UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO

OS RESQUÍCIOS DA CRIMINOLOGIA POSITIVISTA NA APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

TIFANY PIRES FERREIRA

Rio de Janeiro
2023

TIFANY PIRES FERREIRA

OS RESQUÍCIOS DA CRIMINOLOGIA POSITIVISTA NA APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do **Professor Dr. Antonio José Teixeira Martins** e coorientação de **Thiago Celli Moreira de Araujo**.

Rio de Janeiro

2023

TIFANY PIRES FERREIRA

OS RESQUÍCIOS DA CRIMINOLOGIA POSITIVISTA NA APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA: UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. Antonio José Teixeira Martins** e coorientação de **Thiago Celli Moreira de Araujo**.

Data da Aprovação: ___/___/_____

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Antonio José Teixeira Martins – Orientador

_____

Prof. Thiago Celli Moreira de Araujo – Coorientador

_____

Prof. - Membro da Banca

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, que, apesar de todas as dificuldades da vida, sempre prezaram pela minha educação. Esta aventura só foi possível por causa deles.

Em especial, agradeço à minha mãe que embarcou nessa jornada comigo de corpo e alma, sem olhar para trás. Ela que possui uma garra e força imbatível, que gosto de pensar que puxei dela. Com a sua companhia e seu afeto, a vida em terras cariocas é bem mais feliz.

Agradeço a Lissa Dias e ao Victor Lima por abrirem as portas de casa e me acolherem no início desta jornada. A saudade é grande, mas o sentimento de orgulho da trajetória de vocês segura as marcas da saudade.

Aos amigos que fiz durante a minha graduação, cito nominalmente Pedro Vieiralves, Miguel Miranda, Victória Reboredo, Emília Silva, Tiago Fernandes e Julia Abadia, obrigada pela companhia, foi um prazer estar junto a vocês nesta trajetória. Em especial, cito Rodrigo José Duarte Baptista Filho e Mariana Daixum que me ensinaram e continuam ensinando o verdadeiro valor de uma amizade. Com vocês, pude aprender o verdadeiro significado de família e companheirismo.

À minha grande amiga Vanessa Viegas que, apesar da distância, continua sendo a pessoa que sempre acreditou em mim e sempre torceu por mim, obrigada pelos bons anos de amizade. À Bruna de Carvalho, obrigada pelas longas conversas e pela compreensão afável.

Por fim, agradeço aos meus orientadores, Antonio Martins e Thiago Celli, que foram e ainda são fundamentais para a minha formação crítica e penalista. Obrigada por embarcarem na reta final desta aventura comigo, o apoio e a compreensão de vocês fizeram este trabalho ser possível.

RESUMO

A partir da importante mudança advinda da Lei Antimanicomial, a aplicação das medidas de segurança parece ainda estar estruturalmente ligada à criminologia positivista. O presente trabalho busca compreender os vestígios da criminologia positivista, a partir de uma análise das produções acadêmicas penais-psiquiátricas realizadas pelo Instituto de Medicina Social e Criminologia, durante a década de 1980, perante os sujeitos considerados "loucos", a fim de entender a estrutura que as reformas psiquiátricas encontraram. Para tanto, se faz uma retomada histórica do surgimento e legitimação do discurso psiquiátrico no Brasil, demonstrando as etapas da mortificação e perda da personalidade do sujeito até chegar em seu objetivo: a (pena) medida de segurança. Por fim, apresenta-se as contradições ainda presentes entre a Lei Antimanicomial e a existência das medidas de segurança.

Palavras-chave: Medidas de segurança; criminologia positivista; reforma psiquiátrica; Lei Antimanicomial; prevenção.

ABSTRACT

From the important change resulting from the Anti-Asylum Law, the application of security measures still seems to be structurally linked to positivist criminology. The present work seeks to understand the vestiges of positivist criminology, based on an analysis of the criminal-psychiatric academic productions carried out by the Institute of Social Medicine and Criminology, during the 1980s, before subjects considered “crazy”, in order to understand the structure that the psychiatric reforms found. To do so, a historical review of the emergence and legitimation of psychiatric discourse in Brazil is made, demonstrating the stages of mortification and loss of the subject's personality until reaching its objective: the (pity) security measure. Finally, it presents the contradictions still present between the Anti-Asylum Law and the existence of security measures.

Keywords: Security measures; positivist criminology; psychiatric reform; Anti-Asylum Law; prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 9

CAPÍTULO 1 - A TEORIA CRIMINOLÓGICA POSITIVISTA NA DÉCADA DE 80 11

1.1. A análise acerca das produções acadêmicas do Instituto de Medicina Social e Criminologia (IMESC) 11

1.1.1. Sobre o IMESC 11

1.1.2. A composição e os estudos do IMESC 12

1.2. A identidade do criminoso 12

1.2.1. Os meios disponíveis para classificar o indivíduo 13

1.2.2. As classificações criminogenéticas e as espécies da personalidade/identidade 14

1.2.3. Longe, mas perto: o flerte com os ideais lombrosianos 15

1.3. A avaliação da periculosidade 17

1.3.1. O papel do psiquiatra 18

1.4. O caráter preventivo do tratamento/pena 20

1.5. O ultimato: prisões x hospitais 21

1.5.1. A empenhada crítica às prisões 21

1.5.2. A superação da prisão e a passagem para os hospitais 22

1.5.3. Mas seria o hospital psiquiátrico a melhor opção? 23

1.6. Eis o prognóstico: ressocialização e reincidência 25

1.6.1. O retorno à identidade: a ressocialização 25

1.6.2. O problema esperado: a reincidência 26

CAPÍTULO 2 – A NECESSIDADE DE CONTENÇÃO: O MEDO SOCIAL E CIENTÍFICO DO "LOUCO-CRIMINOSO" 30

2.1. O modelo ideal: a implantação das medidas de segurança no Código Penal de 1940 30

2.1.1. A conciliação entre a criminologia positivista e as ideologias autoritárias ... 30

2.1.2. O casamento perfeito: o sistema dualista ... 31

2.2. A Reforma do Código Penal de 1984 ... 33

2.2.1. A retomada do direito penal de culpabilidade ... 34

2.2.2. A passagem para o sistema vicariante ... 35

2.2.3. A zona cinzenta: a problemática dos semi-imputáveis ... 37

2.2.4. A função do laudo psiquiátrico: a (des)necessidade do incidente de insanidade mental ... 39

CAPÍTULO 3 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: AS INFLUÊNCIAS DA ANTIPSIQUIATRIA ... 42

3.1. O marco teórico do início do movimento das reformas psiquiátricas ... 42

3.1.1. A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional ... 42

3.1.2. Psiquiatria de setor e a Psiquiatria preventiva ... 43

3.1.3. O surgimento da ruptura: a antipsiquiatria ... 46

3.2. A reforma psiquiátrica brasileira ... 49

3.2.1. A tentativa de concretização da ruptura: a lei antimanicomial ... 50

CAPÍTULO 4 – A TENTATIVA DE SUPERAÇÃO DO MODELO PENAL-PSIQUIÁTRICO ... 54

4.1. As contradições da aplicabilidade das medidas de segurança pós-lei antimanicomial ... 54

4.1.1. Medidas protetivas x Medidas de segurança ... 54

4.1.2. A dura herança da periculosidade ... 55

4.2. A execução das medidas de segurança: o meio de contenção brutal racionalizado ... 57

CONCLUSÃO ... 60

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ... 61

INTRODUÇÃO

As medidas de segurança são formas transmutadas da pena, ao mesmo tempo que resultam numa absolvição imprópria do sujeito, o mesmo é "penalizado" ao tratamento ambulatorial ou detentivo – as temidas instituições psiquiátricas. Advinda de uma concepção da criminologia positivista como forma de contenção dos considerados "loucos", se instaurou no Brasil desde o Código Penal de 1940.

Será abordada toda a trajetória da instauração das medidas de segurança no Sistema de Justiça Criminal brasileiro, assim como os debates promovidos por uma denominada Escola Criminológica de São Paulo, pouco estudada e de grande relevância nas discussões da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O primeiro capítulo trará uma introdução acerca desta Escola Criminológica, capitaneada pelo Instituto de Medicina Social e Criminologia (IMESC), onde será demonstrado o processo de despersonalização da pessoa com transtornos mentais, a fim de afastar a sua identidade para que o controle do discurso médico-psiquiátrico e os hospitais psiquiátricos possam exercer suas principais funções de "defesa social".

Ainda neste capítulo, será apresentado diversos artigos científicos, onde, em conjunto, retratam todo o processo de entender a motivação que levam os sujeitos a "delinquir", a partir de uma análise da identidade, da periculosidade e o papel do psiquiatra dentro desta lógica, do caráter preventivo da pena, do melhor local a se aplicar o tratamento e o prognóstico final: a preocupação com a reincidência e a ressocialização do indivíduo.

No segundo capítulo, discute-se a entrada das medidas de segurança no sistema jurídico-penal brasileiro, através de uma análise do Código Penal de 1940 até a significativa Reforma da Parte Geral do Código Penal em 1984. Apresentando as transformações da compreensão da aplicabilidade das medidas de segurança, que parecem serem tatuados pela sede da criminologia positivista.

No capítulo seguinte, será apresentada a trajetória da Reforma Psiquiátrica, desde as influências externas até chegar no Brasil. O que ficará demonstrado a importância da apresentação da Escola de Criminologia de São Paulo que, à época de seu maior fôlego teórico, contribuiu com as discussões apresentadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, através de um viés psiquiátrico-jurídico, tendo como ponto final a Lei Antimanicomial.

E, por fim, o quarto capítulo tratará das contradições de um sistema punitivo residual da criminologia positivista de controle social aos mandos do capital perante ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil, demonstrando a falta de aplicabilidade e a venda dada pelo Judiciário acerca da aplicação da Lei Antimanicomial.

1. A TEORIA CRIMINOLÓGICA POSITIVISTA NA DÉCADA DE 80

1.1. A análise acerca das produções acadêmicas do Instituto de Medicina Social e Criminologia (IMESC)

1.1.1. Sobre o IMESC

Criado em 30 de abril de 1970, o Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo (IMESC) é uma autarquia estadual especializada em perícias clínicas, psiquiátricas e em exames de DNA[1]. Vinculada à Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado de São Paulo e à Universidade de São Paulo (USP), o IMESC realiza perícias na área da Medicina Legal e Psiquiatria Forense tais como: perícias necessárias para o pagamento do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares; perícias psiquiátricas em réus presos e soltos, cujos laudos auxiliam os juízes das varas criminais na decisão dos pedidos de insanidade mental e dependência psicológica; perícias para averiguação da regularidade da assistência médica prestada, INSS Acidentário, Indenizatória em Geral, entre outros.[2]

Apesar de seus 53 anos e sua evidente importância social atual, o IMESC contribuiu não só com a produção de perícias e exames, mas também com produções científicas, através da realização de congressos, seminários e publicações de revistas semestrais, os quais difundiam os debates acadêmicos em vigor à época. Iniciando os seus trabalhos pelo I Seminário Paulista de Administração Penitenciária[3], em dezembro de 1975, tendo o seu maior fôlego produtivo no período de 1978 a 1987.

---

[1] **Institucional**. Disponível em: <https://imesc.sp.gov.br/index.php/o-imesc/154-2/>. Acesso em: 04 jun. 2023.

[2] **IMESC completa 52 anos de existência em 2022**, 29 de abril de 2022. Disponível em: <https://imesc.sp.gov.br/index.php/imesc-completa-52-anos-de-existencia-em-2022/>. Acesso em 04 jun. 2023.

[3] Reuniu especialistas ligados ao setor penitenciário, para exposição dos problemas levantados por dados conhecidos com o intuito de realizar uma avaliação do sistema penitenciário. O seminário possuiu participantes de várias áreas como: diretores de penitenciárias, diretores de institutos de pesquisa, procuradores, médicos psiquiátricos e acadêmicos. Os temas debatidos por estes se limitavam à administração penitenciária, as questões de saúde clínica e psiquiátrica dentro das penitenciárias, a aplicabilidade de trabalho e ensino para os detentos, sobre a segurança e disciplina nos presídios e sobre o ideal de ressocialização.

Durante esta temporada frutífera, as revistas tinham como finalidade a tentativa de inovar e trazer uma criminologia brasileira, formalizando uma Escola de Criminologia de São Paulo, a qual teria como propósito a utilização do método científico para "combater" o crime e a criminalidade[4], baseando-se nos ideais positivistas italianos.

Diante de tal discurso, nota-se a tentativa de aplicação de um modelo europeu de debate científico que apresenta laços de uma ideologia fascista[5], adotando "conceitos que mais interessavam e se adequavam à funcionalidade e eficiência do programa político de controle racial-social marginal"[6] que, diga-se de passagem, condiz perfeitamente com a realidade brasileira na década de 80.

1.1.2. A composição e os estudos do IMESC

As publicações científicas produzidas no período de 1978 a 1987 nas revistas do IMESC são compostas majoritariamente por médicos psiquiátricos, psicólogos e juristas. O teor dos debates promovidos e publicados pelas revistas que se dirigem à análise dos chamados "delinquentes" giram em torno de um raciocínio geral e unificado: entender o estímulo que leva o delinquente a delinquir, seja por fatores exógenos e/ou endógenos, a partir de uma análise de sua identidade, para avaliar o nível de periculosidade do sujeito, a fim de que seja aplicado o caráter preventivo da pena, preocupando-se com o local em que será aplicado o "tratamento" ideal para que não ocorra a reincidência e seja possível a ressocialização do indivíduo.

1.2. A identidade do criminoso

[4] CANDELARIA, N. T. Escola de Criminologia de São Paulo. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano V, n. 1, p. 17-22, 1982.
[5] OLMO, Rosa Del. **A América latina e sua Criminologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan: ICC: 2004 (Pensamento Criminológico, 9). p. 198.
[6] GOÉS, Luciano. **A tradução de Lombroso na obra de Nina Rodrigues: o racismo como base estruturante da criminologia brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2016. 1ª reimpressão. p. 199

Tentando deixar a bagagem lombrosiana de lado, mas ainda flertando com suas ideias, o comportamento delituoso não é mais visto somente pelos fatores biopsicológicos do indivíduo, agora é "determinado por um duplo jogo dos fatores ambientais do meio social"[7], onde a única forma de compreensão seria pelo caráter preventivo através da descoberta da origem do comportamento delituoso[8]. A identidade, aqui, não é só importante para a fase anterior ao crime, mas também para a avaliação do acusado através de um diagnóstico, para que seja indicado um tratamento individualizado e avaliado, posteriormente, o seu prognóstico diante da efetividade do tratamento, a fim de uma análise sobre a possibilidade de reincidência[9].

1.2.1. Os meios disponíveis para classificar o indivíduo

Desde Lombroso, as classificações dos indivíduos considerados "delinquentes" se demonstram problemáticas e deterministas, não seria diferente nas classificações propostas pelos representantes da Escola de Criminologia de São Paulo.

