

Daniel Luís Pires Martins



*Estudo do uso de tratamento psiquiátrico como forma de Justiça  
Terapêutica em uma determinada unidade federativa do sul do Brasil*

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Mestrado em Criminologia  
Porto, 2021



Daniel Luís Pires Martins



*Estudo do uso de tratamento psiquiátrico como forma de Justiça  
Terapêutica em uma determinada unidade federativa do sul do Brasil*

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Mestrado em Criminologia  
Porto, 2021

Daniel Luís Pires Martins

Assinatura: Daniel Luís Pires Martins



*Estudo do uso de tratamento psiquiátrico como forma de Justiça  
Terapêutica em uma determinada unidade federativa do sul do Brasil*

Dissertação apresentada na Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção de grau de Mestre em Criminologia, sob orientação do Professor Doutor José Manuel Soares Martins.

Porto, 2021



## RESUMO

O modelo de Justiça Terapêutica é um paradigma contraposto ao modelo da Justiça Punitivo-Retributiva, pois justamente aquela contempla o fato de que não basta meramente atribuir uma sanção punitiva ao apenado e, na verdade, aplicar a lei de forma terapêutica para que o criminoso seja melhor reintegrado ao meio social e como forma de prevenção de reincidência criminal, a preservar os direitos de reparação da vítima; em conjunto, há o entendimento que o uso de medida de segurança justamente vem da necessidade de justificar o tratamento compulsório de apenados que estavam mentalmente insanos ou com desenvolvimento mental incompleto ou retardado no momento em que cometeram um ato criminal, ou seja, a medida de segurança seria uma forma de aplicar a Justiça Terapêutica. Com isso, a proposta deste trabalho é de fazer um análise epidemiológica de decisões jurisprudenciais (ou seja, feitas em Tribunais de Segunda Instância) para avaliar a aplicação da Justiça Terapêutica através de medidas de segurança no Estado do Rio Grande do Sul.

## ABSTRACT

Therapeutic Jurisprudence model is a paradigm that is opposed to the Punitive-Retributive Jurisprudence model, for precisely that one contemplates the fact that it is not enough merely to attribute a punitive sanction to the condemned and, in fact, to apply the law in a therapeutic way so that the criminal may be better reintegrated into the social environment and as a form of prevention of criminal recidivism, to preserve the victim's rights of reparation; in conjunction, there is the understanding that the use of security measures comes precisely from the need to justify the compulsory treatment of convicts who were mentally insane or with incomplete or retarded mental development at the time they committed a criminal act, that is, the security measure would be a way to apply Therapeutic Jurisprudence. With that, the proposal of this work is to make an epidemiological analysis of jurisprudential decisions (i.e., made in Courts of Appeals) to evaluate the application of Therapeutic Justice through security measures in the State of Rio Grande do Sul.



## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, eu agradeço à minha mãe, Maria da Graça Dose Pires, por ter me concedido o dom da vida. Sem ela, eu não estaria aqui fazendo este trabalho.

Eu também agradeço a diversas pessoas que apareceram no caminho e que me incentivaram a fazer mestrado; em primeiro lugar, Adauri Mendes de Matos, minha amada e que precisou ter paciência comigo, pois eu mantive minhas diversas atividades profissionais de natureza médica e com o uso do tempo livre para realizar a construção deste trabalho. Depois, alguns de meus familiares que também se felicitaram com o meu envolvimento num mestrado, como a minhas irmãs Melina Priscila e Júlia Caroline, e vários tios/tias e amigos/as que, embora não citados aqui por questão de que seria muito injusto citar alguns e outros não, foram importantes na minha vida e sempre me incentivaram no meu crescimento profissional.

Eu também agradeço a diversos colegas de trabalho, principalmente onde realizo atividades relacionadas à psiquiatria, que ficaram contentes com a minha decisão de cursar um mestrado; os dispositivos onde trabalho com a questão psiquiátrica estão citados a seguir: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “A Casa”, no município de Encantado; a Clínica Regional de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo (CENTRAL), no município de Lajeado; e o Serviço do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Rede de Saúde Divina Providência / Hospital São José, no município de Arroio do Meio – todos os municípios citados integrantes do Estado do Rio Grande do Sul.

