

**ESCOLA DA MAGISTRATURA DO ESTADO DO PARANÁ
XXXI CURSO DE PREPARAÇÃO À MAGISTRATURA
NÚCLEO CURITIBA**

MAIARA WAHRHAFTIG DE SOUZA

A RESPONSABILIDADE PENAL NO TRANSTORNO BIPOLAR

**CURITIBA
2014**

MAIARA WAHRHAFTIG DE SOUZA

A RESPONSABILIDADE PENAL NO TRANSTORNO BIPOLAR

Projeto de pesquisa apresentado como requisito avaliativo à disciplina de Metodologia da Pesquisa Jurídica do Curso de Pós Graduação em Direito Aplicado, ofertado pela Escola da Magistratura do Paraná.

Orientador: Prof. Luiz Eduardo Canto Azevedo Bueno

**CURITIBA
2014**

TERMO DE APROVAÇÃO

MAIARA WAHRHAFTIG DE SOUZA

A RESPONSABILIDADE PENAL NO TRANSTORNO BIPOLAR

Monografia aprovada como requisito parcial para conclusão do Curso de Preparação à Magistratura em nível de Especialização, Escola da Magistratura do Paraná, Núcleo de Curitiba, pela seguinte banca examinadora.

Orientador: _____

Avaliador: _____

Avaliador: _____

Curitiba, de de 2014.

RESUMO

O presente trabalho pretende demonstrar o conceito de culpabilidade, observando seus elementos (em especial a imputabilidade), para que se possa entender como e em quais situações ocorrem a inimputabilidade e a semi-imputabilidade do agente de um crime. Dentre as muitas doenças mentais causadoras da inimputabilidade ou da semi-imputabilidade penal, visa estudar o transtorno bipolar, seus diversos tipos (do mais leve ao mais grave) e seus variados sintomas (como a mania, a depressão e os estados mistos), examinando de que maneira tal distúrbio pode afetar o entendimento e/ou a autodeterminação do portador deste distúrbio. Objetiva analisar, por fim, qual o tipo de responsabilidade penal mais adequado ao autor de um crime que sofra de transtorno bipolar, verificando-se, ainda, a importância da perícia para que se consiga chegar a tal resultado, bem como a imprescindibilidade do tratamento farmacológico para que os sintomas da doença sejam atenuados, prevenindo-se, assim, a nova prática de crimes.

Palavras-chave: culpabilidade, inimputabilidade, doença mental, transtorno bipolar, responsabilidade penal.

LISTA DE SIGLAS

CF – Constituição Federal

CP – Código Penal

TAB – Transtorno Afetivo Bipolar

SUMÁRIO

RESUMO	4
LISTA DE SIGLAS	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 A CULPABILIDADE	8
2.1 CONCEITO DE CULPABILIDADE.....	8
2.2 ELEMENTOS DA CULPABILIDADE.....	9
2.2.1 Imputabilidade.....	9
2.2.2 Potencial Consciência da Ilícitude.....	10
2.2.2 Exigibilidade de Conduta Diversa.....	12
2.3 INIMPUTABILIDADE.....	13
2.3.1 Menoridade.....	14
2.3.2 Doença Mental.....	15
2.3.3 Desenvolvimento Mental Incompleto ou Retardado.....	16
2.3.4 Embriaguez Completa.....	17
2.3.5 Drogas.....	18
2.4 CULPABILIDADE DIMINUÍDA.....	18
3 O TRANSTORNO BIPOLAR	20
3.1 SINTOMAS.....	23
3.1.1 Depressão.....	23
3.1.2 Mania.....	25
3.1.3 Estados Mistos.....	27
3.2 DIFERENTES GRAUS DO TRANSTORNO.....	29
3.3 DIFERENÇAS ENTRE O TRANSTORNO BIPOLAR E AS OSCILAÇÕES NORMAIS DE HUMOR.....	30
4 A RESPONSABILIDADE PENAL NO TRANSTORNO BIPOLAR	33
4.1 RELAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO BIPOLAR E A PERICULOSIDADE DO AUTOR.....	33
4.2 FORMAS DE RESPONSABILIZAÇÃO.....	35
4.2.1 Redução da Pena.....	36
4.2.2 Medida de Segurança.....	36
4.3 IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA.....	41
4.4 DIFERENTES ENTENDIMENTOS.....	44
4.5 IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.....	47
5 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ordenamento Jurídico Brasileiro, há crime quando houver conduta típica, antijurídica e culpável. Na ausência de qualquer destes elementos, não haverá fato punível.

No que diz respeito à culpabilidade, o Código Penal prevê algumas hipóteses de sua exclusão. No artigo 27, por exemplo, define como inimputável o agente que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Quando inimputável, o agente será isento de pena, devendo ser aplicada em seu lugar a Medida de Segurança, conforme dispõe o artigo 97, também do Código Penal.

Ocorre que há uma linha tênue que separa a inimputabilidade da chamada culpabilidade diminuída, que se trata das situações em que o agente não é plenamente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento, mas também não se enquadra como inteiramente incapaz, lhe sendo aplicada apenas a redução da pena.

Dentre as várias doenças mentais existentes, há o transtorno bipolar, o qual se caracteriza pelas grandes oscilações de humor, que podem variar entre momentos de tristeza e depressão profunda até momentos de grande euforia e irritabilidade, podendo haver, também, a forma mista entre os variados sintomas.

Deve se considerar, ainda, que há diferentes graus do transtorno, que pode ser leve, afetando minimamente na vida de seu portador, podendo chegar ao tipo I, que prejudica sua vida em grandes proporções.

Dessa forma, se uma pessoa que sofra de transtorno bipolar vier a cometer um crime, torna-se difícil a constatação de tal transtorno. Da mesma maneira, verificada a existência do transtorno, haverá dificuldade em comprovar que, no momento do crime, era o agente inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, o que pode causar certa dificuldade para se definir qual a forma de responsabilização mais adequada a cada caso.

2 A CULPABILIDADE

2.1 CONCEITO DE CULPABILIDADE

De acordo com o conceito analítico de crime, em sua teoria tipartite, utilizada no Ordenamento Jurídico Brasileiro, há crime quando houver conduta típica, antijurídica e culpável; de forma que, não estando devidamente preenchidos estes elementos, não haverá fato punível.

“Para justificar a imposição de uma sanção, não é suficiente que o autor tenha obrado típica e antijuridicamente.”¹ É necessário que haja, também, a reprovação do autor pela realização do fato, o que, por sua vez, só ocorrerá se estiver presente a culpabilidade.

A culpabilidade pode ser definida como a “reprovabilidade da formação da vontade”, ou seja, como o juízo de reprovação do autor pela prática do injusto (conduta típica e antijurídica), quando este podia, e devia, agir de outra maneira.

Este conceito se funda na ideia de que o “sujeito podia fazer algo distinto do que fez, e que, nas circunstâncias, lhe era exigível que o fizesse.”² “Exatamente nesse poder de agir de outro modo é que reside a essência da culpabilidade.”³

Segundo Luiz Regis Prado a culpabilidade é:

[...] a ‘capacidade de compreender - e em consciência atuar - o significado do ato ilícito (o delito) não evitado’. A partir daí deflui o que se segue: a mencionada capacidade pressupõe tanto o poder conhecer o dever (elemento intelectual) como a possibilidade de determinar o querer em conformidade com aquele (elemento volitivo), e ainda a imputabilidade como capacidade de motivação conforme a norma (elemento essencial).⁴

¹ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 348.

² ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 9ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 521.

³ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 435.

⁴ Idem.

Conforme Juarez Cirino dos Santos, a culpabilidade tem como fundamento:

- a) a imputabilidade, conjunto de condições pessoais mínimas que permitem ao sujeito saber (e controlar) o que faz, excluída ou reduzida em hipóteses de menoridade ou de doenças e anomalias mentais incapacitantes;
- b) o conhecimento do injusto, como conhecimento concreto do valor que permite ao autor imputável saber, realmente, o que faz, excluído ou reduzido em casos de erro de proibição;
- c) a exigibilidade de conduta diversa, expressão de normalidade das circunstâncias de fato, indicadora do poder de não fazer o que faz, excluída ou reduzida nas situações de exculpação.⁵

Dessa forma, conclui-se que a culpabilidade é a reprovação de um sujeito imputável que realiza, com consciência da antijuridicidade e em condições de normalidade de circunstâncias, um tipo de injusto.⁶ Ou seja, é a reprovação de um sujeito que sabe e controla o que faz, tem consciência de estar contrariando o ordenamento jurídico e possui o poder de agir de outra maneira, porém, realiza um fato típico e antijurídico.

2.2 ELEMENTOS DA CULPABILIDADE

2.2.1 Imputabilidade

A imputabilidade caracteriza-se pela capacidade de culpabilidade, ou seja, pela aptidão para ser culpável. Esta capacidade “[...] possui dois níveis, um que deve ser considerado como a capacidade de entender a ilicitude, e outro que consiste na capacidade para adequar a conduta a essa compreensão.”⁷

⁵ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 151.

⁶ Ibid., p. 153.

⁷ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 9ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 540.

Pode ser descrita, também, “[...] como o conjunto de condições de maturidade e sanidade mental que permitem ao agente conhecer o caráter ilícito do seu ato e determinar-se de acordo com esse entendimento.”⁸

Para Eugenio Raúl Zaffaroni e José Henrique Piarangeli:

A capacidade psíquica requerida para se imputar a um sujeito a reprovação do injusto é a necessária para que lhe tenha sido possível entender a natureza de injusto de sua ação, e que lhe tenha podido permitir adequar a sua conduta de acordo com esta compreensão de antijuridicidade.⁹

Juarez Cirino dos Santos complementa, ainda, que

A capacidade de culpabilidade é atributo de indivíduos com níveis mínimos de desenvolvimento biológico e de normalidade psíquica, necessários para compreender a natureza proibida de suas ações e orientar o comportamento conforme essa compreensão. A lei penal brasileira exige a idade de 18 anos (art. 27, CP) - um critério cronológico empírico, mas preciso; além disso, pressupõe indivíduo portador de aparelho psicológico livre de defeitos funcionais ou constitucionais, excedentes ou redutores da capacidade de compreender e de querer (art. 26 e parágrafo único, CP) - um critério científico, mas problemático pela controvérsia sobre doença mental.¹⁰

Depreende-se, portanto, que a imputabilidade “[...] é presumida em indivíduos com 18 anos de idade e excluída ou reduzida em indivíduos portadores de psicopatologias excludentes ou redutoras da capacidade de compreensão da proibição ou de orientação correspondente.”¹¹

2.2.2 Potencial Consciência da Ilícitude

⁸ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 441.

⁹ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 9ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 540.

¹⁰ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 158.

¹¹ Idem.

