

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CURITIBA  
FACULDADE DE DIREITO DE CURITIBA**

**RAFAELA REINOL SCHVARZBACH**

**O TRATAMENTO JURÍDICO - PENAL DOS INIMPUTÁVEIS POR DOENÇA  
MENTAL NO BRASIL**

**CURITIBA/PR  
2020**

**RAFAELA REINOL SCHVARZBACH**

**O TRATAMENTO JURÍDICO - PENAL DOS INIMPUTÁVEIS POR DOENÇA  
MENTAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE CRÍTICA**

**Projeto de Pesquisa Científica apresentado como  
requisito parcial para à obtenção do grau de  
Bacharel em Direito, do Centro Universitário  
Curitiba.**

**Orientadora: Michelle Gironda Cabrera**

**CURITIBA/PR  
2020**

**RAFAELA REINOL SCHVARZBACH**

**O TRATAMENTO JURÍDICO - PENAL DOS INIMPUTÁVEIS POR DOENÇA  
MENTAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE CRÍTICA**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em  
Direito do Centro Universitário Curitiba, pela Banca Examinadora formada pelos  
professores:

Orientador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prof. Membro da Banca

**CURITIBA/PR  
2020**

A minha mãe e minha avó, Dinah e Lia,  
por nunca terem medido esforços para me  
proporcionar um ensino de qualidade  
durante todo o meu período escolar.

Ao meu pai, Edson, *in memoriam*, que  
sempre me incentivou a ler e a ser  
curiosa.

A minha orientadora, Michelle, que  
prontamente me aconselhou e me  
conduziu com toda a paciência e  
dedicação, compartilhando de seu  
conhecimento.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, a Deus, por fazer com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Aos meus amigos queridos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho e a esta faculdade.

A professora Michelle Girona Cabrera, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

## RESUMO

Essa presente monografia trata a respeito das doenças mentais no Direito Penal, a aplicação da medida de segurança e da forma falha de como o Estado lida com essas pessoas, muitas vezes ocasionando situações que se igualam a prisão perpétua, vedada pela nossa Constituição. Diferentemente de uma pessoa sã que comete um crime e vai presa, aquele que sofre com algum tipo de transtorno mental, ao ser julgados, acabam por receber uma medida de segurança ao invés de uma pena, que deve ser cumprida nos chamados “hospitais de custódia” – ou manicômios judiciários – onde passarão boa parte de suas vidas (pra não dizer a vida toda) encarcerados. O problema dessa “pena” é, justamente, o ambiente. Mesclando o cárcere com o manicômio, os pacientes acabam passando longos anos esquecidos sem um limite de tempo para permanecerem lá, se igualando a um prisão perpétua, que é vedada pela Constituição. Parece que o Estado, depois de anos, não conseguiu uma resposta concreta para o tema. Este estudo busca apresentar uma análise evolutiva da doença mental como consequência do sobrenatural na antiguidade até a criação dos hospitais de custódia atualmente, bem como a conceituação do perfil criminológico, sua origem e formas de concretização. Com a pesquisa baseada em livros, documentários, artigos científicos, séries e filmes, este trabalho oferece um olhar mais cuidadoso com os pacientes que acabam internados acreditando em sua recuperação e possível cura, que pode nunca acontecer.

**Palavras – chave:** Criminologia. Direito Penal. Doença Mental. Inimputável. Medida de segurança.

## **ABSTRACT**

This present monograph deals with mental illness in Criminal Law, the application of the security measure and the flawed way in which the State deals with these people, often causing situations that are equal to life imprisonment, prohibited by our Constitution. Unlike a healthy person who commits a crime and goes to prison, one who suffers from some kind of mental disorder, when judged, ends up receiving a security measure instead of a penalty, which must be served in so-called “custody hospitals” - or judicial asylums - where they will spend a good part of their lives (not to say their whole lives) incarcerated. The problem with this “penalty” is precisely the environment. Merging the prison with the asylum, patients end up spending long forgotten years without a time limit to stay there, equaling a life sentence, which is prohibited by the Constitution. It seems that the State, after years, has not managed to get a concrete answer to the issue. This study seeks to present an evolutionary analysis of mental illness as a consequence of the supernatural in antiquity until the creation of custody hospitals today, as well as the conceptualization of the criminological profile, its origin and ways of achieving it. With research based on books, documentaries, scientific articles, series and films, this work offers a more careful look at patients who end up hospitalized believing in their recovery and possible cure, which may never happen.

**Keywords:** Criminology. Criminal Law. Mental disease. Unimputable. Security measure.

## RESUMEN

El presente monográfico trata sobre las enfermedades mentales en el Derecho Penal, la aplicación de la medida de seguridad y la forma deficiente en que el Estado trata a estas personas, generando muchas veces situaciones equivalentes a la cadena perpetua, prohibidas por nuestra Constitución. A diferencia de una persona sana que comete un delito y va a prisión, quienes padecen algún tipo de trastorno mental, al ser juzgados, terminan recibiendo una medida de seguridad en lugar de una sanción, que debe cumplirse en los llamados “hospitales de custodia” - o asilos judiciales - donde pasarán buena parte de su vida (por no decir toda su vida) encarcelados. El problema de esta “penalización” es precisamente el medio ambiente. Al fusionar la prisión con el asilo, los pacientes terminan pasando años olvidados durante mucho tiempo sin límite de tiempo para permanecer allí, lo que equivale a una cadena perpetua, que está prohibida por la Constitución. Parece que el Estado, después de años, no ha logrado obtener una respuesta concreta al tema. Este estudio busca presentar un análisis evolutivo de la enfermedad mental como consecuencia de lo sobrenatural en la antigüedad hasta la creación de los hospitales de custodia en la actualidad, así como la conceptualización del perfil criminológico, su origen y formas de lograrlo. Con investigaciones basadas en libros, documentales, artículos científicos, series y películas, este trabajo ofrece una mirada más cuidadosa a los pacientes que terminan hospitalizados creyendo en su recuperación y posible cura, que puede que nunca suceda.

**Palabras clave:** Criminología. Derecho penal. Enfermedad mental. Inimputable. Medida de seguridad.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. A HISTÓRIA DA LOUCURA .....	11
3. AS INTERSECÇÕES ENTRE A LOUCURA E O SISTEMA PENAL: PERMANÊNCIAS DO POSITIVISMO CRIMINOLÓGICO .....	20
4. A CRIMINOLOGIA POSITIVISTA .....	26
5. A MEDIDA DE SEGURANÇA E A PERICULOSIDADE DO AGENTE .....	31
6. O HOSPITAL DE CUSTÓDIA .....	39
7. A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	46
8. MEDIDA DE SEGURANÇA: ALTERNATIVA OU PERPÉTUA? .....	50
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
10. REFERÊNCIAS .....	55

## 1. INTRODUÇÃO

“As emoções humanas são um presente de nossos ancestrais animais. Crueldade é um presente que a humanidade deu a si mesma.” – **Hannibal Lecter**

Falar sobre transtornos mentais, por mais comuns que sejam, ainda é um tabu. Segundo a Organização Mundial da Saúde – a OMS – cerca de 700 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno mental, seja de depressão, ansiedade, psicose ou esquizofrenia. Não é difícil escutar casos nos jornais de pessoas que cometeram crimes devido ao seu estado mental e Suzane von Richthofen é um exemplo. Conhecida como uma das assassinas mais frias e calculistas do Brasil após matar seus pais, psicólogos a descrevem como manipuladora, dissimulada, egocêntrica e narcisista. E qual seria seu diagnóstico? Ora, por mais que não seja muito comentado, Narcisismo é um traço do transtorno de personalidade narcisista.

Fato é que, ao longo da história, inúmeras mudanças ocorreram em relação ao que se entende por doença mental, desde a antiguidade, quando era vista como obra do sobrenatural, até o nascimento da criminologia, da psicologia, psiquiatria e a instituição das medidas de segurança. Na Idade Antiga e Idade Média, os guerreiros e cavaleiros, muitas vezes, eram psicopatas com passe livre para matar, sem se importar com repreensão moral, já que a única preocupação era assassinar os inimigos da forma mais efetiva possível, ou seja, eles tinham plena liberdade para aplicar métodos de tortura e assassinato sem ter que se preocupar com seus atos e se trariam alguma consequência futura. Outro assunto muito difundido em âmbito penal é o estudo da mente humana e, principalmente, da mente criminoso, que foi abordada nas mais diversas escolas penais e sociedades ao longo dos séculos. Como exemplo temos o criminologista e médico psiquiatra Dr. Cesare Lombroso e sua teoria sobre o “homem delinquente”, que será abordado mais pra frente.

Ao contrário de uma pessoa sã que, quando comete um crime, é considerada imputável e recebe uma prisão – pena, aqueles que possuem algum tipo de transtorno mental são isentos, pelo Código Penal, de irem para a prisão. O motivo é a imputabilidade do agente que não consegue distinguir o ato como errado e acaba por comprometer sua capacidade volitiva. Em outras palavras, sua responsabilidade é considerada mínima devido seu estado mental: uma perturbação que retira parte de

seu senso de certo ou errado, ponto defendido pelo doutrinador Miguel Reale Junior. Ao serem julgados, acabam por receber uma medida de segurança ao invés de uma pena, que deverá ser cumprida nos chamados “hospitais de custódia” – ou manicômios judiciários – onde passarão boa parte de suas vidas (pra não dizer a vida inteira) encarcerados. O problema dessa “pena” é, justamente, o local onde deverá ser cumprida. Uma vez que é a aplicação da justiça mas com um caráter de tratamento, os “hospitais – prisões” são a soma do cárcere e do manicômio, onde os pacientes ficam por longos anos esquecidos esperando por um diagnóstico de cura que pode nunca acontecer.

Ora, se o Estado veda a prisão perpétua, como que esses pacientes podem ficar tanto tempo presos sem uma data de soltura? O fato é que esse sistema prisional não tem todos os recursos necessários para a permanência do indivíduo. Parece que o Estado, depois de anos, não conseguiu uma resposta concreta para o tema. Será que a medida de segurança é realmente efetiva, levando em consideração a carência do Estado em manter esses estabelecimentos? Por pior que sejam os crimes cometido, ainda são humanos e parece que há uma contradição entre a vedação da prisão perpétua e os hospitais – prisões.

Atualmente, o tema vem sendo bastante explorado em filmes, séries, livros, documentários e vídeos, fontes estas muito utilizadas para a elaboração desta monografia. O objetivo deste trabalho é analisar mais a fundo a evolução do termo loucura, o nascimento da psiquiatria, a primeira instituição criada para tratar doentes mentais que cometerem delitos, a forma como o Direito Penal se comporta frente a estes indivíduos e como o Estado tenta, ainda de forma falha, ajudar esses pacientes.

## **2. A HISTÓRIA DA LOUCURA**

Como é de conhecimento geral, os inimputáveis por doença mental, ou seja, aqueles que não podem receber uma pena, nem sempre eram conhecidos e tratados com respeito e cordialidade – claro que hoje em dia existem exceções e muitos ainda são tratados de forma grosseira – mas antigamente, essas pessoas eram conhecidas como loucas, no pior sentido da palavra, e eram tratadas como tal. Quando se diz “no pior sentido”, é porque a palavra “loucura” sempre foi – e continua sendo – utilizada na cultura com uma dualidade, ora sendo uma coisa boa e ora sendo uma coisa ruim.

Quando lançado no Brasil, o filme *“The Dream Team”* – “a equipe dos sonhos”, em tradução livre – recebeu o título *“De Médico e Louco Todo Mundo Tem Um Pouco”*, o que não faz sentido, já que é um filme sobre um time de basquete que realmente existiu nos Estados Unidos. Expressões tão corriqueiras, como *“eu sou louco pirado no seu sorriso”* e *“a multidão foi à loucura”*, representam uma romantização quase que cômica, comparada ao outro lado obscuro da palavra, onde uma pessoa louca pode ser completamente insana, desajustada e um perigo para a sociedade. Um exemplo claro ocorreu na Idade Média, um surto coletivo de loucura levou os habitantes da pequena Salem, em Massachusetts, a condenarem e matarem 20 pessoas, dentre elas crianças, cachorros e até o ministro da igreja, todos acusados de bruxaria e envolvimento com o diabo.

Causa até uma estranheza olhar para a história e reconhecer que a maior parte das situações que hoje em dia são tidas como besteira eram relacionadas a alguma desordem mental. A medicina era precária e na maioria das vezes a “loucura” era uma doença que só acometida mulheres – e se esta fosse solteira, era obra do diabo, que estaria desposando da pobre moça. A separação da loucura como termo geral e a loucura como patologia, e sua posterior evolução para doença mental, somente começou com Michel Foucault quando, em 1964, publicou sua obra *“A História da Loucura”*.

Mas, antes disso, muitos conceitos foram atribuídos a “loucura”. Isaias Pessotti, psicólogo e professor da USP, acabou por dividir a história em períodos quando escreveu sobre o tratamento dado a quem sofria de doenças mentais.

Começando na antiguidade, até 476 d.C., Homero acreditava que a loucura era de ordem divina e que os deuses estavam possuindo o indivíduo, o qual não teria qualquer culpa sobre seu sofrimento ou sobre o sofrimento que causou a outrem, além de não existir cura, apenas alguns rituais que objetivavam acalmar os deuses. Logo em seguida, as ideias de Eurípedes vieram apenas para acrescentar o elemento psicológico da teoria de Homero, acreditando que a loucura era capricho dos deuses e causava conflito interior no homem, em razão de suas paixões. Hipócrates foi o grande responsável por afastar essa ideia divina responsável por provocar a loucura nas pessoas, uma vez que, para ele, a loucura era causada dentro do próprio cérebro e a cura deveria ser feita através de banhos termais, alimentação, repouso e a limpeza do organismo com laxantes e vomitórios. Por fim, Galeno, ao estudar o cérebro das

peças, continuou afirmando que a loucura advinha das manifestações orgânicas e fisiológicas.

Já na Idade Média, entre 476 e 1453, com uma sociedade predominantemente cristã, a loucura era vista como possessão demoníaca. Nesse sentido, poderia ser culpa de uma bruxa que pediu a possessão daquela pessoa, como poderia ser culpa do próprio indivíduo, que agiu de tal maneira que permitiu o seu estado possessivo, podendo seu corpo servir como alojamento do diabo ou o mesmo agindo de forma obsessora, alterando as emoções, e fazendo com que a pessoa apenas precisasse passar por um exorcismo. Com a formação de uma outra classe social, as coisas começaram a mudar. Se antes eram apenas os nobres que dominavam os servos, agora o clero assumiria grande poder sobre todos. Então, entre os séculos XIV e XV, a Inquisição Católica e a Reforma Protestante vieram para derrubar tudo. Com a Inquisição – ou Tribunal do Santo Ofício – qualquer pessoa que pensasse ao contrário ou discordasse dos ensinamentos católicos, era considerado herege e, então era perseguida, processada, torturada e condenada (a morte). Basicamente, era uma instituição judicial da Igreja. Com a reforma protestante, o abuso de poder do clero começou a ser alvo de insatisfação por parte da população e, numa tentativa de “acalmar os ânimos”, a igreja começou a caçar e a matar todos que iam contra sua doutrina. Ou seja, controle por meio do medo, muito usado durante a história do mundo. Nesse contexto, Martinho Lutero, junto com outros clérigos, formou uma nova igreja, mas que não mudou a visão sobre os loucos: ou eles recebiam a deficiência por uma rejeição divina devido ao pecado cometido ou então foram possuídos por uma entidade demoníaca.

Graças a evolução, a ideia de possessão ser a causa das desordens mentais foi rejeitada e a proposta de Hipócrates voltou a ser utilizada, surgindo no século XVIII a psiquiatria como especialidade médica, trazida por Phillippe Pinel. Com a virada do século, o foco passou a ser o tratamento dado a essas pessoas e só então surgiram os manicômios, as clínicas e os hospitais.