Chamada de síntese criminológica, a ideia principal é a união do jurídico-penal, do psicológico, do psiquiátrico, do clínico, do eletroencefalográfico e do social[10] para obter "conhecimento das origens e naturezas das causas que redundaram na prática do ato considerado em lei como crime"[11]. Tais conhecimentos só poderão ser considerados através de uma análise dos fatores de natureza mesológica (exógenos)[12] e dos fatores de natureza biológica (endógenos)[13], pelo método de observação criminológica. A recomposição da individualidade

---

[7] PORTO, C. S. P.; TOLEDO, M. B. P. F. de. Tratamento e recuperação de delinquentes adultos: uma revisão de literatura. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV, n. 1, p. 09-18, 1981

[8] *Ibidem*, p. 10

[9] ABREU, S. F. A. de. A síntese criminológica: Diagnóstico e prognóstico. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV, n. 2, p. 55-59, 1981 "explicação da dinâmica criminal (diagnóstico criminológico) com vistas à proposição de medidas de readaptação social (tratamento criminiátrico) e à prospecção da probabilidade do sentenciado, uma vez cumprida a pena, reincidir num período de tempo determinado (prognóstico criminológico)"

[10] *Ibidem*. p. 55.

[11] *Ibidem*

[12] *Ibidem*. p. 56 "a presença de índices psicoevolutivos aponta que a pressão exercida por fatores originários do contexto macro e microssocial prevalece sobre a pressão exercida por fatores de natureza biológica"

[13] *Ibidem*. "a existência de índices psicoevolutivos, os quais indiquem a configuração de estados de perturbação mental, de semiperturbação ou desequilíbrio psicopático"

tem a finalidade de balancear a adequação entre os meios (através de tratamentos) e os fins (ressocialização e diminuição da reincidência)[14].

Para tanto, a Divisão Técnica do IMESC propõe a distinção entre os delitos para a realização de uma triagem prisional entre os "delinquentes", sendo classificados em dois gêneros: delito ocasional e delinquência sintomática. O delito ocasional seria aquele praticado pelo indivíduo considerado "normal"[15], ou seja, que é obediente à lei até a prática de uma infração imprevista e inesperada para aquele indivíduo[16]; enquanto a delinquência sintomática seria através da perturbação psíquica do indivíduo, podendo ser classificado como um "pseudo-criminoso"[17].

1.2.2. As classificações criminogenéticas e as espécies da personalidade/identidade

As classificações criminogenéticas recaem sobre um fator circunstancial: o tipo resultante será o do criminoso ocasional, e no caso contrário, recaindo sobre a personalidade do agente, o do criminoso sintomático[18]. A crítica que se faz a estas classificações é a ideia de que não há criminoso, o que se verifica, na realidade, é a presença constante de dois fatores: o ambiente no momento do crime e a personalidade do criminoso[19].

Como contribuição, a Divisão Técnica do IMESC apresenta duas espécies da personalidade que também recaem na triagem dos delinquentes para fins prisionais, sendo estes a personalidade psicopática ou antissocial e a personalidade dissocial. A personalidade psicopática é vista no indivíduo que possui conflito com a sociedade, sendo classificados como insensíveis, hedonistas, emocionalmente imaturos, sem senso de responsabilidade, com habilidades de justificar suas condutas de forma que pareçam razoáveis e racionais, seguindo

---

[14] *Ibidem*.
[15] Aqui, entende-se como aquela pessoa que seria socialmente ajustada, comum.
[16] DIVISÃO TÉCNICA DO IMESC. A "classificação natural" e a "triagem" dos delinquentes. **Revista do IMESC**, Ano IV, n. 2, p. 125-128, 1981
[17] *Ibidem*. p. 125. Esta classificação se dá pelo caráter de inimputabilidade do agente, já que se entende que o criminoso tem o dolo/vontade de desobedecer a uma lei, enquanto o pseudo-criminoso não possui essa vontade expressa, é externalizado uma perturbação psíquica.
[18] LIMA. A. T. Classificações criminológicas. **Revista do IMESC**, Ano IV, n. 2, p. 201-207, 1981
[19] *Ibidem*. p. 202.

por instintos primitivos e agressivos[20] e, consequentemente, a delinquência é o meio de se exprimir este tipo de personalidade. Enquanto a personalidade dissocial se apresenta como uma personalidade mal formada[21], pois os indivíduos dotados de tal personalidade possuem desconsideração com os códigos sociais e adotam um estilo de "vida delinquencial", não há qualquer motivação para a prática delituosa, tendo os seus valores e julgamentos diferentes do considerado homem comum[22].

A conclusão que se chega é que as classificações devem ser de base criminogenética, pois o criminoso somente poderá ser identificado a partir do campo psiquiátrico, não há como separar uma coisa da outra[23]. A proposta para a classificação criminogenética seria: 1) anomalias no desenvolvimento da personalidade, os quais podem ser representados pela personalidade psicopática e dissocial; 2) anomalias no desenvolvimento da inteligência; 3) distúrbios psicóticos, de origem endógena, sendo representados pela delinquência sintomática; e, por fim, 4) casos mistos, em que há duas ou mais classificações em um único indivíduo.

A diferenciação entre o delito de um "homem comum" e o delito do indivíduo dotado por uma personalidade psicopática ou dissocial está no prognóstico, para o delito ocasional, o homem não será reincidente, visto que sua atitude foi dada como inesperada – quase como a premissa de que qualquer pessoa pode ser um criminoso, basta as circunstâncias perfeitas para isso – e não há, na personalidade deste indivíduo, a previsão de que ele virá a reincidir. Por outro lado, a delinquência sintomática necessita de tratamento para que não venha mais a reincidir, enquanto os delinquentes psicopáticos e dissociais, que possuem um conflito com a sociedade, sempre tenderão à reincidência.

1.2.3. Longe, mas perto: o flerte com os ideais lombrosianos

[20] DIVISÃO TÉCNICA DO IMESC, *op. cit*., p. 126.
[21] Levando em conta as teorias psicodinâmicas, "a diferença entre o delinquente e o cidadão normal não radica na sua estrutura orgânica, mas resulta das vicissitudes da sua formação e dos níveis de sucesso ou insucesso do seu processo de aprendizagem e socialização" DIAS, J. F.; ANDRADE, M. C. **Criminologia. O homem, o delinquente e a sociedade criminógena**. 2ª reimpressão. Coimbra: Coimbra Editora, 1997. p. 178
[22] DIVISÃO TÉCNICA DO IMESC, *op. cit*., p. 127
[23] LIMA, *op. cit*., p. 204

Destaca-se como principal aproximação aos ideais lombrosianos, o artigo intitulado como Disritmia cerebral e criminalidade de Eneida B. Matarazzo, psiquiatra. Neste artigo, publicado em 1982, a autora reconhece que as ideias lombrosianas são rejeitadas pelos estudiosos à época no Brasil e afora, destacando que os fatores culturais e socioeconômicos também são importantes para a análise de cada caso. Entretanto, apresenta um estudo da disritmia cerebral[24] como fator desencadeante ou facilitador[25] do cometimento do delito, concluindo que os fatores orgânicos podem ser agentes facilitadores ou agravantes nas ações delituosas do indivíduo.

Como exemplo, apresenta um caso de 1965, de uma jovem operária que "sentira necessidade imperiosa de matar alguém"[26] e, se utilizando de uma arma de fogo que sempre carregava consigo, atirou contra uma freira que não conhecia ou tinha qualquer desafeto. A análise da personalidade da jovem, através de seu passado, é claramente uma referência à força irresistível[27] apresentada por Lombroso. Como forma de controle, foi feita a utilização de medicamentos antiepiléticos que "tornou-a mais calma, mais afável no trato, mais comunicativa e deixou de apresentar sintomas físicos"[28]. A conclusão do tema é que apenas com a psiquiatria foi possível a salvação[29] da jovem, através de um estudo de sua personalidade, que continha um componente hereditário epilético e sua impulsão a atos violentos pelo seu assombroso passado.

A finalidade de entender e ter o conhecimento aprofundado da personalidade dos acusados, seja por questões sociais ou biopsicológicas, para a compreensão da motivação do delito, demonstra os vestígios deixados pelos ideais positivistas lombrosianos. Como bem relembrado por Luciano Góes, Zaffaroni ensina que *"*não foi o modelo benthamiano

---

[24] Em termos médicos, a disritmia cerebral não existe e não é considerada uma doença. Na maior parte das vezes são pessoas epiléticas. O nome surge popularmente pela sua como uma alteração do ritmo sendo referido ao ritmo do eletroencefalograma, e como existe um preconceito com a palavra epilepsia, as pessoas costumam mascarar a doença com esse nome [disritmia cerebral]. ZAEYEN, Eduardo José Bernardo. **Disritmia cerebral**. 2010. 10min58s. son. color. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/disritimia-cerebral>. Acesso em: 09 jun. 2023

[25] MATARAZZO, E. B. Disritmia cerebral e criminalidade – a propósito de um caso. **Revista do IMESC**, Ano V, n. 1, p. 23-27, 1982

[26] *Ibidem*. p. 23

[27] "É natural porque os miolos são predispostos por má nutrição desde o nascimento, e depois neles se radica e cresce uma daquelas mil tendências mórbidas que se manifestam [...] permanecem quando são favorecidas pelo organismo e pelo abandono*"* LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. Tradução Sebastião José Roque - São Paulo: Ícone, 2016 – (Coleção fundamentos de direito), p. 218

[28] MATARAZZO, *op. cit*., p. 27

[29] A efetividade do tratamento psiquiátrico se demonstra quase como um milagre social.

disciplinador por meio do panóptico que concretizou o controle social, mas sim o modelo lombrosiano"[30], a disciplina foucaultiana não é tão bem adaptável ao Brasil, as instituições não tiveram o seu processo, durante os séculos, de disciplinamento. A disciplinação da delinquência é focada em um grupo de pessoas marginalizadas na sociedade: pretos, pobres e periféricos. Estes não fazem parte da ordem e progresso para o capital, logo, a ciência deve atacar de todas as formas os grupos de pessoas que perturbem a relação do capital com o trabalho[31].

Assim como Vera Malaguti, de forma cirúrgica, leciona

> o positivismo não foi apenas uma maneira de pensar, profundamente enraizada na *intelligentsia* e nas práticas sociais e políticas brasileiras; ele foi principalmente uma maneira de sentir o povo, sempre inferiorizado, patologizado, discriminado e, por fim, criminalizado. Funcionou, e funciona, como um grande catalisador da violência e da desigualdade características do processo de incorporação da nossa margem ao capitalismo central[32]

1.3. A avaliação da periculosidade

A periculosidade criminal do autor do delito é o segundo pressuposto para a aplicação das medidas de segurança, sendo o primeiro, a realização de fato previsto como crime[33], podendo ser o resultado de uma presunção legal ou de uma determinação judicial. A presunção legal da periculosidade criminal, como bem ensina Juarez Cirino (2020), seria para os autores inimputáveis que possuem como prognóstico altas chances de reincidência, sendo classificados como dois tipos: os indivíduos portadores de doenças mentais e os indivíduos portadores de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, excluindo a capacidade penal destes indivíduos, conforme previsto no artigo 26 do Código Penal[34]. Enquanto a periculosidade por

[30] GÓES. *op. cit*., p. 198, *apud* ZAFFARONI, 1991, p. 77.
[31] OLMO, *op. cit*., p. 37
[32] BATISTA, Vera Malaguti. **Introdução crítica à criminologia brasileira**. 2 ed. – Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 48
[33] SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal: parte geral**. 9 ed. – São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020. p. 617
[34] "Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento." BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 04 de jun. 2023

determinação judicial possui o mesmo prognóstico da presunção legal tendo apenas um diferencial: a semi-imputabilidade. Neste caso, há que se destacar que

> em regra, pessoas consideradas semi-imputáveis possuem capacidade penal, e, por isso, são penalmente responsáveis por ações criminosas [...] por exceção, na hipótese de necessidade de especial tratamento curativo (art. 98, CP), a pena privativa de liberdade pode ser substituída por medida de segurança[35]

Para ambas as classificações é imprescindível que tenha um laudo de exame de insanidade mental que ateste a incapacidade penal do autor e sua periculosidade[36] e, para a realização deste laudo, é necessária a avaliação do psiquiatra, elemento este de grande importância para a difusão da criminologia positivista.

1.3.1. O papel do psiquiatra

Argan: *Cale a boca, ignorante, não é você quem vai contestar as receitas da medicina.*[37]

O papel do psiquiatra é visto como um pressuposto médico-jurídico, o qual orienta a segregação dos "loucos criminosos", sendo, portanto, um fundamento básico da internação. Para Sílvia Queirolo,

---

[35] SANTOS, *op. cit*., p. 620.

[36] Segundo Mariana Weigert (*apud* PAZ, 2004, p. 16), seu objetivo central [do psiquiatra] é o de analisar se o periciando apresentava, no momento da prática delitiva, condições de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, o que, para a autora, "parece ficar claro que a psiquiatria não tem sua própria demanda em relação a essa perícia e já espelha sua fusão com o direito, haja vista que se apropria do conceito jurídico de imputabilidade considerando-o como o objetivo do laudo. Significa dizer que um conceito normativo (imputabilidade ou responsabilidade penal) é o que orienta a análise do perito psiquiatra. Não são as características do portador de sofrimento mental e os efeitos advindos desse sofrimento que estão em causa" WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Medidas de segurança e reforma psiquiátrica: silêncios e invisibilidade nos manicômios judiciários brasileiros**. 1 ed. – Florianópolis: Empório do Direito, 2017. p. 90

[37] MOLIÈRE. **O Tartufo; Don Juan; O doente imaginário**. Traduzido por Jorge Coli. – São Paulo: Editora Unesp, 2021. p. 167. Fala do personagem Argan da peça intitulada de O doente imaginário, escrita pelo parisiense Jean-Baptiste Poquelin, mais conhecido por Molière, tendo sido levada ao palco pela primeira vez em 1673. Trata-se de uma comédia que retrata um hipocondríaco, Argan, determinado a se livrar de supostos males que o acometem, retratando a burguesia nascente da época que acreditava religiosamente na palavra dos médicos. Disponível em: < https://editoraunesp.com.br/blog/trilogia-reune-as-comedias-mais-significativas-de-moli%C3%A8re->. Acesso em 05 jun. 2023.

> o louco criminoso é objeto conjuntamente da medicina (enquanto louco) e da justiça penal (enquanto criminoso). O seu internamento tem, assim, um caráter duplo: o tratamento médico, no que diz respeito à sua doença mental, e o de punição, no que diz respeito ao crime por ele cometido. [...] o internamento é justificado pela periculosidade que o louco criminoso representa para a sociedade, no sentido da probabilidade de realização de novos crimes, e visa a prevenção criminal.[38]

A ideia é justamente encontrar uma "cura da periculosidade" para que, quando cessada, dará aos indivíduos condições de viver no meio social sem praticar novos crimes. "Vê-se que a periculosidade é o ponto de cruzamento entre a medicina e o direito"[39], para avaliação do diagnóstico, tratamento e prognóstico, a presença de profissionais de formação psiquiátrica é recomendada para a identificação da aplicabilidade da periculosidade como meio de classificação do indivíduo ou a aplicação de índices jurídico-penais, quando a periculosidade não consegue mais responder por si,

> no caso de prevalecerem os índices psicoevolutivos associados a fatores médico-psicológicos, conclui-se pela presença de um estado de perigo endógeno; no caso de prevalecerem os índices psicoevolutivos vinculados a fatores extraídos dos informes sociais, conclui-se pela presença de um estado perigoso exógeno; no caso de haver um equilíbrio entre um estado perigoso endógeno e um estado perigoso exógeno, recorre-se aos índices jurídico-penais[40]

Ou seja, quando a psiquiatria não for capaz de classificar o agente, cabe ao jurídico-penal, através da periculosidade por determinação judicial, compreender a periculosidade do indivíduo analisado. A missão do psiquiatra será de realizar somente uma triagem para a classificação natural dos criminosos, a partir de características estanques[41], a ideia de individualização da pena recai, na verdade, para a individualização dos grupos.

