pela ética, pela actividade pericial e fazendo uma referência à problemática da simulação.

Palavras-chave: psiquiatria e psicologia forenses; perícia sobre a personalidade; psicopatologias; inimputabilidade; ética; simulação

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MÉDICO-LEGAL EM PORTUGAL

A independência técnico-pericial dos Institutos de Medicina Legal de Lisboa, Porto e Coimbra, gerou diferentes escolas doutrinárias e conseqüentemente conduziu a diferenças metodológicas prejudiciais a uma correcta e precisa interpretação da prova pericial, o que por sua vez se reflectiu na administração da justiça. “Por esse motivo, pretende-se que, salvaguardada a independência técnico-científica própria de cada perito na apreciação de cada processo, sejam instituídas metodologias periciais uniformes em todo o País.” (*cit in* Decreto-Lei n.º 96/2001 de 26 de Março, 1673)¹.

Desta forma é constituído legalmente o INML (Instituto Nacional de Medicina Legal) sendo o serviço de Psiquiatria Forense regulado pelo disposto nos Estatutos do Instituto Nacional de Medicina Legal em anexo ao **Decreto-Lei n.º 96/2001 de 26 de Março**, particularmente no descrito no artigo 30.º “1 — Ao Serviço de Psiquiatria Forense compete a realização de perícias e exames psiquiátricos e psicológicos solicitados à delegação.”

Também na **Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto**² está regulamentado o regime jurídico das perícias médico legais e forenses³, e particularmente no que respeita à psiquiatria e psicologia forenses pelo disposto na secção V, artigo 24.º “1 — Os exames e perícias de psiquiatria e psicologia forense são solicitados pela entidade competente à delegação do Instituto da área territorial do tribunal que os requer.”

Também existe a possibilidade de realização de perícia médico-legal, nomeadamente na caracterização da toxicodependência, pela psiquiatria e psicologia forense, pelo disposto na **Portaria n.º 94/96 de 26 de Março**. No referido no n.º 2, al. b) artigo 2.º da respectiva Portaria dispõe-se “A existência de grave risco para a sua saúde ou de perigosidade social decorrentes daquele estado.” e também pelo disposto na al. e); f) do artigo 3.º do mesmo diploma legal, respectivamente “Exame objectivo, abrangendo a apresentação, o exame físico e o exame psiquiátrico;” e “Exames complementares, quando necessários, abrangendo os toxicológicos ao sangue, à urina ou a outros produtos biológicos, os serológicos e os psicológicos.” No âmbito do direito do trabalho ou civil também pode haver lugar a perícia médico-legal realizada pela Psiquiatria⁴. No âmbito atrás descrito e pelo disposto no Decreto-Lei n.º 341/93 de 30 de Setembro, no *Capítulo X*, Psiquiatria⁵, a avaliação das incapacidades varia entre grau I – perturbação ligeira, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal ou

¹ em anexo

² em anexo

⁴ Decreto-lei n.º 341/93 de 30 de Setembro integrando a Tabela Nacional de Incapacidades.

⁵ A opção recaiu sobre: Glossário e Guia de Classificação dos Distúrbios Mentais; segundo a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da OMS, não excluindo a 10ª Revisão (Deliberação n.º 131/97 do Conselho Superior de Estatística; D.R.-II Série, n.º 166-21-7-1997) assim como não exclui também o DSM-III, Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria.

profissional até grau IV – perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as actividades quotidianas, requerendo vigilância e cuidados permanentes.

Actividade Pericial – Delegações e Gabinetes Médico-Legais-Psiquiatria Forense⁶

Tipos de Perícias: - Exames psiquiátricos no âmbito do Direito Penal; Exames psiquiátricos no âmbito do Direito Civil; Exames psiquiátricos no âmbito do Direito do Trabalho; Exames psiquiátricos no âmbito de outras áreas do Direito; Exames psicológicos.

Actividade pericial desenvolvida nas Delegações e Gabinetes em 2003:

Número de exames requisitados⁷: 3183; Número de exames efectuados: 613; Número de relatórios enviados: 548.

ALGUNS CONCEITOS-BASE EM PSIQUIATRIA E PSICOPATOLOGIA

Normal, Anormal, São e Doente

As normas (do latim *norma*: medida, linha de orientação, regra, prescrição) são inevitáveis e inamovíveis no nosso contacto adequado com o mundo, bem como na nossa integração numa comunidade e para a continuidade da sociedade. A imprescindibilidade das normas ressalta sobretudo quando até o próprio facto de se estar doente, incluindo a doença psíquica, é, por norma, sujeito a normas, no que se refere ao modo de comportamento e ao reconhecimento social do «doente». As normas destinam-se á criação e manutenção de estruturas sociais. Durante o processo social de desenvolvimento da personalidade vamos adquirindo normas (mediante castigo, proibição, prémio, promessas) e procedendo a uma identificação com quem as estabelece (a sociedade). A forma como um sujeito se comporta em relação às normas estabelecidas (defesa, conservação da liberdade, protesto, regressão interior, aceitação voluntária exterior) reflecte a sua autonomia e a sua maturidade.

Em psiquiatria o conceito de norma mais frequentemente referido é o de *norma média* (também chamada norma estatística): normal no sentido de média, é globalmente o comportamento adequado da maioria das pessoas de um determinado sexo e de certos grupos etários, numa determinada esfera sócio cultural em algumas situações. A norma média varia consoante as várias culturas, os estratos sociais, as religiões e os diversos contextos. As afirmações qualitativas e quantitativas sobre o que é normal e anormal, que sejam universalmente

⁶ em anexo quadro de exames médico-legais (2003) em Psiquiatria Forense e pessoas submetidas a exames médico-legais (1992-2001) em Psiquiatria Forense.