Em seu livro, Foucault começa narrando o que ele chamou de “exclusão física-social dos leprosos”, ou seja, indivíduos acometidos pela lepra que foram excluídos da sociedade e levados para os leprosários, onde ficavam por anos até sua cura – ou mais provável morte. Refletindo sobre esta questão, chegou à conclusão que, com o tempo, a loucura começou a ocupar o espaço deixado pelos leprosos. No final do

século XV, o pintor holandês Hieronymus Bosch terminou uma de suas mais conhecidas obras, “O Nau dos Insensatos”, uma pintura simples de um barco com, pelo menos, onze pessoas dentro, mas que para Foucault significa a busca da razão e da purificação pela água:

“(…) esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era frequente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinquenta anos que se seguiram, têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas de loucos detidos pelas autoridades municipais. Eram frequentemente confiados a barqueiros: em Frankfurt, em 1399, encarregam-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo a Mayence. Às vezes, os marinheiros deixavam em terra, mais cedo do que haviam prometido, esses passageiros incômodos;” (FOUCAULT, 1978, p. 13).

Em certo ponto, o autor questiona em qual momento a loucura se transforma em patologia e por qual motivo demorou tanto para assim ser feito. O fato de que em algum momento houve uma separação entre a razão e a loucura, deu origem ao que Foucault chamou de “estrutura de exclusão”, advindo da fundação do Hospital Geral de Paris (1656) e a libertação dos acorrentados de Bicêtre (1794).

Com o fim da lepra e o esquecimento desses doentes, os leprosários continuavam existindo, mas em total estado de abandono. Então, com o decreto de fundação do Rei da França, em 1656, foi criado o Hospital Geral de Paris, inaugurando funções sociais e políticas dentro dele. Inicialmente com o objetivo de praticar a caridade e cuidar daqueles que não podiam fazer isso por si só, o hospital mudou seu foco e passou a hospedar todos os pobres de Paris, de qualquer sexo, lugar, idade e condição física (válidos, inválidos, doentes, convalescentes, curáveis ou não). Porém, aqueles que eram internados, eram obrigados a trabalhar como uma forma de “purificação”. Ou seja, não tinha caráter médico, era apenas uma instituição administrativa semi – jurídica que julgava e executava ao mesmo tempo, sem piedade. E essas instituições se espalharam pela Europa, sendo construídas dentro e fora dos leprosários. Essa época foi denominada como “o grande enclausuramento” por Foucault. Segundo o autor, foi neste momento que se percebeu que a loucura se inseria nos problemas sociais. Não eram os pobres que deviam ser encarcerados, mas a doença em si.

Com a chegada do século XIX, começou a surgir os chamados “asilos terapêuticos” e a loucura foi redefinida para “alienação mental”, proposta por Pinel, o pai da psiquiatria, que libertou das correntes os doentes mentais de Bicêtre e defendeu a reeducação deles através do controle social e moral. É relatado que, em 1793, George Couthon, político francês, visitou o hospital de Bicêtre, bem na época que Pinel tinha assumido a direção do lugar, para uma inspeção. Ao terminar, deixou claro que era completamente absurda a ideia de desacorrentar os internos, chamando-os de animais e deixando tal decisão inteiramente nas mãos de Pinel, afirmando que o mesmo estava sendo vítima da própria presunção. Pinel, respondeu que tinha plena convicção de que os alienados presos no hospital só eram intratáveis porque eram privados de ar e liberdade e que esperava muito de meios completamente diferentes, aceitando totalmente a responsabilidade que lhe foi dada. Influenciado por Pinel, Samuel Tuke, na Inglaterra, começou uma reforma que objetivava tratar as pessoas em uma casa de campo, livres, sem grades e sem correntes. Continuava sendo uma internação, mas de forma mais humana.

Infelizmente, um dos tratamentos a que Pinel submetia seus pacientes eram os banhos de água fria e banhos-infusões nos casos mais graves, junto com o uso da camisa de força.

O motivo era que a água mantinha o louco sobre controle, uma vez que ele reconhecia o médico como autoridade e ele próprio como doente. Para Pinel, isso significava que o indivíduo ainda detinha parte de suas faculdades mentais, existindo razão em sua mente, o que possibilitaria sua volta ao estado “normal”. A alienação mental, então, seria isso: um episódio do qual seria possível sair com tratamento, livre de influências externas.

A partir de 1990, a Organização Mundial da Saúde – OMS – e a Associação Americana de Psiquiatria adotaram o termo “transtorno mental” que, segundo a própria OMS, seria “a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais”, deixando a expressão “doença mental” de lado.

Por mais que o acesso as informações tenha crescido consideravelmente nos últimos anos, ainda é fato que poucos conhecem outros tipo de transtornos mentais, menos característicos. Muito se fala em depressão e ansiedade, a doença do século,

ainda mais com um vírus que veio trancar todos dentro de suas próprias casas, sem acesso as ruas e, conseqüentemente, nos fazendo pensar mais no futuro e relembrar o passado. Acontece que ser antissocial e, até mesmo narcisista, são transtornos mentais, cada qual se encaixando em um dos quatro distintos grupos de transtornos de personalidade.

É fácil observar esses transtornos em filmes e séries como, por exemplo, em *“Uma Mente Brilhante”*, de 2001, inspirado na vida de John Forbes Nash, que sofria de esquizofrenia e acreditava que extraterrestres tentavam se comunicar com ele, por ser o único capaz de entender sua linguagem. Mas o que o título do filme tem a ver com o isso? O simples fato de Nash ser um brilhante matemático. Após ser internado e passar 10 anos recebendo diversos tratamentos psiquiátricos, como a ingestão de antipsicóticos e eletrochoque, ganhou o Prêmio Nobel como resultado de seu trabalho acerca da teoria dos jogos, em 1994.

Parece loucura usar de filmes e livros para representar doenças mentais e mostrar como uma pessoa que sofre desses transtornos pode vir a se tornar um criminoso mas, dessa forma, é mais fácil de associar as características de certos grupos, quase como os macetes usados para memorizar fórmulas matemáticas ou requisitos de inquéritos. O que seria mais fácil: passar horas ensinando uma classe, sem exemplos e de forma retórica, quase monótona, ou passar um filme que representa bem aquele transtorno mental? Percebe-se que é mais fácil a associação quando utilizado de elementos visuais.

Na cultura pop, *“Star Wars”*, narra a história de Anakin Skywalker, um justiceiro que sucumbi para o lado sombrio da força e se torna o tão conhecido vilão Darth Vader. Mas, mais do que apenas contar a jornada desse homem, o filme traz implícito, nas entrelinhas, um exemplo de transtorno mental. Pelo menos, é o que indica uma pesquisa conduzida por Eric Bui e seus colegas do Hospital Center University de Toulouse, na França, e publicada no *Psychiatry Research*, que identificou seis dos nove traços do Transtorno Borderline, que pode ser ocasionada pelo abandono. O responsável pela pesquisa afirmou que o personagem sofre com problemas de explosões violentas, crises de identidade, impulsividade e ilusões de invencibilidade, além de ser instável, solitário e ter ideias suicidas – que acaba concretizando. Ele não se perde da realidade, pois sabe o que está fazendo e se aflige por não conseguir se controlar, além de ter medo do abandono por já ter sofrido dele no passado.

Inteligentemente, outro personagem desse filme, Mestre Yoda, acrescenta que “o medo é o caminho para o lado sombrio. O medo leva à raiva. A raiva leva ao ódio. O ódio leva ao sofrimento.”

Um pouco mais recente, em 2016, foi lançado o filme “*Fragmentado*”, que conta a história de Kevin, um homem com 23 personalidades que sequestra três jovens e as mantém em cárcere privado em um porão no subsolo do que parece ser um zoológico. As suas personalidades se alteram entre uma criança inocente, uma senhora rica, um estilista homossexual e um adulto muito agressivo. O filme retrata – de forma não tão fiel assim – o chamado Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), onde a pessoa passa por um severo trauma, quase sempre na infância, e desenvolve uma defesa única: se transforma em um personagem dela mesmo. Segundo Erlei Sassi Junior<sup>1</sup>, é muito comum essas personalidades serem distintas umas das outras, até mesmo em sexo e sexualidade. E por mais que um dos “sintomas” mais comuns seja o esquecimento de suas ações durante o controle do alter ego, é possível que as personagens saibam da existência uma das outras. Novamente, o protagonista do filme foi inspirado em um criminoso real, Billy Milligan, que possuía 24 personalidades distintas, as quais começaram a se manifestar quando este tinha apenas 3 anos de idade.

A forma como este último transtorno ocorre se assemelha muito a outro transtorno: a psicopatia. A única diferença é que, tanto o DSM-5 e a CID-10, não consideram a psicopatia como condição médica, mas sim um grave transtorno de personalidade antissocial. Os psicopatas são pessoas com problemas de relação interpessoal e digestão das próprias emoções. Durante a infância, eles passaram por alguma situação de estresse emocional que fez com que o cérebro sofresse uma maturação acelerada em certas partes como forma de proteção contra aquele sofrimento que estava vivendo. Por outro lado, essa maturação o transformou em uma pessoa fria, sem escrúpulos e carente de remorsos. Quando a criança amadurece precocemente, ela amplia a capacidade de tolerar o sofrimento e consegue se esquivar da situação emocional que a fere. Mas, em contrapartida, possuem freio emocional e não conseguem digerir suas emoções. Um ponto importante é que a criança não sofreu um trauma, mas uma situação de estresse persistente ao longo do

---

<sup>1</sup> psiquiatra coordenador do Ambulatório Integrado de Transtorno de Personalidade e Impulso do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo

tempo tão forte que conseguiu alterar a anatomia do seu cérebro. Conforme Francisco Alonso-Fernandez em seu livro Fundamentos de la psiquiatria actual<sup>2</sup> (1972) “um ambiente familiar presidido pelo amor constitui a melhor defesa psicológica contra o desenvolvimento da disposição psicopática. A privação afetiva pode fazer de uma criança um psicopata, mesmo na ausência de fatores hereditários.”

Aqui no Brasil, desde o século XVI, a loucura fazia parte do cotidiano do povo. Quando a Coroa Portuguesa chegou por aqui, em 29 de Novembro de 1807, a população conheceu a D. Maria I, que passou a ser chamada, após alguns anos, de “Maria, a Louca”. Conforme estudos realizados pela historiadora brasileira Mary del Priore, a D. Maria I não era louca, apenas estava passando por uma profunda depressão após perder o marido, o tio, a filha, o genro, o filho mais velho e seu amigo confidente Frei Inácio, tudo isso em muito pouco tempo e, apesar de ser muito popular e adorada por seus “súditos”, o seu quadro clínico e, principalmente, o fato de ser uma mulher no poder absoluto do Império, foi o que culminou a sua queda, que foi sentida por toda a população.

“Dona Maria I tinha todos os sintomas da depressão: tristeza constante, profunda e incapacitante, perda de autoconfiança, sentimento de vazio, irritabilidade, distúrbios do sono, fadiga, isolamento, e, o mais importante, sentimento de culpa e de inutilidade”.

“ela não era uma Rainha Elizabeth, que ficava passeando de carruagem dourada pelas ruas. Dona Maria gostava do povo, fazia questão de circular entre as pessoas e de participar de manifestações religiosas como procissões e missas. Desde criança, a Rainha tinha uma boa relação com os pobres, distribuindo moedas pela capital lusitana.”

Seus últimos dias foram intensos. Segundo historiadores, ela era extremamente religiosa e acreditava estar no inferno, dormia poucas horas por noite além de correr pelo palácio de madrugada, o que levou ao uso de camisa de força e banhos com água gelada, como parte de um tratamento. Um fato curioso é a origem do termo “Maria vai com as outras” que surgiu nessa época, uma vez que, como foi declarada mentalmente incapaz, D. Maria I só saía para passear quando acompanhada de suas damas de companhia, que a levavam para cima e para baixo de mãos dadas.

A partir do século XIX, a loucura passou a ser reconhecida como uma desordem e uma perturbação da paz social, sendo apropriada pelo discurso religioso e retirando

---

<sup>2</sup> ALONSO-FERNANDEZ, F. Fundamentos de la psiquiatria actual. Madrid, Paz Montalvo, 1972. 2 v. 884 + 1020p. P. 115

essas pessoas da sociedade para serem colocados nas prisões públicas e nas chamadas Santas Casas de Misericórdia – que serão explicadas mais à frente. Porém, para os médicos, isso não sanava o problema, pelo contrário, só o piorava, afinal a situação a que eram submetidas essas pessoas era degradante. Por esse motivo, o responsável pela Santa Casa, José Clemente Pereira, juntamente com os médicos, começaram a cobrar do governo um lugar específico para tratar os loucos, só para eles, os hospícios.

Foi assim que nasceu o Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro, por meio de um decreto imperial em 1841, inspirado no modelo francês de Pinel e Esquirol. Porém, só foi inaugurado em 1852, cuja administração ficou a cargo da Santa Casa. Só com essa frase percebe-se que as mudanças não foram tão significativas e continuava atrelada ao discurso religioso.

Apenas na República as coisas mudaram e a loucura passou a ser tratada pela área científica, médica e psiquiátrica, propondo a substituição dos tratamentos por algo mais humano. Foi assim que a loucura se transformou em doença mental.

É de curiosidade lembrar que o primeiro hospital psiquiátrico de Curitiba foi fundado apenas em 1903, então, antes disso, as pessoas não recebiam nenhum tratamento específico e, na maioria das vezes, acabavam na Cadeia Civil da Praça Tiradentes – caso sofressem algum tipo de surto psicótico – e só saiam de lá para as Santas Casas de Misericórdia, onde ficavam em quartos, sobre contenção, sem tratamento, para depois voltar as ruas novamente, já que não tinha muito o que fazer, e repetir o ciclo. Só em 1890 (38 anos depois de surgir o primeiro hospício no Rio de Janeiro) é que o provedor da Santa Casa, Dom Alberto Gonçalves, começou a pensar em construir um hospital – ou asilo de alienados – aqui em Curitiba, usando como base o modelo de Pinel na França: o tratamento se daria pela imposição das regras sociais e isolamento.

Após debates e discussões com o poder público, em 1896 foi iniciada a construção do Hospício Nossa Senhora da Luz, que foi oficialmente inaugurado em 1903. Assim, a loucura passou a ser encarada como uma doença especial que necessitava de tratamento específico. Contudo, as coisas não eram perfeitas e, apesar de idealizado para ter 4 alas para 4 tipos específicos de doença mental - mania, demência, idiotia e melancolia – na prática, essa divisão nunca ocorreu. E os médicos,

bem no início, não tinha poder nenhum para decidir sobre o que seria melhor para os pacientes, e alguns ainda iam para as prisões. O hospício só começou a ser chamado de hospital psiquiátrico em 1940 e a partir de 1950 práticas como lobotomia e eletrochoque começaram a ser empregadas nos pacientes.

A palavra lobotomia significa “cortar um lobo cerebral”, ou seja, era uma técnica que consistia em perfurar o crânio em dois lugares opostos e inserir um instrumento de metal afiado (inicialmente um picador de gelo) no cérebro, para desconectar os lobos frontais do resto do cérebro, sendo considerada milagrosa para a cura da depressão e da esquizofrenia – isso quando a pessoa não morria. Por mais errado e brutal que possa parecer, era um procedimento muito comum e muitos pais desesperados utilizavam da intervenção para tratar seus filhos doentes. Como exemplo, temos Joseph P. Kennedy, pai do ex-presidente dos Estados Unidos, que acreditava que sua filha era “muito rebelde e não combinava com a família”. Então, escondido, pediu que um médico realizasse o procedimento nela quando a jovem tinha apenas 23 anos. O resultado foi a total incapacidade da menina, que passou o resto da vida escondida e sendo cuidada por freiras em uma Instituição Católica. Hoje, a técnica é considerada completamente falha, mas já rendeu um Prêmio Nobel ao criador dela, o médico português Egas Moniz – que diferente do que faziam, defendia seu uso apenas em casos graves, como risco de suicídio. E, apesar de ter perdido forças nos anos 50, hoje a lobotomia ainda é realizada mas de forma completamente segura e precisa, conforme um estudo publicado no jornal *Brain Research Reviews*, em 2005. Hoje, conhecida como cingulotomia, é usada para tratar pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) grave.