O que era uma forma de controle geral sobre a criminalidade pela periculosidade, através do encontro perfeito entre a medicina e a justiça penal, resultou na sua ineficaz contenção dos

---

[38] QUEIROLO, S. C. Periculosidade: da norma médica à norma jurídica. **Temas IMESC - Sociedade, Direito, Saúde**. v. 1, n. 2, p. 93-100, 1984.
[39] *Ibidem*. p. 98
[40] ABREU. *op. cit*. p. 56.
[41] A comprovação está nas diversas listas de classificação de criminosos para a realização de uma seleção de grupos – quase como a separação por facção nos presídios – para que determinados tipos de grupo recebam tratamentos individualizados a partir de suas características já premeditadas.

crescentes níveis de criminalidade[42] e, mesmo assim, continua-se "a afirmação da psiquiatria como ciência única que detém o poder para falar sobre a loucura, mantém-se até hoje, pois o direito internaliza suas avaliações como verdades absolutas"[43].

1.4. O caráter preventivo do tratamento/pena

Desde a "primeira revolução psiquiátrica"[44] advinda de Pinel, o inimputável é visto como um objeto da medicina e, para que fosse devidamente dissecado, o internamento se apresentava como o meio ideal. Não somente como um centro de estudo para os psiquiatras, mas também como uma "forma de prevenção contra a ameaça latente que o louco, indivíduo considerado perigoso, traz consigo"[45]. Os tratamentos psiquiátricos, sejam antes da pena ou durante, possuem a finalidade preventiva, tendo em vista que seu objetivo é compreender o indivíduo através de sua identidade, classificá-lo e "curá-lo" para que o seu prognóstico seja a ressocialização, com a perspectiva de que não virá mais a reincidir.

Para Rosa del Omo, o conceito de prevenção seria a "soma total de medidas que se tomam contra o possível cometimento ou repetição de delitos, e em segundo lugar *a prevenção da reincidência*"[46]. Tendo em vista a conjuntura sócio-político-econômico do país à época, qualquer problema que surgisse deveria ser explicado como uma falha do indivíduo[47], pois a sociedade capitalista não poderia ter qualquer falha, senão a do próprio indivíduo que não deve atrapalhar a produtividade, e, para isso, recomenda-se

> dirigir a atenção 'para o indivíduo delinquente, mas especialmente para sua mente e sua conduta, por considerá-lo uma pessoa 'anormal'. A solução para o problema delitivo é procurada no próprio indivíduo, com a recomendação de impor-lhe – se possível – a sentença indeterminada, ou senão uma medida de segurança. Daí a

[42] QUEIROLO. *op. cit.*, p. 98
[43] WEIGERT. *op. cit*., p. 58
[44] Termo utilizado por Joel Birman psiquiatra e psicoterapeuta brasileiro em seu livro: A psiquiatria como discurso da moralidade, de 1978.
[45] QUEIROLO. *op. cit*., p. 95
[46] OMO. *op. cit*., p. 130
[47] *Ibidem*. p. 132

> insistência em observá-lo, em fazer seu exame médico-psicológico e social e, consequentemente, definir o tratamento para ressocializá-lo[48]

1.5. O ultimato: prisões x hospitais

1.5.1. A empenhada crítica às prisões

Não é novidade que o sistema penitenciário falhou, falha e continuará a falhar como meio punitivo de enfrentamento ao "comportamento delituoso". A crítica acerca das prisões está na incapacidade em desenvolver homens recuperados, que possam vir a ser ressocializados, com probabilidades mínimas de voltar a delinquir[49]. A entrada no sistema prisional é um processo de despedida do mundo externo para o condenado, pois este precisa adotar um novo modelo de conduta, já que sua privacidade é perdida e todos os seus atos são observados e analisados[50].

Eis o processo de mortificação apresentado por Erving Goffman (1987), ocorrido em três fases: (i) a retirada da autonomia, nesta fase há uma perturbação das ações regulares da vida civil, havendo uma "ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel"[51]; (ii) a mutilação do eu, nesta fase ocorre os ataques à identidade que são justificados para "simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos"[52]; e, por fim, (iii) a tensão psicológica, tendo em vista que a ligação do preso com o seu eu civil foi abalada, há uma reconstrução de sua vida a partir das "regras da casa".

Tal processo nega-lhe a identidade como pessoa detentora de direitos, já que na medida em que se trata um ser humano como algo meramente perigoso e, por conseguinte, necessitado

---

[48] *Ibidem*. p. 131
[49] PORTO, TOLEDO. *op. cit*. p. 10
[50] CONTRIBUIÇÃO DO IMESC. O exame psicológico em criminologia. **Revista do IMESC**, São Paulo., Ano IV. n. 2. p. 21-23, 1981
[51] GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 24
[52] ABREU, S. F. A. de. As instituições totais: elementos para um modelo de análise. **Revista do IMESC**, São Paulo. Ano IV. n. 1. p. 69-73, 1981

de pura contenção, dele é retirado ou negado o seu caráter de pessoa, ainda que certos direitos lhe sejam reconhecidos[53].

E justamente a análise e a classificação da personalidade do indivíduo, a recriação desta identidade, possui como

> meta a classificação penitenciária do sentenciado, visando a um tratamento personalizado, uma melhor adaptação ao regime a que for submetido e, sobretudo, recriar condições psicossociais – entre estas as condições laborterápicas, se for o caso – que reconstruam os vínculos anteriormente rompidos, entre o egresso e suas situações de trabalho e de vida[54]

E, para tanto, é necessário compreender a origem das causas que determinaram a prática de uma conduta considerada como criminosa, com o objetivo de instaurar no sistema penitenciário brasileiro, cada vez mais, um enfoque terapêutico, ao invés de uma visão meramente punitiva[55].

1.5.2. A superação da prisão e a passagem para os hospitais

> *"Desde que existem prisões e prisioneiros, é incrível que nós nunca tenhamos conseguido constituir uma sociedade"*[56]

Em um relato acerca do X Congresso Francês de Criminologia, S. Buffard (1981) compara as prisões com os hospitais e, de forma incisiva, afirma a ineficácia das prisões pois

---

[53] ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O inimigo no direito penal**. Tradução de Sérgio Lamarão. 3 ed. – Rio de Janeiro: Revan, 2011. (Pensamento criminológico; 14), p. 18

[54] ABREU. S. F. A. de. A síntese criminológica: diagnóstico e prognóstico. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV. n. 2. p. 55, 1981

[55] CONTRIBUIÇÃO DO IMESC. *op. cit*., p. 22

[56] BUFFARD. S. Psicoterapia e socioterapia em meio carcerário. É possível transformar o meio penitenciário em comunidade terapêutica? Tradução de Silvia C. Queirolo. **Revista do IMESC**, São Paulo. Ano IV. n. 1, p. 47-48, 1981

> a finalidade da prisão não é a de curar, como é a finalidade oficial do Hospital Psiquiátrico; nem de educar e readaptar como os Institutos médico-pedagógicos. A prisão é o modo de execução da sentença, determinado pela gravidade do delito e não pela duração eventual do tratamento. A readaptação, a ressocialização, a individualização de um tratamento, não chegaram senão tardiamente e aparecem a despeito ou em virtude de seu caráter de justificação como objetivos secundários, quando não como objetivos parasitas[57]

O questionamento principal seria a possibilidade de transformação do meio penitenciário em uma comunidade terapêutica através de um planejamento de ambientes especiais, de forma a "reprogramar seu funcionamento *[das prisões]* convertendo as Instituições tradicionais em centros de reabilitação"[58]. Entretanto, duas problemáticas são apontadas para estes ambientes planejados: (i) as implicações políticas e econômicas na mudança de manipulação e controle do comportamento criminoso[59]; e que (ii)

> a maior parte dos indivíduos que se encontram nas prisões não são doentes mentais, mas indivíduos que foram incapazes de satisfazer suas necessidades mediante métodos socialmente aceitáveis devido às suas insuficientes capacidades intelectuais e ambientais e que recorreram às suas opções limitadas para atender suas necessidades[60].

1.5.3. Mas seria o hospital psiquiátrico a melhor opção?

Em um grau comparativo, José Antunes (1986) apresenta a construção do paradigma das duas instituições sociais, a prisão e o hospital, e chega à conclusão que ambas exercem a mesma função: são espaços de exclusão de criminosos e doentes, daqueles que já foram excluídos da sociedade. Sendo forasteiros e afastados da vida das cidades através de grandes muralhas que, ao ultrapassá-las, encontram-se os bárbaros, os excluídos da "sociedade".

> A aversão ao crime e à doença, a repugnância que causam às pessoas normais, é o signo dessa segurança desinteressada, dessa ausência de preocupação que caracteriza a organização social. [...] Durante o período da terapia ou da regeneração, processos

[57] *Ibidem*
[58] PORTO, TOLEDO. *op. cit*., p. 10
[59] *Ibidem*.
[60] *Ibidem*. p. 11

> normatizadores, as pessoas devem permanecer no espaço da não-permanência, para não macular a cidade. Sua exclusão é necessária para coincidirem com aquilo que representam e que já fora excluído do ser social.[61]

E finaliza questionando: "Olhem para as prisões. Olhem para os hospitais. Ser doente ou ser criminoso: é rejeitado porque é mau, ou é mau porque é rejeitado?"[62]. Reformulemos a pergunta: Olhem para as prisões. Olhem para os hospitais psiquiátricos. Ser doente e criminoso: é ser rejeitado porque é estigmatizado, ou é estigmatizado porque é rejeitado?

O estigma para aqueles que são marginalizados pelos ideais positivistas "inaugura a tautologia do laboratório prisional: a causalidade do comportamento criminal é atribuída à própria descrição das características físicas dos pobres e indesejáveis conduzidos às instituições totais de seu tempo"[63].

Retornando às instituições totais de Goffman, as prisões e os hospitais psiquiátricos "são estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer à identidade"[64]. A identidade definida, de maneira estanque, ao indivíduo nada mais é do que um baile de máscaras para as instituições, "porque por trás da máscara acredita encontrar um *inimigo*, retira-lhe a máscara e com isso, automaticamente, elimina-o do seu teatro"[65].

A diferença entre as instituições são os agentes ativos do processo de tratamento e de ressocialização: o preso sentenciado como o internado, o carcereiro como o médico responsável, o diretor do presídio como o diretor médico do hospital e, todos estes agentes, estão inseridos numa lógica de alienação do ser dentro dessas instituições: o internado somente é considerado como tal pois passou pelo processo de mortificação do eu, logo, para poder existir, primeiro, como internado, e, segundo, como indivíduo dotado de sua identidade

---

[61] ANTUNES, J. L. F. Hospital e prisão: a construção de um paradigma. **Temas IMESC: Sociedade, Direito, Saúde**. São Paulo, v. 3, n. 1. p. 39-48, 1986
[62] *Ibidem*. p. 47
[63] BATISTA. *op. cit*., p. 45
[64] ABREU, S. F. A. de. As instituições totais: elementos para um modelo de análise. **Revista do IMESC**, São Paulo. Ano IV. n. 1. p. 70, 1981
[65] ZAFFARONI. *op. cit*., p. 19

própria[66], assim como os médicos responsáveis e diretores, estes somente existem como tais, pois lhe foram induzidos, pela própria sociedade, serem "encarregados de procurar as 'causas', de 'perceber' o porque da doença [...] há um jogo sutil de influências, nos dois sentidos, entre o médico e a massa"[67]. Tais funções são exteriorizadas no ato do exercício de hierarquia transmitido entre os agentes, sendo divididas entre dois grupos "profissionais e detentos, que seriam mediados pela equipe médico-psicológica e reconhecida pela hierarquia"[68].

Apesar das vigorosas críticas acerca das prisões como um meio opressivo, punitivo e uma forma de castigo, e que mesmo com as tentativas de adoção de métodos e planejamentos estruturais, ainda assim, as prisões como um meio preventivo e prognóstico da reincidência não conseguem cumprir o seu papel, resta evidenciado que os hospitais/manicômios como instituições totais estão fadadas ao mesmo destino.

1.6. Eis o prognóstico: ressocialização e reincidência

A última etapa, a finalidade para toda esta especialização de tratamento resulta em apenas dois objetivos que são universalmente pretendidos: o prognóstico da possibilidade de ressocialização do indivíduo e a probabilidade de reincidência.

1.6.1. O retorno à identidade: a ressocialização

Para analisar o conceito da ressocialização, Wanda Capeller (1985) analisa inicialmente o discurso jurídico por trás deste conceito que legitima e é utilizado como discurso científico para diversos fins repressivos. Afirma que "o princípio que organiza o discurso jurídico é o

[66] Referência à alienação do trabalhador sobre a mercadoria difundida por Karl Marx em seus Manuscritos Econômicos-Filosóficos de 1844.
[67] ABREU. S. F. A. de. A doença mental como objeto de conhecimento sociológico. **Revista do IMESC**, São Paulo. Ano IV. n. 1, p. 21-24, 1981
[68] BUFFARD. *op. cit*., p. 48

princípio de controle”[69], pois o discurso sobre a ressocialização é totalmente diferente de seu “produto final”, de como, de fato, é aplicável.

Este discurso jurídico “oculta e procura tornar cada vez mais nebulosa a ideia de castigo, procura opacizar a violência legítima do Estado *[...]* nada mais é do que o discurso sobre o próprio castigo e o esconde ao torná-lo confuso e nebuloso”[70].

A conclusão que se chega é que o conceito de ressocialização, especialmente na sociedade brasileira, está sempre em mudança para ter o discurso mais favorável para legitimação da função da pena, “o mito da Ressocialização como a única possibilidade dos indivíduos alijados serem felizes novamente e retornarem ao convívio social”[71]. Tal felicidade alcançada é apenas uma máscara para a verdadeira função da pena:

> criminalizar e penalizar os que ‘sobram’, levar o sofrimento e a morte para aqueles que são ‘demais’ e que não são absorvidos economicamente, porquanto não são produtivos e não podem sequer assumir integralmente seus papéis enquanto sujeitos de direito[72]

Nas palavras de Rosa del Omo,

> se não era possível com as leis da economia [a socialização dos indivíduos], pelo menos com a lei moral – por meio da disciplina – buscava-se submeter estes indivíduos delinquentes, para *proteger o capital*, conservar a ordem e não perturbar o progresso[73] [grifo da autora]

1.6.2. O problema esperado: a reincidência

Na forma da lei, a reincidência é uma circunstância agravante a ser considerada na dosimetria da pena que é compreendida pela prática de um novo delito, após o trânsito em

---

[69] CAPELLER, W. O direito pelo avesso: análise do conceito de ressocialização. **Temas IMESC: Sociedade, Direito, Saúde**. São Paulo. v. 2. n. 2. p. 127-134, 1985
[70] *Ibidem*. p. 130
[71] *Ibidem*. p. 132
[72] *Ibidem*. p. 133
[73] OMO. *op. cit*., p. 39

julgado de sentença criminal condenatória anterior, conforme previsto no artigo 63 do Código Penal[74], com suas condições atribuídas no artigo 64 do Código Penal[75].