A potencial consciência da ilicitude trata-se da possibilidade de o agente poder conhecer o caráter ilícito da ação. "É o elemento intelectual da reprovabilidade, sendo a consciência ou o conhecimento atual ou possível da ilicitude da conduta."¹²

Esse conhecimento potencial não se refere às leis penais em si, basta que o agente saiba ou tenha a possibilidade de saber que o seu comportamento contraria ao ordenamento jurídico.¹³

Nesse sentido, explica Luiz Regis Prado:

Para esse conhecimento (profano), 'basta que o autor tenha base o suficiente para saber que o fato praticado está juridicamente proibido e que é contrário às normas mais elementares que regem a convivência'. O agente só age culpavelmente quando conhece ou pode conhecer a ilicitude de seu comportamento (vide teoria do erro).¹⁴

De acordo com Cezar Roberto Bittencourt:

Para que uma ação contrária ao direito possa ser reprovada ao autor, será necessário que conheça ou possa conhecer as circunstâncias que pertencem ao tipo e à ilicitude. E - como afirma Vidaurri - a consequência da ilicitude (antijuridicidade) baseia-se no conhecimento das circunstâncias aludidas. Por isso, ao conhecimento da realização do tipo deve-se acrescentar o conhecimento da antijuridicidade.¹⁵

Ausente este elemento (potencial consciência da ilicitude), confere-se lugar ao erro de proibição, previsto no artigo 21 do Código Penal, que, quando inevitável, é causa excludente de culpabilidade.¹⁶

¹² PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 445.

¹³ Idem.

¹⁴ Idem.

¹⁵ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 351.

¹⁶ PRADO, op. cit., p. 446.

2.2.3 Exigibilidade de Conduta Diversa

A exigibilidade de conduta diversa consiste na exigibilidade da obediência à norma.

Neste elemento, o conhecimento do injusto, por si só, não é suficiente para reprovar a resolução de vontade, o que ocorrerá somente quando o autor, numa situação concreta, podia atuar de acordo com este entendimento.¹⁷

Segundo Prado:

Para que a ação do agente seja reprovável, é indispensável que se lhe possa exigir comportamento diverso do que teve. Isso significa que o conteúdo da reprovabilidade repousa no fato de que o autor devia e podia adotar uma resolução de vontade de acordo com o ordenamento jurídico e não uma decisão voluntária ilícita.¹⁸

Entenda-se:

Não se trata aqui [...] da capacidade geral da decisão conforme o sentido, por conseguinte, da imputabilidade, que existe independentemente da situação dada, mas de possibilidade concreta do autor, capaz de culpabilidade, de poder adotar sua decisão de acordo com o conhecimento do injusto.¹⁹

Porém, “[...] existem situações em que não é exigida uma conduta adequada ao direito, ainda que se trate de sujeito imputável e que realize dita conduta em conhecimento da antijuridicidade que lhe é própria.”²⁰

¹⁷BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: Parte Geral**. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 352.

¹⁸ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Volume 1**. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 446.

¹⁹BITTENCOURT, loc. cit.

²⁰BITTENCOURT, op. cit., p. 353.

Nestas circunstâncias, ocorre o que se chama de inexigibilidade de conduta diversa, que, por consequência, afasta a culpabilidade. São exemplos: a) a coação moral irresistível, prevista no artigo 22, 1ª parte, do Código Penal; b) a obediência hierárquica ou devida, prevista no artigo 22, 2ª parte, do Código Penal; e c) o estado de necessidade exculpante, que se dá nos termos do artigo 24 do CP).

2.3 INIMPUTABILIDADE

A lei determina, conforme o artigo 26, caput, do Código Penal, ser inimputável quem era, "ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento."²¹

Podem ser definidos, também, como aqueles que carecem da capacidade de culpabilidade, por não terem maturidade suficiente ou sofrerem graves alterações psíquicas, de forma que não podem ser responsabilizados penalmente por seus atos, ainda que sejam típicos e antijurídicos.²²

Para que seja reconhecida essa inimputabilidade, "[...] é suficiente que o agente não tenha uma das capacidades: de entendimento ou de autodeterminação."²³

Faltando a primeira, "[...] não haverá culpabilidade por ausência da possibilidade exigível de compreensão de antijuridicidade [...]"²⁴; faltando a segunda, "[...] estaremos diante de uma hipótese de estreitamento do âmbito de autodeterminação do sujeito, neste caso, por uma circunstância que provém de sua própria incapacidade psíquica."²⁵

Consoante elucida Bitencourt:

²¹ BRASIL, Código Penal. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

²² BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 354.

²³ Ibid., p. 356.

²⁴ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 9ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 540.

²⁵ Idem.

É evidente que, se falta a primeira, ou seja, não tem a capacidade de avaliar os próprios atos, de valorar sua conduta, positiva ou negativamente, em cotejo à ordem jurídica, o agente não sabe e não pode saber a natureza valorativa do ato que pratica. Faltando essa capacidade, logicamente também não tem a capacidade de autodeterminar-se, porque a capacidade de autocontrole pressupõe a capacidade de entendimento. [...] Agora o oposto não é verdadeiro: o agente pode ter perfeitamente íntegra capacidade de discernimento, de valoração, saber perfeitamente o que é certo e o que é errado e, no entanto, não ter a capacidade de autocontrole, de autodeterminação.²⁶

O Código Penal consagra as seguintes hipóteses em que o agente pode ser inimputável: a) ser menor de 18 anos; b) possuir doença mental; c) ter desenvolvimento mental incompleto ou retardado; e d) por embriaguez completa, em casos fortuitos ou de força maior. A Lei nº 11.343/06, por sua vez, prevê a possibilidade de exclusão de imputabilidade em casos de dependência de drogas.

Importante destacar, contudo, que “[...] todos esses estados patológicos passam, necessariamente, pelo exame médico-pericial para comprovar a gravidade que, *in concreto*, apresentam.”²⁷

2.3.1 Menoridade

A inimputabilidade atribuída aos menores de dezoito anos, prevista no artigo 27 do Código Penal, legitima-se no princípio da inimputabilidade absoluta por presunção e possui assento constitucional (art. 228 da CF).²⁸

A legislação brasileira adotou o critério biológico da idade do agente, “[...] ignorando o desenvolvimento mental do menor de 18 anos, considerando-o inimputável, independentemente de possuir a plena capacidade de entender a ilicitude do fato ou determinar-se segundo esse entendimento.”²⁹

Segundo Juarez Cirino dos Santos:

²⁶ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 356.

²⁷ Ibid., p. 360.

²⁸ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 442.

²⁹ BITTENCOURT, loc. cit.

O critério político-criminal do Legislador é correto: menores de 18 anos são capazes de compreender o injusto de crimes graves (homicídio, roubo, estupro etc.), mas são incapazes de compreender o injusto da maioria dos crimes comuns e, praticamente de nenhum dos crimes definidos em leis especiais (meio ambiente, ordem econômica e tributária, relações de consumo, sistema financeiro etc.). E o mais importante: em todas as hipóteses acima referidas, são incapazes de comportamento conforme a compreensão do injusto, por insuficiente desenvolvimento do poder de controle dos instintos, impulsos ou emoções.³⁰

Entretanto, embora não lhes possam ser imputadas penas, [...] os menores de dezoito anos, autores de infrações penais, terão suas 'responsabilidades' reguladas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê as medidas adequadas à gravidade dos fatos e à idade do menor infrator (Lei n. 8.069/90).³¹

2.3.2 Doença Mental

Por doença mental entende-se: "[...] a perturbação mental ou psíquica de qualquer ordem, capaz de eliminar ou afetar a capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de comandar a vontade de acordo com esse entendimento."³²

Pode advir de paralisia cerebral progressiva, esquizofrenia, psicose maníaco depressiva, epilepsia grave, demência senil e paranóia, entre outras; como, também, das perturbações do psiquismo causadas por processos tóxico-infecciosos ou traumáticos. "É uma alteração mórbida da saúde mental, independentemente de sua origem [...]."³³

Conforme expõe Bittencourt:

³⁰ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 158.

³¹ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 357.

³² CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**: Parte Geral. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 309.

³³ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 442.

Nessas neuroses o sujeito tem claramente o senso valorativo de sua conduta, mas não consegue evitar sua prática, faltando-lhe a capacidade de autodeterminação, em razão desse distúrbio, dessa enfermidade. Se não tiver essa capacidade, se ela lhe falta inteiramente, no momento da ação, ou seja, no momento da prática do fato, ele é absolutamente incapaz.³⁴

No entanto, não basta que a pessoa sofra de doença mental para que seja excluída sua imputabilidade, é necessário, também, que a doença produza uma determinada consequência, “[...] qual seja a falta de capacidade de discernir, de avaliar os próprios atos, de compará-los com a ordem normativa.”³⁵

Portanto, em casos de anormalidade, o agente deve apresentar dois aspectos indispensáveis para ser considerado inimputável: a) o biológico, que é a doença mental em si; e b) o biopsicológico, que é a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e determinar-se de acordo com esse entendimento.³⁶

2.3.3 Desenvolvimento Mental Incompleto ou Retardado

O desenvolvimento mental incompleto ou retardado é aquele que, por algum motivo, ainda não se concluiu, não atingindo maturidade psíquica. “Compreende psicopatologias de menor gravidade em face da doença mental [...]”³⁷, como, por exemplo, os casos de oligofrenia, idiotia, imbecilidade, debilidade mental, psicopatia, entre outras; abrangendo, também, os surdo-mudos não educados e os silvícolas inadaptados.

A oligofrenia é uma deficiência mental que abarca graves defeitos de inteligência, consistente, na falta de desenvolvimento das faculdades mentais; já a

³⁴ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 358.

³⁵ Ibid., p. 356.

³⁶ Idem.

³⁷ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 161.

idiotia, é um defeito congênito de desenvolvimento dessas faculdades; e a imbecilidade, por sua vez, é uma parada desse desenvolvimento.³⁸

No entendimento de Aníbal Bruno, desenvolvimento mental incompleto ou retardado são:

[...] formas típicas, que representam os dois extremos e o ponto médio de uma linha contínua de gradações de inteligência e vontade e, portanto, da capacidade penal, desde a idiotia profunda aos casos leves de debilidade, que tocam os limites da normalidade mental. São figuras terratólicas, que degradam o homem de sua superioridade psíquica normal e criam, no direito punitivo, problemas de inimputabilidade ou de imputabilidade diminuída em vários graus.³⁹

Assim como ocorre na doença mental, nas hipóteses de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, “[...] a psicopatologia forense determinará, em cada caso concreto, se a anormalidade produz a incapacidade referida pela lei.”⁴⁰

2.3.4 Embriaguez Completa

Os casos de inimputabilidade por embriaguez de álcool ou substâncias análogas, previstos no artigo 28, parágrafo primeiro, do Código Penal, ocorrem naquelas oriundas de caso fortuito ou força maior em que o agente era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento.⁴¹

³⁸ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 442.

³⁹ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 359.

⁴⁰ Idem.

⁴¹ BRASIL, Código Penal. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

De acordo com Prado, a embriaguez patológica completa também pode ser causa de exclusão da imputabilidade, com amparo no artigo 26, caput, do Código Penal.⁴²

Todavia, quando a embriaguez for voluntária ou culposa, não exclui-se a imputabilidade penal, conforme dispõe o artigo 28, II, do Código Penal.