⁷ Este número inclui exames distribuídos a entidades externas ao INML.

válidas, são de índole tão geral que se tornam inaplicáveis. O comportamento de uma pessoa é actualizado no contexto social. Deste modo também o espaço social determina a normalidade/anormalidade de um comportamento.

O conceito estatístico de norma é mais fácil de conservar livre de valorações, ainda que possa rotular e discriminar pessoas. O risco consiste, sobretudo, na equiparação entre anormal e doente, isto é, em declarar como «psiquicamente perturbados» todos aqueles (e não apenas os doentes) que se desviam da norma média e que, por isso, necessitam tratamento (risco de serem tratados compulsivamente, através de métodos psiquiátricos, indivíduos que pensam de um modo diferente), a reprovação de estilos de vida peculiares, a relegação para uma carreira dos «rotulados» (Scheff *cit in* Introdução À Psicopatologia Geral, Scharfetter, 1996, p.10).

O segundo conceito de norma é o da norma ideal, a norma da plenitude óptima da existência, da auto realização, da capacidade de gozar a vida, isto é da ética. No entanto anormal não equivale de imediato a doente!

Anormal é o que, num determinado comportamento, se desvia da norma de um determinado grupo. Tais desvios, «anomalias», surgem em duas direcções: numa direcção «positiva» dão-se as seguintes anomalias-superdotados, dotes máximos numa esfera racional ou artística, dotes intuitivos especiais e outros semelhantes; anomalias em direcção «negativa»-comportamentos que se desviam num sentido negativo, atrasado, fracassante, atormentado, perturbador em relação à norma usual ou no grupo e que provocam sofrimento a terceiros. Algumas pessoas são simultaneamente anormais nos dois sentidos.

Os conceitos são e doente indicam um ponto pragmático de referência para uma determinada forma de actuar. O que interessa do ponto de vista da função social dos papéis, é saber se uma pessoa recebe do seu grupo social a justificação para adoptar o papel de paciente (direito a libertar-se das obrigações normais, direito a cuidados, a assistência e a tratamento). do ponto de vista forense, pressupõe reconhecimento de uma responsabilidade diminuída ou suspensão (Direito Penal) ou da capacidade Negocial (Direito Civil).

São designa o estado geral de uma pessoa. Como conceito de saúde não é lícito separa-lo da noção de bem-estar no sentido físico, psíquico, social e económico (OMS).

São é quem, por vezes, e apesar da pressão exercida pelo sofrimento provocado por uma doença somática e ou contra a pressão exercida pelo que é norma numa sociedade, atinge os objectivos da sua vida, que corresponde às exigências da sua própria essência e do mundo e é capaz de estar à altura das suas tarefas (adaptação, *coping*): alguém que se afirma na vida. O critério essencial deste conceito de saúde é o de uma robustez flexível na auto afirmação, na perseverança, na mobilidade, na evolução, na adaptação e no domínio das situações, uma potencial plasticidade em relação a estratégias de adaptação, de resolução ou de defesa. A predisposição (disposição e vulnerabilidade) para doença, significa uma limitação deste capital e uma limitação da variabilidade e da flexibilidade destas medidas auxiliaadoras. A doença

pressupõe a sua falha parcial ou total, temporária ou permanente (descompensação, defeito, insuficiência). em sentido lato (em psiquiatria), o conceito de doente baseia-se no sofrimento, na falha (deficiência, incapacidade) e na perda de relações: em relação à auto compreensão do paciente e para os que o rodeiam, está doente quem, seja por que motivo for, sofre quantitativa e ou qualitativamente; mais do que a média aceitável para o seu país ou para o seu grupo, em relação a si próprio e em relação ao mundo; quem não consegue ultrapassar, sem que sejam demasiado extremas, as circunstâncias que se lhe deparam; quem fracassa na capacidade de dominar a vida e o mundo, quem pela sua elevada diferenciação não consegue estabelecer uma relação viva com os outros (aspecto relacional). Este conceito amplo de doença, baseado no sofrimento, no fracasso e na alienação, pode prescindir do critério de não arbitrariedade, de não intencionalidade, já que uma doença auto provocada, umas lesões auto infligidas, bem como uma simulação e agravamento graves, podem, inclusive ser associadas aos critérios mencionados. Doente é neste sentido amplo, o imprevisivelmente «louco», algo de incompreensível e estranho, saída da realidade humana comum. É evidente que um tão alargado conceito de doença se apresenta impreciso, mas não é possível torná-lo mais rigoroso e de modo algum suprimi-lo. É pois necessário estar consciente da problemática dos conceitos.

Síndrome ou Síndromo

A doença psíquica é um «um estado de desequilíbrio funcional susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desadaptação social». em virtude de serem quase sempre múltiplas as causas desse desequilíbrio, designou-se de «*síndromos*» a grande maioria das perturbações psíquicas. em propedêutica psiquiátrica e de acordo com os princípios da psicologia médica, a pessoa humana deve ser considerada como «uma totalidade dinâmica, complexa e indivisível», cujas diversas actividades funcionais se integram em núcleos estruturais que designamos por *constituição*, por *individualidade* e por *personalidade*. e é precisamente este último núcleo que representa a qualidade ou expressão anímica da pessoa, distribuindo-se a sua estrutura por três sectores psicológicos primordiais, a *actividade afectiva*, a *actividade volitiva* e a *actividade intelectual*, cujo funcionamento integrado e harmonioso organizam as funções da consciência e do Eu.