### **3. AS INTERSECÇÕES ENTRE A LOUCURA E O SISTEMA PENAL: PERMANÊNCIAS DO POSITIVISMO CRIMINOLÓGICO**

A origem da palavra criminologia vem do latim “*crimino*”, que significa crime, e do grego “*logos*”, que significa estudo, ou seja, “estudo do crime”. Usada pela primeira vez em 1883 por Paul Topinard, médico e antropólogo francês, e intencionalmente difundido por Raffaele Garófalo quando este escreveu sua obra “Criminologia”, em 1885, surgiu como uma área da Ciência Penal, sendo uma ciência empírica, baseada na observação e na experiência, como um conjunto de conhecimentos que estudam um fenômeno, as causas da criminalidade, a personalidade do delinquente e uma forma de ressocialização do mesmo. É a ciência do “ser”, onde seu objeto só existe

no mundo real, deixando o mundo dos valores de lado. A criminologia enxerga o crime como um problema social, com quatro elementos constitutivos: a incidência massiva na população, uma vez que não é viável tipificar como crime um fato isolado; a incidência aflitiva do fato praticado, ou seja, o crime deve causar dor à vítima e à comunidade; a persistência espaço-temporal do fato delituoso, em que é preciso que o delito ocorra reiteradamente por um período significativo de tempo no mesmo território; e o consenso inequívoco acerca de sua etiologia e técnicas de intervenção eficazes, a criminalização de condutas depende de uma análise minuciosa desses elementos e sua repercussão na sociedade. Seus estudos focam na análise do crime, do criminoso, da vítima e do controle social – mais especificadamente, a sociedade, tentando entender seu papel e o que é preciso fazer para que os crimes diminuam, uma vez que todo crime é considerado um problema social. De forma geral, analisar as razões sociais, morais, os motivos e a personalidade que levaram o sujeito a delinquir tem uma importância enorme para que o juiz possa aplicar a pena no caso concreto, ou a medida de segurança adequada, se for o caso. Vale mencionar que, desde seu nascimento até chegar no que é hoje, a criminologia sofreu significativas mudanças em seu objeto de estudo. Por exemplo, enquanto Beccaria estudava apenas o crime, os criadores da escola positivista estudavam o delinquente. Somente após os “anos dourados”, durante a década de 50, que a vítima e o controle social começaram a ser estudados. Atualmente o objeto da criminologia está dividido em quatro vertentes: delito, delinquente, vítima e controle social, explicados a seguir.

O delito, para a criminologia é um problema social que avalia a conduta antissocial, suas causas, tratamentos oferecidos aos delinquentes para que estes não reincidam no crime e as falhas de sua prevenção. Conforme as palavras de Nestor Sampaio, por ser uma área independente e autônoma, própria, não se pode limitar unicamente ao conceito jurídico de delito, especialmente no que se refere ao direito penal, uma vez que isso a reduziria apenas a um instrumento de ajuda do sistema penal. No que diz respeito ao delinquente, durante o passar dos anos houve uma significativa mudança quanto ao foco de seus estudos. Começando com a Escola Clássica, o delinquente era visto como um pecador, alguém que escolheu o caminho errado mesmo tendo a possibilidade de seguir para o lado bom. Com a chegada da Escola Positivista, a condição delinquente do indivíduo começou a ser vista como algo inato, ou seja, algo totalmente hereditário, ligado a sua genética e preso a sua

deformação patológica, já nascendo assim – a famosa teoria do criminoso nato de Lombroso. Já para a Escola Correcionalista, esse sujeito era alguém incapaz de cuidar de si mesmo, devendo o Estado dar assistência pedagógica. Atualmente, o estudo do delinquente perdeu sua máxima impotência e é deixado em segundo plano.

No que se refere a vítima, as coisas são um pouco diferente. Enquanto as outras duas categorias anteriores sempre foram alvo de estudos, a presença da vítima foi ignorada pelo direito penal nos dois últimos séculos, sendo considerada apenas como consequência do delito. Nos últimos anos ganhou maior destaque graças a três grandes acontecimentos: a idade do ouro, que foi desde o início da civilização até o fim da Alta Idade Média e abrangeu fatores como a autotutela e a lei de Talião; a neutralização do poder da vítima, que veio junto com o processo inquisitivo e a admissão da jurisdição pelo Poder Público; e a revalorização da importância da vítima. Não é nem preciso destacar que seu estudo é de extrema importância quanto a estrutura do delito, principalmente quando o crime for cometido com violência ou grave ameaça, uma vez que os depoimentos e informações fornecidas ajudam na resolução do caso concreto. Por fim, o controle social é o conjunto de aparatos e sanções sociais cujo foco é sujeitar os indivíduos às normas de convivência social. Funcionando em conjunto, existem dois sistemas de controle na sociedade, o informal, ou seja, a família, a religião, a escola, com objetivo de prevenção e educação, e o formal, bem mais rígido, exercido pela polícia, pelo Ministério Público, pela Justiça.

Acreditando-se ter sido escrito pelo Rei Hamurábi em 1772 a.C., aproximadamente, o Código de Hamurábi é um monumento monolítico que reúne um conjunto de leis que, na época, controlavam e organizavam a sociedade e estabeleciam penas para aqueles que descumissem as regras, tudo de acordo com sua classe social. Em outras palavras, foi o primeiro código de leis que se tem conhecimento na história do mundo.

Contando com 281 normas, Hamurabi as elaborou como uma forma de unificar o povo babilônico, e se baseava na Lei do Talião, conhecida como “olho por olho e dente por dente”. As punições deveriam ser proporcionais aos crimes cometidos e conforme a classe social do indivíduo – sendo dividida em homens livres, fidalgos e escravos. Se um filho agredisse seu pai, deveria ter as mãos cortadas; se um escravo enfrentasse seu mestre, deveria ter uma orelha cortada; se o filho adotivo renegasse seus pais de criação, deveria ter a língua cortada. Por mais brutal que possa parecer, o Código de

Hamurabi foi a primeira inserção de um ordenamento jurídico que regulava as relações sociais entre os povos da Babilônia. Antes, era tudo no boca a boca, sendo ensinado para as gerações sucessoras. A punição ser estabelecida no mesmo nível do crime cometido tinha por objetivo a redução das práticas criminosas. E, ora, não é isso que se espera hoje em dia com o nosso código penal? A verdade é que a história evoluiu mas o princípio continuou o mesmo. Muito tempo depois, surgiram as chamadas Correntes ou Escolas Penais Criminológicas, e ninguém melhor para explicá-las do que o professor Cezar Roberto Bittencourt<sup>3</sup>:

“No século XIX surgiram inúmeras correntes de pensamento estruturadas de forma sistemática, segundo determinados princípios fundamentais. Essas correntes, que se convencionou chamar de Escolas Penais, foram definidas como ‘o corpo orgânico de concepções contrapostas sobre a legitimidade do direito de punir, sobre a natureza do delito e sobre o fim das sanções’”.

Junto com o iluminismo, no século XVIII, iniciou-se uma preocupação com as penas e os crimes praticados que culminou no surgimento da primeira escola Clássica, também chamada de Idealista ou Filosófico - Jurídica, cuja ideias iluministas influenciaram Cesare Beccaria a escrever sua mais famosa obra, *“Dos delitos e das penas”*, em 1764, como proposta para humanizar as penas aplicadas. Não só Beccaria era adepto desta corrente, como também Francesco Carrara e Giovanni Carmignani. Suas ideias partiam de duas teorias distintas, a primeira sendo a do Jusnaturalismo – ou direito natural – em que a natureza do ser humano era eterna e imutável; a segunda a do contratualismo de Rousseau, onde o Estado nasce de um pacto entre os homens, em que estes cedem parte de sua liberdade e direitos para a segurança da sociedade. A responsabilidade penal do delinquentes levava em conta sua responsabilidade moral e se sustentava pelo livre – arbítrio. Ou seja, conforme argumenta Alfonso Serrano Maíllo<sup>4</sup>

“Quando alguém encara a possibilidade de cometer um delito, efetua um cálculo racional dos benefícios esperados (prazer) e os confronta com os prejuízos (dor) que acredita vão derivar da prática do delito; se os benefícios são superiores aos prejuízos, tenderá a cometer a conduta delitiva”.

---

<sup>3</sup> (BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de direito penal; parte geral. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. v.1)

<sup>4</sup> (MAÍLLO, Afonso Serrano. Introdução à criminologia. Trad. Luiz Regis Prado. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.)

Parafrazeando a professora Vera Malaguti Batista, do encerramento do “II Fórum de Criminologia de Língua Portuguesa: Crime, justiça e latinidade – contribuições criminológica” que rendeu o escrito “O Positivismo como Cultura”, em 25 de Novembro de 2015, o nosso pensar criminológico precisa adentrar na história do Brasil, na nossa história como seres pensantes.

Inicialmente mencionando o surgimento do Tribunal Inquisitorial cumulado com a confissão – cujo processo se deu ao surgimento do Estado, a Igreja ter centralizado seu poder e a acumulação de capital – a forma como o conflito era resolvido antes foi completamente excluída, pois não havia um tribunal, os conflitos eram resolvidos de forma igualitária, com a comunidade e sem a ideia de um réu. Quando o Tribunal veio para as comunidades, a gestão comunitária de conflitos foi abandonada e começou-se a colocar a culpa no corpo ou na alma do sujeito e, mesclando a medicina com a justiça, a inquisição trouxe alguém que acusava e julgava em nome de todos e produzia provas com base na tortura. Foi assim que surgiu a individualização da culpa e da culpabilidade. Segundo Vera Malaguti: “(...) *uma tecnologia de produção de verdade que se apoiará na tortura como método, na execução como espetáculo e na pena como dogma*”.

Com o fim das terras comuns, a população se dividiu entre os pobres sem-terra e a burguesia em torno do capital, Estado e Guerra. A cidade, vira então, um problema, pois com multidões passando fome e a perseguição desses contra os nobres e a Igreja, o perigo começa. Mas foi apenas no Século XVIII que houve, de fato, uma quebra epistemológica, a publicação do *Encyclopédie*, de Denis Diderot e Jean le Rond D’Alembert. De acordo com Diderot, o objetivo dessa *Encyclopédie* era mudar a forma como as pessoas pensavam, defendendo a separação da educação da Igreja, longe dos jesuítas. Ou seja, foi responsável por trazer a filosofia no lugar da teologia. E é com isso que o direito penal surge para tutelar a propriedade privada e gerir as ilegalidades da população, quase que como uma crítica a falta de limites do poder punitivo absolutista.

Aqui no Brasil, Gizlene Neder e Gisálio Cerqueira Filho, os responsáveis pela Escola de Niterói – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia –, estudaram os “processos históricos e sociais que produziram (produzem ainda) efeitos de (in)tolerância política nas instituições no bojo da construção e afirmação da cidadania”. Essa Escola de Niterói falava sobre a transição da abolição da escravatura para a

República e Henrique Cesar Ramos nos leva até o momento de as ciências da natureza entrarem no discurso jurídico e político luso-brasileiro do século XVIII, quando os juristas começaram a aplicar ações judiciais nos indivíduos quase como os médicos aplicavam remédios aos doentes, ou seja, a justiça, a pena, funcionava como um remédio para toda ameaça e lesão dos direitos das pessoas, bem no sentido médico – legal mesmo. Em suas palavras “*é atuando na cura da anormalidade que as ações judiciais se transformariam num equilibrador social*”. Aqui o positivismo veio como cultura, uma vez que se nutriu da objetificação, verticalização e atualização da Encyclopédie. Conforme Vera Malaguti,

“os precursores desse positivismo na Frenologia acreditavam que as melhores qualidades do cérebro estavam presentes apenas no norte da Europa e em falta no Sul, nos animais e no resto do mundo.”

E é assim que o positivismo criminológico é visto: uma máquina de subjetivação que verticaliza e objetifica tudo.

No início deste artigo foi dito sobre a transição da escravidão para a República. Conforme Vera Malaguti nos informa, se o positivismo surgiu na Europa por causa da revolução e do medo que ela trouxe, as verdades científicas embasadas nela vieram para mostrar que não existe igualdade, mas sim uma hierarquização de indivíduos. Já aqui no Brasil do século XIX, o fim da escravidão acabou com todas formas que as pessoas tentavam de controlar a população negra.

“Quando falamos do positivismo como cultura e sua recepção nas colônias queremos afirmar que essa cultura, de longa duração, produziu não só uma maneira de pensar a questão criminal, mas principalmente uma maneira de senti-la: afetividades punitivas que naturalizam a truculência e cultuam a pena como solução mágica e restauradora de todos os conflitos.”

Por aqui, a criminologia foi fundada por Raimundo Nina Rodrigues – influenciado pelas ideias de Cesare Lombroso – ao mesmo tempo que fundou a medicina legal e a antropologia. Ele defendia que deveriam existir códigos penais diferentes para raças diferentes, já que em suas palavras “*a igualdade é falsa, a igualdade só existe nas mãos dos juristas*”. Hoje, esses ideais de Nina Rodrigues seriam vistos como racismo, mas ele foi um dos responsáveis por introduzir a antropologia criminal e a frenologia no Brasil. Acreditava, fielmente, que negros e mestiços se constituíam na causa de inferioridade no País. Conforme seus pensamentos

"Para dar-lhe [a escravidão] esta feição impressionante foi necessário ou conveniente emprestar ao negro a organização psíquica dos povos brancos mais cultos (...) O sentimento nobilíssimo de simpatia e piedade, ampliado nas proporções duma avalanche enorme na sugestão coletiva de todo um povo, ao negro havia conferido (...) qualidades, sentimentos, dotes morais ou ideias que ele não tinha e que não podia ter; e naquela emergência não havia que apelar de tal sentença, pois a exaltação sentimental não dava tempo nem calma para reflexões e raciocínios. (...) A inferioridade do negro – e dos não brancos – seria "um fenômeno de ordem perfeitamente natural, produto da marcha desigual do desenvolvimento filogenético da humanidade nas suas diversas divisões e seções".

O fato é que essa institucionalização da medicina legal definia seu objeto de estudo e área de atuação, quais sejam, a penitenciária, o Hospital de Caridade, os asilos de alienados, ou seja, lugares para aqueles que não possuíam mais direitos, nem saúde e nem razão. No Brasil, o positivismo criminológico contribuiu para o ordenamento do conflito social da passagem da escravidão para o trabalho livre. Mas ele não foi apenas uma forma de pensar – como dito no início deste capítulo – mas, conforme leciona Vera Malaguti,

“foi principalmente uma maneira de sentir o povo, sempre inferiorizado, patologizado, discriminado e por fim, criminalizado. (...) Milhares de latino-americanos apodrecem em prisões abaixo de todos os padrões de dignidade. A intensidade dos conflitos sociais e sua leitura penal positivista produziu o maior encarceramento da história e a política criminal de drogas prestou grande contribuição neste processo”.

É preciso desconstruir a cultura do positivismo, tirar de pauta a pena como uma forma de salvar aquela sociedade do crime cometido, do indivíduo marginalizado.

#### **4. A CRIMINOLOGIA POSITIVISTA**

A criminologia veio para ajudar o direito penal, trazendo consigo a legitimação e a sustentação e, apesar de incerto sua data de nascimento, doutrinadores costumam apontar algumas fases mais importantes, como a pré-científica e a científica.

A fase pré-científica, que ocorreu em plena antiguidade, foi baseada nas crenças e convicções pessoais, marcada pelas superstições, tendo uma aproximação mais intimista com as ciências ocultas, ou pseudociências, e a criminologia. Quatro teses se destacam nessa fase: a demonologia, a fisionomia, a frenologia e a psiquiatria.