2.3.5 Drogas

A dependência de droga (considerada como o estado psíquico de angústia determinante de mudanças de personalidade) e o efeito fortuito ou por força maior de droga sobre o aparelho psíquico do agente, ainda que não possuam previsão no Código Penal, são consideradas, pela Lei de Drogas (artigo 45 e parágrafo único da Lei nº 11.323/2006), como situações patológicas agudas ou crônicas excludentes da imputabilidade.⁴³

2.4 CULPABILIDADE DIMINUÍDA OU SEMI-IMPUTABILIDADE

A culpabilidade diminuída, também chamada de semi-imputabilidade, constitui uma área intermediária “[...] situada entre a perfeita saúde mental e a insanidade, em virtude da dificuldade existente muitas vezes em ser traçada uma linha precisa de demarcação.”⁴⁴

Dessa forma, há um fio tênue que separa as hipóteses de inimputabilidade das de culpabilidade diminuída: na primeira, “[...] o agente é inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento

⁴² PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 442.

⁴³ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 160.

⁴⁴ PRADO, op. cit., p. 443.

[...]”⁴⁵; na segunda “[...] o agente não possui plena capacidade de entender a ilicitude do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento.”⁴⁶

Bittencourt ensina que:

Situam-se nessa faixa intermediária os chamados fronteiriços, que apresentam situações atenuadas ou residuais de psicoses, oligofrenias e, particularmente, grande parte das personalidades psicopáticas ou mesmo transtornos mentais transitórios. Esses estados afetam a saúde mental do indivíduo sem, contudo, excluí-la.⁴⁷

Nestes casos, “[...] a culpabilidade fica diminuída em razão da menor censura que se lhe pode fazer, em razão da maior dificuldade de valorar adequadamente o fato e posicionar-se de acordo com essa capacidade.”⁴⁸

Segundo Zaffaroni e Pierangeli, as denominações ‘imputabilidade diminuída’ e ‘semi-imputabilidade’ se tratam de denominações não muito corretas, pois, nestas hipóteses, há o delito e, logicamente, a culpabilidade, “[...] que, em tal situação, apresenta um menor grau de censurabilidade, em virtude de uma perturbação da consciência que não chega a configurar uma inimputabilidade.”⁴⁹

Por fim, conclui-se que a diferença básica entre as causas de inimputabilidade e as de diminuição da culpabilidade é que: “aquelas eliminam a capacidade de culpabilidade, estas apenas reduzem.”⁵⁰

⁴⁵ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p.360.

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 9ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 549.

⁵⁰ BITTENCOURT, loc. cit.

3 O TRANSTORNO BIPOLAR

O transtorno bipolar, antigamente chamado de psicose maníaco-depressiva, é uma doença mental que caracteriza-se pelas oscilações ou mudanças cíclicas de humor, que podem variar entre momentos tristeza e depressão profunda até momentos de grande euforia e irritabilidade, podendo haver, também, a forma mista entre os variados sintomas.

Conforme a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar, este transtorno se define pelas “[...] alterações de humor que se manifestam como episódios depressivos alternando-se com episódios de euforia (também denominados de mania), em diversos graus de intensidade.”⁵¹

Segundo o Doutor Diogo Lara, médico psiquiatra e pesquisador em neurociências:

O termo ‘bipolar’ expressa os dois pólos de humor ou de estados afetivos que se alternam nesse transtorno: a depressão e seu ‘oposto’, a hipomania ou mania, dependendo da gravidade, cujas manifestações são euforia, energia exagerada, grandiosidade, aceleração e uma sensação de prazer intenso ou um estado altamente irritável e agressivo.⁵²

De acordo com a Doutora Lee-Fu-I, médica psiquiatra, o transtorno bipolar:

[...] caracteriza-se pela combinação de um episódio de depressão (período no qual ocorrem sentimentos de tristeza e falta de ânimo sem motivo aparente em relação a atividades que a pessoa costumava apreciar) e de mania ou hipomania (período no qual ocorre uma sensação de euforia e felicidade intensa, com autoestima exageradamente inflada e crença de que o indivíduo é o melhor ou de que nenhum mal pode acontecer a ele).⁵³

⁵¹ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

⁵² LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 29.

⁵³ FU-I, Lee. Depressão e transtorno bipolar na infância e adolescência. **Pátio**, Porto Alegre, n. 54, p. 41, mai/jul. 2010.

Completa, ainda, que algumas pessoas podem passar a maior parte do tempo em depressão e ter raros momentos de euforia, enquanto outras apresentam uma alternância frequente nas fases de mania com períodos de tristeza e desânimo.⁵⁴ “O mais curioso é que a mudança pode ser dar em poucas horas, ou em poucos dias - e às vezes durar semanas, meses ou até anos.”⁵⁵

A presidente da Associação Brasileira de Transtorno Bipolar, Ângela Scippa, explica que:

As mudanças de humor podem ser bruscas, mas a duração de cada episódio, não. A depressão é geralmente igual ou superior a 15 dias (podendo chegar a 2 anos), a mania dura pelo menos uma semana e a hipomania (euforia leve) demora ao menos quatro dias. E tudo isso é intercalado com fases de normalidade.⁵⁶

Entretanto, não é apenas o humor que se altera no transtorno bipolar, muitas outras funções cerebrais e extracerebrais sofrem mudanças, como por exemplo as relacionadas aos ritmos biológicos, ao controle dos movimentos corporais, às funções de memória e de concentração mental, à impulsividade e aos desejos e vontades.⁵⁷

O Doutor Teng Chei Tung, psiquiatra e coordenador do serviço de pronto-atendimento e de interconsultas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, acrescenta que:

A principal característica do TB é a instabilidade de várias funções cerebrais, que podem ser percebidas na alteração do humor, variando de tristeza profunda à alegria excessiva, transparecendo na ansiedade e irritabilidade que em pouco tempo podem se converter em apatia. Essas variações aparecem associadas à instabilidade do funcionamento do cérebro, tanto no armazenamento de informações (memória) como no controle da atenção (distração excessiva).

⁵⁴ FU-I, Lee. Depressão e transtorno bipolar na infância e adolescência. **Pátio**, Porto Alegre, n. 54, p. 41, mai/jul. 2010.

⁵⁵ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

⁵⁶ D´ALAMA, Luna. **Transtorno Bipolar Atinge 4% dos Adultos**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/08/transtorno-bipolar-atinge-4-dos-adultos-saiba-mais-sobre-doenca.html>> Acesso em: 1 mai. 2014.

⁵⁷ TUNG, loc. cit.

Costuma haver variação do pessimismo exagerado ao otimismo incontrolável, e a velocidade do pensamento pode aumentar ou diminuir. Alterações no sono e no apetite, tanto para excesso como para falta também são comuns. Nessas situações, sistemas hormonais costumam ficar desorganizados, refletindo um ritmo biológico caótico ou cíclico, e, não raro, o paciente troca o dia pela noite. Observa-se também diminuição ou aumento excessivo de energia.⁵⁸

Normalmente, o início do quadro psiquiátrico do transtorno bipolar é pouco definido, conforme ilustra Lara:

Pode começar com sintomas obsessivos, preocupações excessivas com o corpo e beleza, distúrbios alimentares, hipocondrias, fobias, tiques, abuso de substâncias (como álcool, calmantes, maconha, cocaína), comportamento agressivo ou irresponsável, que podem gerar até problemas legais. Depois de alguns anos, ou em decorrência do próprio tratamento farmacológico inadequado (em geral, antidepressivos ou psicoestimulantes), revela-se um quadro de transtorno bipolar mais claro. Pode também ocorrer de não se manifestarem significativos sintomas de oscilação de humor, predominando os de ansiedade, padrão de pensamento em extremos e comportamento inadequado ou inconstante.⁵⁹

“A maior parte dos casos de transtorno bipolar inicia com um episódio de depressão ainda na infância ou na adolescência e outro um ou dois anos após o primeiro.”⁶⁰

Em média, um paciente demora 10 anos e passa por 3 médicos diferentes até receber diagnóstico e tratamento corretos acerca do transtorno bipolar, que pode se confundir com a depressão unipolar ou outro transtorno de humor, como déficit de atenção, síndrome do pânico, esquizofrenia, entre outros.⁶¹

“A Associação Brasileira de Transtorno Bipolar, filiada à Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar/International Society for Bipolar Disorder (ISBD), estima que no Brasil podem existir até 15 milhões de pessoas com o problema, de

⁵⁸ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

⁵⁹ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 38.

⁶⁰ FU-I, Lee. Depressão e transtorno bipolar na infância e adolescência. **Pátio**, Porto Alegre, n. 54, p. 41, mai/jul. 2010.

⁶¹ LARA, Diogo. et al. **Bipolaridade**. Disponível em: <<http://www.bipolaridade.com.br>> Acesso em: 1 mai. 2014.

forma mais ou menos pronunciada.”⁶² Segundo estudiosos da área, o transtorno atinge cerca de 10% da população, sendo 1% a 2% do tipo I e 8% com bipolaridade leve.⁶³

Consoante o entendimento da Doutora Luíza Galvão e do Doutor Claudio Moojem Abuchaim, a doença pode gerar “[...] grande impacto na vida do paciente, de sua família e da sociedade, causando prejuízos frequentemente irreparáveis em vários setores da vida do indivíduo, como nas finanças, saúde, reputação, além do sofrimento psicológico.”⁶⁴ Na década de 90 o transtorno foi a sexta maior causa de incapacitação no planeta, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).⁶⁵

Importante ressaltar que se trata de “[...] uma doença mental crônica grave, que pode provocar consequências devastadoras tanto para o paciente quanto para aqueles que o cercam - principalmente se não for identificada e tratada adequadamente.”⁶⁶

3.1 SINTOMAS

3.1.1 Depressão

Os sintomas depressivos do transtorno bipolar são semelhantes aos da depressão: tristeza; melancolia; perda de interesse ou prazer em atividades habitualmente interessantes; desânimo; apatia; alterações no sono e apetite; inquietude ou lentidão; fadiga e perda de energia; problemas de concentração ou memória; dificuldade em tomar decisões; pensamentos negativos ou pessimistas; sentimento de culpa excessiva; auto estima baixa; dores ou outros sintomas

⁶² TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 182, p. 41, mar. 2008.

⁶³ LARA, Diogo. et al. **Bipolaridade**. Disponível em: <<http://www.bipolaridade.com.br>> Acesso em: 1 mai. 2014.

⁶⁴ GALVÃO, Ana Luíza; ABUCHAIM, Claudio Moojem. **Transtorno Bipolar do Humor**. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?419>> Acesso em: 14 abr. 2014.

⁶⁵ TUNG, loc. cit.

⁶⁶ Idem.

corporais persistentes, não provocados por doenças ou lesões físicas; e, em casos extremos, comportamentos suicida.