Os grandes síndromos psicopatológicos correspondem quase sempre a alterações daquela totalidade psíquica, quer em termos de unidade funcional do organismo (constituição), quer nos aspectos de unidade funcional do ser individual (individualidade), alterações que se expressam em manifestações psicopatológicas e em vivências mórbidas tanto ao nível da personalidade como ao nível das suas relações com o ambiente. O conceito tradicional de síndrome deve-se a alguns autores alemães, como Wieck (1956) e Bonhoefer. Este último definiu este conceito como uma das formas predilectas de reacção exógena do organismo, considerando os seguintes tipos de síndromos: delírios, excitação psicomotora, estados alucinatorios incoerentes, alucinoses, síndromos amnésicos, neurastenias e demências. O síndrome pode ainda ser considerado como

uma noção estatística (Eysenck, 1960), que se baseia na frequência quantitativa de determinados sintomas.

Síndromes na prática clínica: perturbação da consciência-obnubilação, sonolência, estupor, coma, delírio, estado crepuscular, etc; Perturbações mnésicas-síndrome mnésica, quando unido a confabulações síndrome de Korsakoff; Síndromes de impulsividade-estupor, estado de agitação, síndrome catatónica (síndrome hipocinética e hipercinética); Síndromes afectivas-síndrome depressiva, síndrome hipocondríaca, síndrome maníaca, síndrome de ansiedade; Síndromes perceptivas-síndrome de desrealização e despersonalização, síndrome alucinatória, alucínose; *Delirium*-síndrome paranóide, síndrome paranóide-alucinatória; Obsessões e fobias-síndrome anancástica, síndrome fóbico-anancástica.

Sintoma

O termo sintoma designa em psiquiatria, o significado de um sinal que revela a existência de uma alteração estrutural ou de uma perturbação funcional do organismo. (Fonseca, 1981, p. 321).

Processo, Reacção Psíquica Anormal, Desenvolvimento e Doença

A associação de sintomas em quadros de expressão clínica ou de expressão comportamental pode-se observar, a seguir a alterações de carácter estrutural e outras vezes como consequência de reacções da personalidade. No primeiro caso, o quadro sindromático, embora psicologicamente compreensível, revela-se psicopatologicamente inexplicável (rotura no contexto histórico-biográfico do indivíduo), estamos em face de um *processo* (agudo ou crónico); no segundo, há uma certa continuidade psicológica das vivências do doente, com uma evolução fenomenológica explicável e cuja sequência se torna relativamente fácil de captar, estaremos em face de uma *reacção* ou *vivência psíquica anormal* ou de um *desenvolvimento*.

O conceito de *processo* pode ser de raiz essencialmente orgânica ou de natureza fundamentalmente psíquica. A *reacção* ou *vivência psíquica anormal* é uma resposta da personalidade a uma perturbação mais ou menos aguda do equilíbrio psíquico, resposta que tende a atenuar-se ou a desaparecer com o cessar da vivência que a provocou. O *desenvolvimento* diz respeito a uma evolução inadequada da vida psíquica, produzida pela acção exercida sobre as estruturas disposicionais do indivíduo por um trauma intenso ou prolongado. *Doença* é todo o quadro clínico (processo, reacções ou desenvolvimento) em que se pode definir com certo rigor, uma etiologia, uma patogenia e uma evolução. A maioria das situações clínicas em psiquiatria apresentam uma etiopatogenia múltipla ou desconhecida e o enquadramento mais correcto será designá-las por *síndromos*. Tal facto não impede porém, que para cada uma dessas situações psicopatológicas se possa estabelecer uma adequada individualização, constituindo muitas delas, quadros clínicos de urgência psiquiátrica (Fonseca, 1981).

Crise, Acesso, Fase e Defeito

Crise ou surto é o aparecimento ou reaparecimento súbito e grave de um determinado transtorno psíquico. Sempre que esse aparecimento ou reaparecimento tem lugar de uma forma abrupta e tem uma evolução rápida (crises epiléticas) costuma ser designado por acesso. As crises com a duração de vários dias ou que se prolongam por semanas ou meses recebem o nome de *episódios*. Quando um surto apresenta características sintomatológicas do tipo reversível e que podem até ser opostas às de um surto anterior (psicose maníaco-depressiva) designa-se por fase. Sempre que após uma série de surtos, acessos ou fases, a personalidade do doente manifeste um certo abaixamento do seu tónus (esquizofrenia e alcoolismo crónico) dizemos que se instalou uma situação de defeito ou deterioração (emocional, intelectual, social).

Psiquiatria Forense

Forense deriva de *fórum*, local onde se situavam os tribunais. A psiquiatria forense corresponde á interface entre psiquiatria e direito e respeita a todas as situações que podem levantar dúvidas sobre as capacidades de uma pessoa (Cordeiro, 2003): Capacidade de conhecer e avaliar a natureza e as consequências de um comportamento, permitindo decidir sobre a responsabilidade penal (imputabilidade) ou a ausência dela (inimputabilidade⁸), em direito penal (art. 20º, nº 1 C. Penal); Capacidade de gerir bens e tomar decisões referentes a si próprio. A situação extrema de uma incapacidade deste nível pode levar à interdição (art. 138º C. Civil); Capacidade de executar a função parental, na atribuição do poder paternal de um filho(a) em caso de divórcio (art. 1978º C. Civil); Capacidade ou perturbações desta, na sequência de um acidente de trabalho, rodoviário ou outro. Neste caso, coloca-se a questão de incapacidade resultante do acidente e a atribuição de uma indemnização pelo culpado. A par deste processo cível, pode haver lugar para processo penal.