Como o próprio nome já revela, a demonologia tentava desvendar a origem do mal mediante a existência de demônios. Qualquer acontecimento atípico, como violentas tempestades, comportamento sexual inadequado e doenças venéreas, era

visto como obras do oculto. Tudo naquela época era encarado como feitiçaria e se fosse “comprovado” que alguém tinha conseguido certos dons e benefícios com o diabo, a pena era a morte. Comprovado está entre aspas, pois a forma como eram feitas as provas eram baseadas em crenças, como o teste da água, que era o meio mais utilizado. Segundo a crença cristã, a água era um elemento sagrado, logo, se a pessoa estivesse possuída ou tivesse qualquer contato com o diabo, a água a repeliria. Caso o contrário, morreria afogada e restaria comprovada sua inocência. Conhecido por sua obra “admirável mundo novo”, Huxley escreveu um ensaio crítico sobre um caso real julgado durante a inquisição sobre uma suposta possessão demoníaca de um convento inteiro. O escritor ainda nos alerta sobre o duro regime em que população vivia

“à vida social em determinadas regiões da Alemanha deve ter sido muito semelhante àquela sob o domínio nazista ou num país recentemente dominado pelos comunistas”.

Já a tese da fisionomia se igualava mais com o positivismo criminológico do final do século XIX, com uma carga bem Lombrosiana, vez que se baseava na aparência física do indivíduo para ligá-lo ao mal causado. Para essa tese, quanto mais bonito fosse o indivíduo, mais virtudes ele possuía, enquanto o mais feio possuía um maior grau de defeitos.

Quanto a frenologia, ela foi uma pseudociência que alegava que a forma do crânio indicavam as faculdade e aptidões mentais de uma pessoa. Os seguidores da teoria da localização – ou teoria do crânio – tentavam identificar a localização física de cada desvio anímico do cérebro, para poder explicar o porquê daquele comportamento. Por fim, a psiquiatria que só se desenvolveu como ciência autônoma no século XVIII.

Após essa fase pré – científica, das pseudociências da criminologia, veio à tona a fase científica propriamente dita, definida pelo empirismo e pelo método experimental, fazendo com que a criminologia ganhasse autonomia, e os cientistas concentrassem seus estudos no fenômeno do crime e dos criminosos. Com o objetivo de transformar em ciência esse estudo, surgiram as escolas penais. Como já dito, existiram variadas escolas, mas as duas mais importantes são, sem dúvidas, a Escola Clássica, que não é tão clássica assim, afinal essa terminologia foi dada por sua sucessora de forma pejorativa, mas que considerava o crime um ente jurídico que

resultava de uma violação de um direito e a pena deveria ser de natureza retributiva, e a Escola Positivista – ou Positivismo Criminológico – cuja pena era vista como um reflexo da coletividade, uma vez que o crime era considerado um fenômeno social.

No início do século XIX, com suas origens na Europa e influenciada pelos ideais sociológicos do Iluminismo e da Revolução Industrial, surge a chamada Escola Positivista, que buscava entender como o homem se tornava um criminoso e quais os fatores internos e externos o levavam para esse caminho, a fim de tentar proteger a sociedade deles. Dividida em três fases, contou com três grandes nomes para inaugurar o cientificismo da criminologia no final do século XX: Cesare Lombroso, Raffaele Garofalo e Enrico Ferri, cada qual responsável pelas fases antropológicas, sociológica e jurídica, respectivamente. Essa escola surgiu como uma crítica a escola clássica – sua antecessora – e trouxe uma grande mudança na análise do delito.

Cesare Lombroso, enquanto estudante, sempre discordou da filosofia naturalista – que era pautada na ideia do livre arbítrio e dizia que todos no universo eram naturais, apenas as leis e as forças naturais operavam o mundo e todo o conhecimento sobre o universo só era possível com investigações científicas – e ele acabou ingressando na escola do materialismo alemão, que buscava contrapor a naturalista. Ocorre que, na verdade, ele nunca criou uma nova teoria moderna, mas sistematizou uma série de conhecimentos já existentes e os reuniu de uma forma mais simples, mais clara. O ponto chave da vida de Lombroso foi quando se voluntariou para trabalhar como médico no exército, onde observou mais de 3000 homens e tentou mostrar as diferenças físicas das pessoas de diferentes regiões da Itália, e percebeu que a maior parte dos soldados possuía alguma tatuagem, chegando à conclusão que esse fato era uma típica característica do criminoso.

Em 1876 ele lançou uma de suas mais importantes obras: *O Homem Delinvente*, que contou com uma análise de mais de 25 mil presos, 6 mil delinquentes vivos e, no mínimo, 400 autópsias (PABLOS DE MOLINA, 2013, p.188).<sup>5</sup> A partir disso, Lombroso começou a analisar mais profundamente as características fisionômicas desses indivíduos e as comparou com os dados estatísticos de criminalidade, então a altura, a forma torácica, o peso, cabelo, comprimento de mãos

---

<sup>5</sup> PABLOS DE MOLINA, Antonio Garcia; GOMES, Luiz Flávio. *Criminologia*. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

e pernas foram estudados, assim como foram feitos exames de crânios, traçando um viés científico para a teoria do criminoso nato, e assim constatou que todos tinham características em comum, tanto físicas quanto psicológicas, o levando a crer que o crime era um fenômeno biológico e que o homem já nascia delinquente, o que foi chamado de determinismo biológico.

A verdade era que Lombroso não considerava o delito como uma entidade jurídica, mas sim como algo natural, "um fenômeno necessário, como o nascimento, a morte, a concepção", determinado por causas biológicas de natureza hereditária. Era o que ele chamava de criminoso nato (atávico) e dividia em cinco grupos de delinquentes: o moral, o epilético, o louco, o ocasional e o passional. Contudo, sua atenção foi mais para o delinquente nato e o moral, dedicando inclusive um capítulo inteiro de seu livro para eles. Quanto as características físicas do criminoso, afirmava que eles tinham mandíbulas volumosas, orelhas e face desiguais, falta de barba (nos homens, claro), arcada dentária defeituosa, nariz torto, braços e mãos grandes, anomalia dos órgãos sexuais, pele, olhos e cabelos escuros, relacionando também, seu peso, formato do crânio, insensibilidade à dor, tatuagens, falta de senso moral, crueldade, ódio e vaidade em igual intensidade e outras características. Inclusive, Lombroso cita em seu livro que o criminoso é alguém não desenvolvido e que todos tem em comum certa deformidade óssea e odores diferentes, tornando mais simples o reconhecimento desses agentes.

Poucos anos antes, em 1872, Lombroso escreveu um livro denominado "Memória sobre os Manicômios Criminais", onde defendia a necessidade de manicômios para criminosos, afirmando que uma pena não seria o suficiente e que um castigo deveria ser aplicado ao sujeito como forma de conservar a sociedade, uma vez que não havia cura para essa patologia.

Lombroso classificou os criminosos em natos, loucos, por paixão e de ocasião. Inúmeras críticas foram direcionadas a Lombroso e a sua teoria, até que seu genro e partidário Enrico Ferri veio e disseminou a chamada "sociologia criminal", que para ele, o crime derivava de fenômenos antropológicos, físicos e culturais. Ele negou que o livre-arbítrio fosse usado como base para declaração da imputabilidade, que a responsabilidade moral deveria ser substituída pela responsabilidade social e a única razão de existir a punição era a prevenção geral da sociedade. Acabou por classificar os criminosos em natos, loucos, habituais, de ocasião e por paixão.

O último adepto dessa escola foi Rafael Garófalo, jurista, que afirmava que o crime estava no homem e sua degeneração o revelava. Criou, também, o conceito de periculosidade e propôs, como forma de sanção, a medida de segurança. Classificou os criminosos em natos (instintivos), fortuitos (de ocasião) ou pelo defeito moral especial (assassinos, violentos, ímprobos e cínicos), propugnando pela pena de morte aos primeiros. Segundo ele

“Para esses, o manicômio criminal torna-se útil quase tanto e mais do que nos adultos, pois sufoca no nascimento os efeitos das tendências que não levamos em consideração a não ser quando se tornam fatais. Essa ideia não é algo novo – ou revolucionário.” (LOMBROSO, 1876, pg. 86).

Mas ao que parece, ainda resta um traço desse positivismo criminológico nos dias de hoje. Ora, se naquela época quem possuía tatuagem não era boa pessoa, o que seria os pensamentos das pessoas mais velhas que hoje as encaram como “coisa do satanás”? Se alguém é – o mínimo – diferente do que a maioria numa sala fechada, logo é pensado que tem algum transtorno ou algo do tipo.

O fato é que a criminologia como ciência só foi reconhecida no século XIX, mas ela existe a muitos anos, talvez tendo seu início lá na inquisição da Idade Média, com as palavras de Zaffaroni

“(…) Como se pode ver, o positivismo restaurou claramente a estrutura do discurso inquisitorial; a criminologia substituiu a demonologia e explicava a “etiologia” do crime; o direito penal mostrava seus “sintomas” ou “manifestações” da mesma forma que as antigas “bruxarias”; o direito processual explicava a forma de persegui-lo sem muitas travas à atuação policial (inclusive sem delito); a pena neutralizava a periculosidade (sem menção da culpabilidade) e a criminalística permitia reconhecer as marcas do mal (os caracteres do “criminoso nato”). Tudo isso voltava a ser um discurso com estrutura compacta, alimentado com os disparates do novo tempo histórico (…)

Um exemplo mais real, em 2015, Cleidenilson Pereira da Silva foi agredido até a morte por um grupo de pessoas no Maranhão. Ele era suspeito de tentar assaltar um bar quando foi detido, despido, amarrado num poste e linchado por, pelo menos, nove pessoas. Além dele, um adolescente de 17 anos também foi agredido e só não morreu porque se fingiu de morto para que parassem de espancá-lo. É possível perceber como que para algumas pessoas defender a sociedade em que estão inseridas é muito mais importante do que os direitos de um indivíduo – ainda mais se for pobre e negro – sendo até justificável a morte, caso a mesma não seja feita pelo Estado. O mais triste é saber que esse não é um caso isolado: em 2014 um professor de história foi confundido com um ladrão em São Paulo, acorrentado e espancado na

rua e o que o salvou foi uma aula sobre Revolução Francesa que os bombeiros pediram para ele dar para ver se ele estava falando a verdade; no mesmo ano, Fabiane Maria de Jesus foi linchada – por mais de cem pessoas – até a morte porque foi confundida com uma sequestradora de crianças; em 1990, no município de Matupá, Mato Grosso, três assaltantes mantiveram duas mulheres como reféns por mais de 15 horas e, quando finalmente se entregaram, a população os arrastou até praça pública onde os espancaram e queimaram, tudo antes de a polícia conseguir reagir.

Em um artigo publicado no site Ciências Criminais, a mestra em ciências criminais e defensora pública, Mariana Py Muniz Cappellari nos ensina que

“O direito penal surge com o monopólio por parte do Estado da violência e do Poder Punitivo e com o intuito de igualar o forte ao fraco, vedando e evitando a vingança privada. Ocorre que a realidade posta nos dá prova é da influência do passado, não por menos suscitamos o cotejo com a Escola Positiva Italiana, abrindo, assim, espaço ao discurso abolicionista penal”.

Ainda parafraseando Zaffaroni:

“(…) O delinquente era, para Ferri, um agente infeccioso do corpo social do qual era preciso ser separado, com o que convertia os juízes em leucócitos sociais. (...) Para Garofalo, o “delito natural” seria a lesão do sentimento médio de piedade ou de justiça imperante em cada tempo e sociedade. Assim, ele construía um quadro de valores e subvalores lesionados no qual colocava os diferentes delitos.(…)”.

## 5. A MEDIDA DE SEGURANÇA E A PERICULOSIDADE DO AGENTE

Conforme explicado no capítulo anterior, entre o final do século XIX e início do XX, surgiu a escola positivista, uma corrente teórica baseada no ideal de progresso contínuo da humanidade, que buscava entender como o homem se tornava um criminoso e quais fatores o influenciavam para tanto. Para essa corrente, o crime é “a expressão sintomática de uma personalidade antissocial, anormal e perigosa”<sup>6</sup>.

Logo quando o Código Penal nasceu em 1940, veio junto com ele a ideia de “periculosidade do agente” e da “defesa social”, que deu aos juízes um poder de difícil acerto: a verificação do perigo – ou não – que aquele indivíduo traz a sociedade. Segundo o próprio código, *perigoso* é todo aquele que pode vir a delinquir futuramente (se já não o fez) ou que reincidirá no crime.

---

<sup>6</sup> Caetano, Haroldo. **DIREITO PENAL PERIGOSO OU, AFINAL, PERIGOSO É MESMO O LOUCO?** Boletim IBCCRIM nº 294, de maio de 2017.

A verdade é que essa ideia se baseia, ainda, na ideia do criminoso nato de Cesare Lombroso(1870), que seria aquela pessoa que já nasceu delinquente e que possuía características anatômicas e fisiopsicológicas que já demonstravam como ele era perigoso. Depois disso, os delinquentes começaram a ser identificados como pessoas com menor poder aquisitivo ou em vulnerabilidade social e, a partir daí, Lombroso constatou que o sujeito já nascia corrompido e uma simples pena não ajudaria em nada e que para poder proteger a sociedade desse sujeito danoso, seria necessário um castigo maior, como retirá-lo do meio social que, futuramente, evoluiu para a medida de segurança. Em outras palavras, a medida de segurança é uma sanção de caráter preventivo aplicado a um fato típico e ilícito, porém não culpável.

Segundo o princípio da culpabilidade, o delito deve ser uma conduta típica, antijurídica e culpável. Uma vez condenado o agente, esse princípio exercerá uma função mediadora da sanção penal aplicada, nunca excedendo o limite necessário. Porém, conforme o sexto axioma de Luigi Ferrajoli, do garantismo penal, “*Nulla Actio Sine Culpa*”, ou seja, se não há culpa, não há conduta e, por consequência, não há pena. Nesse sentido, ela será substituída pela medida de segurança, com caráter preventivo, tentando ajudar a curar e readaptar o indivíduo para sociedade. Logo, de um lado a pena é precedida da culpabilidade, do outro, a medida de segurança é precedida pela periculosidade. Conforme explica Ana Clelia de Freitas, médica membro da Sociedade Brasileira de Neurociência e Comportamento (SBNeC), em seu artigo sobre os princípios e aplicações da medida de segurança

“(…) É toda a reação criminal, detentiva ou não detentiva, que se liga à prática, pelo agente, de um fato ilícito típico, tem como pressuposto e princípio de medida a sua periculosidade e visa finalidades de defesa social ligadas à prevenção especial, seja sob a forma de segurança, seja sob a forma de ressocialização”.

Basicamente, essa medida de segurança é aplicada aquele sujeito que, no momento do delito, tinha parcial ou nenhuma capacidade de entender a ilicitude da ação. Assim, essa medida vem com o objetivo de tirá-lo do meio social e submetê-lo a tratamento e conseguir reintegrá-lo na sociedade. Esses indivíduos são chamados de inimputáveis.

Historicamente, ela nasceu a partir do projeto do Código Criminal do Império do Brasil, em dezembro de 1830, sancionado por Dom Pedro I. Antes da reforma penal

de 1984, o sistema aplicado era o duplo binário, ou seja, a aplicação da pena juntamente com a medida de segurança, como comenta Eduardo Reale Ferrari<sup>7</sup>

“Divididas em detentivas ou não detentivas, as medidas de segurança classificavam-se como pessoais, conforme a gravidade do crime, bem como a periculosidade do agente, admitindo-se, outrossim, medidas de natureza patrimoniais, das quais exemplos constituíram o confisco, a interdição de estabelecimento e a interdição de sede de sociedade ou associação (art. 100). Tratava-se, assim, de uma resposta penal justificada pela periculosidade social, punindo o indivíduo não pelo que ele fez, mas pelo que ele era.”

Em 1969, através do Decreto Lei 1004, o anteprojeto criminal iniciado por Nelson Hungria foi, finalmente, convertido em lei penal. Nele, restou classificada as medidas de segurança como detentivas e não detentivas, está última somada a interdição do exercício profissional e a cassação da licença para dirigir, conforme artigo 87. Após a reforma penal, em 1984, o sistema passou a ser o vicariante, sem dúvida a modificação mais importante, já que agora ficou proibida a cumulação das sanções detentivas, ou seja, só poderá ser aplicada uma pena ou uma medida de segurança e não mais as duas juntas.