Para o caráter preventivo da pena e para a criminologia positivista difundida no Brasil, a reincidência faz parte do prognóstico final, o resultado do tratamento aplicado ao criminoso. Como forma de análise, Sérgio Adorno apresenta um estudo estadunidense e alemão acerca das tábuas de reincidência que compreendem um estudo sistemático que consistiria na comparação de comportamento dos indivíduos, consultando prontuários de sua vida "pré-deliquencial"[76]

> se determinado egresso fosse portador de algumas características consideradas desfavoráveis seria cogitada sua reincidência criminal dentro de um período de tempo relativamente curto. No mais, o prognóstico da reincidência, sob a perspectiva jurídica, traduzia o grau de periculosidade do agente.[77]

Os argumentos favoráveis ao emprego das tábuas de reincidência seria o afastamento de interferências subjetivas na classificação da síntese criminológica do indivíduo, havendo um prognóstico baseado na ciência, aplicando-se uma conjectura de probabilidade ou possibilidade[78].

A influência lombrosiana nestes estudos é cristalina. Para Lombroso, somente o prognóstico psiquiátrico poderia prever a reincidência de um sentenciado, pois "não há sistema carcerário que salve os reincidentes; ao contrário, as prisões são as causas principais deles"[79], eis o papel do psiquiatra como aquele que irá diagnosticar e tratar os indivíduos.

---

[74] "Art. 63 - Verifica-se a reincidência quando o agente comete novo crime, depois de transitar em julgado a sentença que, no País ou no estrangeiro, o tenha condenado por crime anterior." BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 10 jun. 2023

[75] "Art. 64 - Para efeito de reincidência: I - não prevalece a condenação anterior, se entre a data do cumprimento ou extinção da pena e a infração posterior tiver decorrido período de tempo superior a 5 (cinco) anos, computado o período de prova da suspensão ou do livramento condicional, se não ocorrer revogação; II - não se consideram os crimes militares próprios e políticos." BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 10 jun. 2023

[76] ABREU. S. F. A. de. A síntese criminológica: diagnóstico e prognóstico. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV. n. 2. p. 57, 1981

[77] *Ibidem*

[78] *Ibidem*. p. 58

[79] LOMBROSO. *op. cit*., p. 154

Como exemplo mais evidente, o artigo que trata da disritmia cerebral e criminalidade da psiquiatra Eneida Matarazzo (1982), o

> crime provavelmente não teria sido cometido se a paciente tivesse iniciado o tratamento logo que se manifestaram os primeiros sintomas [...] ante estes fatos pode-se também concluir que o tratamento precoce da disritmia cerebral é uma das formas pelas quais o psiquiatra pode contribuir para a prevenção dos antos anti-sociais *[sic]* e, até mesmo, de atos criminosos[80]

As tábuas de reincidência possuem, entretanto, duas lacunas graves em seu procedimento metodológico: (i) visam tão somente a personalidade do agente anterior ao delito, antes de ser considerado criminoso, com a suposição de que o tratamento não produz qualquer efeito durante o cumprimento da pena[81]; e também (ii) não consideram a gravidade do delito cometido, recaindo no erro das classificações estanques.

Como proposta, Sérgio Adorno sugere como substituição as técnicas de análise qualitativa, que compreenderia em "um exame comparativo dos dados objetivos e subjetivos levantados pelos diversos informes à síntese criminológica. Estes dados referem-se à personalidade do sentenciado e tem em vista o conceito de periculosidade"[82].

A síntese criminológica, através da união jurídico-penal, do psicológico, do psiquiátrico, do clínico, do eletroencefalográfico e do social, seria capaz de identificar, por completo a natureza do sentenciado.

> O informe psicológico faz uma avaliação da personalidade, da inteligência e da agressividade do sentenciado, a partir de testes e entrevistas, recolhendo dados sobre nível mental, meios contensores de impulsos, capacidade de adaptação aos regimes prisionais e possibilidade de aproveitamento de medidas reeducativas. Ao lado do informe psicológico, o informe psiquiátrico, procedido com base em entrevistas e exame neurológico, avalia a sanidade mental do sentenciado, bem como perturbações mentais anteriores, concomitantes ou supervenientes ao ato delituoso, proporcionando

[80] MATARAZZO. *op. cit*., p. 25
[81] ABREU. S. F. A. de. A síntese criminológica: diagnóstico e prognóstico. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV. n. 2. p. 58, 1981
[82] *Ibidem*.

> dados sobre estados patológicos pregressos e dados clínico-caracterológicos. Quanto ao informe clínico, busca-se verificar o padrão de saúde dos sentenciados, assim como a apuração de causas mórbidas que eventualmente possam estar associadas à prática do ato tipificado em lei como crime. Já, o informe eletroencefalográfico, de modo geral, procura estabelecer possíveis correlações entre alterações funcionais do encéfalo e o comportamento do sentenciado. Por fim, o informe social, realizado a partir do emprego de técnicas de estudo de caso, promove o levantamento do contexto macro e micro-social *[sic]* e suas correlações com a gênese do delito e da caracterização da personalidade do sentenciado, recolhendo dados sobre a situação familiar, escolar, ocupacional, sócio-econômica *[sic]* e a experiência delinquencial[83]

Apesar da tentativa de se esquivar dos ideais positivistas, é nítida a visão dos sentenciados como inimigos da sociedade que devem ser estudados, por todos os profissionais possíveis, para que possam "tratá-los" e presumirem a sua reincidência, como Zaffaroni leciona:

> o tratamento a um ser humano como coisa perigosa que ameaça a *segurança ou a certeza do futuro* não se limita a despersonalizar apenas quem é tratado dessa maneira [...] convém advertir que a priorização do valor segurança como certeza acerca da conduta futura de alguém, e mais ainda sua absolutização, acabaria na *despersonalização de toda a sociedade*[84] [grifo do autor]

A dedução, a partir do método dedutivo aristotélico, de Juarez Cirino continua sendo pertinente:

> **se** a *prevenção especial* positiva de *correção do condenado* é ineficaz, e **se** a *prevenção especial* negativa de *neutralização do condenado* funciona, realmente, como *prisionalização deformadora* da personalidade do condenado, **então** a *reincidência real* não pode constituir *circunstância agravante*[85] [grifo do autor]

Visto que, seguindo a lógica,

> o processo de deformação e embrutecimento pessoal do sistema penitenciário *deveria* induzir o legislador a incluir a *reincidência real* entre as *circunstâncias atenuantes*, como produto específico da atuação *deficiente* e *predatória* do Estado sobre sujeitos criminalizados[86] [grifo do autor]

---

[83] *Ibidem*. p. 58 e 59
[84] ZAFARRONI. *op. cit*., p. 20
[85] SANTOS. *op. cit*., p. 541
[86] *Ibidem*.

2. A NECESSIDADE DE CONTENÇÃO: O MEDO SOCIAL E CIENTÍFICO DO "LOUCO-CRIMINOSO"

2.1. O modelo ideal: a implantação das medidas de segurança no Código Penal de 1940

> *"Através deste sistema de 'medidas' e da supressão de toda norma reguladora da pena no concurso real, chegava-se a burlar, dessa forma, a proibição constitucional da pena perpétua"*[87]

2.1.1. A conciliação entre a criminologia positivista e as ideologias autoritárias

O Código Penal brasileiro de 1940 apresenta claras influências do Código Penal italiano promulgado em 1930, advindo do Projeto Rocco. Posterior ao Projeto de Código Penal italiano elaborado por Enrico Ferri, em 1921, o Projeto Rocco apresentou mudanças significativas no reconhecimento da pena e da culpabilidade, entretanto, sendo o berço da criminologia positivista, é inegável que seu aparato punitivo se afastasse totalmente da cientificidade criminológica.

As medidas de segurança surgem como uma forma de "amenizar" o aspecto repulsivo da pena. A eficácia do caráter punitivo e retributivo – apesar de se manter vivo até hoje – começa a ser questionado pela ciência e, consequentemente, pela sociedade se, de fato, é o método mais efetivo, já que os encarceramentos continuam aumentando e não há estimativa sobre qualquer melhora no quadro reincidente das pessoas encarceradas[88].

---

[87] ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro: parte geral**. 12.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015. p. 200

[88] "É notório que as medidas puramente repressivas e propriamente penais se revelaram insuficientes na luta contra a criminalidade, em particular contra as suas formas habituais" BRASIL, Ministério da Justiça. **Exposição de Motivos. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1940. item V. Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-pe.pdf> Acesso em: 11 jun. 2023.

Eis a solução: o "tratamento" e a "cura" do criminoso considerado "louco". E tal solução somente pode ser realizada através da aplicação das medidas de segurança, que foram pensadas

> para corrigir a anomalia, foram instituídas, ao lado das penas, que teem *[sic]* finalidade e intimidante, as medidas de segurança. Estas, embora aplicáveis em regra *post delictum*, são essencialmente preventivas, destinadas à segregação, vigilância, reeducação e tratamento dos indivíduos perigosos, ainda que moralmente irresponsáveis[89]. [grifo do autor]

Há uma "preocupação" concreta em querer corrigir os "doentes mentais perigosos". Esta aflição gera a incorporação das medidas de segurança no ordenamento jurídico-penal brasileiro que muda o critério de aplicação das penas: não se olha mais para o delito, agora, o principal critério é o sujeito considerado "louco criminoso"[90].

2.1.2. O casamento perfeito: o sistema dualista

A forma em que as medidas de segurança se consagraram no ordenamento penal brasileiro se deu através do sistema dualista (ou duplo binário). Neste sistema, as medidas de segurança podem ser aplicadas cumulativamente às penas principais[91], justamente com o propósito de demonstrar a ineficácia das penas simples, especialmente diante de casos em que os juízes possam achar pertinente o "tratamento" do sujeito[92].

Há uma tentativa de união entre a culpabilidade (precedente da pena simples) e a periculosidade (precedente das medidas de segurança) do sujeito. A justificativa apresentada por Nelson Hungria seria a de que

---

[89] *Ibidem*.
[90] BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**. 2 ed. rev. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018. p. 125.
[91] "o projeto lhe confere a escolha entre penas alternativamente cominadas, a faculdade de aplicar qualquer das penas cominadas. O projeto acentúa *[sic]*, ainda, a liberdade do juiz em tudo quanto se refere à aplicação e à execução das medidas de segurança". BRASIL, *op. cit*. item VI
[92] "o juiz deve ter em conta, não apenas a ação criminosa (como sintoma), mas também o que os fatôres *[sic]* endógenos e exógenos imprimiram de constante ou duradouro à personalidade do agente, no sentido de sua anti-sociabilidade *[sic]*" HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal. Vol. III**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1959. p. 26.

> A pena conserva sua função ético-jurídica: é *repressão*, é retribuição do mal pelo mal, é o contrachoque do crime; e simultâneamente *[sic]*, ou por via de consequência, é também *prevenção*, é um escarmento para o criminoso que a sofre (prevenção individual ou especial) e uma advertência, um indireto contra-motivo *[sic]* aos possíveis candidatos ao crime (prevenção geral, coação psicológica *erga omnes*). A medida de segurança, ao contrário, não tem caráter expiatório ou não visa à aflição de quem a ela é submetido; não é um *mal* ou *castigo*, mas, exclusivamente, um meio profilático do crime, um expediente de cura, de assistência, de tutela, de reeducação ou readaptação social do autor do crime. Tem como função única a *prevenção especial*, e sua duração é subordinada, logicamente, à persistência da periculosidade individual. A pena só é aplicável aos *responsáveis*, sejam ou não *perigosos*; a medida de segurança somente se impõe aos *perigosos*, sejam ou não *responsáveis*. No caso dos irresponsáveis (perigosos), a medida de segurança é um *substitutivo* da pena; no caso dos responsáveis (perigosos), é um *complemento* dela.[93] [grifo do autor]

Tal argumento, entretanto, apresenta graves lacunas e somente reproduz um ideal positivista que corrobora com a ideia de que "a medicina psiquiátrica com seus tentáculos inocuizadores trafega pelo Direito (Penal) pela justificativa científica, e este se fortalece com elementos externos e absolutamente utilitários"[94].

O que pode ser facilmente verificado quando a necessidade de se compreender a motivação do crime através da análise de sua personalidade, seus antecedentes e os fatores que levaram o sujeito a delinquir são requisitos básicos da pena simples, enquanto o prognóstico de um possível "estado de perigo", a previsão da cessação da periculosidade, é o requisito para as medidas de segurança, justificando a ideia de completude ao juntar esses dois fatores[95].

A periculosidade se torna um conceito relevante para as medidas de segurança,

> afinal, havia necessidades reais de *defesa social* e tornava-se urgente aplicar *sanções intimidatórias e inocuizadoras*. Sim, os sujeitos perigosos precisavam de maior

[93] *Ibidem*, p. 23.
[94] BRANCO, *op. cit*., p. 127.
[95] "Tanto em relação à capacidade de delinquir como em relação à periculosidade, tem-se de investigar a personalidade do agente, os seus antecedentes, os seus motivos determinantes, bem como a gravidade subjetiva (grau do dolo ou da culpa) e objetiva do crime; mas, enquanto uma se refere ao estado psico-ético do agente em relação ao crime pelo qual responde, a outra se refere à provável continuidade da conduta criminosa do agente ou permanência do seu estado psíquico de rebeldia contra a ordem jurídica" HUNGRIA, *op. cit*., p. 25.

> atenção e essa perigosidade, agora comprovada pelas ciências médicas, tinha urgência de contenção[96]. [grifo da autora]

A atenção ao prognóstico é elementar para a aplicação das medidas de segurança como uma forma de "defesa social", utilizando a periculosidade como um meio proveitoso do Estado[97] que visa controlar ainda mais os seus meios punitivos através do Direito Penal.

O papel do juiz para a validação da periculosidade é dado como essencial, pois "passa-se a um direito penal do autor onde o julgamento do magistrado fica condicionado à suposta anormalidade do indivíduo, ligada ao conceito de periculosidade"[98]. A ciência psiquiátrica atribui a si a incumbência de determinar os fundamentos biopsicológicos (fatores endógenos) e as razões hereditárias, físicas e sociais (fatores exógenos) do comportamento humano que induz à delinquência.

> No averiguar a periculosidade (fora dos casos em que a lei a presume), para efeito da medida de segurança, o juiz deve ter em conta, não apenas a ação criminosa (como sintoma), mas também o que os fatôres endógenos e exógenos imprimiram de constante ou duradouro à personalidade do agente, no sentido de sua anti-sociabilidade[99]

Através da exposição de motivos e dos comentários realizados por Nelson Hungria, é possível enxergar um sistema que se apega a um "tecnicismo jurídico" autoritário travestido do ideal da "defesa social" que tem um objetivo claro: se utilizar do aparato penal como um instrumento de neutralização[100] dos "bárbaros", considerados deslocados e "perigosos" para a sociedade.

2.2. A Reforma do Código Penal de 1984

---

[96] BRANCO, *op. cit*., p. 125.