“Embora possam ser confundidas, deve se diferenciar a depressão chamada unipolar da bipolar.”⁶⁷ Isso porque os medicamentos utilizados para o tratamento da depressão unipolar não são indicados para o tratamento da depressão ocasionada pelo transtorno bipolar.

Lara explica que:

Até alguns anos atrás achava-se que cerca de 90% das pessoas com sintomas depressivos sofriam de depressão unipolar, ou seja, que nunca haviam manifestado ou manifestariam alterações de humor ‘para cima’ ou ‘positivas’, como euforia aumento de energia, expansividade, otimismo exagerado, gastos impulsivos, atitudes arriscadas ou ousadas.⁶⁸

Ocorre que metade dos casos de depressão são do tipo bipolar, ou seja, “[...] em algum momento da vida têm - ainda que de forma sutil e muito breve - alterações do humor ‘para cima’, oscilação maior que o normal ou temperamento forte.”⁶⁹

Essa confusão diagnóstica se deve à própria história do transtorno bipolar, pois em mais da metade de seus portadores a depressão é o primeiro sintoma que se manifesta.⁷⁰

Há de se considerar, ainda, que “muitos bipolares tem períodos depressivos e ansiosos muito mais marcantes e presentes do que os de elevação de humor, e por isso acabam sendo confundidos com unipolares.”⁷¹ Ao procurarem ajuda médica, “[...] recebem antidepressivos, que podem ter efeitos variados, como aumentar a ansiedade e a irritabilidade, ou resolver rapidamente a depressão até o humor passar um pouco do ponto.”⁷²

⁶⁷ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 29.

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtorno Bipolar**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 145.

⁷¹ LARA, op. cit., p. 72.

⁷² Idem.

De acordo com Flávio Kapczinski e João Quevedo, os bipolares do tipo I vivem mais de 30% das semanas com sintomas depressivos, e os bipolares do tipo II, mais de 50%.⁷³

Essa fase depressiva do transtorno pode ter intensidade leve, moderada ou grave e geralmente possui duração inferior à da depressão unipolar, pois intercala com episódios maníacos.

Benazzi (2001) relatou que 71,8% de uma amostra de bipolares deprimidos apresentavam dois sintomas maníacos contra 41,5% dos unipolares; quando considerados três sintomas maníacos, esses foram identificados em 46,6% dos bipolares tipo II contra apenas 7,6% dos unipolares.⁷⁴

Dessa forma, o que diferencia a depressão bipolar da unipolar, é que aquela frequentemente apresenta sintomas maníacos no curso de um episódio depressivo, o que raramente ocorre nesta.

3.1.2 Mania

O termo mania é considerado o oposto da depressão, indica “[...] o estado de humor eufórico, ligado, acelerado, pra cima ou irritável, e não a expressão de uso corriqueiro, como em mania de limpeza ou de checar portas.”⁷⁵

Os principais sintomas deste polo do humor são: a hiperatividade; a irritabilidade, que pode eventualmente resultar em agressividade; e a euforia, “definida como uma alegria exagerada, que se mantém independentemente dos acontecimentos externos.”⁷⁶

⁷³ KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 145.

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 24.

⁷⁶ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

Segundo Kapczinski e Quevedo, a mania se descreve pelas "alterações no humor, na cognição, na psicomotricidade e nas funções vegetativas, porém com características opostas àquelas observadas na depressão."⁷⁷ Nela, o paciente apresenta emoções que vão do êxtase ao ódio, passando por euforia e irritabilidade, bem como elevação do humor, aceleração cognitiva, ativação psicomotora, aumento de energia e ideias de grandeza, que podem ser delirantes.⁷⁸

Outros sintomas são:

[...] a diminuição da necessidade de sono, auto estima repentinamente elevada, fala excessiva, dificuldade em focar a atenção e envolvimento em atividades prazerosas porém perigosas - como compras e gastos exagerados, atos impulsivos, uso de drogas, indiscrições e aumento da atividade sexual.⁷⁹

Alguns portadores do transtorno chegam a apresentar ilusões auditivas ou visuais e manifestar comportamentos paranóicos, havendo, também, a "[...] possibilidade de surgirem crises de ansiedade e de pânico (com mal-estar físico pronunciado: sudorese, taquicardia, falta de ar, vertigem, etc.) ou sintomas obsessivos."⁸⁰

Durante um episódio de mania, o paciente não percebe sua própria alteração e acredita estar extremamente bem, como se vivesse a melhor fase de sua vida, pois considera o estado eufórico normal e positivo.⁸¹ Ocorre que:

Em alguns casos, a pessoa nesse estado, com agressividade e impulsividade exacerbadas, precisa ser protegida de si mesma, já que nessa fase do transtorno pode cometer atos dos quais se arrependerá no futuro, daí a necessidade de internação em determinadas situações. É

⁷⁷ KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 145.

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

⁸⁰ Idem.

⁸¹ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 25.

comum que, após o término de uma crise de mania, o paciente se envergonhe de suas atividades.⁸²

A hipomania, por sua vez, é uma fase de mania mais leve, com os mesmos sintomas, porém menos intensos e evidentes. "Na prática, pode ser considerada 'invisível', pois em geral passa despercebida[...]."⁸³ Porém, ainda que mais branda, é um indicador de que a pessoa sofre de transtorno bipolar.

2.1.3 Estados Mistos

A ideia de que no transtorno bipolar existem apenas dois pólos do humor não é verdadeira, os sintomas nem sempre variam entre os típicos da mania ou depressão. Nos estados mistos, comportamentos maníacos podem surgir no meio de um episódio depressivo, assim como comportamentos depressivos em meio a um episódio maníaco.⁸⁴

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV):

Um episódio misto caracteriza-se por um período de tempo (no mínimo, uma semana) durante o qual são satisfeitos os critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior, durante quase todos os dias. O indivíduo apresenta uma rápida alternância de humor (tristeza, irritabilidade, euforia) acompanhada dos sintomas de um episódio maníaco e de um episódio depressivo maior.⁸⁵

Quando há essa mistura, o diagnóstico e o tratamento ficam confusos, pois os sintomas não se enquadram apenas no polo da mania ou da depressão, havendo uma rápida alternância entre estados mais agitados e eufóricos e outros mais

⁸² TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

⁸³ Idem.

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 145.

apáticos e deprimidos.⁸⁶ Neste quadro podem ocorrer sintomas depressivos em que a agitação é marcante, bem como sintomas maníacos com ideias depressivas, ambos aptos a ser confundidos com a depressão e piorarem com o uso de antidepressivos.⁸⁷

Kapczinski e Quevedo ensinam que:

[...] os estados mistos emergem quando um episódio afetivo se manifesta sobre um temperamento de polaridade oposta, por exemplo: um episódio maníaco ocorrendo em uma pessoa com temperamento depressivo, ou um episódio maníaco ocorrendo em uma pessoa com temperamento hipertímico. Desta forma a instabilidade do temperamento ciclotímico poderia transformar um episódio depressivo em estado misto.⁸⁸

Segundo eles, a mescla dos sintomas afetivos com o temperamento de base pode dar origem a três diferentes tipos de estados mistos: a) temperamento depressivo + episódio maníaco, que geralmente produz estados mistos do tipo psicótico, com características incongruentes com o humor, crises de choro, euforia, aceleração do pensamento, grandiosidade, hipersexualidade, ideação suicida, irritabilidade, raiva, agitação psicomotora, insônia grave, delírios de perseguição, alucinações auditivas e abuso/dependência do álcool; b) temperamento ciclotímico + depressão maior, que se define pelo humor depressivo, excessos alimentares e de sono, fadiga, aceleração dos pensamentos, hipersexualidade impulsiva, tentativas dramáticas de suicídio e abuso do álcool e estimulantes; e c) temperamento hipertímico + depressão maior, que se distingue pelas mudanças repentinas do humor, irritabilidade, agitação, inibição motora, extrema fadiga, aceleração dos pensamentos, insônia, excitação sexual, e, também, o abuso do álcool e estimulantes.⁸⁹

Por fim, diante das mudanças repentinas de humor e dos mais variados sintomas provenientes deste estado misto, há quem o descreva como turbulência.

⁸⁶ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 32.

⁸⁷ Ibid., p. 72.

⁸⁸ KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtorno Bipolar**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 166.

⁸⁹ Idem.

2.2 DIFERENTES GRAUS DO TRANSTORNO

O transtorno bipolar é dividido em diferentes graus, que pode ser leve, afetando minimamente na vida de seu portador, podendo chegar ao tipo I, que prejudica sua vida em grandes proporções.

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) os diversos tipos do transtorno são os seguintes:

- CID 10 - F31: Transtorno afetivo bipolar
- CID 10 - F31.0: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco.
- CID 10 - F31.1: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos.
- CID 10 - F31.2: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos.
- CID 10 - F31.3: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado.
- CID 10 - F31.4: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos.
- CID 10 - F31.5: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos.
- CID 10 - F31.6: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto.
- CID 10 - F31.7: Transtorno afetivo bipolar, episódio atualmente em remissão.
- CID 10 - F31.8: Outros transtornos afetivos bipolares.
- CID 10 - F31.9: Transtorno afetivo bipolar não especificado.⁹⁰

Porém, os psiquiatras o dividem em quatro tipos, que vai do mais grave ao mais leve.

O tipo I “[...] apresenta toda a amplitude de variação do humor, do pico mais alto (mania plena), que pode durar semanas, até depressões graves.”⁹¹ Nele o paciente pode manifestar sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, e mudanças comportamentais e de conduta capazes de comprometer seus relacionamentos familiares, afetivos e sociais, bem como seu desempenho

⁹⁰ Classificação Internacional de Doenças: F31 - Transtorno afetivo Bipolar. Disponível em:

<http://www.medicinanet.com.br/cid10/f31_transtorno_afetivo_bipolar.htm> Acesso em: 1 mai. 2013.

⁹¹ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 35.

profissional, sua posição econômica e a segurança própria e de pessoas próximas.⁹² Em geral, o transtorno se inicia entre os 15 e 30 anos, mas há casos de início mais tardio.⁹³

No tipo II, “[...] a fase maníaca é mais branda e curta, chamada de hipomania. Os sintomas são semelhantes, mas não prejudicam a pessoa de modo tão significativo. As depressões, por outro lado, podem ser profundas.”⁹⁴ Nele a doença não se manifesta em um polo específico, possui características mistas, e costuma aparecer perto dos 40 anos, ainda que hajam casos de início na adolescência.⁹⁵

O tipo III, também conhecido como transtorno bipolar não especificado ou misto, caracteriza a fase maníaca ou hipomaniaca induzida por um antidepressivo ou psicoestimulante. Nele “[...]os pacientes fazem parte do espectro bipolar, mas o polo positivo só é descoberto pelo uso dessas drogas.”⁹⁶ E mesmo que saiam do quadro maníaco com a retirada do antidepressivo, devem ser tratados como bipolares, pois tendem a apresentar hipomania novamente.⁹⁷

Por fim, o tipo IV, chamado por alguns de transtorno ciclotímico, define aqueles que nunca tiveram mania ou hipomania, mas possuem humor um pouco mais vibrante, na faixa hipertímica.⁹⁸ Nele “[...] a fase depressiva só ocorre em torno ou depois dos 50 anos e, as vezes, é de característica mista e oscilante.”⁹⁹

Conforme a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar, enquanto 1% da população é bipolar tipo I, cerca de 8% manifestam os demais tipos do transtorno.¹⁰⁰

2.3 DIFERENÇAS ENTRE O TRANSTORNO BIPOLAR E OSCILAÇÕES NORMAIS DE HUMOR

⁹² Transtorno Bipolar. Disponível em: < <http://drauziovarella.com.br/letras/t/transtorno-bipolar-2/> > Acesso em: 2 mai. 2014.