O atual ordenamento jurídico é composto por dois tipos diferentes de sanção: a *culpabilidade*, que é aplicada aos considerados imputáveis, ou seja, aqueles que no momento do crime tinham total consciência de seus atos e podem ser submetidos a uma pena com todas as garantias; e a *periculosidade*, aplicada aos inimputáveis, que ao invés da pena tradicional, recebem a medida de segurança, conforme artigo 96 do Código Penal:

**Art. 96.** As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

**Parágrafo único** - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

A diferença entre o tratamento ambulatorial e a internação é o crime cometido. Quando determinado sujeito comete um delito, para que o mesmo possa ser imputado pelo Direito Penal, é necessário que haja três elementos presentes: o nexos de

---

<sup>7</sup> FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. 1ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

causalidade entre o agente e o crime praticado, o entendimento, no momento da ação, da ilicitude do fato e que, na época do cometimento do delito, o agente tivesse a escolha de praticá-lo ou não. Nestes termos, entende Guido Palomba

“em psiquiatria forense se dá o nome de capacidade de imputação jurídica ao estado psicológico que se fundamenta no entendimento que o indivíduo tem sobre o caráter criminoso do fato e na aptidão de determinar-se de acordo com esse entendimento. Em suma, a capacidade de imputação jurídica depende da razão e do livre-arbítrio do agente do crime”.

É claramente perceptível que para um agente ser considerado culpado e poder receber uma pena, geralmente de reclusão, é preciso que o mesmo tenha pleno entendimento da ilicitude do fato praticado e o livre arbítrio de escolher fazer ou não a ação. Quando um inimputável comete o delito, ele será absolvido impropriamente e será internado. Se o crime for passível de detenção, que é menos grave, o tratamento é ambulatorial.

Nestes termos, o atual Código Penal estabelece uma definição sobre a inimputabilidade do agente, quando diz que por motivos de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado quando do cometimento da ação ou omissão, esse agente não pode ser punido. Para Cezar Roberto Bitencourt, é necessário três requisitos para que seja aplicado a medida de segurança: a prática de um fato típico que pode ser punido, a ausência de imputabilidade plena do agente e a periculosidade do mesmo – que se entende como a possível volta dele delinquir.

O grande problema em continuar utilizando a periculosidade do indivíduo como mantenedora da medida de segurança é neutralizar a ideia de que pessoas com transtornos mentais são perigosas e o delito cometido é a manifestação de sua anormalidade assim como tal permanência acaba se misturando com a pena – porque a medida de segurança é uma pena que se diz mais branda – e acaba legitimando o encarceramento do sujeito. Ainda tem um frágil limite estabelecido pela súmula 527 do STJ, no qual a sanção não pode ultrapassar o limite máximo da pena cominado em abstrato para o crime, o que não possibilitaria a aplicação das garantias devidas, como diminuição do tempo quando o crime for mera tentativa ou a incidências das minorantes e atenuantes.

O motivo para continuar utilizando o fundamento da periculosidade seria que o Direito Penal teria uma função terapêutica afim de fazer cessar esse perigo que

indivíduo carrega. É de se espantar que essa função tenha ficado a cargo do direito penal, logo o ramo mais duro e que só deve ser aplicado em última ratio.

Para tentar mudar essa visão, existem alguns Projetos de Leis que trazem propostas para alterar o Código Penal – que continua o mesmo desde 1940 – sobretudo no que diz respeito aos inimputáveis por doença mental. Alguns com propostas boas, mas que caem na no fundamento da periculosidade, e outros não tão legais assim.

A começar pelo Projeto de lei do Senado nº236/2012, o limite máximo estabelecido da medida de segurança seria o da pena cominada em abstrato quando o crime fosse praticado com violência ou grave ameaça e que, mesmo que esse limite tenha sido atingido, o Ministério Público ou o responsável legal pela pessoa pode pedir o prosseguimento da internação. Ou seja, se o crime for violento ou tiver uma ameaça grave a vítima, é legítimo uma punição de 40 anos, muito maior que o máximo da pena cominado em abstrato para o crime supostamente cometido, além de ser entendido como um retrocesso no pouco avanço conquistado pela doutrina, jurisprudência e até mesmo pela súmula 527 do STJ.

Em 2017, Luís Greco apresentou seu texto, “Parte Geral do Código Penal: uma proposta alternativa para debate” que trouxe como proposta a aplicação da dosimetria na medida de segurança, afirmando que a fixação do tempo máximo da medida de segurança não será superior à pena que seria aplicada ao agente imputável, e foi um avanço, pois é um direito do cidadão saber o tempo de duração de sua pena. Mas ao mesmo tempo, o artigo 97, §1º-A do texto citado afirma que o agente será desinternado ou liberado do tratamento ambulatorial quando for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da sua periculosidade, ou seja, ao mesmo tempo que avança, retroage, pois utiliza o fundamento da periculosidade para manter ou afastar a medida de segurança. Isto quer dizer que no caso de não cessar a periculosidade – o que é difícil de saber exatamente quando ocorre – o indivíduo pode permanecer sob tutela penal mesmo cumprindo todo o tempo designado para sua medida de segurança. Neste sentido, Regina Geni Amorim Juncal<sup>8</sup>, inteligentemente, coloca que

---

<sup>8</sup> <http://www.justificando.com/2018/10/09/a-retrograda-manutencao-d-periculosidade-como-fundamento-da-medida-de-seguranca/>

“a periculosidade é um ‘coringa’ que legitima a pura e simples segregação de indivíduos e rompe com qualquer pretensão sistemática”.

Outro Projeto de Lei, o nº 513/2016, foi sancionado e trouxe alterações para a Lei de Execução Penal (Lei 7.210/1984), sobretudo na questão da periculosidade. Hoje tramitando como PL 9.054/2017, leciona que as questões relacionadas aos inimputáveis por doença mental devem ser encaminhados para à Saúde Pública. Além disso, não falou nada sobre a periculosidade do indivíduo, retirando essa antiga ideia do ordenamento penal e afastando o exame para verificar se já cessada o perigo inevitável do sujeito. Conforme seu artigo 171

“Art. 171. Confirmada pelas instâncias ordinárias a sentença que aplicou medida de segurança, ou proferida esta por órgão colegiado, nos casos de foro por prerrogativa de função, será determinada expedição de guia de execução à autoridade de saúde competente, promovendo-se a inserção dos dados no Cadastro Nacional de Saúde.”

Ou seja, se alguém que sofre de algum transtorno ou doença mental comete um ilícito, sua tutela fica nas mãos da Secretaria de Saúde e suas instituições de tratamento— sai do Poder Judiciário e vai para o Poder Executivo – e fica afastado a referência da periculosidade.

Em 2003, um crime ocorrido na zona rural de São Paulo chocou e indignou muita gente. Liana Friedenbach e seu namorado, Felipe Caffé, foram rendidos, torturados e assassinados por quatro homens e um adolescente de 16 anos. O fato é que esse caso repercutiu ao ponto de se discutir a maioria penal no Brasil porque Roberto Aparecido Alves Cardoso, o “Champinha”, considerado o líder do bando, era menor de idade na época dos assassinatos e acabou por ser internado na Unidade 1 da Fundação Casa – antiga Febem – onde só poderia ficar por 3 anos ou até completar 21 anos, conforme artigo 121, p. 5º. Ocorre que ao completar 21 anos, o Ministério Público requereu sua interdição civil pois um laudo médico apontou que ele teria graves doenças mentais, como transtorno de personalidade antissocial e leve retardo mental, sendo um risco para a sociedade, ou seja, a periculosidade legitimada para segregação. Ele foi, então, transferido para uma Unidade Experimental de Saúde – que não é nem uma unidade penal e muito menos de saúde, já que não segue a mesma linha do SUS – e segue internado até hoje, mesmo que tenha fugido escalando o muro e pego no mesmo dia, tendo seus pedidos de liberdade negados pelo TJSP, STJ e STF.

O problema é que deixar essas pessoas nas mãos da esfera civil pode fazer com que essas Unidades Experimentais cresçam muito, o que gera um custo enorme para os Estados. São Paulo, por exemplo, gasta cerca de R\$65 mil[1] por mês para manter ele e mais um criminoso, num local que abrigaria 40 pessoas. Além disso, tudo vigiado por 16 agentes penitenciários, oito pra cada preso, sendo que numa penitenciário de São Paulo, a média é um agente penitenciário para nove presos. No rio, seriam 15 presos para apenas um agente. Flávio Frasseto, defensor público e representante de Champinha, expõe as ilegalidades do local quando diz que “é um espaço de privação de liberdade, não psiquiátrico. Se você está preso, sua pena vai ser revista. Como não existe estatuto para revisão de privação de liberdade desses sujeitos, eles estão com perspectiva de prisão perpétua.”

Outro debate sobre essa proposta de lei é que continua a lógica do direito penal do autor, deixando de existir o crime por conta da presunção de incapacidade do sujeito. É nesse sentido que Foucault estabelece o princípio da porta giratória: onde há demência, sai o crime, ou seja, o que existe e importa é a doença mental em si, deixando de lado a existência de um crime. Nesse sentido, busca substituir a presunção de periculosidade pela presunção de incapacidade, passando da esfera penal para a cível. Para Regina Juncal

“abolir a responsabilidade de um cidadão é apagar a sua condição de falasser sujeito de seus atos, transformando-o, como a história da medida de segurança confirma, em um objeto de exame e controle, a ser classificado pela ciência positiva como doente, perigoso, incapaz, louco, portanto, inimputável –uma exceção humana. Ademais, deve-se tirar o louco do lugar de objeto de um saber especializado e reconhecê-lo enquanto sujeito, sendo o seu saber considerado nos rumos das discussões legislativas”.

Do estudo do artigo 96 mencionados, nota – se que são duas espécies de medida de segurança, sendo a primeira uma privativa de liberdade e a segunda uma restritiva, mas ambas dão a entender que a medida não tem uma data estipulada para terminar, apesar de ter um prazo mínimo – de 1 a 3 anos condicionado ao fim da periculosidade do agente.

O primeiro problema é sobre a duração da pena, levando a crer que ela é perpétua. Mas como poderia se a Constituição Federal proíbe a prisão perpétua? O STJ respondeu essa questão com a súmula 527, em que delimita que o tempo máximo do cumprimento da sanção é o máximo da pena cominada em abstrato para o crime, ou seja, a internação por prazo indeterminado é totalmente inconstitucional , vemos

isso pela situação de Champinha, que desde 2003 é utilizado um único laudo médico para manter sua internação de pé – ocorre que alguns especialistas consultados já afirmaram que não havia nenhum transtorno mental na época dos fatos que aprovasse a continuidade do encarceramento, mas surgiu um médico que, ao analisa-lo, encontrou “graves doenças mentais”.

O segundo problema é sobre a periculosidade, já dita acima. Ora, se a medida de segurança tem um prazo mínimo de 1 a 3 anos a depender do juiz da sentença que irá estabelecer o mínimo, MAS esse tempo está intimamente ligado com o término da periculosidade e o conceito de periculosidade é uma herança do positivismo criminológico que estereotipa o sujeito de acordo com suas características e sabendo que é muito difícil – pra não dizer impossível - comprovar o seu término, como poderia o Estado decretar sua liberação? O fato é que o manicômio judiciário é um lugar que o Estado, por mais que tente, não consegue garantir a aplicação de direitos fundamentais e o tratamento adequado, então se o sujeito entra “meio louco”, em um ano ele está completamente doente.

Frente a aplicação da medida de segurança e sendo o Brasil um Estado Constitucional Democrático de Direito, é preciso observar a aplicação das mesmas garantias e princípios que seriam aplicados a uma pena, mas nem sempre isso acontece.

Logo de início, quando decretado a medida, o primeiro princípio ofendido foi o da legalidade, considerado um dos mais importantes para o direito penal, uma vez que esse princípio consiste em um limite imposto pelo Estado ao chamado *Jus Puniendi*, sendo resguardado o direitos de o indivíduo saber a quantidade de pena que o Estado irá lhe aplicar. Outro princípio rompido seria o da proporcionalidade, também conhecido como princípio da proibição do excesso, estampado no artigo 59 do Código Penal, que determina a fixação da pena – base conforme seja “necessário e suficiente para reprovação e prevenção do crime”, ou seja, busca aplicar uma pena que corresponda ao delito cometido, nem tão branda que resulte uma posterior vingança e nem tão severa que ultrapasse o limite da culpabilidade do agente. Nesse sentido, leciona Beccaria:

“Um dos maiores freios aos delitos não é a crueldade das penas, mas sua infalibilidade e, em consequência, a vigilância dos magistrados e a severidade de um juiz inexorável, a qual, para ser uma virtude útil, deve vir acompanhada de uma legislação suave. A certeza de um castigo, mesmo moderado,

causará sempre a impressão mais intensa que o temor de outro mais severo, aliado à esperança de impunidade (...) Não só é interesse comum que não sejam cometidos delitos, mas também que eles sejam tanto mais raros quanto maior o mal que causam à sociedade. Portanto, devem ser mais fortes os obstáculos que afastam os homens dos delitos na medida em que estes são contrários ao bem comum e na medida dos impulsos que os levam a delinquir. Deve haver, pois, uma proporção entre os delitos e as penas.”

Neste sentido, ainda, há que se falar de um outro confronto, mas dessa vez contra um artigo do Código Penal. Com a vigência Pacote Anticrime, o artigo 75 limita o máximo de pena a 40 anos – e se das somas das penas resultasse um tempo maior, deveriam ser unificadas até se encaixarem nesse prazo. E também pode ser aplicado para as medidas de segurança, uma vez que essas tem um limite máximo indefinido e encerraria a discussão da perpetuidade dessa sanção, porém, segundo alguns doutrinadores, quando da aplicação desse artigo pois o limite máximo estabelecido seria superior à pena cominada abstratamente, então a pessoa que recebeu a medida de segurança teria um castigo maior, desrespeitando o princípio da proporcionalidade. Corroborando com a doutrina, o Projeto de Lei Ordinária nº 5.075/01 prevê essa solução, quando alterou o artigo 177-A, caput e §1º da lei de execução penal

“**Art. 177-A** O tempo de duração da medida de segurança não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime.

§1º Findo o prazo máximo e não comprovada, pela perícia, a cessação da doença, o juiz declarará extinta a medida de segurança determinando, com a decretação de interdição, a transferência do internado para tratamento em estabelecimentos médicos da rede pública, se não for suficiente o tratamento ambulatorial.”

Luisa Cytrynowicz, membro da Pastoral Carcerária de São Paulo, entende que esse termo, “cessão da periculosidade”, é errado, pois, em suas palavras

“nenhuma área do conhecimento consegue de fato explicar seu significado, parece mais um exercício de futurologia. Não há um exame que consiga prever se uma pessoa oferece ou não perigo, se vai ou não cometer um **crime** no futuro (...) Já observamos muitos casos em que uma pessoa que teria recebido uma pena relativamente curta, de quatro anos, por exemplo, acaba passando 10 ou 20 anos nos manicômios judiciários”.

## 6. O HOSPITAL DE CUSTÓDIA

A palavra manicômio provem do grego *manía* – loucura – e *komêin* – curar. Foram instituições de tratamento criadas, no século XIX, para aqueles que sofriam de alguma doença mental, podendo ser de dois tipos: um hospital para tentar tratar e curar essas pessoas e o que a muito tempo se chamava de Manicômio Judiciário – com a reforma penal brasileira, em 1984, os manicômios receberam uma nova

denominação, mais branda, “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” – para pessoas com um transtorno mental que cometeram algum crime. Basicamente, os hospitais de custódia assumiram a dupla função de presídio e asilo, tudo para abrigar aqueles considerados degenerados que comprometiam o funcionamento normal da sociedade.

O primeiro manicômio judiciário foi criado em 1857 na paróquia de Sandhurst, na Inglaterra, e recebeu o nome de Criminal Lunatic Asylum, um local de segurança alta cuja primeira paciente foi uma mulher que admitiu ter cometido infanticídio, em 1863. Quase um século depois é que a ideia de um manicômio para prender e tratar os doentes mentais foi difundida pelo resto do mundo. Nos Estados Unidos, o primeiro manicômio foi implantado em 1855 e no Canadá, em 1877.