[97] "A periculosidade, ao contrário, não serve a um objeto de justiça, mas de utilidade: não é fundamento à justa ou proporcionada retribuição do mal pelo mal, que o Estado, na sua função ética, se arroga; mas à atividade defensiva que o Estado tem o direito e o dever de exercer, em face da autorizada suposição de novos males por parte do indivíduo violador da lei." HUNGRIA, *op. cit*. p. 25

[98] BRANCO, *op. cit*., 125

[99] HUNGRIA, *op. cit*., p. 26

[100] ZAFFARONI; PIERANGELI, *op. cit*. p. 200

2.2.1. A retomada do direito penal de culpabilidade

Em 1980, foi criada uma comissão para a elaboração de três anteprojetos: do Código Penal, do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal. A tentativa da reforma era antiga, porém nunca foi plenamente encerrada. O principal incentivo para a concretude da reforma se deu por uma série de fatores, pois

> Apesar desses inegáveis aperfeiçoamentos, a legislação penal continua inadequada às exigências da sociedade brasileira. A pressão dos índices de criminalidade e suas novas espécies, a constância da medida repressiva como resposta básica ao delito, a rejeição social dos apenados e seus reflexos no incremento da reincidência, a sofisticação tecnológica, que altera a fisionomia da criminalidade contemporânea, são fatores que exigem o aprimoramento dos instrumentos jurídicos de contenção do crime, ainda os mesmos concebidos pelos juristas na primeira metade do século.[101]

Ao longo do processo de formulação, em 1980, o anteprojeto do Código Penal foi publicado e divulgado em congressos e revistas para debates. O IMESC teve um papel importante ao servir de porta voz de dois congressos relevantes para o debate criminológico durante a década de 80 que aparentam ter influído na reforma do Código Penal: o VI Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento de Delinquentes[102] e o II Congresso Brasileiro de Administração Penitenciária[103]. Apesar de "rever criticamente o papel hegemônico e centralizados do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos"[104], as cicatrizes da criminologia positivista de uma sociedade proliferada de um discurso racista e segregador permanecem.

---

[101] BRASIL, Ministério da Justiça. **Exposição de Motivos nº 211 em 09 de maio de 1983**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1983. Item 5. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-148972-pe.html> Acesso em: 10 jun. 2023

[102] Presente nas Revistas Ano III, nº 1, 1980/ Ano V, nº 1, 1982/ Ano IV, nº 2, 1981. A principal relação encontrada está na participação de Nelson T. Candelaria, Superintendente do IMESC, e de Francisco de Assis Toledo e Hélio Fonseca, participantes centrais da Comissão de elaboração da Reforma do Código Penal de 1984, no VI Congresso das Nações Unidas. O superintendente do IMESC aponta nas notas editoriais a relevância das discussões trazidas no Congresso, se utilizando das revistas para publicar ementas autorais de psiquiatras, juristas e psicólogos que discutiam as lacunas das "*noções universais*" e apresentavam propostas para o controle e tratamento dos "delinquentes".

[103] O II Congresso Brasileiro de Administração Pública foi promovido pelo IMESC em novembro de 1980, tendo discutido acerca de temas relevantes para a época: "a análise e estudo do problema penitenciário, a classificação criminológica: de delinquentes e de estabelecimentos penais".

[104] HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 297-305, 2009

Dando um ar de vitalidade, o anteprojeto afasta os vícios que o ordenamento jurídico-penal fora imposto em sua formulação, como a influência italiana quanto às medidas de segurança[105], com a retomada do direito penal baseado na culpabilidade, as medidas de segurança como complemento da pena são erradicadas.

A utilização de congressos internacionais como legitimação das "normas universais"[106], como concluído por Rosa del Omo (2017), é uma prática reiterada e viciada para os países da América Latina que insistem em aplicar conceitos estrangeiros sem qualquer materialidade histórica. Compreender a história e seus fenômenos ideológicos, é compreender que a todo modo de produção, há um modo de punição[107]. E o modo de produção de uma sociedade marcada pela dura e longínqua escravidão, somente poderia resultar em um modo de punição que segregasse os corpos negros, isolando-os, prendendo-os e, agora, internando-os.

2.2.2. A passagem para o sistema vicariante

A culpabilidade agora se apresenta como um fator relevante[108] para a aplicabilidade das medidas de segurança. Como bem pontua Mariana Weigert, "a noção de sujeito responsável decorre da constatação de sua capacidade de compreender os efeitos da sua conduta e, em razão dessa compreensão prévia, optar livremente pelo ilícito"[109]. Quando um sujeito não possui condições para discernir a situação em que se encontra, sem conseguir avaliar a ilicitude de seu

---

[105] ZAFFARONI, Eugenio Raúl, BATISTA, Nilo, ALAGIA, Alejandro e SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro – I**. Rio de Janeiro, Revan, 2003. p. 482.

[106] "o instrumento decisivo de consolidação e difusão da criminologia como 'ciência' em nível internacional, no último terço do século XIX, foi a criação e institucionalização de uma série de organizações internacionais que buscavam desenvolver normas universais para enfrentar problemas delitivos" – OMO, *op. cit*., p. 75

[107] RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 20

[108] "Não se retomam, com tal método, soluções clássicas. Avança-se pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade - pena; periculosidade - medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança." – BRASIL, 1983, item 87

[109] WEIGERT, *op. cit*., p. 96.

ato durante o fato[110], entende-se como um sujeito inimputável ou semi-imputável (a depender do caso concreto) que será submetido às medidas de segurança.

Não há mais a aplicabilidade das medidas de segurança para os imputáveis, o sistema vicariante veda tal aplicação, assim como a acumulação simultânea da pena junto à medida de segurança. Para fins processuais, a inimputabilidade é considerada como uma causa de exclusão da culpabilidade, logo, o réu considerado inimputável será absolvido impropriamente, "pois apesar de ser absolvido o sujeito é submetido à medida de segurança, permanecendo, portanto, sob a tutela do Estado penal[111]. Há uma preservação da ideia de "cura" como fim da aplicação das medidas de segurança, entrelaçando-se dois essenciais discursos legitimadores: o jurídico e o médico psiquiátrico[112].

Os objetivos da aplicabilidade das medidas de segurança permanecem claros: a) o tratamento psiquiátrico para os sujeitos considerados inimputáveis (os quais possuem periculosidade); e b) a proteção social, através das medidas de segurança (detentivas e ambulatoriais) como um meio que regula os interesses sociais. Para chegar a estes objetivos, possibilitam "ações ou intervenções psiquiátricas ao nível do *sistema límbico* da personalidade de autores inimputáveis como centro das emoções e da vida afetiva individual, segundo a Psiquiatria"[113]. Novamente, a compreensão da identidade do sujeito inimputável para a análise de sua periculosidade, invadindo a esfera pessoal do indivíduo retrata que "punir o delinquente por suas características pessoais é a vitória histórica das premissas da escola positiva"[114].

Tais objetivos podem ser problemáticos, Juarez Cirino afirma cirurgicamente que

---

[110] *Ibidem*.
[111] *Ibidem*, p. 95.
[112] "Isso não significa que o conhecimento técnico não seja útil nem que seu avanço deva deter-se para retornar a um paraíso perdido, mas sim denota apenas a necessidade de reconhecer suas limitações, isto é, sua parcialidade e seu aspecto provisório. Quando se pretende que tal conhecimento seja a verdade (única) ou se escamoteia a questão por meio de alguma apelação para verdades duplas, o que se consegue é deixar de pensar" ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR, *op. cit*., p. 503
[113] SANTOS, *op. cit*., p. 620
[114] BRANCO, *op. cit*., p. 129

> A crise das medidas de segurança é representada pela inconsistência científica de seus fundamentos metodológicos e pela ineficácia concreta de seus objetivos práticos: primeiro, nenhum método científico permite prever o comportamento futuro de ninguém; segundo, a capacidade da medida de segurança para transformar condutas antissociais de inimputáveis em condutas ajustadas de imputáveis jamais foi demonstrada[115].

A exposição de motivos nº 211 de 1983 apresenta como inovação duas espécies de medidas de segurança: a detentiva e a ambulatorial. A detentiva[116] (art. 96, I, CP) consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, em falta, algum estabelecimento adequado, sendo aplicável somente aos inimputáveis que tenham cometido um crime punível com reclusão[117]. Enquanto a ambulatorial[118] (art. 96, II, CP), aplica-se aos casos de crimes puníveis com detenção, "é a característica da pena que seria aplicada (caso o agente fosse imputável) que determinará o tipo de tratamento, e não a suposta doença que o sujeito possa ter"[119].

2.2.3. A zona cinzenta: a problemática dos semi-imputáveis

Há uma zona intermediária entre os imputáveis e os inimputáveis, sendo categorizado como os semi-imputáveis,

> Há algo de ficção na hipótese legal, porque é tão difícil conceber que o agente entendeu "um pouco" o caráter ilícito do fato quanto que ele poderia se ter determinado "um pouco" segundo tal entendimento. Na verdade, o que se tem aqui é uma culpabilidade diminuída. Não se exige a presença de uma doença mental nosologicamente caracterizada, ainda que isto se dê na maioria dos casos: é suficiente uma perturbação da saúde mental, mesmo transitória (desde que coincidente com a conduta)[120]

---

[115] SANTOS, *op. cit*., p. 614.
[116] "A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, fixando-se o prazo mínimo de internação entre um e três anos. Esse prazo tornar-se-á indeterminado, perdurando a medida enquanto não for verificada a cessação da periculosidade por perícia médica. A perícia deve efetuar-se ao término do prazo mínimo prescrito e repetir-se anualmente." BRASIL, 1983, item 89.
[117] BRANCO, *op. cit*., p. 129.
[118] "a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita." BRASIL, *op. cit*., item 90.
[119] BRANCO, *op. cit*., p. 130.
[120] ZAFFARONI, Eugenio Raúl, BATISTA, Nilo, ALAGIA, Alejandro e SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro, Vol. 2, tomo 2,** 1 ed. Rio de Janeiro, Revan, 2017. p. 265.

O papel do juiz é ressaltado com maior importância nesses casos, cabendo ao jurídico-penal compreender a periculosidade do sujeito e

> se verificada a semi-imputabilidade, poderá o juiz aplicar a pena que seria cabível ao imputável – com a incidência obrigatória de uma causa especial de diminuição da quantidade da sanção – ou impor medida de segurança nos casos em que entender que o condenado necessita de "especial tratamento curativo" (art. 98 do CP).[121]

Para a verificação da imputabilidade, semi-imputabilidade ou inimputabilidade, é necessário a realização de um exame de incidente de insanidade mental realizado por um médico psiquiatra, que possui um papel de técnico dentro do processo, já que "o juiz não tem conhecimento técnico-científico para avaliar a mentalidade do agente delitivo"[122]. Para o semi-imputável a verificação de desenvolvimento mental incompleto ou retardado pode gerar tanto uma diminuição de um a dois terços da pena ou a aplicação das medidas de segurança (art. 26, parágrafo único, CP c/c art. 98 do CP)[123].

De forma arbitrária, dá-se ao juiz a escolha, inclusive, de requerer e submeter o sujeito ao exame de incidente de insanidade mental, conforme art. 149 do Código de Processo Penal[124], o que comprovadamente reitera com a ideia de que se trata de um interesse social[125], pois o tema

---

[121] WEIGERT, *op. cit*., p. 95.
[122] *Ibidem*. p. 97.
[123] "Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento." BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: < Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 13 jun. 2023.
"Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º." - BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 13 jun. 2023.
[124] "Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal." – BRASIL, Decreto-Lei 3.689, de 03 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 24 out. 1941. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm> Acesso em: 13 jun. 2023.
[125] WEIGERT, *op. cit*., p. 98.

possui uma "relevância para a justiça pública". O olhar positivista quanto aos sujeitos que possuem transtornos mentais se mantêm, as medidas de segurança são "meios jurídico-penais de que se serve o Estado para remover ou inocuizar o potencial de criminalidade do homem perigoso. Seu fim não é punir, mas corrigir ou segregar"[126].

Quando se há dúvida acerca da periculosidade criminal e do nível de compreensão do sujeito ativo do fato, "a inconsistência científica comprovada em laudos psiquiátricos sobre periculosidade criminal explica a convicção generalizada sobre a necessidade de redução radical das medidas de segurança detentivas"[127].

> quando a psiquiatria duvida é a valoração psicológica que decide, sendo definitivamente determinante para o juízo jurídico da (in)imputabilidade. Por isso se costuma frisar que a fórmula legal responde a um critério psíquico-normativo, já que ela remete às limitações psíquicas do sujeito submetidas no entanto a uma valoração jurídica. Não se trata de uma questão insignificante, mas de fundamental transcendência teórica e prática: a lei não classifica os seres humanos em loucos de competência médica e lúcidos de competência judicial, mas sim em pessoas às quais no momento do fato pode se exigir – ou não – a conduta conforme ao direito. Com isto, fica claro que a imputabilidade penal constitui um conceito jurídico, cuja valoração corresponde unicamente ao juiz, a quem o perito apenas ilustra com os dados de seu saber[128].

2.2.4. A função do laudo psiquiátrico: a (des)necessidade do incidente de insanidade mental

O informativo 675 do Superior Tribunal de Justiça (STJ)[129] informa que para o reconhecimento da inimputabilidade e semi-imputabilidade é necessária prévia instauração de

---

[126] BRANCO, 2018 *apud*. BRUNO, 1977, p. 145.
[127] SANTOS, *op. cit*., p. 615.
[128] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR, 2017, p. 258
[129] "RECURSO ESPECIAL. ESTUPRO. CONTRARIEDADE AO ART. 26 DO CP E NEGATIVA DE VIGÊNCIA DO ART. 149 DO CPP. ACÓRDÃO IMPUGNADO QUE RECONHECEU A CONDIÇÃO DE SEMI-IMPUTÁVEL DO RECORRIDO (ART. 26, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CP), SEM EXAME MÉDICO-LEGAL. ILEGALIDADE. IMPRESCINDIBILIDADE DO EXAME PERICIAL.
1. O art. 149 do CPP não contempla hipótese de prova legal ou tarifada, mas a interpretação sistemática das normais processuais penais que regem a matéria indica que o reconhecimento da inimputabilidade ou semi-imputabilidade do réu (art. 26, caput e parágrafo único do CP) depende da prévia instauração de incidente de insanidade mental e do respectivo exame médico-legal nele previsto, sendo possível, ao Juízo, discordar das conclusões do laudo, desde que por meio de decisão devidamente fundamentada.
2. Recurso especial provido para cassar, em parte, o acórdão exarado no julgamento da Apelação Criminal n. 70073399487 - especificamente na parte que aplicou o redutor do art. 26, parágrafo único, do CP - a fim de que,

incidente de insanidade mental e de respectivo exame médico-legal, sendo, portanto, requisito fundamental para a aplicação das medidas de segurança,

> o psiquiatra entra como uma modalidade de poder nessa esfera, tratando o perigo social como uma enfermidade e atribuindo necessidade do exame psiquiátrico para legitimar a sanção, fornecendo um nexo causal a cada momento processual[130]

A periculosidade é o ponto de conexão entre o poder médico e o poder judiciário[131], apesar do "objetivo central [do laudo de incidente de insanidade mental] é o de analisar se o periciando apresentava, no momento da prática delitiva, condições de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento"[132], a conclusão da inimputabilidade ou semi-imputabilidade (nos casos em que se aplicaria às medidas de segurança) resultará na aplicação das medidas de segurança, detentiva ou ambulatorial, as quais necessariamente serão regularmente revistas por outros laudos psiquiátricos, por um período de tempo imposto pelo juiz, que atestarão a periculosidade[133] do sujeito submetido às medidas de segurança.