As alterações de uma ou várias destas capacidades quando existem podem ter um carácter transitório, evoluindo para a cura, ou definitivo e irreversível.

A psiquiatria forense exerce a sua competência a pedido dos juízes, dos advogados, das famílias e, em determinadas circunstâncias do próprio arguido ou parte visada. A maior parte dos problemas da personalidade em psiquiatria forense são: Personalidade Psicopática⁹; Personalidade Dissocial; Personalidade Impulsiva; Personalidade Narcísica; Personalidade *Borderline*; Personalidade Sádica.

⁸ (Para além da inimputabilidade por anomalia psíquica são inimputáveis os menores de 16 anos-art. 19º C. Penal).

⁹ Psicopatia significa “psiquicamente doente”. Este termo foi introduzido na Alemanha, séc. XIX para todas as doenças mentais. Tanto Kurt Schneider (1950) como Kraepelin (1986) descreveram as tipologias das personalidades psicopáticas, não considerando o comportamento anti-social na definição de personalidade anormal, considerada apenas em termos estatísticos como um desvio da média geral. (Fonseca, 1980).

Carlos Saraiva refere que se podem encontrar os quadros patológicos seguintes como fundamentos da inimputabilidade: as *neuroses*, a *esquizofrenia*, as *psicoses afectivas*, as *síndromes cerebrais orgânicas*, o *alcoolismo e outras toxicodependências*, as *oligofrenias* e os *distúrbios de personalidade*. Nas *neuroses* em sentido amplo os indivíduos devem ser quase sempre imputáveis. As excepções são situações limite como a *neurose obsessivo-compulsiva* grave, a *cleptomania* (compreendida como variante da neurose) e a *dissociação histérica* que poderão justificar a figura de imputabilidade atenuada ou inimputabilidade, em determinados contextos.

Os portadores de *esquizofrenia* deverão ser considerados inimputáveis, desde que o delito esteja directamente relacionado com a actividade delirante ou alucinatória, em fase produtiva da doença. Há casos em que a fragmentação da personalidade e o estilo de vida não sofreram alterações significativas, podendo-se admitir a imputabilidade atenuada. Também nas *psicoses afectivas* que conduzem o indivíduo a compromissos de alto risco, projectos megalómanos inviáveis, que num estado estabilizado não assumiria, o mesmo pode ser considerado. Nos *síndromas cerebrais orgânicas* podem ser considerados imputáveis ou inimputáveis consoante o estado da doença e o contexto em que ocorreu o delito/crime. Nas *demências* pode ser aplicável a inimputabilidade ou também a imputabilidade atenuada em situações pré demenciais de bom prognóstico. Quanto aos *epilépticos*, se o delito/crime se verificar num momento de alteração de estado de consciência é de considerar inimputabilidade. No *alcoolismo e outras toxicodependências* ou indivíduos devem ser considerados imputáveis quando conhecem os efeitos do álcool. Admite-se a inimputabilidade em estados de *delirium-tremens*, *embriaguez patológica*, *demência alcoólica* e nos estados delirantes como a *paranóia de ciúme alcoólica*. Relativamente às *toxicodependências por drogas ilícitas*, a figura da inimputabilidade pode ser viável quando há alteração do estado de consciência. Os *oligofrénicos* de média e profunda gravidade devem ser considerados inimputáveis mas nos casos ligeiros imputáveis, inimputáveis ou imputáveis com atenuante. Por ultimo os *distúrbios de personalidade* ou personalidades anormais, segundo a OMS, são o melhor exemplo para a imputabilidade atenuada, praticamente sobreponíveis à *psicopatia* ou *personalidade anti-social* em *psiquiatria forense*.

Nas palavras de Barahona “a análise biológica, cada caso em particular e a apreciação do estado mental *tempore* crimes são forenses” (Barahona, 1954:42).

Geralmente um exame pericial em psiquiatria é composto por quem requisitou a perícia, exame indirecto, exame directo, história pessoal e familiar, exame clínico e psicopatológico, avaliação psicológica, discussões e conclusões.

No exame clínico e psicopatológico são verificadas as seguintes dimensões: “comportamento, discurso, humor, ideias delirantes, alucinações e ilusões, traços de personalidade, orientação auto e alopsíquica, memória, concentração e atenção, inteligência e pensamento, conhecimentos gerais.” (*cit in* Costa, Temas de Medicina Legal, 1998, p. 2003).

Em avaliação psicológica, resulta que o que é efectuado pela psicologia forense, respeita (a título exemplificativo) ao estudo biográfico longitudinal, observação clínica, entrevista e técnicas de avaliação psicológica aplicadas. Teste de inteligência global: Matrizes Progressivas de Raven, Screening neuropsicológico para a deterioração mental¹⁰, Escala de Memória de Wechsler (deterioração mnésica), STAI (ansiedade), prova de Beck (depressão), prova de personalidade aplicada (Mini Mult). Avaliações de Q.I., caracterização da personalidade de adultos e crianças, com instrumentação adequada ao grupo etário. Entrevista clínica; Adultos: MMPI; WAIS; EPI (Inventário da Personalidade de Eysenck); Zung (Escala de Auto Avaliação de Ansiedade).