Aqui no Brasil, o antigo Código Penal de 1890 dizia que aqueles considerados “loucos criminosos” deveriam ser entregues a suas famílias ou internados em hospícios para a segurança dos cidadãos, tudo dependia do que o juiz entendesse o mais correto. Em 1903 surgiu uma lei que obrigava que todos os estados deveriam construir manicômios judiciários para o recolhimento dessas pessoas. E, então, no mesmo ano, nasceu o primeiro manicômio no Brasil – apesar de não ser destinado aos criminosos, vale a pena falar sobre.

Na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, foi inaugurado o Hospital Colônia de Barbacena, um lugar projetado para ser um hospital psiquiátrico. Naquela época, as pessoas não entendiam doenças mentais e não sabiam lidar com elas, como curá-las e esse hospital veio justamente para dar assistência e fazer aquilo que não se podia fazer em casa., a proposta era dar uma esperança de tratamento para os pacientes. Em pouco tempo o colônia virou uma referência e a procura cresceu muito. Mas o que era pra ser um local para tratamento, acabou virando um depósito de pessoas: desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoólatras, mendigos, negros e os chamados insanos. Qualquer um que fosse diferente para os padrões da época, inclusive aqueles que não tinham doença alguma, eram colocados aos montes nos trens com destino Colônia para nunca mais sair de lá. Nas palavras de Daniela Arbex, a escritora do livro *Holocausto Brasileiro*

“A teoria eugenista que sustentava a ideia de limpeza social fortalecia o hospital e justificava todos os seus abusos, livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência onde a vista não pudesse alcançar”.

Em 1930, o local que foi projetado para abrigar 200 pessoas, continha mais de 5 mil e 70% destas não possuíam doença alguma. Foram exilados apenas por serem diferentes e já que estavam longe de vista, não eram mais problema dos governantes. Obviamente não cabia todo mundo e nem tinha quartos e camas para todos, por isso começaram a amontoar capim nos cantos para poderem dormir – o que foi recomendado para muitos outros hospitais fazerem.

Quando as pessoas chegavam no Colônia, eram separadas por sexo, idade e características físicas além de serem obrigados a entregarem todos os seus pertences, ou seja, suas roupas, ficando nus na frente de várias pessoas. Logo após essa humilhação, eles passavam pelo banho coletivo, que na maioria das vezes era com água gelada, e todos os homens tinham os cabelos raspados. O Colônia contava com 16 pavilhões, cada um com um setor diferente. Alguns homens que tinha condição ia para o pavilhão Milton Santos para trabalhar, mas não recebiam nada por isso – ao contrário de uma pena nos presídios, em que a cada 3 dia de trabalho há a remissão de um dia na pena, fora alguns projetos que remuneram os presos. Já as mulheres eram enviadas ao Departamento A, conhecido como assistência, onde eram rebatizadas pelos funcionário e perdiam seus nome, datas de nascimento e, conseqüentemente, suas vidas e histórias, deixando de serem filhas, mães esposas, irmãs. Vale lembrar que a época em que o Colônia foi inaugurado, as regiões eram comandadas pelos coronéis e fazendeiros, pessoas ricas e influentes, que acabavam mandando suas próprias filhas para aquele lugar por terem perdido a virgindade, por terem sido abusadas ou por terem um comportamento considerado inadequado. Os pacientes possuíam apenas uma troca de roupa e, quando era tirado para lavar, eram obrigados a ficarem nus, expostos ao sol, a chuva, ao frio. Mulheres eram assediadas e abusadas por pacientes e médicos e algumas acabavam engravidando. Para tentar proteger seus bebes e a si mesmas, elas passavam fezes no corpo, porque assim ninguém queria toca-las.

As mais diversas torturas eram feitas por detrás daqueles muros: amarrados na cama, eram submetidos a eletrochoque, a lobotomia, a agressões, a banhos de mergulho na banheira de fezes e urinas e, conseqüentemente, a morte. Para que os funcionários da área de saúde pudessem crescer, profissionalmente, dentro do Colônia, eles deveriam passar por todas as etapas de atendimento, desde de a aplicação de injeção – utilizada até quando o paciente ficasse bravo, apenas para

intimidar – até as seções de eletrochoque. Em certa parte do livro, mais precisamente na página 27, relata que 21 mulheres foram sorteadas – entre elas Francisca Moreira dos Reis que era funcionária da cozinha e uma das candidatas à vaga de atendente de enfermagem – para dar choque em homens escolhidos aleatoriamente. Mulheres que nunca fizeram algo parecido na vida, foram induzidas a machucar os pacientes.

“A colega Maria do Carmo, que também era da cozinha, foi a primeira a tentar. Cortou um pedaço de cobertor, encheu a boca do paciente, que a esta altura já estava amarrado na cama, molhou a testa dele e começou o procedimento. Contou mentalmente um, dois, três e aproximou os eletrodos das têmporas de sua cobaia, sem nenhum tipo de anestesia. Ligou a engenhoca na voltagem 110 e, após nova contagem, 120 de carga. O coração da jovem vítima não resistiu. O paciente morreu ali mesmo, de parada cardíaca, na frente de todos. Estarrecidas, as candidatas se mantiveram em silêncio. Algumas lágrimas teimaram em cair naqueles rostos assustados, mas ninguém ousou falar. Imediatamente, os atendentes do hospital embrulharam o coitado num lençol, como se aquele não fosse um cadáver. Simplesmente fizeram o pacote, colocaram no chão, e o corpo ainda quente ficou à espera de quem o recolhesse para o necrotério (..) a segunda candidata se aproximou de outra cama e, trêmula, iniciou a prova. O paciente escolhido era mais jovem que o primeiro. Aparentava ter menos de vinte anos. Com os olhos esbugalhados de medo, ele até tentou reagir, mas não conseguia se mover preso ao leito. Suas súplicas foram abafadas pelo tecido que enchia a boca”.

Eram muitas pessoas para alimentar, a comida nunca dava para todos, sendo engrossadas com farinha de mandioca e fotos mostram que tudo era feito do lado de fora, no chão. Eles não recebiam água e tudo o que tinha para tomar vinha de um cano de esgoto estourado. Existia alas específicas, inclusive para crianças, que sofriam tanto quanto os adultos, mas com a superlotação, eles acabavam se misturando. Inclusive, como ocorria muitas mortes por dia, eles acabaram construindo um cemitério num terreno aos arredores do Colônia. Conhecido como Cemitério da Paz, os corpos empilhados aos montes em um canto do hospital, eram colocados numa carrocinha e levadas até esse cemitério e enterrados em covas muito rasas, mas em certo momento o local foi abandonado. Ao final dos anos 50, médicos psiquiatras eram raridade lá. Desde 1903, o local foi dirigido por muitas pessoas e, mesmo tendo noção do que o que acontecia lá dentro era errado, ninguém tinha interesse em mudar as coisas.

O único ponto positivo eram as residências terapêuticas mantidas pela prefeitura. Sendo 28 no total, abrigava internos de longa duração que não tinha possibilidade de retornar as suas casas e suas famílias. A situação nessas residências eram muito melhores, sendo relatado que a maioria dos que eram enviados não sabiam mais o que era individualidade ou respeito. Não era mais necessário andar

pelados, tomar banhos coletivos com água fria, tinham suas próprias toalhas, recebiam um incentivo do governo para gastar com o que quisessem, tinham comida de verdade. Infelizmente nem todos tiveram a sorte de ser mandado para lá.

Em 1961, o fotógrafo Luiz Alfredo, da revista *Cruzeiro*, foi até o local escrever uma matéria e ficou chocado com o que viu. Não era muito comum mencionarem sobre o Barbacena, então ele não esperava encontrar pessoas em situações tão precárias: homens, mulheres e crianças sujos, vestindo uniformes velhos, cabeças raspadas, pés descalços. Nas banheiras coletivas havia fezes e urinas no lugar de água e cadáveres em avançado estado de decomposição esquecidos pelos cantos. Seus relatos e fotos estamparam cinco páginas da revista *Cruzeiro* em 13 de Maio de 1961 e comoveu o país inteiro, a classe política fez barulho, políticos prometerem o fim do Barbacena, mas por anos as coisas continuaram iguais. Em suas palavras, o que mais o impressionava eram “as cenas de um Brasil que reproduzia, menos de duas décadas depois do fim da Segunda Guerra Mundial, o modelo dos campos de concentração nazistas”<sup>9</sup>. Como se já não bastasse, quase 2.000 corpos de cadáveres foram vendidos pelo Colônia para 17 faculdades de medicina do País, entre 1969 e 1980, por 50 cruzeiros cada um, o que hoje equivale a R\$ 200,00 (duzentos reais). No período de maior lotação, morriam, por dia, cerca de 16 pessoas. Fazendo as contas, em uma década, a venda de cadáveres rendeu quase R\$ 600 mil reais. Quando a venda já não era mais tão procurada, os corpos eram decompostos em ácido nomeio do pátio, para que todos os internos vissem. O abuso psicológico, físico e sexual eram inimagináveis. Apenas em 1980 as coisas terminaram, em parte, no Hospital Colônia.

Hoje, foi construído no local o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e ainda residem lá 171 pacientes sobreviventes do Colônia, por não terem mais vínculo familiar nem um local para morarem. Em 1996 a pior ala hospitalar foi convertida em museu, o “Museu da Loucura”, onde, no andar superior, é exibido instrumentos usados para as operações e tratamentos, como a lobotomia. Mas não importa quantos anos se passem, as memórias e as fotos do Colônia continuam para sempre na memória das pessoas.

Na mesma época da inauguração do Colônia, foi inaugurada uma seção especial destinado aos “loucos criminosos” no Brasil, a “Seção Lombroso”, em

---

<sup>9</sup> Arbex, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013, p.138.

homenagem ao médico psiquiatra Cesare Lombroso, no Hospício Nacional de Alienados na cidade do Rio de Janeiro. Apenas duas décadas depois foi, finalmente, construído o primeiro Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, em 1921, cuja direção foi deixada para o médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho (que chefiava a seção Lombroso antes). Nos anos 80, com a reforma penal, a instituição acabou por adotar outro nome: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. É lá que são mantidos os indivíduos que possuem algum tipo de doença ou transtorno mental que cometeram crimes e, também, presos que enlouqueceram na prisão.

Dois importantes acontecimentos antecederam e levaram a criação do manicômio. O primeiro foi em 1919, quando um taquígrafo do senado assassinou D. Clarice Índio do Brasil, mulher de um Senador da República. A possibilidade de o assassino ser absolvido fez com que a imprensa se manifestasse veemente para a criação de um manicômio judiciário – porém, não defendiam o caráter terapêutico ou humanitário do lugar, apenas a urgente necessidade de um lugar para repreender os delinquentes. No mesmo ano, o governo federal começou a se mobilizar para erguer esse manicômio e o congresso avaliaria créditos para a construção. O segundo acontecimento ocorreu um ano mais tarde, em 1920, e contribuiu para que o manicômio fosse construído mais rápido, que foi a fuga e rebelião dos internos da Seção Lombroso do Hospício Nacional, onde estariam internados “loucos da pior espécie” segundo os jornais.

O manicômio judiciário do Rio de Janeiro foi criado justamente para abrigar os internos da extinta Seção de Alienados Delinquentes da Seção Lombroso do Hospital Nacional de Alienados e, segundo Elza Ibrahim<sup>10</sup>, era uma instituição que objetivava tratar e recuperar, mas também punir e intimidar, ambos característicos de hospital psiquiátrico e instituição penal. Em seu artigo publicado em 1989, Ibrahim conta que – na época – eles abrigavam cerca de 180 homens e 20 mulheres (em setores separados) e que a rotina deles começava as 6 horas da manhã e terminava as 16 horas da tarde e passavam a maior parte do tempo sem fazer nada, ociosos, pois quase nenhuma atividade era oferecida aos internos. O número de técnicos era restrito, ao total eram seis médicos psiquiatras, quatro psicólogas, dois enfermeiros, três assistentes e, ao longo dos dias, cinco seguranças. Ainda, nos conta que o tempo

---

<sup>10</sup> IBRAHIM, Elza. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão? Ago.1989.

de permanência do paciente variava de 30 anos até a sua morte, lembrando que não cumpriam uma pena e sim uma medida de segurança, que era reavaliada anualmente por meio de uma perícia. Atualmente cerca de 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos existem hoje no Brasil.

Os manicômios se transformaram em instituições de tratamento e recuperação, para futura reinserção das pessoas na sociedade, mas conforme Leonardo Marcondes Machado, delegado da Polícia Civil de Santa Catarina, as coisas não são o que parecem

“As pesquisas empíricas demonstram que o real objetivo não passa de mera criminalização da loucura pela via da exclusão social. Em outras palavras, mais uma forma de contenção de certa massa indesejável à sociedade de consumo”.

O único senso realizado no Brasil sobre os internados dos HCT's foi em 2011, que contabilizava cerca de 23 Hospitais de Custódia e três alas de tratamento psiquiátrico, cerca de 3.989 dos quais 2.839 cumpriam medida de segurança, ou seja, XX%. 117 cumpriam medida de segurança por conversão de pena – que ocorre quando no curso da execução da pena privativa de liberdade, a pessoa é diagnosticada com alguma doença mental e a Lei de Execuções Penais autoriza a conversão – e os outros 1.033 estavam com internação temporária, aguardando o exame de sanidade mental ou andamento do processo.

Segundo um relatório divulgado pela Pastoral Carcerária de São Paulo[2], em 2018, hoje esses hospitais de tratamento funcionam como uma prisão, além de o governo misturar com os pacientes – presos, os dependentes químicos. Ainda conforme esse relatório, a maior parte dos pacientes são negros, de classes mais baixas e não frequentaram o sistema superior de ensino, assim como no sistema carcerário. Para Daniela Arbex, a infraestrutura dos hospitais de custódia conseguem ser piores do que as de antigamente, já que as pessoas levadas para esses lugares são ainda mais invisibilizadas do que as que estavam no Colônia, sendo indesejadas e excluídas da sociedade.

De acordo com Caio Mader, um dos membros do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade, a lógica das internações é totalmente manicomial, onde as pessoas ficam confinadas por tempo indeterminado, sem liberdade alguma, e ainda afirma que os hospitais de custódia são um prolongamento do sofrimento e abrigam

um novo conceito de tortura, dando remédios para acalmar qualquer tipo de comportamento agitado. Quando se adentra nessas instituições

Mauro Aranha, conselheiro e coordenador jurídico do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, desacorda totalmente da forma como os pacientes são tratados e a forma como os medicamentos são administrados estão completamente longe de serem eficientes. Afirma que

“não adianta tratar o transtorno mental sem prover condições mínimas de vida e ressocialização (...) Do ponto de vista humanitário, é inaceitável. Essas pessoas não tiveram responsabilidade pelo ato infracional (...) Não é uma lógica da saúde, é a lógica do crime. Não é uma lógica de um Estado que cuida da reabilitação de pessoas.”

No final dos anos 70 iniciou-se um movimento pelo fim dos manicômios no Brasil e os profissionais da área de saúde mental denunciavam as terríveis condições a que eram submetidos os internos, porém a única mudança foi que os manicômios transformaram-se em colônias, mas continuavam com o mesmo modelo asilar. Apenas entre as décadas de 80 e 90, o Brasil passou por uma reforma psiquiátrica inspirada nas experiências antimanicomiais da Itália e procurou romper com essa estrutura asilar e destruir esse ultrapassado modelo manicomial. Então, no dia 18 de Maio foi instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e novos ideais para o tratamento da saúde mental começaram a ser estabelecidos, mas a realidade de muitos Hospitais de Custódia permaneceram as mesmas.

## **7. A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Em 1961, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, ao mesmo tempo em que presenciava as mais diversas formas de abuso quanto ao tratamento dos pacientes com alguma doença mental. Ele, que já criticava o sistema tradicional que transformava o paciente em objeto de estudo e intervenção, iniciou um movimento denominado “negação à psiquiatria”, responsável por originar a luta antimanicomial – sendo ele o primeiro precursor desta luta. Franco notou que o isolamento tinha caráter repressor e que a internação, conseqüentemente, só piorava a condição do interno. Por isso, começou com pequenas mudanças na forma como eram feitos os tratamentos, tentando melhorar os cuidados técnicos e de hospedaria. Assim, o tratamento deveria ser feito de forma terapêutica – sem internações – e o indivíduo não deveria mais ser tratado como um mero objeto. Mas uma simples reforma não seria de todo suficiente e deveria ser mais

incisivo. Era preciso mudar, além das áreas de saúde e assistência psiquiátrica, a maneira como a sociedade via a loucura interior dos outros.