> "a periculosidade social não corresponde a nenhum dos critérios que constroem o diagnóstico psiquiátrico sobre os quais se funda o método científico e não se reveste de qualquer valor terapêutico, cumprindo, tão somente, a função de defesa social"[134]

O chamado "portador" de periculosidade deve ser afastado, pois "são perigosos e só por isso devem ser segregados"[135] deixando de considerá-lo como pessoa, ocultando este fato com racionalizações científicas que reverberam o discurso positivista.

---

verificada a dúvida acerca da sanidade mental do recorrido à época do crime, seja determinada a baixa dos autos ao Juízo de origem para realização de exame médico-legal nos termos do art. 149 do CPP."
(REsp n. 1.802.845/RS, relator Ministro Sebastião Reis Júnior, Sexta Turma, julgado em 23/6/2020, DJe de 30/6/2020)

[130] BRANCO, *op. cit*., p. 196.

[131] Mesmo que o juiz esteja dissociado da conclusão do laudo de exame de insanidade mental (por razões fundamentadas), "não há, a partir dos laudos, a separação entre poder médico e poder judiciário, mas a união de ambos resultando em um terceiro elemento normalizador" – WEIGERT, *op. cit*., p. 91.

[132] WEIGERT, 2017 *apud* PAZ, 2004, p. 16.

[133] "se a periculosidade é o fundamento da imposição da medida de segurança no Brasil, para que o réu possa ser encaminhado no manicômio judiciário, este sujeito deve ser considerado portador de periculosidade, isto é, a inimputabilidade do sujeito está sim atrelada à característica da periculosidade" – WEIGERT, *op. cit*., p. 90.

[134] BRANCO, *op. cit*., p. 198.

[135] ZAFFARONI, *op. cit*., p. 18.

> "A periculosidade e seu ente portador (o perigoso) ou *inimigo* onticamente reconhecível, provenientes da melhor tradição positivista e mais precisamente garofaliana, cedo ou tarde, devido à sua segurança individualizadora, *termina na supressão física dos inimigos. O desenvolvimento coerente do perigosismo, mais cedo ou mais tarde, acaba no campo de concentração*"[136] [grifo do autor]

O psiquiatra é envolvido em toda a relação processual e executória das medidas de segurança, o juiz delega ao perito a sua tarefa de julgamento, pois

> O que se verifica no caso do incidente de insanidade mental é que o magistrado, embora devesse atuar de acordo com a livre apreciação das provas, acaba agindo conforme o sistema (medieval/inquisitivo) da prova taxada ou tarifada, na medida em que dá maior valor à perícia psiquiátrica do que qualquer outra prova[137]

A "transmissão da responsabilidade de julgar" ao psiquiatra demonstra que o papel principal do psiquiatra é retomado, quando há um exame de incidente de insanidade mental atestando a presença de uma "anormalidade", de forma automática e esperável, sentencia-se o sujeito à pena perpétua das medidas de segurança[138]. A deficiência do Sistema Penal Brasileiro em se distanciar das raízes positivistas instauradas como meio de controle de pessoas marginalizadas à sociedade que, a qualquer custo, são utilizadas formas legitimadoras para segregar e neutralizar, mantendo-os como objeto de estudos, tudo em busca da "defesa social"[139], retrata a falha tentativa de desinstitucionalização[140] das medidas de segurança garantidas pela Reforma do Código Penal de 1984.

---

[136] *Ibidem*, p. 104.
[137] WEIGERT, *op. cit*., p. 92.
[138] BRANCO, *op. cit*., p. 198.
[139] "A indissociabilidade preconceituosa e institucionalizada entre sofrimento mental e perigo é o fundamento desse sistema penal psiquiatrizado que trabalha no funcionamento da punição (retributiva) como técnica de transformação individual, contenção dos riscos e prevenção, assim como na procura dos estigmas patológicos para marcar os rotulados como "perigosos" – *Ibidem*, p. 199.

[140] "Corresponde a inovação às atuais tendências de "desinstitucionalização", sem o exagero de eliminar a internação." – BRASIL, 1983, item 91.

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: AS INFLUÊNCIAS DA ANTIPSIQUIATRIA

3.1. O marco teórico do início do movimento das reformas psiquiátricas

Para compreendermos a reforma psiquiátrica brasileira e ressaltarmos a sua importância diante da aplicabilidade das medidas de segurança na sociedade atual, é necessária uma brevíssima análise histórica dos movimentos de reforma psiquiátricos que constituem a base inicial para a formação da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira, de forma que sejam estabelecidas as relações históricas e metodológicas dos primeiros movimentos com a reforma psiquiátrica no Brasil.

Como apresentado por Paulo Amarante e Mariana Weigert, é necessário destacar três movimentos que constituem um marco fundamental para o alcance da reforma psiquiátrica no Brasil: a) a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional; b) a Psiquiatria de setor e a Psiquiatria Preventiva; e c) a Antipsiquiatria.

3.1.1. A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional

Os movimentos que instituíram a reforma psiquiátrica tinham como objeto a crítica acerca das violências praticadas contra os considerados loucos com o intuito de romper a lógica "periculosista"[141]. O marco teórico para essa mudança de pensamento se deu logo após dos horrores da Segunda Guerra Mundial, especialmente pela metafórica comparação dos campos de concentração com os manicômios, que eram vistos como "espaços fora do direito"[142]. Tal ideia, mesmo que comparativa, já se insurge com a traumática experiência da Europa diante da preservação da dignidade humana.

[141] WEIGERT, *op. cit*., p. 125.
[142] WEIGERT, 2017 *apud* RUIZ, 2012, p. 17.

Apesar de um discurso reformista, tanto a Comunidade Terapêutica, quanto a Psicoterapia Institucional são agrupadas pois compreendem e se baseiam no fracasso na gestão dos manicômios[143], para propor uma série de transformações, a começar pelo entendimento de que "se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, tal não deve ser outra a sua destinação"[144]. Para a Comunidade Terapêutica, o objetivo do hospital psiquiátrico não deve ser de controle, deve ser compreendido como uma "escola de liberdade"[145], de forma que as relações entre os profissionais e os sujeitos internados se verticalizem, para que seja rompida a ideia de hierarquia. A ideia do hospital psiquiátrico como uma comunidade terapêutica seria os agentes ativos do processo de tratamento, sendo estes os psiquiatras, enfermeiros e pacientes, compreendidos como componentes de uma microssociedade em que se "descartaria" a hierarquia da psiquiatria tradicional.

Enquanto a Psicoterapia Institucional, tem como principal foco a reforma do ambiente, do meio do hospital psiquiátrico, visto que este deve ser "um hospital reformado, eficiente, dedicado à terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada e o doente devolvido à sociedade"[146]. "O objeto da psicoterapia institucional refere-se ao 'coletivo' dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade, porque, neste último, [...] produz-se um campo de alienação social"[147]. Há um conjunto de ações com funções terapêuticas que são instituídas para todos os sujeitos do hospital[148].

> O alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo-se a uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que pretende-se operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.[149]

3.1.2. Psiquiatria de setor e a Psiquiatria preventiva

---

[143] WEIGERT, *op. cit*., p. 125.
[144] AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz (Coleção Panorama), 1995. 2.ed. revista e ampliada - Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998, p. 34.
[145] WEIGERT, *op. cit*., p. 126.
[146] AMARANTE, *op. cit*., p. 34.
[147] *Ibidem*, p. 36.
[148] "a hipótese inicial é a de que todos estão doentes na instituição total, motivo pelo qual a terapia deve abarcar o hospital inteiro" – WEIGERT, *op. cit*., p. 126.
[149] AMARANTE, *op. cit*., p. 36.

Há uma aproximação da sociedade como parte do processo de tratamento, enquanto os hospitais psiquiátricos serviriam de meros auxiliadores, apenas conduzindo as etapas iniciais do procedimento terapêutico[150], o retorno do paciente ao setor/sociedade serviria como uma forma de ressocialização plena, onde seria garantido

> uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a 'pós-cura' das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica.[151]

Apesar de uma lógica quase antimanicomial[152],

> *a experiência francesa de setor não apenas não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos 'normais' e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura*.[153] [grifo do autor]

A afirmação de Rotelli é cirúrgica, não é factível uma tentativa de reforma sem a mutação estruturalmente social do discurso técnico-científico ideal da psiquiatria, que compreendia a necessidade de enclausuramento daqueles considerados "loucos" para uma "defesa social". São anos de temor e receio das pessoas consideradas "loucas", e aqueles considerados "loucos-criminosos", duplamente estigmatizados, são percebidos pela sociedade como alguém incapaz de ser ressocializado. Eis a conclusão dialética: se o hospital psiquiátrico serve para "curar" os pacientes a fim de que sejam ressocializados, mas quando é proposta a tentativa de ressocialização, não é bem vista pela sociedade, qual seria então o papel do hospital psiquiátrico, se não o enclausuramento de pessoas renegadas pela sociedade?

---

[150] *Ibidem*, p. 37.
[151] *Ibidem*.
[152] "a psiquiatria de setor constituiu-se em importante referência nas reformas psiquiátricas e, como se verá, as iniciativas que pretendiam romper totalmente com a lógica manicomial passaram a utilizar suas estratégias até conseguir atingir a desinstitucionalização completa" – WEIGERT, *op. cit*., p. 128.
[153] AMARANTE, 1998, *apud* ROTELLI, 1994, p. 150.

A Psiquiatria preventiva surge nos Estados Unidos, na década de 60, e, como se sugere, o objeto deixa de ser a cura da doença para ser a possibilidade de prevenção[154].

> O preventivismo americano vem produzir um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos. A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como a crise), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Desta forma, urge a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal.[155]

Assim como na escola criminológica positivista, mais uma vez "a psiquiatria se coloca na função de controle social, daquela que pode, cientificamente, evitar os desajustes dos cidadãos e, portanto, de todo o corpo social[156].

> Enquanto estes dois momentos *[Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional; e Psiquiatria de setor e Psiquiatria preventiva]* limitam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico - na medida em que acreditam na instituição psiquiátrica como *locus* de tratamento e na psiquiatria enquanto saber competente -, a fim de fazê-lo retornar ao objetivo do qual se 'desviara', a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana operam uma ruptura. Ruptura esta referente a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o campo da epistemologia e da fenomenologia. Desta maneira, buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos.[157]

3.1.3. O surgimento da ruptura: a antipsiquiatria

Inicia-se, na década de 50, na Inglaterra, o primeiro grande movimento europeu de ruptura do saber psiquiátrico tradicional: a antipsiquiatria. Desenvolvida por David Cooper, Aaron Esterson e Ronald Laing, surgirá como um movimento contracultural que, inicialmente, se voltará contra o saber médico-psiquiátrico da esquizofrenia.

---

[154] WEIGERT, *op. cit*., p. 129.
[155] AMARANTE, *op. cit*., p. 38.
[156] WEIGERT, *op. cit*., p. 130.
[157] AMARANTE, *op. cit*., p. 25.

> As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica.[158]

A partir desta discussão singular, é revisto todo o modo de saber acerca dos conceitos impostos pela psiquiatria a anos. Tal constatação complementa a crítica apresentada por Rotelli, quando não se faz uma mudança estrutural na sociedade[159], não há como invalidar um estigma já imputado pela própria ciência psiquiátrica

> não há técnica de invalidação humana mais respeitável do que a da ciência médica; e a Psiquiatria – enquanto especialidade médica – no âmbito de todo seu campo de atuação, tem colaborado com a sistemática invalidação de ampla categoria de pessoas[160]

Esta sistemática invalidação começa pelo termo técnico empregado: doença mental[161]. O termo utilizado pela psiquiatria tradicional já cria uma mentalidade popular de patologia e cuidado, o que leva automaticamente o pensamento de afastar estas pessoas, "utilizar a linguagem psiquiátrica clássica implicaria em circunscrever e isolar o paciente em uma entidade nosológica, pois é possível considerar o comportamento de qualquer pessoa como um conjunto de sinais de doença ou como expressão da sua existência."[162].

> Ligada à doença está a fraqueza e, de forma combativa, as invenções terapêuticas consistem em combinações complexas de tratamento e controle social dos doentes fracos. O paciente privado de sua liberdade assim está, não por estar doente, mas porque incomoda o campo social.[163]

---

[158] *Ibidem*, p. 44.
[159] "para vislumbrar um processo de transformação social e desinstitucionalização, é preciso modificar as relações de poder entre as pessoas e também é preciso que haja serviços que ajudem as famílias a encontrarem uma dinâmica diferente, não destrutiva, para que possam abandonar o desvalor da doença e compreender que é possível conviver com a diversidade" - BRANCO, *op. cit*., p. 194.
[160] *Ibidem*, p. 160.
[161] "Essa categoria *[doença]* possuía um limitado número de elementos que participavam de uma característica de referência comum, ou seja, um estado fisioquímico de desordem corporal. É esse, portanto, o significado literal da palavra doença. Com o passar do tempo, novos itens foram incorporados à referida categoria, não porque tenham sido descobertos como doença física propriamente dita, mas porque os critérios iniciais da definição de doença foram alterados: de uma desordem do corpo passou-se ao sofrimento da pessoa" – *Ibidem*, p. 162.
[162] CÉZAR; M. A.; COELHO, M. P. As experiências da reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**. v. 11. n. 20, jan. 2017, p. 134-151.
[163] BRANCO, *op. cit*., p. 162.

A antipsiquiatria pretende descontruir a relação de poder que deu origem à psiquiatria clássica[164], com o fundamento ideológico a total extinção dos manicômios e a eliminação da ideia de doença mental[165]. Na década de 60, surge o mesmo movimento na Itália, capitaneado por Franco Basaglia, também chamada de Psiquiatria Democrática tendo sido uma das grandes influências para a reforma psiquiátrica brasileira.

Basaglia, com fortes bases nas obras de Foucault e Goffman, dará o início à negação da psiquiatria como ideologia[166], por isso o movimento antipsiquiátrico aparece como forma de ruptura e não de reforma da instituição e na ciência psiquiátrica. Para tal, começa provocando o processo de alienação dos agentes inseridos nas instituições psiquiátricas, pois a "descristalização dos três polos da vida hospitalar – doente, médico e enfermeiro – percebendo o 'doente' como um homem, sujeito de direitos, responsabilidades, vontades e liberdade. Nada mais seria verticalizado; a relação seria horizontal, desinstitucionalizada"[167].