Crianças: WISC; WPPSI-R; Inventários Diversos: Escala de Auto Conceito de Piers-Harris; Escala de Ansiedade Traço; Desenho da Família; Questionário de Personalidade de Eysenck; Composições Escritas.

Ética em Psiquiatria e Psicologia Forense¹¹

As ciências médicas e forenses reclamam de um papel humanista e preventivo. O exercício ético da psiquiatria forense, começa por uma atitude rigorosamente neutra, sem qualquer preconceito moral, religioso, rácico, na peritagem psiquiátrica de uma situação ou comportamento. Implica que à partida terá que se aceitar equidistantemente, por exemplo a responsabilidade civil ou criminal ou a ausência dela, tendo por base o princípio do contraditório. Não é por acaso que a pessoa individual ou colectiva não tem de provar a sua inocência mas sim as estruturas normativas terão que provar a culpa.

Outro aspecto do exercício ético da psiquiatria forense passa pela *competência e pela responsabilidade médica do perito*, no exercício de um acto que pode ter graves implicações. A eventual ignorância do perito sobre determinadas matérias ou a falta de condições para o exercício objectivo e imparcial da peritagem, deve levar o perito a pedir escusa. Um outro aspecto de responsabilidade médica é a rigorosa observância das normas de forma a evitar toda e qualquer forma de negligência.

A confusão entre médico-psiquiatra e perito-psiquiatra não pode, nem deve existir. O primeiro é obrigado ao sigilo profissional, sabendo o doente que é esse o seu papel. Uma pessoa submetida a uma peritagem deve saber que a função do perito é avaliar a sua capacidade de agir de acordo com as noções de Bem e de Mal, não estando o perito obrigado a sigilo profissional a

¹⁰ “O PET e tecnologias associadas (SPECT, BEAM, SQUID) são no essencial instrumentos que podem revelar o mapeamento cerebral. As experiências realizadas pretendem não somente visualizar as estruturas do cérebro mas sobretudo, o modo como o cérebro funciona em determinadas situações e circunstâncias, com o objectivo de conhecer as relações entre o funcionamento do cérebro e determinados comportamentos.” (cit. in Soares, 2001, p. 15).

¹¹ Relativamente ao exercício da psicologia, e considerando também os pressupostos de responsabilidade médica da LEGES ARTIS consultados, anexo o Código de Ética Para Psicólogos da Federação Europeia de Associações de Psicólogos (1995) assim como os Princípios Éticos da Apport (1995) e o Código Deontológico do Sindicato Nacional de Psicólogos e Sindicato de Psicólogos de Portugal (1978).

todas as informações facultadas no exercício de peritagem de psiquiatria forense. (Cordeiro, 2003).

“A ética é uma categoria do pensamento reflexivo humano que dá a cada homem a capacidade de distinguir o bem do mal, reconhecidos como valores e revelados sob a forma de comportamento individual”. (Soares, *cit in* Revista Portuguesa de Dano Corporal, 2001, p.10). “A reflexão ética é-nos imposta pela alteridade, pela existência do outro que é igual a mim mas é um absolutamente outro” (*id*, p.10).

PERÍCIAS EM PSIQUIATRIA FORENSE

A Psiquiatria Forense engloba casos no âmbito do Direito Penal mas também do Direito Civil, do Direito do Trabalho, do Direito Militar e do Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local.

Constitui uma actividade conjugada do direito e da psiquiatria, com a contribuição da sociologia, da criminologia/vitimologia, da antropologia, da psicologia e da medicina legal.

O relatório de psiquiatria forense, tal como os restantes relatório médico-legais deve conter dados objectivos, bem sistematizados, numa linguagem simples, acessível a não técnicos de saúde mental, definindo os conceitos a que recorre e apresentando conclusões bem fundamentadas. em casos complexos de perícias, por mutismo, negativismo ou aparente simulação de arguidos poderá ser necessário recorrer à observação do comportamento no seu meio e a informações de terceiros (familiares, amigos, vizinhos, etc.).

A simulação¹² pode ser percebida segundo diversas vertentes:

- a) Pré-simulação: simulação de um quadro patológico para obtenção, por exemplo, de um internamento em hospital psiquiátrico;
- b) Meta-simulação: acontece com a pessoa que após a “cura” continua a mostrar-se “doente”;
- c) Dissimulação: encobrimento de doença pré-existente;
- d) Para-simulação: situação mista em que existem, simultaneamente, doença e simulação;
- e) Super-simulação: simulação de múltiplas patologias orgânicas a simulação.

¹² Legalmente a simulação de anomalia psíquica está contemplada no art. 108.º do Código Penal (2004).

A Simulação em Contexto Legal¹³

De acordo com o DSM-IV em que situações se devem suspeitar de simulação?

Quando há intenção de produção de sintomas físicos ou psicológicos desproporcionados ou falsos, motivados por incentivos externos, como por exemplo evitar o serviço militar, evitar um trabalho, obter subsídios económicos do estado, evitar condenação criminal ou obter medicamentos.

Critérios: há apresentação do possível simulador num contexto médico-legal; a avaliação médica realiza-se por petição legal; Há discrepância entre a alteração manifestada pela pessoa e os dados objectivos obtidos a partir da exploração clínica; Quando o sujeito no decorrer da avaliação diagnóstica não colabora ou quando não cumpre o regime de tratamento prescrito; Quando o sujeito apresenta um transtorno anti-social da personalidade.