Logo após esse período, Franco assumiu a direção de outro manicômio, o Hospital Psiquiátrico de Trieste, onde substitui o tratamento interno por uma rede territorial de serviços comunitários, emergências psiquiátricas, centro de convivência e moradias assistidas para os loucos, além de outras formas de ajuda. Foi tão grande a reforma que ele implantou, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que o Serviço Psiquiátrico de Trieste era uma referência na luta antimanicomial. Em 1976, porém, o Hospital foi fechado e sua assistência passou a ser inteiramente concentrada na rede territorial montada por Franco e, como uma boa consequência e em 1978 foi aprovada a “Lei Basaglia” na Itália (ou também chamada de Lei 180), que foi responsável pela reforma psiquiátrica na Itália e acabou por refletir aqui no Brasil, contribuindo para a reforma do nosso sistema psiquiátrico também.

Aqui no Brasil, as coisas começaram a mudar apenas no final da década de 70, quando o lançamento do documentário “Em Nome da Razão”, de Helvécio Ratton, denunciou a triste realidade a que eram submetidos os internos do Hospital Colônia de Barbacena. Nesse momento, o país estava no meio de uma ditadura militar, comandada por Emílio Médici, cujo governo foi marcado pela violência, tortura, assassinatos dos opositores e, mesmo nesse cenário de tensão e medo, surgiram movimentos em prol da saúde, inclusive da mental, uma vez que o sistema de saúde era privado e os abusos que eram cometidos dentro das quatro paredes dos hospitais psiquiátricos eram mais comuns do que se imaginava. Um desses movimentos foi o da Reforma Sanitária, que afirmava que era preciso rever as questões de saúde no país e adequá-la para que toda a população tivesse acesso a ela. As propostas apresentadas resultaram na universalidade do direito à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), oficializados na Nova Constituição de 1988. Dez anos antes, em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, um movimento social em prol pelos direitos das pessoas que sofriam com transtornos mentais. Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ajudou na criação do SUS e em 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo lema era “*Por uma sociedade sem manicômios*”. Mas foi apenas no dia 18 de Maio de 1987 que nasceu a proposta de reforma no sistema psiquiátrico brasileiro, marcando esta data como o

Dia da Luta Antimanicomial, graças a um encontro feito entre grupos aliados as políticas antimanicomiais. Três anos depois, em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Caracas, que sugeria a reestruturação da assistência psiquiátrica e, finalmente em 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216, que veio para proteger as garantias dos direitos de pessoas com algum tipo de transtorno mental.

Chamada também por Lei Antimanicomial, definiu que a pessoa só poderia ser internada quando medidas terapêuticas não produzem mais resultados, fora que a fiscalização do Ministério Público, em casos de internação compulsória, é indispensável. A internação deve se dar em hospitais normais, com paciente que possuem doenças orgânicas, isso porque não se deve segregar o doente mental da sociedade. A primeira mudança em relação a medida de segurança foi a substituição do termo por “internação compulsória”, podendo ser requerida tanto pelo civil quanto pela penal, conforme artigo 6º, III. Outra mudança é em relação ao artigo 4º, que deixa subentendido que a internação se dará em casos excepcionais. Combinado com o artigo 2º, VIII e IX, deverá se dar em um ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. O que se percebe é que esta lei não exclui os internamentos, mas os manicômios.

Nota-se que os ensinamentos dos artigos 96 e 97 do Código Penal não entra aqui, já que lá se determinava a aplicação da medida de segurança de acordo com a gravidade do delito, sendo indicado o internamento para aquele que cometeu um delito passível de reclusão e tratamento ambulatorial para aquele que cometeu um delito passível de detenção. O motivo é porque o tratamento agora será escolhido pelo profissional que está cuidando dessas pessoas e não mais da lei penal.

A partir da promulgação desta lei o Brasil ingressou no grupo de países com a nova legislação condizente com a Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas (OPAS), além de ter criado a Política de Saúde Mental, que veio para garantir os cuidados necessários à aquele paciente com algum transtorno mental e substituir as internações de longa duração, que o separava da sua sociedade e de sua família.

Assim, o Estado não poderia mais construir manicômios como forma de internação duradoura e os pacientes teriam acesso a tratamento psicológico com a

menor invasão possível e atividades alternativas, tendo a família sempre por perto como apoio na sua recuperação. Essa Política veio também como uma forma de reeducar e mostrar a sociedade que aquele paciente não era uma ameaça para o convívio social e que deveria ser respeitado como o sujeito de direitos que era. Assim, no final dos anos 80, surgiram os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como uma forma alternativa aos manicômios, uma vez que a reforma era necessária, mas os profissionais não tinham prática nas assistências alternativas – afinal, passaram uma vida inteira aplicando sempre o mesmo método de tratamento, sem mudanças significativas até a virada dos anos 70 para 80.

Os CAPS mostraram que era possível tratar um paciente fora dos manicômios, perto de sua família e trabalhando, com leitos apenas para situações emergenciais. e um ponto chave nesse entendimento é que a luta antimanicomial não é sobre acabar com as internações, mas acabar com as internações infinitas, uma vez que prisão perpétua é proibida no Brasil. Porém, para aqueles que não possuem mais família – nem suporte social – foram criadas as residências terapêuticas, suportando até oito pessoas por residência, que foram criados justamente para ajudar os internos e não afastá-los da sociedade, mas os hospitais de custódia acabam com essa formatação.

Contudo, apesar de ter sido iniciada lá no final dos anos 70, essa reforma psiquiátrica ainda não está completamente finalizada, carecendo ainda de muitas mudanças e longe de ser perfeita. A começar pelo simples fato de ainda ser utilizado o fundamento da periculosidade para manter a medida de segurança, o que vai completamente contra a reforma psiquiátrica, uma vez que o intuito dela é justamente mudar a visão que as pessoas tem do “louco”, um ser perigoso que usa sua personalidade perigosa para cometer um delito e, por isso, precisa ser segregado.

Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais aponta que apesar de 19% dos leitos psiquiátricos terem acabada no Brasil, ao mesmo tempo, houve um significativo aumento desse tipo de leito em outros lugares. Ou seja, em alguns lugares do país, o antigo modelo de manicômio ainda é utilizado, mesmo com toda a luta e todas as críticas. A professora responsável por esta pesquisa foi Simone Costa de Almeida, do setor de Terapia Ocupacional da Universidade, que afirma que

"Quando se aproxima a lupa das esferas subnacionais, constata-se que, de 2008 a 2013, em 25,1% dos municípios o número de leitos foi reduzido; em 36,5% não houve alteração; e em 38,4% houve aumento (...) se, de um lado, a redução dos leitos psiquiátricos no Brasil é marca da implementação da

política antimanicomial, de outro, o embate de forças com segmentos vigorosos que defendem o modelo centrado em hospitais, mediante o aparato econômico e político de que dispõem, retarda a mudança que se pretende na forma de tratar a loucura".

Alguns reformistas acreditam que não se deve descartar, ao todo, a medicação continua do louco. Conforme leciona Almir Santos Reis Júnior, doutor em Direito Penal, essa decisão não é

“pela exclusão da medicamentação, é pela abertura dos ambientes manicomiais e pelo conseqüente tratamento psiquiátrico da loucura em outros espaços, também, estigmatizados. Ora, a meta da psiquiatria não deve ser pela ‘loucura aberta’, mas sim pela ‘desloucura’”.

Para que a reforma manicomial logre êxito, tudo depende de uma grande mudança, tanto legislativa quanto social. É preciso uma desnaturalização da loucura, eliminar de vez o preconceito em relação ao que é diferente, a quem tem alguma doença ou transtorno mental.

Passados dezenove anos da promulgação da lei, ainda existem internos em condições inadequadas e que violam seus direitos. O Ministério Público tenta acabar com todos os manicômios, mas enquanto os municípios não criarem estruturas próprias para atender esses pacientes, a luta continua.

## **8. MEDIDA DE SEGURANÇA: ALTERNATIVA OU PERPÉTUA?**

Conforme consta no artigo 97, §1º, do Código Penal, tanto a internação quanto o tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada a cessação de periculosidade, através de perícia médica, com prazo mínimo de um a três anos e máximo de 40, uma alteração trazida pelo pacote anticrimes de 2019. Isso já foi discutido anteriormente, mas cabe aqui um aprofundamento a mais no tema.

Ocorre que a abstração da lei quando se refere a cessação de periculosidade traz a incorreção em pena de caráter perpétuo, já que a doença mental pode nunca ser curada de fato. Nesse sentido, o Informativo 369 do Supremo Tribunal Federal traz um debate acerca desse caráter indefinido da medida de segurança:

**Medida de Segurança e Limitação Temporal.** A Turma iniciou julgamento de habeas corpus em que se pretende a extinção de medida de segurança aplicada à paciente, diagnosticada como doente mental pela prática do delito de homicídio, cujo cumprimento, em hospital de custódia e tratamento, já ultrapassara trinta anos. A impetração é contra decisão do STJ que indeferira a mesma medida, sob o fundamento de que a lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, somente

condicionada à cessação da periculosidade do agente. Sustenta-se, na espécie, com base no disposto nos artigos 75 do CP e 183 da LEP, estar a medida de segurança limitada à duração da pena imposta ao réu, e que, mesmo persistindo a doença mental e havendo necessidade de tratamento, após a declaração da extinção da punibilidade, este deve ocorrer em hospital psiquiátrico, cessada a custódia. O Min. Marco Aurélio, relator, deferiu o writ para que se implemente a remoção da paciente para hospital psiquiátrico da rede pública, no que foi acompanhado pelos Ministros Cezar Peluso, Carlos Britto e Eros Grau. Considerou que a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua se aplica à custódia implementada sob o ângulo de medida de segurança, tendo em conta, ainda, o limite máximo do tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade a que alude o art. 75 do CP, e o que estabelece o art. 183 da LEP, que delimita o período da medida de segurança ao prever que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, dessa forma, ser mais gravosa do que a própria pena. Com base nisso, concluiu que, embora o §1º do art. 97 do CP disponha ser indeterminado o prazo da imposição de medida de segurança, a interpretação a ser dada a esse preceito deve ser teleológica, sistemática, de modo a não conflitar com as mencionadas previsões legal e constitucional que vedam a possibilidade de prisão perpétua. Após, pediu vista dos autos o Ministro Sepúlveda Pertence. (CP: "Art. 75. O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a trinta anos. ... Art. 97. ... §1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos."; LEP: "Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança."). HC 84219/SP, rel. Min. Marco Aurélio, 9.11.2004. (HC-84219)

A Constituição Federal traz como um de seus princípios norteadores, a dignidade da pessoa humana, uma garantia fundamental de vida digna ao ser humano quando este recebe uma pena, procurando evitar exageros e violações dos direitos humanos. Serve como um sistema de freios e contrapesos que impede o Estado de ultrapassar seus limites durante a aplicação da punição. Conforme entendimento de doutrinadores, como José Airton Dantas Neto<sup>11</sup>, quando o legislador se referiu a “não haver penas de caráter perpétuo”, estaria se referindo somente as penas de fato, deixando de fora as medidas de segurança. Por isso que o prazo possui caráter indeterminado.

Em contrapartida, temos a Lei de Execução Penal, mais especificadamente dois artigos: o 173 e o 176. O primeiro leciona a respeito da iniciação da medida de segurança, que se dará após o trânsito em julgado da sentença e com a apresentação da guia de internação ou do tratamento ambulatorial, que por sua vez deverá conter a

---

<sup>11</sup> DANTAS NETO, José Airton. Aspecto temporal da medida de segurança e a vedação a prisão perpétua (limite da pena no Brasil). 2012.

qualificação e o registro de identificação do infrator, a denúncia do fato, a sentença aplicada e o prazo mínimo da sanção, além de outras informações pertinentes. Já o artigo 176 informa que, a qualquer momento (mesmo durante o prazo mínimo) tanto o Juiz, quanto o Ministério Público, o próprio interessado, seu procurador ou defensor, pode requerer um novo exame a fim de verificar a cessação da periculosidade. Note que este “a qualquer momento” significa que o exame é periódico e o tempo máximo de internação é indefinido. Tudo corroborado com o artigo 58 do Anexo I da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.056/2013.

Mas nem sempre esse exame é realizado pelo mesmo médico. E se há mais de uma visão, de tempos em tempos, sobre um mesmo paciente, torna difícil saber qual médico está mais próximo da verdade. Se no mês o médico declara que aquele paciente está quase pronto para retornar a sociedade e, no próximo, outro médico retira suas esperanças, acreditando que o paciente está pior do que quando entrou, aliado ao fato de o tratamento que o Estado oferece não é totalmente adequado, afeta ainda mais a psiquê daquele indivíduo. Foucault escreveu, em seu livro “os anormais”<sup>12</sup> que, no momento que se encontram os saberes jurídicos e científicos, são formulados

“os enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciários consideráveis e que têm, no entanto, a curiosa propriedade de serem alheios a todas as regras, mesmo as mais elementares, de formação dos discursos científicos, de serem alheios também às regras do direito e de serem, no sentido estrito, grotescos”.

Os próprios supremos divergem no sentido do tempo de aplicação da medida. Enquanto o Superior Tribunal de Justiça, pela súmula 527, prevê que o tempo de duração não deva ultrapassar o máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, o Supremo Tribunal Federal, entende que a medida de segurança tem natureza punitiva e tem como prazo máximo, 40 anos, redação dada pelo pacote anticrime de 2019.

Não obstante, a medida de segurança tem como objetivo tratar o doente. Mas ela faz justamente o contrário, o mantém recluso esperando por um laudo que pode nunca chegar. Alguns tipos de doenças mentais não tem cura, como a esquizofrenia,

---

<sup>12</sup> FOUCAULT, Michel. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 14-15.

e somado a falha assistencial por parte do Estado, a situação tende a piorar. Da mesma forma que uma pena, quando aplicada, segue os direitos e garantias presentes na Constituição, a medida de segurança também deveria ser respaldada no mesmo texto legislativo. Uma vez que é expressamente proibida penas perpétuas, conforme artigo 5º, XLXII, b, da própria Constituição Federal, parece contraditório aplicar uma sanção com prazo indeterminado. O próprio Rogério Greco<sup>13</sup> afirma que:

“Cientes de que o Estado não fornece o melhor tratamento para seus doentes, devemos deixar de lado o raciocínio teórico e ao mesmo tempo utópico de que a medida de segurança vai, efetivamente, ajudar o paciente na sua cura. Muitas vezes o regime de internação piora a condição do doente, o que justifica a edição do novo diploma legal que proíbe a criação de novos manicômios públicos. Contudo, a situação não é tão simples assim. Casos existem em que o inimputável, mesmo após longos anos de tratamento, não demonstra qualquer aptidão ao retorno ao convívio em sociedade, podendo-se afirmar, até, que a presença dele no seio da sociedade trará riscos para sua própria vida”

Apesar de todas as significativas mudanças e evoluções, ainda é preciso reformular a aplicação da medida de segurança no Brasil, garantindo dignidade e direitos a todos aqueles que estão privados da vida em sociedade.

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao apresentar o tema “tratamento jurídico penal dos inimputáveis por doença mental no Brasil”, foi proposto uma análise sobre a evolução do termo loucura, a forma de aplicação das sanções penais na antiguidade até, finalmente, chegarmos no que hoje conhecemos como hospitais de custódia, a questão do prazo de internação ter um caráter indeterminado e, portanto, quase se igualando a prisão perpétua, vedada em nosso ordenamento, as falhas cometidas pelo Estado quando se fala na desinternação do paciente e de alguns dos artigos e princípios norteadores da nossa jurisdição, tudo baseado em livros, artigos científicos, documentários, séries e filmes bibliográficos.