⁹³ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 35.

⁹⁴ Idem.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ Idem.

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ Idem.

¹⁰⁰ O que é transtorno bipolar? Disponível em: <<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>> Acesso em: 1 mai. 2014.

As oscilações de humor estão presentes no dia a dia de qualquer pessoa, sofra ela de transtorno bipolar ou não. O que diferencia se estas oscilações são as consideradas normais ou provenientes do transtorno de humor é a sua intensidade, duração e adequação em relação à cada ocasião.

As pessoas consideradas sadias costumam apresentar pequenas variações nas funções corporais, que se adaptam às exigências do ambiente. Expressar alegria e tristeza, em graus variados, é completamente aceitável, desde que esses sentimentos, causados por fatores externos ou subjetivos, se apliquem ao contexto e tenham intensidade compatível com a situação.¹⁰¹

“Na verdade, o humor normal deve flutuar entre os diversos estados de alegria, tristeza, ansiedade e raiva. Saudável é a variação de humor de acordo com a situação, com intensidade e duração corretas, embora correto seja relativo [...].”¹⁰²

Quando há transtorno bipolar, o humor apresenta grandes alterações, normalmente inadequadas aos acontecimentos externos. “Diferentemente de quem tem humor saudável, os que sofrem desse transtorno não costumam ser previsíveis ou flexíveis nem respondem com proporcionalidade aos estímulos.”¹⁰³

Segundo Lara:

O transtorno de humor começa quando algo no seu ajuste sai do prumo, [...] produzindo respostas emocionais de maneira desproporcional em intensidade e/ou duração, ou até mesmo mudanças no humor sem o estímulo necessário para ocorrerem na maioria das pessoas.¹⁰⁴

Complementa, ainda, que:

[...] só vira transtorno de humor se surgirem sintomas que atrapalhem em algum grau a pessoa segundo sua própria avaliação ou segundo a

¹⁰¹ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

¹⁰² LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 30.

¹⁰³ TRANSTORNO BIPOLAR, as duas faces do humor. **Saúde é vital**, São Paulo, n. 272, p. 36, abr. 2006.

¹⁰⁴ LARA, op. cit., p.31.

percepção dos outros, que seguidamente identificam os problemas de maneira mais clara, principalmente se forem excessos do humor elevado.¹⁰⁵

O melhor critério para diferenciar o normal do patológico, portanto, é avaliar se os fenômenos decorrentes das mudanças de humor trazem problemas às áreas importantes da vida. “No caso dos pacientes com transtorno bipolar, quanto mais as funções que regulam os estados de humor estiverem desorganizadas, mais grave e mais complexo o quadro clínico se apresenta.”¹⁰⁶

¹⁰⁵ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 43.

¹⁰⁶ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

4 A RESPONSABILIDADE PENAL NO TRANSTORNO BIPOLAR

4.1 RELAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO BIPOLAR E A PERICULOSIDADE DO AUTOR

Diversos estudos demonstram que há certa relação entre os transtornos de humor e as condutas agressivas. Segundo Alexandre Martins Valença e Talvane Marins de Moraes, "pessoas com transtornos mentais graves são mais condenadas por crimes violentos do que aquelas sem transtornos mentais."¹⁰⁷

Três diferentes pesquisas dão suporte a tal afirmação:

A primeira, ao comparar indivíduos hospitalizados por transtornos mentais graves à outros sem históricos de internação por transtornos mentais, encontrou um maior número de condenados (por pelo menos um crime) no o primeiro grupo e verificou que as diferenças nas taxas de prevalência entre o primeiro e o segundo grupo foram maiores para crimes violentos do que para os não violentos.¹⁰⁸

Na segunda, foram analisadas as atividades criminais de pessoas que receberam alta de hospitais psiquiátricos em cotejo àquelas sem transtornos mentais, situação em que se verificaram taxas mais altas de criminalidade entre os portadores de transtornos mentais graves.¹⁰⁹ Ademais, foi constatado que:

[...] durante o ano que se seguiu a alta, 27,5% dos pacientes cometeram pelo menos um ato violento que resultou em necessidade de ajuda médica por parte da vítima. As maiores frequências de comportamento violento foram de 14,8% na esquizofrenia; 28,5% na depressão e 22% no transtorno bipolar.¹¹⁰

¹⁰⁷ VALENÇA, Alexandre Martins; MORAES, Talvane Marins. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 28, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s2/02.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2014.

¹⁰⁸ Idem.

¹⁰⁹ Idem.

¹¹⁰ Idem.

Já na terceira, ocorreu a investigação de 71% dos prisioneiros condenados por homicídio. Dos 460 entrevistados, 109 apresentaram algum transtorno mental ao longo da vida (21, transtorno bipolar). Confirmou-se, também, que um número significativamente maior de indivíduos homicidas (35%), comparados à outros criminosos (21%), apresentavam transtornos mentais graves.¹¹¹

Outros estudos, elaborados em diferentes países, revelam que o risco de comportamentos agressivos é proporcionalmente maior nos portadores de transtorno bipolar, se comparados aos que possuem as demais doenças mentais.

Na Dinamarca, foram examinados 324.401 pessoas com idade entre 43 e 46 anos, chegando-se aos seguintes dados:

Entre os homens, tiveram história de pelo menos uma prisão: 13% daqueles que nunca haviam sido admitidos em tratamentos psiquiátricos, 20% daqueles que foram admitidos com depressão psicótica e 27% daqueles com transtorno bipolar. Nas mulheres, de forma semelhante, 3,5% das que nunca tinham sido admitidas em unidades de tratamento psiquiátrico, 8% daquelas com depressão psicótica e 10% daquelas com transtorno bipolar tinham sido presas.¹¹²

No Canadá, foi avaliada uma amostra de pacientes com transtornos afetivos graves e esquizofrenia, durante um período de dois anos após a alta de um hospital forense e dois hospitais psiquiátricos, com a qual concluiu-se que: "Após o período de seguimento, 33% dos pacientes com transtornos afetivos graves e 15% daqueles com esquizofrenia cometeram delitos, a maioria violentos, de acordo com a definição do estudo [...]"¹¹³

Na Republica Tcheca, uma pesquisa de base populacional "[...] encontrou prevalência de comportamento agressivo após a idade de 15 anos de 0,66%, ao longo da vida, em indivíduos sem transtornos mentais, porém 25,34% naqueles com

¹¹¹ VALENÇA, Alexandre Martins; MORAES, Talvane Marins. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 28, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s2/02.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2014.

¹¹² VALENÇA, Alexandre Martins et al. Matricídio e transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n4/170.htm>> Acesso em: 15 mai. 2014.

¹¹³ Idem.

transtorno bipolar I.”¹¹⁴ Além disso, observou que “[...] pacientes bipolares agudos internados tiveram um risco maior de comportamento agressivo do que outros pacientes internados.”¹¹⁵

Na Inglaterra, foi constituída uma amostra de 495 pacientes com alguma psicose, onde ocorreram três achados importantes: a) “[...] um diagnóstico de mania foi significativamente mais comum do que de esquizofrenia no grupo agressivo, comparado ao não agressivo [...]”¹¹⁶; b) “[...] os sintomas associados à agressão foram aqueles tipicamente encontrados na mania [...]”¹¹⁷; e c) “[...] os pacientes com diagnóstico de mania foram três vezes mais agressivos no primeiro contato do que os pacientes com esquizofrenia.”¹¹⁸

Já na Alemanha, foram revisados os registros de ofensas criminais praticadas por 1.561 pacientes com transtorno bipolar, tratados entre os anos de 1990 e 1995, onde verificou-se que “a taxa de comportamento criminoso foi maior no grupo de pacientes que apresentavam sintomas maníacos agudos, sendo que 5,6% dos pacientes desse grupo foram condenados por crimes violentos.”¹¹⁹

Diante de tais pesquisas, extraí-se, ainda, que o risco de violência e comportamentos agressivos, no transtorno bipolar, tende a ser maior na fase maníaca do que na depressiva.

Importante mencionar, por fim, que nem sempre que houver Transtorno Bipolar, haverá, também, a periculosidade do seu portador. Porém, é possível garantir que as pessoas afetadas por tal transtorno são mais suscetíveis a apresentar condutas agressivas que pessoas consideradas mentalmente saudáveis, principalmente se estiverem na fase maníaca, em razão dos sintomas típicos deste polo de humor, causadas pelas alterações psíquicas que ocorrem neste distúrbio.

4.2 FORMAS DE RESPONSABILIZAÇÃO

¹¹⁴ VALENÇA, Alexandre Martins et al. Matricídio e transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n4/170.htm>> Acesso em: 15 mai. 2014.

¹¹⁵ Idem.

¹¹⁶ VALENÇA, Alexandre Martins; MORAES, Talvane Marins. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 28, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s2/02.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2014.

¹¹⁷ Idem.

¹¹⁸ Idem.

¹¹⁹ VALENÇA, et al. loc. cit.

4.2.1 Redução da Pena

A consequência legal atribuída, em regra, aos autores de injustos que possuam a culpabilidade diminuída é a redução da pena de um a dois terços, prevista no artigo 26, parágrafo único, do Código Penal.

Essa redução ocorre pois “[...] o juízo de censura que recairá sobre a conduta do agente deverá ser menor em virtude de sua perturbação da saúde mental ou de seu desenvolvimento incompleto ou retardado [...]”.¹²⁰

De acordo com Prado:

[...] quando tratar-se de perturbação da saúde mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, que tão-só reduzem (não era inteiramente capaz - art. 26, parágrafo único, CP) a capacidade do agente de conhecer o caráter ilícito de seu comportamento ou de determinar-se conforme esse entendimento, a responsabilidade penal será obrigatoriamente diminuída de forma proporcional à redução de sua capacidade de culpabilidade (v.g., certas oligofrenias, psicoses, psicopatias, neuroses).¹²¹

Dessa forma, “[...]a redução da pena é obrigatória, porque se a pena não pode ultrapassar a medida da culpabilidade, então a redução da capacidade de culpabilidade determina, necessariamente, a redução da pena.”¹²²

4.2.2 Medida de Segurança

¹²⁰ GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte geral. 6. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2006, p. 426.

¹²¹ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 443.

¹²² SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 162.