Contudo existem muitas críticas acerca dos critérios diagnósticos de simulação indicados pelo DSM-IV, devido ao facto da existência de uma grande diversidade de condutas enganosas na realidade clínica (Rogers, 1977). Existem muitos transtornos em que o indivíduo mente, engana ou não coopera e é bastante difícil distinguir entre simuladores e autênticos doentes com transtornos, o que pode levar a classificar como simuladores, sujeitos com transtornos reais ou seja falsos positivos.

Os simuladores tendem a chamar a atenção com a sua enfermidade ao contrário dos pacientes com Esquizofrenia, os quais não gostam de discutir os seus sintomas; Os simuladores têm menos êxito a imitar a forma do que o conteúdo da Esquizofrenia, deste modo raramente simulam descarrilamento ou incoerência; Se se pedir a um simulador para repetir uma ideia, fá-lo com exactidão ao contrário de um esquizofrénico que apresentaria uma reacção mais conturbada; Os simuladores não simulam perseveração, quando aparece deve-se suspeitar-se de uma lesão orgânica ou uma boa encenação; Os simuladores tendem a apresentar maior número de respostas evasivas que os esquizofrénicos, chegando a repetir as perguntas para terem mais tempo de elaboração de resposta; Os sujeitos simuladores de Psicose dão respostas inseguras e contestam com “não sei”; Os simuladores não pensam em mostrar sintomas negativos como o discurso incoerente, manifestam sintomas positivos associáveis facilmente ao estranho, alucinações, delírios, etc.

Há ainda a acrescentar o facto de pudermos existir motivações de comportamentos inconscientes, por parte de indivíduos que procuram a adopção do papel de doente. Trata-se aqui de *Transtornos Factícios*, que inclusivamente constam do DSM-IV.

Os critérios diagnósticos que o mesmo estabelece para este tipo de transtorno são: produção intencional ou fingimento de sintomas ou sinais físicos ou psíquicos; a motivação do

¹³ Segundo o DSM-IV, a simulação inclui-se na parte “outros problemas que podem ser objecto de atenção clínica”

comportamento é assumir o papel de doente; não existem incentivos externos para este comportamento (ex. questões económicas, escusa a responsabilidades legais, etc., como se sucede nos casos de simulação).

CONSCIÊNCIA

A consciência humana é a auto-consciência, a consciência de se ter consciência. “O sentido etimológico da palavra, vem do latim *cum scientia* – ciência acompanhada de outra ciência.” (Goas, 1966: 270 cit in Pio Abreu, 2002, p. 71). A consciência tem pois a ver com a consciência de si e do corpo, que colocam problemas psicopatológicos específicos. Compreendemos que uma perturbação da inteligência, memória, percepção, raciocínio ou sentimentos pode afectar a consciência em determinado sentido. Mas uma perturbação desta síntese ou de qualquer uma das capacidades gerais da consciência, pode afectar o conjunto dos fenómenos mais elementares. Por isso é o estudo particular da consciência se torna relevante do ponto de vista psicopatológico. (Pio Abreu, 2002).

“Os dados sobre a regulação biológica mostram que as selecções de respostas de que os organismos não têm consciência e que, por conseguinte não são deliberadas ocorrem nas estruturas cerebrais evolutivamente mais antigas.” (...) “quando os organismos sociais se vêm confrontados com situações complexas e são levados a decidir em face da incerteza, têm de recorrer a sistemas no neocórtex, que é o sector mais moderno do cérebro em termos evolutivos.” (António Damásio *in* O Erro de Descartes, 2001, p. 142).

“O terceiro e talvez o mais revelador dos factos é que a consciência e a emoção não podem separar-se.” (António Damásio *in* O Sentimento de Si, 2000, p. 35). “As crises de ausência têm um valor inestimável para o estudioso da consciência e a variedade típica da crise de ausência é um dos exemplos mais puros de perda de consciência.” (António Damásio *in* O Sentimento de Si, 2000, p. 121).

Imputabilidade Vs. Inimputabilidade e Perigosidade

“Aristóteles exige para que um acto possa ser atribuído ao seu autor ser necessário que este possua uma noção exacta da natureza e do alcance do acto (...) Aristóteles pressupõe para aceitar a imputabilidade, a razão e o discernimento, e o poder de agir segundo as noções morais.” (Polónio, Pedro; 1974:15). “É no tomo III das Ordenações Afonsinas que aparece em Portugal a primeira noção de imputabilidade, referida por Silveira “e se achar que disse mal com bebedice ou sendo desmemoriado ou sandeu deve-o escarmentar de palavra, sem outra pena, pois que o fez estando desapoderado do seu entendimento”” (Cordeiro, 2003, p. 19).

O primeiro hospital de alienados, Rilhafoles, foi criado pelo Marechal Saldanha em 1848. Data de 1852 o primeiro código penal português que seria depois modificado pelo código de 1886. em 1901 aparece o primeiro tratado de psiquiatria forense de A. Hoche. Um autor também destacado em psiquiatria forense foi Júlio de Matos.