A medida de segurança objetiva, pelo menos em tese, curar o paciente que cometeu um delito que não é considerado crime, pela ausência do elemento culpa. Assim, ao invés de uma pena, o indivíduo é submetido a um tratamento curativo, cuja

---

<sup>13</sup> GRECO, Rogério, Curso de direito Penal. 17ª ed. Rio de Janeiro: Impetus, p. 757. 2015.

aplicação deveria ser feita observando os direitos fundamentais dos doentes mentais, elencados na Lei 10.216/2001, proporcionando o tratamento adequado para que seja cumprida a finalidade de sua aplicação. A Lei de Reforma Psiquiátrica nasceu justamente como resultado de um movimento para reconhecer os direitos das pessoas portadoras de alguma doença mental e mostra a necessidade de uma mudança política criminal para que essas tenham garantido todos os direitos previstos em lei quando aplicada a medida de segurança.

Ocorre que o tema apresentado é pauta das mais diversas discussões acadêmicas, principalmente dos Supremos, a ponto de ambos divergirem entre si, pois enquanto Superior Tribunal de Justiça, quando publicou a Súmula 527, estipulou que o prazo da medida não deveria ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, o Supremo Tribunal Federal entendeu que o prazo máximo não poderia ultrapassar o máximo destinado ao cumprimento de penas, atualmente 40 anos, conforme a institucionalização do “pacote anticrime”, em 2019. A Medida de Segurança deveria basear-se na Constituição, mais especificadamente na negativa de Prisão Perpétua. Mas, acima de tudo, nos Princípios da Proporcionalidade e da Razoabilidade, a fim de não violar a Dignidade da Pessoa Humana. Mas não é exatamente isso que acontece, pois mantém um paciente recluso, esperando por um laudo documentando sua cessação de periculosidade, que pode nunca realmente ocorrer. Ora, se a medida de segurança equivale a uma pena (pois ambas são julgadas, sentenciadas e executadas da mesma forma, divergindo o local de cumprimento de cada), então deveriam ser garantidas todos os direitos previstos na Constituição, que veda a prisão perpétua, no Direito Penal, que estabelece que a pena máxima é de 40 anos e da Lei da Reforma Penal, que garante a aplicação dos direitos fundamentais dos pacientes.

A aplicação da medida de segurança, é sim, importante para a saúde pública, apesar de todas as falhas, afinal, o caso vai muito além de uma infração penal. O fato do indivíduo não ter capacidade de reconhecer a ilicitude de seus atos não significa que o mesmo deva perder sua liberdade. É dever do Estado oferecer um tratamento adequado para cada paciente, afinal, não são raros os casos que a privação da sociedade agravou ainda mais a situação deles. No momento, jurisdições e doutrinas ajudam na conclusão de casos concretos, mas há, ainda, muito o que evoluir quanto a este tema.

## REFERÊNCIAS

- PABLOS DE MOLINA, Antonio Garcia; GOMES, Luiz Flávio. **Criminologia**. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (Ed.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID -10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. **Fundamentos de la psiquiatria actual**. Madrid, Paz Montalvo, 1972. 2 v. 884 + 1020p. P. 115
- GOMES, Luís Flávio; GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, Antonio. **Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos, introdução às bases criminológicas da lei nº 9.099/95 – lei dos juizados especiais criminais**. 2010, p. 253
- Caetano, Haroldo. **DIREITO PENAL PERIGOSO OU, AFINAL, PERIGOSO É MESMO O LOUCO?** Boletim IBCCRIM nº 294, de maio de 2017.
- Arbex, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 1., 2013, p.138.
- SCHECHTER, Harold. **Serial killers, anatomia do mal**. Rio de Janeiro: Darkside Books, 2013.
- GUIMARÃES, Rafael Pereira Gabardo. O Perfil Psicológico dos Assassinos em Série e a Investigação Criminal. *In: Revista de Ciências Jurídicas e Criminais da Associação dos Delegados de Polícia do Estado do Paraná – ADEPOL – PR./* coordenação de Daniel Prestes Fagundes, Vyctor Hugo Guaita Grotti, v.2/ Curitiba: Juruá, 2019. p. 281-310.
- MECLER, Katia. **Psicopatas do cotidiano : como reconhecer, como conviver, como se proteger**. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2015.
- PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. **Manual esquemático de criminologia**. 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 2012.
- BATISTA, Vera Malaguti. **O positivismo como cultura**. Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica Rio de Janeiro: vol. 8, no .2, maio-agosto, 2016, p. 293-307. 293
- Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo. **HOSPITAIS-PRISÃO: NOTAS SOBRE OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS DE SÃO PAULO**. São Paulo, Agosto de 2018.
- GRYCAJUK, João Vitor. **MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI ANTIMANICOMIAL: A INCOERÊNCIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO VIGENTE E NA PRÁTICA**. 60 f. Monografia (Bacharel em Direito) - Setor de Ciências Jurídicas, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.
- POLAKIEWICZ, Rafael. **A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/a-luta-antimanicomial-e-a-reforma-psiQUIATRICA/>> . Acesso em 03/10/2020.

GOMES, Suelen. **Reforma Antimanicomial no Brasil: do Horror aos Dias de Hoje.** Disponível em: <<https://www.fiotec.fiocruz.br/noticias/projetos/4880-reforma-antimanicomial-no-brasil-do-horror-aos-dias-de-hoje>>. Acesso em: 05/10/2020.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA PAULISTA. **Luta Antimanicomial: Entenda sua Origem e Importância.** Disponível em: <<https://psiquiatriapaulista.com.br/luta-antimanicomial-origem-importancia/>> . Acesso em: 04/10/2020.

RINALDI, Julliana de Souza. **Análise da Psicopatia Homicida e Sua Punibilidade no Atual Sistema Penal Brasileiro.** Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-processual-penal/analise-da-psicopatia-homicida-e-sua-punibilidade-no-atual-sistema-penal-brasileiro/>>. Acesso em: 22/08/2020.

Revista Encontro BH. **Pesquisa da UFMG Mostra que Lei Antimanicomial Ainda é Falha.** Disponível em: <<https://www.revistaencontro.com.br/canal/atualidades/2017/05/pesquisa-da-ufmg-mostra-que-lei-antimanicomial-ainda-e-falha.html>> Acesso em: 05/10/2020

HUTCHISON, Courtney. **Darth Vader Was Mentally Ill, Researchers Say.** Disponível em: <<https://abcnews.go.com/Health/MindMoodNews/star-wars-darth-vader-needed-therapy-blame-dark/story?id=10850290>> Acesso em: 05/10/2020

CMB. **A História de Misericórdia das Santas Casas.** Disponível em: <<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>> Acesso em: 10/10/2020

HIPERCULTURA. **Fatos Assustadores sobre a Lobotomia.** Disponível em: <<https://www.hipercultura.com/fatos-bizarros-sobre-a-lobotomia/>> Acesso em: 10/10/2020

ANTONELLI, Diego. **Como Eram Tratados os “Loucos” do Século XIX.** Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/historia/como-eram-tratados-os-loucos-do-seculo-19-848jjw1yhza7bmzoabo882ucj/>> Acesso em: 10/10/2020

LEVINSON, Hugh. **Lobotomia Faz 75 Anos: De Cura Milagrosa a Mutilação Mental.** Disponível em: <[https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/11/111110\\_lobotomia\\_75\\_anos\\_mv](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/11/111110_lobotomia_75_anos_mv)> Acesso em: 10/10/2020

GABRIEL, Marius. **A Trágica História de Rosemary Kennedy, Irmã de J.F.K. Lobotomizada Por Ordem do Pai.** Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-47706195>> Acesso em: 10/10/2020

D'AGOSTINO, Rosanne. **Dias de Intolerância.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/dias-de-intolerancia/platb/>> Acesso em: 11/10/2020

CAPPELARI, Mariana Py Muniz. **O Quanto Ainda Somos Influenciados por Lombroso, Ferri e Garófalo?** Disponível em: <<https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/noticias/208347743/o-quanto-ainda->

somos-influenciados-por-lombroso-ferri-e-garofalo?ref=topic\_feed> Acesso em: 11/10/2020

CANZIANI, Carolina Esteves. **O Prazo da Medida de Segurança**. Disponível em: < <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/o-prazo-da-medida-de-seguranca/> > Acesso em: 13/10/2020

JUNCAL, Regina Geni Amorim. **A Retrógrada Manutenção da Periculosidade como Fundamento da Medida de Segurança**. Disponível em: < <http://www.justificando.com/2018/10/09/a-retrograda-manutencao-d-periculosidade-como-fundamento-da-medida-de-seguranca/> > Acesso em: 18/10/2020

AGÊNCIA O GLOBO. **São Paulo Gasta R\$65 Mil Por Mês Apenas com Dois Criminosos**. Disponível

em:

<<https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2017/02/sao-paulo-gasta-r-65-mil-por-mes-apenas-com-dois-criminosos.html> > Acesso em: 20/10/2020

FREITAS, Ana Clelia de. **Medida de Segurança: princípios e aplicações**. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8536/Medida-de-seguranca-principios-e-aplicacao> >. Acesso em: 27/03/2021.

DANTAS NETO, José Airton. Aspecto temporal da medida de segurança e a vedação a prisão perpétua (limite da pena no Brasil). **Missão Velha**. 2012. disponível

em: <[http://www.jurisway.org.br/monografias/monografia.asp?id\\_dh=8499](http://www.jurisway.org.br/monografias/monografia.asp?id_dh=8499) > Acesso em: 27/03/2021.

HAIDAR, Sílvia. Isolar quem é diferente demais faz parte do estigma associado as doenças mentais. **Folha de São Paulo**, São Paulo. Fevereiro de 2021. Disponível em: <<https://saudemental.blogfolha.uol.com.br/2021/02/09/isolar-quem-e-diferente-demais-faz-parte-do-estigma-associado-as-doencas-mentais-explica-psiquiatra/>> Acesso em: 10/03/2021

MACEDO, Camila Freire. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8246>. Acesso em: 03/10/2020.

PEREIRA, Erica Cristina; COSTA-ROSA, Abílio da. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **SciELO**. São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **SciELO**. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014

IEFAP. 15 filmes sobre transtornos psiquiátricos. **Medicina Dia a Dia**. 20 de março de 2019. Disponível em: <<https://medicinadiaadia.com.br/15-filmes-sobre-transtornos-psiquiatricos/>> Acesso em: 03/10/2020

LEITE, Gisele. Responsabilidade jurídico-penal do psicopata. **Jornal Jurid**. 01 de março de 2019. Disponível em: <<https://www.jornaljurid.com.br/colunas/gisele-leite/responsabilidade-juridico-penal-do-psicopata>> Acesso em: 03/10/2020

CAPPELLARI, Mariana. É inconstitucional, em parte, o artigo 319, inciso VII, do CPP? **Canal Ciências Criminais**. 07 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://canalcienciascriminais.com.br/e-inconstitucional-em-parte-o-artigo-319-inciso-vii-do-cpp/>> Acesso em: 03/10/2020

MORAES, Aparecida Kele de Araujo. A inimputabilidade penal por doença mental. **Direito Net**. 18 de agosto de 2018. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/10772/A-inimputabilidade-penal-por-doenca-mental>> Acesso em: 30/10/2020

GHIRALDELLI, Felipe Vittig. Objetos da criminologia: delito, delinquente, vítima, controle social. **Portal Jurisprudência**. 11 de março de 2018. Disponível em: <<https://portaljurisprudencia.com.br/2018/03/11/objetos-da-criminologia-delito-delinquente-vitima-controle-social/>> Acesso em: 30/10/2020

SZKLARZ Eduardo. Mentos psicopatas. Revista Superinteressante. **Editora Abril**, 2009. p. 12/13. Disponível em:<<<http://super.abril.com.br/cotidiano/psicopata-justica-brasileira-620213.shtml>>. Acesso em 26/10/2020

ABREU, Michele Oliveira. Da imputabilidade do Psicopata. Rio de Janeiro: **Lumen Juris**, 2013.

BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal: Parte Geral. 27. Ed. São Paulo: **Saraiva**, 2021.

MACHADO, Fabio Guedes de Paula. Culpabilidade no Direito Penal. São Paulo: Quartier, 2010.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal. 6 ed. São Paulo: **Revista dos Tribunais**. 2010.

NUCCI, Guilherme de Souza. Código de Processo Penal Comentado. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

ALONSO, Jéssica Soubhia. Da (im)possibilidade de aplicação da medida de segurança como solução eficaz aos indivíduos com personalidade psicopática. **Âmbito Jurídico**. 01 de março de 2018. Disponível em:

<<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/da-im-possibilidade-de-aplicacao-da-medida-de-seguranca-como-solucao-eficaz-aos-individuos-com-personalidade-psicopatica/>> Acesso em: 26/10/2020

HORTA, Ana Clélia Couto. Evolução histórica do Direito Penal e Escolas Penais. **Âmbito Jurídico**. 31 de maio de 2005. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/evolucao-historica-do-direito-penal-e-escolas-penais/>> Acesso em: 25/10/2020

HIGA, Carlos César. "Código de Hamurabi"; **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/codigo-hamurabi.htm>. Acesso em: 23/10/2020.

ABDALLA-FILHO, Elias. MS: segurança pra quem? **Psychiatry online Brasil**. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano08/for0908.php>> Acesso em 24/10/2020

ROMÃO, Pedro Augusto de Lima. Medida de segurança. 2020. Monografia (Bacharelado em Direito) - **Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília**, Brasília, 2020.

CARNEIRO, Raiza Beatriz Paulino. A (in)constitucionalidade da indeterminação do prazo da medida de segurança. 2020. 24f. Artigo (Graduação em Direito) - **Centro Universitário Fametro**, Fortaleza, 2020.

Ribeiro, Gabriel. (2019). A duração da medida de segurança frente à proibição constitucional da pena de caráter perpétuo. 24. 193 -211.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**. São Paulo. V. 13 N. 2. 628-652. MAIO-AGO 2017

VASCONCELOS, Liliane Souza. O caráter indeterminado da medida de segurança aplicada aos inimputáveis à luz garantia constitucional de proibição de pena de caráter perpétuo. **Conteúdo Jurídico**. Brasília, 01 de dezembro de 2020. Disponível em: <<https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/55742/o-caracter-indeterminado-da-medida-de-segurana-aplicada-aos-inimputveis-luz-garantia-constitucional-de-proibio-de-pena-de-carter-perptuo.>> Acesso em: 10/03/2021

ALMEIDA, Francieli Batista. Direito penal da loucura. A questão da inimputabilidade penal por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 17, n. 3205, 10 abr. 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/21476>>. Acesso em: 10/03/2021.

BARROS, Carmen Sílvia de Moraes. Aplicação da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental ao louco infrator. **Revista Jurídica Consulex**, São Paulo, ano XIV, nº 320, 15 de maio/2010.

JESUS, Jessica Tinel Gonzaga de. O abandono legal dos loucos infratores. **Âmbito Jurídico**. 01 de novembro de 2016. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/o-abandono-legal-dos-loucos-infratores/>> Acesso em: 10/03/2020

COSTA, Priscyla. Doente mental preso não pode pagar por falhas do Estado. *Revista Consultor Jurídico*. 07 de outubro de 2007. Disponível em: <[https://www.conjur.com.br/2007-out-07/doente\\_mental\\_preso\\_nao\\_pagar\\_falhas\\_estado](https://www.conjur.com.br/2007-out-07/doente_mental_preso_nao_pagar_falhas_estado)>

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. Trad. Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos.; FARIAS, Francisco Ramos de. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 17(3), 515-527, set. 2014

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, abr. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso)>

CARRARA, Sérgio. 1998. Crime e Loucura: O Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século. Rio de Janeiro/São Paulo: EDUERJ/EDUSP. 227 pp.

SÁ, Evelin Naked de Castro. O Manicômio Judiciário: saúde ou justiça? **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 19:389-400, 1985.

MONTEIRO, Vitor Trigo. A adoção do modelo antimanicomial nas medidas de segurança: uma questão de direitos humanos. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3498, 28 jan. 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/23557>. Acesso em: 10/05/2020

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10/05/2020.