A medida de segurança, prevista no artigo 96 e seguintes do Código Penal, é a consequência legal aplicada aos autores de um injusto que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, forem inimputáveis. Pode ser aplicada, também, aos que possuem culpabilidade diminuída, se necessitarem de especial tratamento curativo.

Em regra, os semi-imputáveis possuem capacidade penal, são penalmente responsáveis e puníveis com redução de um a dois terços da pena; por exceção, na hipótese de especial tratamento curativo (art. 98, CP), a pena privativa de liberdade pode ser substituída por medida de segurança [...].¹²³

Diferentemente das penas, que têm caráter retributivo-preventivo, fundamentam-se na culpabilidade do agente e possuem tempo determinado; as medidas de segurança têm natureza eminentemente preventiva, fundamentam-se exclusivamente na periculosidade do agente e possuem tempo indeterminado.¹²⁴

Conforme Juarez Cirino dos Santos:

Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumentos de proteção social e de terapia individual - ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do Legislador -, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros. Assim, a estrutura dualista alternativa do Direito Penal de erige sobre duas correlações: a) a correlação culpabilidade/pena, fundada no passado; b) a correlação periculosidade/medida de segurança, dirigida para o futuro.¹²⁵

Para que seja aplicada, devem ser atendidos três pressupostos, quais sejam: a prática de fato punível; a periculosidade do autor; e a ausência de imputabilidade plena.

¹²³ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 383.

¹²⁴BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 703.

¹²⁵ SANTOS, op. cit., p. 377.

O primeiro (prática de fato punível) “[...] funciona como critério limitativo, com vistas a afastar a imposição de medidas de segurança pré-delitivas por razões de segurança jurídica.”¹²⁶ Deixará de existir quando houver, por exemplo:

[...] excludentes de criminalidade, excludentes de culpabilidade (como erro de proibição invencível, coação irresistível e obediência hierárquica, embriaguez completa fortuita ou por força maior) - com exceção da inimputabilidade -, ou ainda se não houver prova do crime ou da autoria etc.¹²⁷

No segundo (periculosidade do autor):

Sua aferição implica juízo naturalístico, cálculo de probabilidade, que se desdobra em dois momentos distintos: o primeiro consiste na comprovação da qualidade sintomática de perigoso (diagnóstico da periculosidade); o segundo, na comprovação da relação entre tal qualidade e o futuro criminal do agente (prognose criminal).¹²⁸

Pode ser resultado da presunção legal, conforme os artigos 26 e 97 do Código Penal, que exprime o prognóstico de futura realização de fatos previstos como crimes por autores inimputáveis; ou de determinação judicial, conforme os artigos 26, parágrafo único, e 98 do Código Penal, que profere o prognóstico de futura realização de fatos previstos como crimes por autores com culpabilidade diminuída, quando considerados em necessidade de especial tratamento curativo.¹²⁹

Já o terceiro (ausência de imputabilidade plena) existe em razão da “[...] proibição de aplicação de medida de segurança ao agente imputável [...]”.¹³⁰

De acordo com Prado:

¹²⁶ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 746.

¹²⁷ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 703.

¹²⁸ PRADO, loc.cit.

¹²⁹ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 382.

¹³⁰ BITTENCOURT, op. cit., p. 704.

[...] o agente imputável não pode sofrer medida de segurança, mas somente pena; o semi-imputável, por sua vez, só estará sujeito à medida de segurança na hipótese de exigência de especial tratamento curativo (art. 98, CP), enquanto aos inimputáveis se aplica, de regra, medida de segurança (art, 26, caput, CP).¹³¹

Se ausente qualquer destes pressupostos, fica impedida a aplicação da medida de segurança.

Quanto às espécies de medida a serem aplicadas, o Código Penal prevê: a) internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (artigo 96, inciso I, do CP); e b) o tratamento ambulatorial (artigo 96, inciso II, do CP).

A primeira modalidade “[...] destina-se obrigatoriamente aos inimputáveis que tenham cometido crime punível com pena de reclusão e facultativamente aos que tenham praticado delito cuja natureza da pena abstratamente cominada é de detenção (art. 97).”¹³²

Pode ser aplicada, também, aos que possuam culpabilidade diminuída, em substituição à pena, se comprovada a necessidade de especial tratamento curativo.¹³³

Nela “o internado deverá ser submetido necessariamente aos exames psiquiátrico, criminológico e de personalidade, segundo os artigos 100 e 174 c/c os artigos 8.º e 9.º da Lei de Execuções Penais.”¹³⁴

Já na segunda, “[...] são dispensados cuidados médicos à pessoa submetida a tratamento que não implica internação.”¹³⁵ O subordinado a esse tipo de medida de segurança apenas “[...] deve comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, para que seja aplicada a modalidade terapêutica prescrita.”¹³⁶

¹³¹ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 747.

¹³² Idem.

¹³³ PRADO, op.cit., p. 748.

¹³⁴ PRADO, loc. cit.

¹³⁵ PRADO, loc. cit.

¹³⁶ Idem.

Se aplica aos inimputáveis - e aos que possuem culpabilidade diminuída - em substituição à internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, quando o fato previsto como crime for punível com detenção.¹³⁷

Conforme explica Prado:

O tratamento ambulatorial tem sido visto como mera possibilidade, uma vez que a internação é a regra geral (art. 97). Contudo, a internação só é aplicável quando se faça necessário um especial tratamento curativo, seja o agente inimputável ou semi-imputável, aferida a sua incompatibilidade com medida mais liberal (tratamento). Sendo o crime punível com detenção e restando provada a compatibilidade das condições pessoais do agente - inimputável ou semi-imputável - com o tratamento ambulatorial, impõe-se a opção por essa medida.¹³⁸

Porém, "[...] em qualquer fase do tratamento ambulatorial, o juiz poderá determinar a conversão do mesmo em medida retentiva, ou seja, internação em hospital de custódia, caso seja essa providência necessária para fins curativos do agente (art. 97, &4.º)."¹³⁹

O prazo de duração da medida de segurança, em ambas as modalidades, será indeterminado, conforme o artigo 97, parágrafo primeiro, do Código Penal, perdurando enquanto persistir a periculosidade do agente.

Segundo Prado:

[...] O fundamento das medidas de segurança é exclusivamente a periculosidade criminal do autor, ou seja, a probabilidade de que volte a delinquir futuramente. Desse modo, sua duração deve ser estipulada em razão dessa periculosidade. Com efeito, as medidas de segurança, ao contrário das penas, não devem ser necessariamente proporcionais à gravidade dos delitos praticados, mas à periculosidade do delinquente.¹⁴⁰

¹³⁷ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 704.

¹³⁸ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 748.

¹³⁹ Idem.

¹⁴⁰ Idem.

Quando da imposição da medida de segurança, o juiz estabelecerá um prazo mínimo de duração, entre 1 e 3 anos, ao final do qual se realizará a perícia médica para averiguar se houve a cessação da periculosidade. Persistindo a periculosidade, a perícia será repetida anualmente, salvo se o juiz fixar prazo menor. Se constatada a cessação da periculosidade, haverá a desinternação (ou liberação) do agente, que será condicional, podendo ser restabelecida a medida de segurança se, antes de um ano, este praticar fato indicativo de persistência da periculosidade.

Para Santos: "A duração indeterminada das medidas de segurança estacionárias significa, frequentemente, privação de liberdade perpétua de seres humanos [...]."¹⁴¹ Contudo, a jurisprudência recente adota o critério de que: "[...]o limite máximo da medida de segurança aplicada deve coincidir com a pena criminal aplicada no caso concreto, se o autor fosse imputável."¹⁴²

"O objetivo primeiro da medida de segurança imposta é impedir que a pessoa sobre a qual atue volte a delinquir, a fim de que possa levar uma vida sem conflitos com a sociedade."¹⁴³

4.3 IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA

A perícia médica possui papel fundamental para a determinação da inimputabilidade penal, ou redução da culpabilidade, por doença mental.

"Em teoria, ocorre divisão de trabalho entre peritos e juízes, na prática, os peritos são verdadeiros juízes paralelos, cujo poder reside no exercício de um saber especializado, imune à crítica de leigos."¹⁴⁴

De acordo com Zafaroni e Pierangeli:

¹⁴¹ SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal: Parte Geral**. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 386.

¹⁴² Ibid., p. 387.

¹⁴³ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Volume 1**. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 742.

¹⁴⁴ SANTOS, op. cit., p. 160.

[...] o que o psiquiatra nos deve esclarecer são as características psíquicas que dificultaram ou facilitaram a compreensão da antijuridicidade no momento da realização do injusto. Quanto maior for a perturbação da consciência observada pelo psiquiatra e pelo juiz, maior será o esforço que o sujeito deve ter feito para compreender a antijuridicidade e, conseqüentemente, menor há de ser a reprovabilidade. O objetivo da perícia psiquiátrica é, precisamente, dar ao tribunal uma ideia de magnitude deste esforço, que é o que cabe ao juiz valorar para determinar se excedia o marco do juridicamente exigível e, portanto, reprovável.¹⁴⁵

Ainda, conforme Valença e Nardi:

O laudo psiquiátrico-forense representa a contribuição do conhecimento psiquiátrico para o esclarecimento de um fato de interesse jurídico e contém o raciocínio e a contribuição do perito. Esse vai fundamentar o diagnóstico psiquiátrico, com base nas principais alterações psicopatológicas apontadas no exame mental, avaliar a influência da doença mental na capacidade de entendimento e determinação na época do delito e, finalmente, estabelecer se há um nexo de causalidade entre a doença e o delito cometido, de acordo com o critério biopsicológico.¹⁴⁶

Em casos de transtorno bipolar, a perícia se faz ainda mais necessária, tendo em vista as particularidades da doença e as dificuldades em se aferir um diagnóstico. Com todas as oscilações de humor e diferentes sintomas originários da doença, fica difícil a constatação de que, no momento do crime, estava o agente sob influência do distúrbio e que este, por sua vez, reduziu ou eliminou sua capacidade de entendimento ou determinação.

Portanto, a perícia médica é essencial “[...] para que se possa ajustar em cada caso a aplicação de medidas de segurança e de sanções penais e correcionais adequadas.”¹⁴⁷

4.4 DIFERENTES ENTENDIMENTOS

¹⁴⁵ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal: Parte Geral**. 9ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 543.

¹⁴⁶ VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antônio Egídio. Responsabilidade Penal no Transtorno Bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 59, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100013> Acesso em: 19 mai. 2014.

¹⁴⁷ Idem.

O transtorno bipolar, por ser uma doença de difícil diagnóstico, caracterizada por oscilações de humor de diversos graus de intensidade, acaba dificultado o entendimento sobre qual o tipo de responsabilidade deve ser aplicado aos seus portadores, quando autores de um crime.