> A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade.[168]

A influência basagliana resultou na aprovação da conhecida Lei Basaglia ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, a qual determinou:

> a) proibição da recuperação de velhos manicômios e aprovação da construção de novos hospitais; b) organização de recursos para a rede de cuidados psiquiátricos; c) restituição da cidadania, dignidade e direitos sociais aos usuários do sistema de saúde psiquiátrica; d) garantia de tratamento psiquiátrico qualificado e humanizado[169]

---

[164] WEIGERT, *op. cit*., p. 133.
[165] OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos Rio de Janeiro**. v. 18. n. 1, jan-mar 2011 p. 141-154.
[166] WEIGERT, *op. cit*., p. 135.
[167] BRANCO, 2018 *apud* BASAGLIA, 1985, p. 115.
[168] AMARANTES, *op. cit*., p. 46.
[169] BRANCO, *op. cit*., p. 169.

Apesar da vitória, "Basaglia afirmava que a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana não foi totalmente feliz e *permitiu a sobrevivência da situação tradicional*"[170], sendo apenas pseudoavanços, a velha fórmula da periculosidade que justifica a internação compulsória[171] permanece sendo o centro das atenções das instituições psiquiátricas.

Mariana Weigert, a partir de Agamben e Foucault, aponta que a Lei 180 foi uma vitória da classe operária, porém

> "o (des)investimento na visa não se faz mais em relação aos que não contribuem ao desenvolvimento do sistema capitalista enquanto mão de obra, mas sim perante os que não possuem capacidade de serem consumidores, dentre os quais os loucos são excelentes representantes [...] tal exclusão ocorre devido a outros fatores, fundamentalmente por força lógica biopolítica que pressupõe que todos devem ter condições de consumir para estar em sociedade e quando assim não for acabarão sendo segregados nos cárceres (criminologia crítica) ou nos manicômios (antipsiquiatria)"[172]

Há de se pontuar que apesar das mudanças ocorridas desde a década de 60, especialmente no entendimento de que o enclausuramento do proletariado em instituições psiquiátricas ocorria devido ao controle de uma classe sobre outra, ainda assim é seguro afirmar que os resquícios de uma psiquiatria tradicional de controle – com os fundamentos baseados na criminologia positivista – que foram amparados pela classe burguesa como uma forma de controle, ainda possuem cicatrizes bem abertas. Não só a perda de capacidade de serem consumidores, mas a preocupação com a perda de capacidade para o trabalho, denota que as instituições psiquiátricas ainda são centros de legitimação de uma sociedade burguesa.

3.2. A reforma psiquiátrica brasileira

O movimento de reforma psiquiátrica brasileiro pode ser compreendido entre as décadas de 1980 e 1990, como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência

---

[170] *Ibidem*.
[171] *Ibidem*, p. 159.
[172] WEIGERT, *op. cit*., p. 138.

psiquiátrica no país[173]. Surgindo no meio do período ditatorial, o principal movimento que capitaneou as discussões acerca da reforma psiquiátrica foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que começa a apontar as violências ocorridas dentro das instituições psiquiátricas

> É principalmente a partir destas organizações que são sistematizadas as primeiras denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante[174]

O MSTM, a partir do conceito de desinstitucionalização, tenta compreender a função social do saber psiquiátrico e suas instituições para além de um papel meramente médico-terapêutico-asilar[175]. Assumem o lema de uma sociedade sem manicômios e abraçam as ideias basaglianas como principal fonte referencial. Entretanto, apesar das Conferências de Saúde Mental organizadas pelo MSTM[176], projetos de leis – que previam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos[177], a primeira movimentação significativa foi a Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, ocorrida em 1990, gerando a Declaração de Caracas[178]. Visando promover o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com condições de saúde mental, advertindo que "a assistência psiquiátrica convencional não permitia alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo"[179].

---

[173] HIRDES, *op. cit*., p. 298.
[174] AMARANTE, *op. cit*., p. 88.
[175] BRANCO, 2018, *apud*. AMARANTE, 1995, p. 492.
[176] "Isto faz com que os membros do MTSM incorporados em postos de direção municipais e estaduais tomem a iniciativa de organizar conferências nos seus níveis de influência, para, assim, forçar a realização da nacional ou, como concreta possibilidade, realizar uma conferência independente. Assim são realizadas algumas conferências estaduais e municipais. Para dar desdobramento ao que fora iniciado pela oitava e, mais, com o intuito de aprimorá-la e de avançar em determinados aspectos, muitas inovações são introduzidas. A principal delas diz respeito a uma melhor distribuição das vagas de delegados entre representantes de instituições e órgãos públicos, e entre representantes da sociedade civil. Desta forma, passam a merecer um destaque singular as organizações de usuários, de psiquiatrizados, de familiares, que, embora existissem desde algum tempo, encontravam muito pouco espaço para expressarem suas opiniões e projetos nas instâncias oficiais de participação." – AMARANTES, *op. cit*., p. 91.
[177] Aqui destaca-se o Projeto de Lei 3.657/89, que viria a se tornar na Lei Ordinária 10.216/2001, apresentada pelo Deputado Paulo Delgado, do PT, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004> Acessado em: 22/06/2023
[178] Sendo o Brasil signatário desde 1990. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf> Acessado em: 22/06/2023.
[179] BRANCO, *op. cit*., p. 172.

A década de 90 foi marcada por um intenso debate entre os pressupostos da psiquiatria tradicional e das diferentes formas alternativas de tratamento que induzem ao abolicionismo manicomial[180]. O resultado mais vitorioso dos grandes debates trazidos pela reforma psiquiátrica brasileira é a Lei 10.216/2001, a lei antimanicomial.

3.2.1. A tentativa de concretização da ruptura: a lei antimanicomial

Promulgando um novo modelo de saúde mental, a Lei 10.216/2001 surge como uma "conquista do 'direito de negar' as instituições violentas, como pregava Basaglia"[181], sendo uma contracultura psiquiátrica que garantiu o "direito de existir" dos pacientes. Apesar do nome de "Lei Antimanicomial", a expressão trazida no Projeto de Lei 3.657/89 de "extinção progressiva dos manicômios" não aparece como objetivo principal, entretanto, há uma alegoria da progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos, até chegarem em sua extinção.

As principais mudanças apresentadas pela lei podem ser divididas em quatro categorias:

> a) no conceito de doença mental, b) nos direitos e na proteção de cidadãos portadores de transtornos psíquicos, c) nas espécies e objetivos da internação psiquiátrica de pessoas com transtornos mentais, d) na prioridade do tratamento ambulatorial em caso de crime de reclusão cometido por inimputável[182]

A primeira conquista proveniente de uma crítica do movimento da antipsiquiatria seria em relação ao termo "doença mental". Não há mais uma relação patológica quanto ao paciente, substituindo o termo para pessoas portadoras de transtorno mental ou pessoas com sofrimento psíquico. Por mais que a alteração lexical pareça mínima, na verdade se demonstra como o primeiro rompimento das correntes positivistas italianas,

---

[180] *Ibidem*, p. 173.
[181] *Ibidem*, p. 175.
[182] SANTOS, *op. cit*., p. 629.

> A superioridade do conceito de *transtorno mental* sobre o conceito de *doença mental* do art. 26, CP, parece clara: a natureza mais compreensiva e menos estigmatizante do conceito de *transtorno mental* permite humanizar o fenômeno psíquico antes designado por *doença mental*, agora compreendido como possível anomalia do aparelho psíquico de pessoas saudáveis, em geral – uma anomalia que pode se projetar sob a forma destrutiva de agressões externas (violência criminal), ou se introjetar sob a forma masoquista de agressões internas (suicídio).[183] [grifo do autor]

Com a mudança do conceito, a lei antimanicomial já se apresenta como marco de ruptura de uma tradição positivista enraizada no Brasil.

O surgimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais é, de fato, o símbolo de maior relevância na lei antimanicomial, quebra-se com a ideia positivista de coisificação do sujeito[184], que assim retorna com o seu "direito de existir". O art. 2º, parágrafo único da Lei 10.216/2001 apresenta um rol de direitos das pessoas com transtornos mentais, ressaltando a importância da ciência da família/responsáveis, denota-se, claramente, um retorno ao movimento de Psiquiatria de setor, como uma forma de reintegração entre os pacientes e familiares para acompanhar todas as etapas da internação.

Além dos direitos, estabeleceu-se que a internação psiquiátrica, assim como o princípio de *ultima ratio* do Direito Penal, deve ser aplicada em último hipótese[185] e mediante laudo psiquiátrico que indique os motivos que recomendam ou justificam a internação psiquiátrica[186] (art. 6º da Lei 10.216/2001). Outra condição para a internação, é o esgotamento de recursos extra-hospitalares existentes, ou seja, é necessário que os recursos extra-hospitalares sejam insuficientes para a aplicação da internação psiquiátrica, caso sejam suficientes, aplica-se o tratamento ambulatorial.

---

[183] *Ibidem*, p. 630.
[184] "na medida em que se teorizou admitindo que alguns seres humanos são perigosos e só por isso devem ser segregados ou eliminados, coisificou-os sem dizê-lo, e com isso deixou de considerá-los pessoas, ocultando esse fato com racionalizações" – ZAFFARONI, *op. cit*., p. 18.
[185] A contradição se apresenta na aplicabilidade das medidas de segurança, que são aplicadas como uma forma substitutiva das penas restritivas de liberdades. Se ambas devem ser aplicadas em última hipótese, por que as medidas de segurança seriam a primeira opção para os indivíduos considerados inimputáveis pelo Direito Penal?
[186] "a simples descrição do transtorno mental, sem indicação dos motivos que recomendam ou justificam a internação psiquiátrica do paciente, não autoriza nenhuma forma de internação compulsória prevista na lei" – SANTOS, *op. cit*., p. 636.

O objetivo da internação psiquiátrica retorna objetivo secular: a reinserção social do paciente ao meio. Como já mencionado, as influências da Psiquiatria de setor[187] estão presentes neste objetivo de tentar reintegrar o paciente, ao seu meio familiar e dar-lhe a oportunidade de ter uma assistência médica, social, psicológica, ocupacional e de lazer (art. 4º, §2º da Lei 10.216/2001).

Como espécies, a lei antimanicomial apresenta quatro modalidades de internação: a) Internação Psiquiátrica Voluntária – sendo realizada com o consentimento do paciente (art. 6º, I da Lei 10.216/2001); b) Internação Psiquiátrica Involuntária – quando a internação é realizada sem o consentimento do paciente, sendo solicitada por um familiar ou responsável (art. 6º, II da Lei 10.216/2001); c) Internação Psiquiátrica Compulsória – quando determinada por juiz competente (art. 6º, III da Lei 10.216/2001), de acordo com lei vigente (apenas ocorrido em casos do sujeito considerado como inimputável).

Apesar da relevância da Lei Antimanicomial e das grandes mudanças que ela apresenta, especialmente dentro do Sistema de Justiça Criminal brasileiro, ainda assim o judiciário não parece ter absorvido tais medidas reformadoras, o principal exemplo é a própria permanência das medidas de segurança no ordenamento jurídico-penal. Apesar da luta ser "contra uma lógica hospitalocêntrica inocuizadora [...] a reforma brasileira, assim como a italiana, precisa ser vista e compreendida como um derivado do processo de desinstitucionalização, ainda que não atingido plenamente em seu campo prático"[188].

[187] "a psiquiatria de setor constituiu-se em importante referência nas reformas psiquiátricas e as iniciativas que pretendiam romper totalmente com a lógica manicomial passaram a utilizar suas estratégias até conseguir atingir a desinstitucionalização completa" – WEIGERT, *op. cit*., p. 128.
[188] BRANCO, *op. cit*., p. 180.

4. A TENTATIVA DE SUPERAÇÃO DO MODELO PENAL-PSIQUIÁTRICO

4.1. As contradições da aplicabilidade das medidas de segurança pós-lei antimanicomial

4.1.1. Medidas protetivas x Medidas de segurança

O objetivo da Lei Antimanicomial era claro: abandonar o conceito de periculosidade para que, consequentemente, houvesse a extinção das medidas de segurança, convertendo-as em medidas protetivas para as pessoas com transtornos mentais.

Para tanto, aplicam-se inovações terapêuticas, também chamadas de assistência integral dos pacientes, prevista no art. 4º, §2º da Lei 10.216/01, que pretende oferecer ao paciente um serviço multidisciplinar induzindo a aplicabilidade de recursos extra-hospitalares. A ideia central é realizar o desmame da aplicação das medidas de segurança por meio de internações psiquiátricas compulsórias em hospitais psiquiátricos.

A crítica dos manicômios judiciários em razão das inovações terapêuticas não é inovadora. Em 1981, Djalma Barreto publica um artigo sobre os Aspectos da inimputabilidade e, neste artigo, ele discute a "incompatibilidade da coexistência dos manicômios judiciários face às modernas conquistas psicoterapêuticas alcançadas pela ciência"[189], pois há uma "inadaptação dos manicômios judiciários para as finalidades terapêuticas previstas em relação às medidas de segurança"[190].

E, em conformidade com a lei antimanicomial – mesmo que esta ainda não existisse – ressalta que "quando era deixado ao arbítrio do Juiz entregar o inimputável à família ou recolhê-lo a estabelecimento hospitalar adequado, paradoxalmente, mais próximo se encontra das atuais conquistas e resoluções médico-psiquiátricas na área do tratamento da saúde mental"[191], há uma

[189] BARRETO. Djalma Lucio Gabriel. Aspectos da inimputabilidade. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV, n. 2, p. 223-227, 1981.
[190] *Ibidem*, p. 224.
[191] *Ibidem*, p. 227.

"desnecessidade da subsistência dos Manicômios Judiciários"[192]. A diferença seria no modo de aplicação destas formas terapêuticas de ressocialização em conjunto com a família.

A Lei Antimanicomial não visa a extinção completa da atuação da psiquiatria no Sistema Judicial Criminal brasileiro, pois

> Por muito correto que seja assinalar as origens comuns da prisão e do manicômio como instituições ortopédicas destinadas a impor conjuntamente novas estratégias de socialização, que já não se sustentariam no puro castigo corporal para o delinquente ou no encarceramento hospitalar para o louco, o direito penal não pode renunciar à distinção entre o doente mental e o são, quando se trata de determinar a imputabilidade.[193]

Apenas visa a regulação das medidas protetivas para as pessoas com transtornos mentais de acordo com a Constituição Federal de 1988.

Há uma brincadeira lexical, a tentativa de substituir as medidas de segurança, que servem como uma forma de proteger a sociedade contra os "loucos criminosos", servindo-se de manicômios e hospitais psiquiátricos como forma de contenção destas pessoas a fim de uma "defesa social"[194], para as medidas protetivas, que servem para proteger os direitos e a dignidade das pessoas com sofrimento psíquico.

4.1.2. A dura herança da periculosidade

A Lei Antimanicomial, nitidamente influenciado pelas mudanças italianas[195], apresenta como primeira mudança epistemológica o abandono (in)definitivo da periculosidade criminal, não podendo mais ser atribuída às pessoas com transtornos mentais[196]. Entretanto, o que na década de 80 na Itália já estava exaustivamente debatido e superado, aqui no Brasil, será

---

[192] *Ibidem*.
[193] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR., 2017, p. 260.
[194] "A segregação psiquiátrica dos 'mal viventes' é terapêutica para os 'bem viventes'; funciona como limpeza urbana demonstrando o pleno funcionamento do Sistema Penal. A internação garante a mesma sensação que a pena privativa de liberdade – a falsa tranquilidade e segurança" – BRANCO, *op. cit*., p. 216
[195] "na Itália, já há muito a categoria 'periculosidade' não possui credibilidade, deixou de agir na lógica voltada ao 'anormal' como uma das engrenagens tão fundamentais. Desde a década de 80 já não é utilizada como um critério que possa ser encarado como objetivo, ou seja, começa a deslocar-se deste seu local naturalizado, em que é entendido como principal componente deste grande regime de verdade que é a perícia psiquiátrica" – WEIGERT, *op. cit*., p. 169.
[196] SANTOS, *op. cit*., p. 637.

utilizado como forma de legitimar as medidas de segurança, pois "toda a máquina que move o modelo periculosista e que se legitima e se sustenta muito através deste conceito segue operando exatamente da mesma maneira que o fazia nas mãos de Pinel ou Lombroso[197].