Ao longo dos anos o fulcro da questão em psiquiatria forense passou a ser o sujeito da acção e não a gravidade desta ou a culpa e pena a aplicar. (Cordeiro, 2003)

Para Barahona Fernandes (1954), o juízo da inimputabilidade encontra-se subordinado à verificação de três pressupostos: o biológico, o psicológico e o normativo. O *biológico*, consiste na verificação de qualquer anomalia psíquica, compreendendo quer doença, quer simples estados psíquicos, transitórios ou não que causem o efeito psicológico. de acordo, com o pressuposto *psicológico*, a anomalia tem de produzir o efeito psicológico que incapacite o indivíduo para avaliar a ilicitude ou para se determinar de acordo com essa avaliação. O terceiro pressuposto, o *normativo*, estabelece as bases e os limites do que deve ser considerado como motivo suficiente de inimputabilidade.

A questão da perigosidade surgiu pela primeira vez em 1954¹⁴, sendo compreendida como a propensão para praticar actos de violência. A perigosidade está configurada no C. Penal, art. 91.º “1 - Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20º, 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 avaliação da perigosidade em direito penal, toma como indícios a prática de um crime, sendo função do perito dar o seu parecer relativamente à probabilidade de o indivíduo vir a cometer novamente o mesmo tipo de delito ou outro, o que pressupõe uma previsão futurológica, alimentando assim um dos conflitos entre a psiquiatria e o direito, uma vez que com a eficácia dos psicofármacos e das psicoterapias, o estado de perigosidade pode cessar antes de decorrido o período mínimo, verificando-se tal pelo disposto no nº1 do artigo 92.º “1 -Sem prejuízo do disposto no nº 2 do artigo anterior, o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem.”

Nas palavras de Michel Landry “ A perigosidade tal como a não perigosidade, não é um estado permanente e imutável, inscrito de uma vez por todas na personalidade do indivíduo. Ela varia em função de múltiplos factores, internos e externos, que podem, alias, imbricar-se uns nos outros e agir sozinhos ou em conjunto. E, a afirmação de que um indivíduo não é perigoso, jamais poderá significar que ele um dia, em certas circunstancias não o possa vir a ser.” (in Costa, Santos; 1995:14).

“ *Tratava-se de uma esquizofrenia insipiente acompanhada de sentimentos de culpa e com repetidas idas à policia, acusando-se da pratica de actos ilícitos que jamais cometera. É um caso*

¹⁴ Decreto-lei nº 39688 de 5 de Junho de 1954.

típico de culpa a nível psicológico, em que a questão da culpa objectiva e da responsabilidade penal não chega a colocar-se.” (*cit in* Cordeiro, 2003, p.102).

O princípio da legalidade defende (Artº 1º do código penal) que só pode ser punido criminalmente o facto descrito e declarado passível de pena por lei anterior ao momento da sua prática, que deverá, para além do mais, ser prévio, estrito e escrito, proibindo-se a possibilidade de recurso à analogia (*Nula crimae, nula penae, sine lege*).

Assim se define a tipicidade, o que até ao momento, não levanta problemas em relação aos doentes mentais. O mesmo se passando em relação à ilicitude que se define de forma tão simples como a contrariedade à Ordem Jurídica. A questão coloca-se aqui em relação à culpa, entendida como a censurabilidade do facto. do ponto de vista psiquiátrico, a culpa é um sentimento desencadeado ou estado emocional que ao contrário do entendido juridicamente, dispensa em absoluto o facto. Significando isto que pode existir culpa (psicológica) mesmo na ausência de qualquer comportamento ou facto objectivo praticado pelo agente. Nas perturbações psicopáticas o sentimento de culpa é raro, mesmo quando existem óbvios e comprovados comportamentos ilícitos. Estas perturbações, em princípio, não justificam inimputabilidade ou imputabilidade diminuída por não existir a condição básica para que exista inimputabilidade, tal como Aristóteles o definiu: ausência de capacidade de avaliar a natureza e as consequências do comportamento, por doença mental, no momento em que o comportamento é praticado.

O artigo 20.º nº 1 do Código penal esclarece-nos “1 - 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.”

É isto que o perito psiquiatra tem que questionar ao realizar um exame pericial em sede penal, estava aquele doente em concreto, no momento em concreto e para o facto em concreto, capaz de se avaliar e determinar de acordo com a sua avaliação? Figueiredo Dias refere “...o código se recusou a fazer uma enumeração – sequer exemplificativa – do tipo de anomalias psíquicas que podem definir inimputabilidade. 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.” (*cit in* Cordeiro, 2003, p.103).

Assim Fernanda Palma sublinha que o desenvolvimento da pessoa tem que ser concebido em diversas dimensões: neuro-biológica, intelectual, ética e social para que a responsabilidade penal por culpa pressuponha um certo estado de desenvolvimento nestas dimensões, condicionando o conceito de imputabilidade penal. Cabe ao Direito Penal definir a avaliação e determinação da ilicitude.

A diminuição da imputabilidade, que frequentemente conduz à atenuação de imputabilidade, não é bem vista pelo direito. Rodrigues da Silva refere que a imagem da inimputabilidade

atenuada não é um ponto algures na recta que une os imputáveis aos inimputáveis, mas antes um terceiro vértice de um triângulo, que os psiquiatras tratam do lado da imputabilidade e os juristas do lado da inimputabilidade. Temos pelo disposto no n.º 2 do artigo 20.º do Código Penal “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, não 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.”

Desta forma, se o juiz considerar que o efeito psicológico da inimputabilidade só se verifica parcialmente, mas encontrar uma base biológica (leia-se psiquiátrica) grave e permanente, que o agente de alguma forma não domina, pode concluir pela inimputabilidade, tendo presente também o previsto no n.º 3 do mesmo artigo 20º “3 – A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.”