O Tribunal de Justiça do Estado do Paraná possui entendimentos diversos acerca do assunto. Nos seguintes julgados, por exemplo, o primeiro possui a compreensão de que os acometidos de transtorno bipolar, quando comprovadamente inimputáveis, devem receber a medida de segurança em substituição à pena; já o segundo entende que o transtorno bipolar não exclui a imputabilidade de seus portadores, considerando desnecessária a realização de exame de sanidade mental:

MATERIALIDADE INCONTROVERSAS. ACUSADO QUE, À ÉPOCA DOS FATOS ERA INCAPAZ DE ENTENDER O CARÁTER ILÍCITO DA SUA CONDOTA. TRANSTORNO DO HUMOR AFETIVO BIPOLAR (CID F 31.0). ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA DECRETADA EM RAZÃO INIMPUTABILIDADE DO RÉU APELANTE, À ÉPOCA DOS FATOS. INSURGÊNCIA RECURSAL ADSTRITA À APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA CONSISTENTE EM TRATAMENTO AMBULATORIAL. NECESSIDADE E SUFICIÊNCIA DA MEDIDA (AO INVÉS DA INTERNAÇÃO) ATESTADA PELA EQUIPE CLÍNICA QUE EXAMINOU O APELANTE. RECURSO NÃO PROVIDO. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA CONFIRMADA EM RECURSO DE OFÍCIO.¹⁴⁸

APELAÇÃO CRIMINAL TRÁFICO DE DROGAS RECURSOS DAS APELANTES SUZELI E JAQUELINE PEDIDO DE ABSOLVIÇÃO PELA FALTA DE PROVAS ALEGAÇÃO DO DESCONHECIMENTO DA DROGA APREENDIDA INVIABILIDADE ALEGAÇÃO DE ÁLIBI NÃO CABIMENTO AUSÊNCIA DE QUALQUER INDÍCIO ACERVO PROBATÓRIO SEGURO A ATESTAR A RESPONSABILIDADE PENAL DAS ACUSADAS PELO DELITO DE TRÁFICO FRAGILIDADE DO CONJUNTO PROBATÓRIO NÃO DEMONSTRADA AUTORIA E MATERIALIDADE DEVIDAMENTE COMPROVADAS PRISÃO EM FLAGRANTE CONFIRMANDO AS DENÚNCIAS ANÔNIMAS CONFISSÃO DA CO-RÉ MARA PROVA DE QUE A DROGA SE DESTINAVA AO TRÁFICO PALAVRAS DAS TESTEMUNHAS QUE SE REVESTEM DE VALORAÇÃO PROBATÓRIA TENDO EM VISTA QUE COADUNAM COM OS DEMAIS ELEMENTOS DE

¹⁴⁸ PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Apelação Criminal n. 1.002.723-6. 2. Câmara Criminal. Relatora: Juíza Lilian Romero. Unânime. Julgamento: 22.08.2013.

CONVICÇÃO RECURSO DA APELANTE MARA ALEGAÇÃO DE INIMPUTABILIDADE OU SEMI- IMPUTABILIDADE PELA OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NÃO ACOLHIMENTO INEXISTÊNCIA DE EVIDÊNCIAS SOBRE A POSSÍVEL INSANIDADE DA RÉ PEDIDO DE REALIZACAO DO EXAME DE INSANIDADE MENTAL RECHAÇADO POR DUAS VEZES PELO JUÍZO DE ORIGEM RECURSOS NÃO PROVIDOS. 1. Para a existência do crime de tráfico (artigo 33, da Lei nº 11.343/2006) não é imprescindível a realização de atos de mercancia, ou seja, o agente não precisa ser flagrado no momento da comercialização da droga, pois basta que tenha a posse ou guarda do entorpecente, cuja destinação comercial é comprovada por indícios e circunstâncias, tais como a forma de acondicionamento, a quantidade e a incriminação de policiais e testemunhas. 2. Mantenho a decisão de fls. 185, quanto ao pedido de instauração de exame de insanidade mental da acusada M. de O., eis que durante o interrogatório desta acusada, não vislumbrei indícios de incapacidade ou transtorno mental que pudesse inferir-se pela ausência de potencial consciência do ilícito, por parte dessa acusada, embora não esteja questionando o transtorno bipolar que ela supostamente seja acometida, mesmo porque, salvo melhor Juízo, tal patologia não retira a potencial consciência da ilicitude de seus portadores.¹⁴⁹

Na inteligência do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, o transtorno bipolar configura semi-imputabilidade e serve como causa de diminuição da pena:

INCÊNDIO. MAJORANTE. DELITO PRATICADO EM CASA HABITADA. PROVA. SEMI-IMPUTABILIDADE. ATENUANTE. PENA AQUÉM DO MÍNIMO COMINADO. PENA DE MULTA. CUSTAS PROCESSUAIS. [...]
`Quanto ao pleito de afastamento da semi-imputabilidade, tenho que não assiste razão ao Ministério Público. Na avaliação psiquiátrica acostada à fl. 111, o médico psiquiatra sugeriu, de acordo com o CID-10, a presença das seguintes hipóteses diagnósticas: "F31.2, F60.3, G40", as quais, em outras palavras, são, respectivamente: transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos; transtorno de personalidade com instabilidade emocional e epilepsia. [...]
E no presente caso, segundo o médico legista: "...o réu na época dos fatos "possuía parcialmente reduzida a capacidade de determinação para os fatos em tela..." (F.36, autos apensos).
Assim, diante do fato delitivo em julgamento bem como da capacidade apenas parcialmente reduzida do réu, tenho por adequado o percentual de 1/3.
Nesse entendimento, diminuo a pena pra concretizá-la em 02 anos e 09 meses e 10 dias de reclusão e 277 dias-multa. [...]¹⁵⁰

¹⁴⁹ PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Apelação Criminal n. 719.230-1. 3. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Marques Cury. Unânime. Julgamento: 10.02.2011.

¹⁵⁰ RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Apelação Crime n. 770041814351. 4. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Marcelo Bandeira Pereira. Unânime. Julgamento: 09.06.2011.

Na compreensão do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por sua vez, verificada a semi-imputabilidade do agente com transtorno bipolar, será aplicada a medida de segurança:

“Habeas Corpus”. Tráfico de entorpecentes. Paciente com transtorno bipolar. Semi-imputabilidade verificada em laudo pericial. Constrangimento ilegal não constatado. - A existência de laudo constatando a semi-imputabilidade não tem o condão de transformar a prisão legalmente formalizada em prisão ilegal. - Hipótese em que a manutenção da prisão se justifica para evitar risco para o paciente e para a sociedade, porque, eventualmente, se sujeita o semi-imputável a medida de segurança. Ordem denegada. V.V.¹⁵¹

Sobre a inimputabilidade e a semi-imputabilidade no transtorno bipolar, Valença e Nardi explicam que:

Em um episódio maníaco, tanto o pensamento (momento cognitivo) quanto o comportamento e volição (momento cognitivo) apresentam-se muito alterados, por causa de uma aceleração de todos os processos psíquicos, na presença de distúrbios psicopatológicos da afetividade e vontade, afetando inteiramente o entendimento e a determinação do indivíduo, daí a inimputabilidade [...]. É importante salientar que a hipomania e a depressão podem trazer prejuízo na capacidade de entendimento e determinação, o que pode apontar para a semi-imputabilidade (parágrafo único do artigo 26 do CP2).¹⁵²

Conforme esse entendimento, a medida de segurança seria aplicada, portanto, aos portadores do tipo mais grave do transtorno bipolar (tipo I), quando em episódio maníaco, pois neste o paciente é afetado em grandes proporções pelo distúrbio e seus sintomas se manifestam de forma mais intensa, reduzindo plenamente sua capacidade de compreender o caráter ilícito do fato praticado ou determinar-se conforme esse entendimento.

¹⁵¹ MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Habeas Corpus n. 10000745017430001. 2. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Hyparco Immesi. Unânime. Julgamento: 22.02.2007.

¹⁵² VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antônio Egídio. Responsabilidade Penal no Transtorno Bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 59, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100013> Acesso em: 19 mai. 2014.

Já a redução da pena seria aplicada nas demais situações, ou seja, aos portadores dos tipos mais leves do transtorno bipolar, quando em episódio hipomaniaco, e aos portadores de todos os tipos de transtorno, quando em episódios depressivos, pois nestes o paciente não é tão afetado pelo distúrbio e os sintomas se manifestam de forma mais atenuada, apenas reduzindo sua capacidade de compreender a natureza ilícita do fato praticado ou de agir conforme essa compreensão.

Porém, embora a perícia não constate a inimputabilidade do agente, mas sim a sua culpabilidade diminuída (semi-imputabilidade), a simples redução da pena não se faz uma medida útil nos casos de bipolaridade. Isso porque, quando houver o referido transtorno de humor, o tratamento é imprescindível.

Nestes casos, se fazendo necessário o especial tratamento curativo ao semi-imputável, deverá ser aplicada a medida de segurança.

Ainda, conforme artigo 117 da Lei de Execuções Penais, poderá ser concedida a prisão domiciliar, nos casos de doença mental grave, como o transtorno bipolar, para que seja realizado o devido tratamento médico. Confira-se:

HABEAS CORPUS. DELITO DO ARTIGO 33, DA LEI Nº 11.343/06. PRISÃO DOMICILIAR. PACIENTE ACOMETIDA DE TRANSTORNO BIPOLAR E CONDENADA EM REGIME SEMIABERTO. TRATAMENTO MÉDICO PROPORCIONADO PELO JUÍZO. INEXISTÊNCIA DE CONSTRANGIMENTO ILEGAL. ORDEM DENEGADA. a) Consoante o disposto no art. 117, da Lei de Execução Penal, admite-se a concessão de prisão domiciliar aos condenados em regime aberto e que se encontrem em algumas das hipóteses mencionadas em seus incisos. b) Somente se admite, em caráter excepcional, a concessão de prisão domiciliar ao condenado em regime mais gravoso que o aberto quando devidamente comprovadas a existência de doença grave e a impossibilidade de ser ministrado o devido tratamento no estabelecimento prisional.¹⁵³

De acordo com a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, o tratamento médico poderá ocorrer, também, em concomitância com a pena privativa de liberdade, quando possível:

¹⁵³ PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Habeas Corpus n. 1.114.802-6. 3. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Rogério Kanayama. Unânime. Julgamento: 29.08.2013.

HABEAS CORPUS. CRIME DE ROUBO MAJORADO. SENTENÇA CONDENATÓRIA TRANSITADA EM JULGADO. FIXAÇÃO DE REGIME SEMIABERTO. PLEITO PELA CONCESSÃO DE PRISÃO DOMICILIAR EM FACE DE DOENÇA GRAVE. REQUISITOS DA LEP NÃO IMPLEMENTADOS. JUÍZO DE PRIMEIRO GRAU QUE DETERMINOU CONDIÇÕES QUE SE HARMONIZAM COM O REGIME DE CUMPRIMENTO DA REPRIMENDA E COM AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA APENADA. IMPOSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE CONSTRANGIMENTO ILEGAL. ORDEM DENEGADA. I- O artigo 117 da LEP exige o requisito de fixação de regime aberto para que se possibilite a prisão domiciliar, o que não foi implementado pela paciente. Do mesmo modo, exige-se o requisito de doença grave, que não possa ser tratada em estabelecimento prisional, o que também não foi implementado. II- Fixado o regime semiaberto para o início do cumprimento da reprimenda corporal, a Juíza de primeiro grau estabeleceu que, embora tenha que se recolher em cadeia pública durante a noite, a paciente pode sair durante o dia para desenvolver atividade laboratícia e tratamento médico, ou seja, medidas que se harmonizam com o regime e condições de saúde.¹⁵⁴

Por fim, insta salientar que, independentemente do tipo de responsabilização a ser aplicado ao agente portador do transtorno bipolar, é indispensável que este receba o tratamento médico adequado.