A periculosidade reafirma o papel do psiquiatra na relação penal-psiquiátrica, "o que o direito reivindica da psiquiatria, no momento de realizar a sentença de alguém em que exista a suspeita de 'louco', é a periculosidade como prognose da reincidência"[198], sendo reafirmada através do laudo de incidente de insanidade mental.

> No Sistema de Justiça Criminal brasileiro, quando se tem um incidente de insanidade mental, os laudos que insistem em afirmar (inquestionável e cientificamente) a presença de uma anormalidade perigosista (na maioria dos casos) sentenciam o sujeito à pena perpétua, apelidada de medida de segurança (de tratamento), que terá como papel exclusivo diminuir o risco que o indivíduo 'perigoso' supostamente oferece à coletividade, seja pela eliminação ou pela exclusão.[199]

A relação da periculosidade com a ideia do "perigoso" reafirma que

> A indissociabilidade preconceituosa e institucionalizada entre sofrimento mental e perigo é o fundamento desse sistema penal psiquiatrizado que trabalha no funcionamento da punição (retributiva) como técnica de transformação individual, contenção dos riscos e prevenção, assim como na procura dos estigmas patológicos para marcar os rotulados como "perigosos"[200]

A tentativa de descentralização da psiquiatria através da Lei Antimanicomial é ignorada. Ainda há um entrelaço de raízes das áreas *jus* e *psi*, que deve ser desfeito urgentemente, como aponta Mariana Weigert:

> Se este pode ser entendido como principal fruto do casamento entre ambas as áreas do saber, legitimador de inomináveis violências em relação aos infratores portadores de sofrimento psíquico, ameaçar o conceito de periculosidade seria como retirar o principal alicerce de toda a lógica perversa que se volta ao sujeito interno nos manicômios judiciários brasileiros. E começar a afastar desta definição o caráter

[197] WEIGERT, *op. cit*., p. 170.
[198] *Ibidem*, p. 171.
[199] BRANCO, *op. cit*., p. 198.
[200] *Ibidem*, p. 199.

> intocável de ciência, isto é, apontar a impossibilidade científica de se precisar o grau de perigo e as futuras condutas de alguém leva todo o regime de verdade estruturado sobre a periculosidade a ser lentamente desconstruído[201].

4.2. A execução das medidas de segurança: o meio de contenção brutal racionalizado

A maior dificuldade está na releitura do Código Penal, que está cegamente submerso no conteúdo penal-psiquiátrico de periculosidade[202], a partir de um viés antimanicomial. Não forma poucos os esforços apresentados pelo próprio Sistema de Justiça Criminal brasileiro para tentar conter a reprodução contínua do discurso psiquiátrico travestido de um leve resquício criminológico positivista.

Cita-se a fim exemplificativo, a Recomendação n. 35/2011 do Conselho Nacional de Justiça[203] que, "sem assumir a radicalidade das mudanças introduzidas pela nova lei"[204] recomenda "a adoção da política antimanicomial na execução de medida de segurança"[205]. Apesar da intenção de instituir a Lei Antimanicomial – esquecida por alguns Tribunais – na fase executória, não recomenda o mais importante: a extinção gradativa das medidas de segurança, apenas compreende e aceita a coexistência das medidas de segurança (de uma lei com viés manicomial) e das medidas protetivas (da lei antimanicomial).

Outro breve exemplo relevante que será brevemente citado, foi a criação de uma experiência à luz do modelo antimanicomial: a criação do Programa de Atenção Integral ao

---

[201] WEIGERT, *op. cit*., p. 173

[202] "doença, psiquiatria e instituição hospitalar reduzem-se a um mero nominalismo, dado que a doença é a ilusão da periculosidade presumida que convém conter; a psiquiatria, um ramo da justiça que pune todo suspeito de periculosidade; e a instituição hospitalar, o cárcere em que essa presumida periculosidade fica segregada" – BRANCO, 2018, *apud*, BASAGLIA, 2005, p. 273.

[203] Disponível em: < https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acessado em 26/06/2023.

[204] SANTOS, *op. cit*., p. 639.

[205] *Ibidem*.

Paciente Judiciário (PAI-PJ)[206] e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)[207] que servem de modelos paliativos que demonstram um notável avanço da reforma psiquiátrica.

Diante de todo o exposto, eis a questão: o que se fazer? Como fazer com que a Justiça Penal brasileira introduza as significativas tentativas de humanização de um sistema executório brutal pela perspectiva antimanicomial? Para esta questão, Mariana Weigert apresenta a seguinte solução:

> mais do que ter como pressuposto que o portador de sofrimento psíquico é imputável para fins de definição da quantidade de sanção aplicável, utilizando as ferramentas fornecidas pelo Código Penal, seria possível estabelecer como diretriz que o seu tratamento jurídico fosse similar ao da semi-imputabilidade. Isto porque se a Lei 10.216/01 assegura uma responsabilização sui generis ao preservar na esfera jurídica do usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei capacidades diferenciadas de compreensão (cognição) e vontade, o quadro se assemelha muito às formas de culpabilidade reduzida o semi-imputabilidade.[208]

> não se vislumbra qualquer motivo que justifique tratamento diferenciado entre os usuários comuns do serviço de saúde mental e aqueles mesmos usuários que praticaram delitos [...] o tratamento prestado dever ser equânime e regido pela lógica da desinstitucionalização[209]

Entretanto, tal saída não parece ser a mais adequada, do contrário, parece "(re)legitimar o tão criticado sistema prisional já *deslegitimado*"[210]. Temos que compreender que não existe saída pelo sistema penal vigente que não seja violenta[211], as mudanças apresentadas são sempre

---

[206] Inaugurado em Belo Horizonte/MG, promove a substituição do modelo manicomial para um tratamento em saúde mental, sendo uma ação conjunta entre saúde e direito, àquela somente cabe a função de prestar assistência em saúde mental. O diferencial está na rede de atenção e cuidado que o sujeito está inserido, dispensando totalmente os manicômios judiciários. – BRANCO, *op. cit*., p. 208.

[207] Como experiência mais revolucionária, surge em Goiás, e possui como característica principal a superação prática do paradigma de periculosidade social, sendo substituídos por avaliações pessoais de inclusão social. O programa sempre observa a finalidade permanente de reinserção e a humanização do tratamento, através da aplicação da assistência integral e a exclusão de instituições hospitalares. – SANTOS, *op. cit*., p. 641.

[208] WEIGERT, *op. cit*., p. 179.

[209] *Ibidem*, p. 181.

[210] BRANCO, *op. cit*., p. 221.

[211] "Todas as vias alternativas apresentadas – que talvez estejam funcionando apenas como redução de danos – deságuam em mecanismos de controle (sejam médicos e/ou jurídico-penais), uns mais, outros menos violentos, mas sempre vinculados ao poder disciplinar que a qualquer momento, os tentáculos penais mais severos podem ser acionados, porque todos os programas alternativos continuam com suas execuções jurisdicionalizadas. Estar filiado ao sistema penal – seja de maneira reducionista que for – é garantir a resposta social pelo fato punível" – *Ibidem*, p. 223.

paliativas e progressivas, nunca estruturalmente radicais de forma que, de fato, haja uma ruptura sistemática e ideológica dentro do sistema punitivo.

> Não se pode tratar de uma reforma dessa amplitude sem tocar, necessariamente, em todas as outras tecnologias de poder e exclusão social, pois a luta pela emancipação de uma pessoa em sofrimento psíquico soma-se à luta pela emancipação do todo social.[212]

Diante da superestrutura punitiva, a luta pela quebra das correntes manicomiais somente se demonstrará totalmente possível a partir da ruptura do sistema capitalista vigente.

[212] *Ibidem*, p. 220.

CONCLUSÃO

Ao longo dessa pesquisa restou demonstrado que a criminologia positivista, como escola criminológica totalmente superada, ainda parece ter raízes sólidas quando tratamos da relação do delito com pessoas com sofrimento psíquico. Por mais que haja uma tentativa de romper com tais laços, não se demonstra efetiva.

A partir de uma lógica contextual, a importância da apresentação dos artigos acadêmicos do IMESC, como representante dos debates científicos à época da vinda da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é objetiva ao demonstrar o pensamento e a lógica processual da compreensão do indivíduo considerado inimputável pela Justiça brasileira e como o seu "tratamento" deve ser guiado pela lógica penal-psiquiátrica.

Não obstante, o traçado caminho a partir da vinda das medidas de segurança no Brasil, a partir do Código Penal de 1940, e sua reestruturação pela reforma de 1984, assim como os movimentos de reforma psiquiátrica que contribuíram como trajeto para a Reforma Psiquiátrica brasileira, continuam retratando o triste cenário: não aparenta ter previsão de melhora concreta.

A proposta do presente trabalho não é apresentar uma solução que será, de forma subjetiva, a "melhor opção" de se combater os resquícios da criminologia positivista, mas sim, apontar que não basta somente a presença da Lei Antimanicomial, não basta somente as recomendações do CNJ diante dos Tribunais de Justiça brasileiros, não bastam medidas paliativas para tentar tornar a experiência "menos pior", é preciso o rompimento total da lógica capitalista de controle social daqueles que não podem contribuir ao capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, S. F. A. de. A síntese criminológica: Diagnóstico e prognóstico. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV, n. 2, p. 55-59, 1981.

_____. As instituições totais: elementos para um modelo de análise. **Revista do IMESC**, São Paulo. Ano IV. n. 1. p. 69-73, 1981

_____. A doença mental como objeto de conhecimento sociológico. **Revista do IMESC**, São Paulo. Ano IV. n. 1, p. 21-24, 1981

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz (Coleção Panorama), 1995. 2.ed. revista e ampliada - Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998

ANTUNES, J. L. F. Hospital e prisão: a construção de um paradigma. **Temas IMESC: Sociedade, Direito, Saúde**. São Paulo, v. 3, n. 1. p. 39-48, 1986

BARRETO. Djalma Lucio Gabriel. Aspectos da inimputabilidade. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV, n. 2, p. 223-227, 1981.

BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**. 2 ed. rev. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

BRASIL, Decreto-Lei 3.689, de 03 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 24 out. 1941. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm> Acessado em: 21 jun. 2023

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 10/06/2023

BRASIL, Ministério da Justiça. **Exposição de Motivos nº 211** em 09 de maio de 1983. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1983. Item 5. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-148972-pe.html> Acessado em: 20 jun. 2023

_____. **Exposição de Motivos. Código Penal.** Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1940. item V. Disponível em: <

https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-pe.pdf> Acessado em: 20 jun. 2023

BATISTA, Vera Malaguti. **Introdução crítica à criminologia brasileira**. 2 ed. – Rio de Janeiro: Revan, 2011

BUFFARD. S. Psicoterapia e socioterapia em meio carcerário. É possível transformar o meio penitenciário em comunidade terapêutica? Tradução de Silvia C. Queirolo. **Revista do IMESC**, São Paulo. Ano IV. n. 1, p. 47-48, 1981.

CANDELARIA, N. T. Escola de Criminologia de São Paulo. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano V, n. 1, p. 17-22, 1982.

CAPELLER, W. O direito pelo avesso: análise do conceito de ressocialização. **Temas IMESC: Sociedade, Direito, Saúde.** São Paulo. v. 2. n. 2. p. 127-134, 1985

CÉZAR; M. A.; COELHO, M. P. As experiências da reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**. v. 11. n. 20, jan. 2017, p. 134-151.

CONTRIBUIÇÃO DO IMESC. O exame psicológico em criminologia. **Revista do IMESC**, São Paulo., Ano IV. n. 2. p. 21-23, 1981

DIAS, J. F.; ANDRADE, M. C. **Criminologia. O homem, o delinquente e a sociedade criminógena**. 2ª reimpressão. Coimbra: Coimbra Editora, 1997.

DIVISÃO TÉCNICA DO IMESC. A "classificação natural" e a "triagem" dos delinquentes. **Revista do IMESC**, Ano IV, n. 2, p. 125-128, 1981

GOÉS, Luciano. **A tradução de Lombroso na obra de Nina Rodrigues: o racismo como base estruturante da criminologia brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2016. 1ª reimpressão.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 297-305, 2009

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal. Vol. III**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1959.

IMESC completa 52 anos de existência em 2022, 29 de abril de 2022. Disponível em: <https://imesc.sp.gov.br/index.php/imesc-completa-52-anos-de-existencia-em-2022/>. Acesso em 04 jun. 2023.

Institucional. Disponível em: <https://imesc.sp.gov.br/index.php/o-imesc/154-2/>. Acesso em: 04 jun. 2023.

LIMA. A. T. Classificações criminológicas. **Revista do IMESC**, Ano IV, n. 2, p. 201-207, 1981

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. Tradução Sebastião José Roque - São Paulo: Ícone, 2016 – (Coleção fundamentos de direito)

MATARAZZO, E. B. Disritmia cerebral e criminalidade – a propósito de um caso. **Revista do IMESC**, Ano V, n. 1, p. 23-27, 1982

MOLIÈRE. O Tartufo; Don Juan; O doente imaginário. Traduzido por Jorge Coli. – São Paulo: Editora Unesp, 2021

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos Rio de Janeiro**. v. 18. n. 1, jan-mar 2011 p. 141-154.

OLMO, Rosa Del. **A América latina e sua Criminologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan: ICC: 2004 (Pensamento Criminológico, 9).

PORTO, C. S. P.; TOLEDO, M. B. P. F. de. Tratamento e recuperação de delinquentes adultos: uma revisão de literatura. **Revista do IMESC**, São Paulo, Ano IV, n. 1, p. 09-18, 1981

QUEIROLO, S. C. Periculosidade: da norma médica à norma jurídica. **Temas IMESC - Sociedade, Direito, Saúde**. v. 1, n. 2, p. 93-100, 1984.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal: parte geral**. 9 ed. – São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Medidas de segurança e reforma psiquiátrica: silêncios e invisibilidade nos manicômios judiciários brasileiros**. 1 ed. – Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

ZAEYEN, Eduardo José Bernardo. **Disritmia cerebral**. 2010. 10min58s. son. color. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/disritimia-cerebral>. Acesso em: 09 jun. 2023

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O inimigo no direito penal**. Tradução de Sérgio Lamarão. 3 ed. – Rio de Janeiro: Revan, 2011. (Pensamento criminológico; 14)

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro: parte geral**. 12.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl, BATISTA, Nilo, ALAGIA, Alejandro e SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro – I**. Rio de Janeiro, Revan, 2003

_____. **Direito Penal Brasileiro, Vol. 2, tomo 2,** 1 ed. Rio de Janeiro, Revan, 2017