O Código permite que a uma imputabilidade diminuída não corresponda obrigatoriamente uma pena atenuada, nada obstando até o contrário¹⁵ “...pode haver casos em que a diminuição da imputabilidade conduza à não atenuação ou até mesmo ao agravamento da pena. Isto poderá suceder quando as qualidades pessoais do agente que fundamentam o facto se revelem, apesar da diminuição da imputabilidade, particularmente desvaliosas e censuráveis, ex. em casos como os de brutalidade e de crueldade que acompanham muitos factos dos psicopatas insensíveis, os de inconstância dos lábeis ou os da pertinácia dos fanáticos.” (Figueiredo Dias *cit in* Cordeiro, 2003, p. 105).

Tendo pelo disposto no n.º 4 do artigo 20.º “4 - A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.” Por exemplo, na ingestão de álcool ou drogas, o indivíduo colocar-se em estado de inimputabilidade, será sancionado desde que haja intenção ou juridicamente dolo (*actiones liberae in causa*). O n.º 4 do mesmo artigo deve ser lido conjuntamente com o artigo 295.º do Código Penal, já que jaz aqui uma diferença fundamental “1 - Quem, pelo menos por negligência, se colocar em estado de inimputabilidade derivado da ingestão ou consumo de bebida alcoólica ou de substância tóxica e, nesse estado, praticar um facto ilícito típico é punido com pena de prisão até 5 anos ou com pena de multa até 600 dias.”, é que se no art. 20º é exigida a intenção, no crime de anti-sociabilidade perigosa por embriaguez de intoxicação, é exigida apenas a negligência.

¹⁵ Acórdão da relação de Évora de 84/06/26, C.J. Ano IX, t. 3 pág. 360 e posterior acórdão do STJ de 07/06/95 proc. Nº 46858. “a existência de uma psicopatia, criadora de uma situação de imputabilidade diminuída, pode, em determinadas circunstâncias, determinar a aplicabilidade de uma sanção penal mais gravosa, especialmente quando o acto ilícito do psicopata se traduza em manifestação de brutalidade ou crueldade, ou perversão moral e implique a formulação de um mais grave juízo de censura ética sobre o comportamento do agente”.

CONCLUSÃO

O que retenho acerca da matéria em estudo, é fundamentalmente o seu carácter complexo, integrado, não só pela multidisciplinaridade e interdisciplinaridade que lhe são próprias, mas também devido à multiplicidade de situações que podem originar ilícitos, apesar de estes poderem ser tipificáveis, assim como as “consciências” dos indivíduos, também podem ser categorizáveis. Deste modo é possível uniformizar e normativizar o real, contudo a particularização e reflexão ética e social de cada caso individual é simultaneamente tanto ou mais importante do que a generalização. Ressalta daqui implícito no conceito de norma a relatividade social e cultural.

A preocupação das instituições democráticas, em uniformizar as doutrinas e as metodologias periciais através de leis, é um facto demonstrativo da importância que a lexologia e a terminologia uniforme adquirem, convergindo para uma linguagem técnica comum a ambos os campos, que facilite e objective a ética e a administração da justiça.

Cabe ao Direito regular e controlar o social e o real, o que conseqüentemente implica uma constante mutação e revisão, devido às mudanças sociais que permanentemente ocorrem na sociedade. A questão da culpabilidade ou não culpabilidade por anomalia psíquica é bem antiga, contudo impossível de esquecer, ressaltando daqui que ao invés de se apurar se o indivíduo é culpável ou não por anomalia psíquica, deveriam de existir mais leis que criassem e garantissem a sua própria aplicação, no que respeita a estruturas e mecanismos de observação e prevenção, na área da saúde mental, já que o fenómeno da psicopatologia é emergente e frequente como se pode verificar pelo Relatório de Saúde Mental, 2001 da OMS.

REFERENCIAS

Abreu P. L. J. (2001). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (3ª Edição). Lisboa: Serviço de Educação e Bolsas; Fundação Calouste Gulbenkian.

Almeida, P. C. , Vilalonga, M. J. (2004). *Código de Processo Penal* (8ª Edição). Almedina.

Arce, R (s.d). Para Psicologia Jurídica 4º Grupos A e C. Tema 5. A Simulação em Contexto Legal.

Cordeiro, D. C. J. (2003). *Psiquiatria Forense*, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian.

Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, A Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. (9ª Edição). Lisboa : Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2001). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. (22ª Edição). Lisboa: Publicações Europa-América.

Henriques, J. I. S. (2004). *Relatório Final de Estágio*. Instituto Superior Miguel Torga, Licenciatura em Serviço Social, Ramo de Justiça e Reinserção.

Instituto Nacional de Medicina Legal-Delegação de Coimbra. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*; Novembro (2001)-Ano X-N.º 11.

Júris, Quid (2004). *Código Penal e legislação complementar* (12ª Edição, revista e aumentada). Quid Júris Sociedade Editora.

Magalhães, T. (s.d.) www.inml.mj.pt. Retirado a 19 de Novembro de 2004 (Delegação do Porto do INML-Medicina Legal/Psiquiatria e Psicologia Forense. Perícias em Psiquiatria Forense 44-48.)

Vieira, N. D., Rebelo, A., Corte-Real, F. (1998). *Temas de Medicina Legal*, Ed. Centro de Estudos de Pós Graduação em Medicina Legal.