4.5 IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO

O tratamento do transtorno bipolar se faz necessário para amenizar os sintomas do distúrbio, melhorando a qualidade de vida do seu portador, bem como daqueles que o cercam. Por se tratar de uma doença crônica, requer o uso contínuo da medicação adequada a cada caso, sendo interessante, também, a utilização simultânea da psicoterapia e psicoeducação.

Conforme o psiquiatra Teng Chei Tung:

Medicamentos são cruciais no tratamento do transtorno bipolar para diminuir a intensidade e o número de episódios do distúrbio. A necessidade dessa terapêutica seria justificada pela forte carga genética e biológica da

¹⁵⁴ PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Habeas Corpus n. 718.310-0. 4. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Miguel Pessoa. Unânime. Julgamento: 18.11.2010.

doença. Afinal, distúrbios genéticos e lesões cerebrais geralmente não podem ser curados, mas é possível controlar disfunções.¹⁵⁵

Segundo Adriana Inocenti Miasso, Maristela Monteschi e Kelly Graziani Giacchero: "Sem os tratamentos atualmente disponíveis, os pacientes costumavam passar um quarto de sua vida adulta no hospital e metade dela com sérias limitações funcionais."¹⁵⁶

Kapczinski e Quevedo explicam que:

Sem tratamento, um episódio maníaco pode progredir de hipomania leve para psicótica, frequentemente com delírios de grandeza ou paranóides. O humor eufórico ou levemente irritado e a grandiosidade presentes no estágio I progrediram para disforia intensa, hostilidade e hiperatividade psicomotora no estágio II e cursaram com franca desorganização psicótica no estágio III, indistinguível de outros quadros psicóticos ao exame psíquico. Com tratamento, a progressão sintomatológica se inverte: do estado psicótico desorganizado, o paciente evolui para mania fraca antes de remitir totalmente.¹⁵⁷

O uso correto da medicação "[...] tende a diminuir até sete vezes a mortalidade (por suicídio, acidentes e doenças decorrentes de distúrbios imunológicos do organismo) de pacientes bipolares."¹⁵⁸

Porém, "[...] faz parte do quadro clínico do paciente não acreditar que tem algum problema"¹⁵⁹, se negando a aderir ao tratamento - o que ocorre, também, por preconceito com a utilização de medicamentos psiquiátricos. Há, ainda, situações em que o paciente deixa de tomar as medicações por achar que está bem, por acreditar que elas não estão fazendo efeito, ou em razão de seus efeitos colaterais.

¹⁵⁵ TRANSTORNO BIPOLAR, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 34, nov. 2013.

¹⁵⁶ MIASSO, Adriana Inocenti; MONTESCHI, Maristela; GIACCHERO, Kelly Graziani. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino-am de Enfermagem**, São Paulo, n. 17, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003> Acesso em: 23 mai. 2014.

¹⁵⁷ KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 134.

¹⁵⁸ TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

¹⁵⁹ Idem.

Daí a importância da psicoterapia e da psicoeducação em conjunto ao tratamento farmacológico.

A psicoeducação consiste em "ajudar o paciente a saber o que é o transtorno de humor e as características do seu tipo de transtorno particular, aprender a identificar quando o humor está alterado[...]"¹⁶⁰, assim como entender a necessidade do tratamento e suas vantagens.

Já a psicoterapia:

[...] busca identificar padrões de pensamentos disfuncionais (armadilhas do pensamento), achar o meio-termo, controlar a impulsividade, apontar formas mais adaptativas de se relacionar e conscientizar as razões e significados de alguns comportamentos, pensamentos e sentimentos.¹⁶¹

Embora por si só não sejam suficientes, possuem um papel fundamental para ajudar o paciente a reconhecer os sintomas, favorecendo seu comprometimento com o tratamento farmacológico.¹⁶²

"A eficácia do tratamento medicamentoso está diretamente relacionada à adesão ao mesmo[...]"¹⁶³, já que a sua "[...] não adesão pode aumentar a recorrência de mania, a frequência de episódios depressivos, hospitalizações e suicídios, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes [...]"¹⁶⁴

Segundo Miasso, Monteschi e Giacchero: "Medicamentos efetivos usados, em combinação com a psicoterapia, permitem que 75 - 80% dos pacientes portadores de TAB levem vida essencialmente normal."¹⁶⁵

Portanto, concluí-se que programas de tratamento com múltiplas abordagens, incluindo a psicoterapia e a psicoeducação - além do tratamento farmacológico - e

¹⁶⁰ LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando os altos e baixos do humor. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 97.

¹⁶¹ Ibid., p. 98.

¹⁶² TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

¹⁶³ MIASSO, Adriana Inocenti; MONTESCHI, Maristela; GIACCHERO, Kelly Graziani. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino-am de Enfermagem**, São Paulo, n. 17, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003> Acesso em: 23 mai. 2014.

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Idem.

levando em conta as particularidades de cada paciente, são mais efetivos do que as abordagens tradicionais, pois possibilitam que o portador do transtorno entenda seus sintomas e a importância da medicação, sendo fiel ao tratamento e, assim, contribuindo para a prevenção de um possível comportamento violento ou homicida.¹⁶⁶

¹⁶⁶ MIASSO, Adriana Inocenti; MONTESCHI, Maristela; GIACCHERO, Kelly Graziani. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino-am de Enfermagem**, São Paulo, n. 17, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003> Acesso em: 23 mai. 2014.

5 CONCLUSÃO

No transtorno bipolar, conforme foi visto, há maior risco de ocorrer o comportamento violento do seu portador quando estiver na fase maníaca, se comparada à depressiva, em razão dos sintomas típicos trazidos por este polo de humor, causados por todas as alterações psíquicas que ocorrem no distúrbio.

Todavia, este fato não exclui a possibilidade de um bipolar em fase depressiva expressar sinais agressivos, pois, ainda que os sintomas se dêem no polo oposto ao maníaco, o psicológico também se encontra alterado.

Importante esclarecer que nem sempre que houver tal transtorno haverá, também, a periculosidade de seu portador, o que dificulta o trabalho dos peritos na aferição da sua inimputabilidade ou semi-imputabilidade.

Por isso, para que se chegue a uma conclusão sobre qual a forma de responsabilização mais adequada a cada caso, a perícia deve não apenas constatar a existência da doença, mas verificar se, no momento do crime, a doença afetou o entendimento e/ou a auto-determinação do agente.

Independentemente de qual seja o resultado da perícia e o entendimento do magistrado acerca de que forma deve o autor do crime ser responsabilizado, constatada a doença será imprescindível o tratamento.

Isso porque, sem o tratamento, os sintomas da doença tendem a regredir e o seu portador, na maioria das vezes, a voltar a praticar crimes.

Já com o tratamento, os sintomas do distúrbio vão se atenuando, até desaparecerem, proporcionando ao doente uma melhor qualidade de vida e prevenindo que este volte a delinquir.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: Parte Geral**. 13ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL, Código Penal. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: Parte Geral**. 11ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

Classificação Internacional de Doenças: **F31 - Transtorno Afetivo Bipolar**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/cid10/1530/f31_transtorno_afetivo_bipolar.htm> Acesso em: 1 mai. 2013.

D'ALAMA, Luna. **Transtorno Bipolar Atinge 4% dos Adultos**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/08/transtorno-bipolar-atinge-4-dos-adultos-saiba-mais-sobre-doenca.html>> Acesso em: 1 mai. 2014.

FU-I, Lee. Depressão e transtorno bipolar na infância e adolescência. **Pátio**, Porto Alegre, n. 54, p. 41, mai/jul. 2010.

GALVÃO, Ana Luíza; ABUCHAIM, Claudio Moojem. **Transtorno Bipolar do Humor**. Disponível em: < <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?419>> Acesso em: 14 abr. 2014.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal: Parte Geral**. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2006.

SANTOS, Juarez Cirno dos. **Manual de Direito Penal: Parte Geral**. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João (orgs.). **Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LARA, Diogo. **Temperamento forte e Bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor**. 10ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

LARA, Diogo. et al. **Bipolaridade**. Disponível em: <<http://www.bipolaridade.com.br>> Acesso em: 1 mai. 2014.

MIASSO, Adriana Inocenti; MONTESCHI, Maristela; GIACCHERO, Kelly Graziani. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino-am de Enfermagem**, São Paulo, n. 17, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003> Acesso em: 23 mai. 2014.

MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Habeas Corpus n. 100000745017430001. 2. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Hyparco Immesi. Unânime. Julgamento: 22.02.2007.

O que é transtorno bipolar? Disponível em: <<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>> Acesso em: 1 mai. 2014.

PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Apelação Criminal n. 1.002.723-6. 2. Câmara Criminal. Relatora: Juíza Lilian Romero. Unânime. Julgamento: 22.08.2013.

PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Apelação Criminal n. 719.230-1. 3. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Marques Cury. Unânime. Julgamento: 10.02.2011.

PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Habeas Corpus n. 1.114.802-6. 3. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Rogério Kanayama. Unânime. Julgamento: 29.08.2013.

PARANÁ, Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Habeas Corpus n. 718.310-0. 4. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Miguel Pessoa. Unânime. Julgamento: 18.11.2010.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 1. 5ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Apelação Crime n. 770041814351. 4. Câmara Criminal. Relator: Desembargador Marcelo Bandeira Pereira. Unânime. Julgamento: 09.06.2011.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Manual de Direito Penal**: Parte Geral. 2ª. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

TRANSTORNO BIPOLAR, as duas faces do humor. **Saúde é vital**, São Paulo, n. 272, p. 36, abr. 2006.

Transtorno Bipolar. Disponível em: < <http://drauziovarella.com.br/letras/t/transtorno-bipolar-2/> > Acesso em: 2 mai. 2014.

TUNG, Teng Chei. Transtorno bipolar, a doença da inconstância. **Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 40, p. 30, nov. 2013.

VALENÇA, Alexandre Martins et al. Matricídio e transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n4/170.htm>> Acesso em: 15 mai. 2014.

VALENÇA, Alexandre Martins; MORAES, Talvane Marins. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 28, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s2/02.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2014.

VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antônio Egídio. **Responsabilidade Penal no Transtorno Bipolar**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100013> Acesso em: 1 mai. 2013.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal: Parte Geral**. 9ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.