Por fim, embora eu não siga nenhuma religião ou filosofia espiritual em especial, eu agradeço ao possível Ser Supremo do Universo; mesmo que não seja uma entidade plenamente visível e palpável, deve-se concordar que há um mistério de natureza transcendental por aí e que permitiu surgir algo tão maravilhoso quanto tudo o que vemos e a própria existência humana.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>I. PARTE I – Enquadramento teórico .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 JUSTIÇA TERAPÊUTICA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.1 Justiça Restaurativa: O Princípio Maior sobre a Justiça Terapêutica.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.2 Noções Gerais de Justiça Terapêutica .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.2.1 Críticas e Considerações à Justiça Terapêutica.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1.2.2 Justiça Terapêutica como Modelo Científico .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.3 Escopos da Justiça Terapêutica.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.3.1 Cortes Orientadas para Problemas.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.3.1.1 Cortes de Drogas.....</b>	<b>18</b>
<b>1.1.3.1.2 Cortes de Violência Doméstica .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1.3.1.3 Cortes de Saúde Mental .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1.3.1.4 Cortes Comunitárias.....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.3.2 Tribunais de Reinserção.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1.3.3 Outros Escopos.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1.4 Justiça Terapêutica no Brasil .....</b>	<b>22</b>
<b>1.2 A PSIQUIATRIA E A JUSTIÇA .....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.1 História da Psiquiatria Forense.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.1.1 História da Psiquiatria Forense no Brasil .....</b>	<b>30</b>



<b>1.2.2 Conceito da Psiquiatria Forense.....</b>	<b>34</b>
<b>1.2.2.1 Enquadramento da Psiquiatria Forense.....</b>	<b>35</b>
<b>1.2.2.2 Por Que Não Punir os “Lunáticos”? .....</b>	<b>39</b>
<b>1.2.1.3 Conflitos Internos da Psiquiatria Forense.....</b>	<b>40</b>
<b>1.2.2.4 Sobre as Tipologias Criminais .....</b>	<b>42</b>
<b>1.3 CONCLUSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>II. PARTE II – Pesquisa empírica .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1 JUSTIFICAÇÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.3 Ponto de partida.....</b>	<b>47</b>
<b>2.2 METODOLOGIA .....</b>	<b>47</b>
<b>2.2.1 Participantes.....</b>	<b>48</b>
<b>2.2.2 Instrumentos.....</b>	<b>48</b>
<b>2.3 PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>49</b>
<b>2.3.1 Critérios de Exclusão.....</b>	<b>49</b>
<b>2.4 RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>2.4.1 Análise estatística e epidemiológica.....</b>	<b>54</b>
<b>2.5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>2.6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>90</b>



**ANEXOS .....104**

**ANEXO 1: Lista dos códigos e leis criminais levantados nesta pesquisa e que foram usados na grelha montada.....105**

**ANEXO 2: Tela da pesquisa de jurisprudência no portal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (endereço: <https://www.tjrs.jus.br/site/busca-solr/index.html?aba=jurisprudencia>).....111**

**ANEXO 3: Lista dos códigos usados da Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10), publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e com previsão de substituição pela CID-11 em 2022 .....112**



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> <i>Publicações citadas com o uso do termo “Justiça Restaurativa”</i> .....	4
<b>Tabela 2:</b> <i>Os conceitos descritos por Albert Eglash no artigo publicado em 1977</i> .....	5
<b>Tabela 3:</b> <i>Descrição das formas de aplicação da Justiça, a conter como cada uma delas define o que é crime</i> .....	6
<b>Tabela 4:</b> <i>Elementos e princípios da Justiça Restaurativa</i> .....	8-9
<b>Tabela 5:</b> <i>Premissas a serem atendidas para que se maximize um desfecho terapêutico de uma sentença</i> .....	16-18
<b>Tabela 6:</b> <i>Pressupostos da Psiquiatria Forense</i> .....	35-36
<b>Tabela 7:</b> <i>Distribuição da imputabilidade e do tempo mínimo de segurança ao longo dos anos</i> .....	55-56
<b>Tabela 8:</b> <i>Distribuição da ocorrência de crimes por quinquênios</i> .....	57-59
<b>Tabela 9:</b> <i>Distribuição da ocorrência de crimes por ordem decrescente</i> .....	60
<b>Tabela 10:</b> <i>Distribuição da ocorrência de diagnósticos por quinquênios</i> .....	61-63
<b>Tabela 11:</b> <i>Distribuição da ocorrência de diagnósticos estratificados pela imputabilidade conforme a reforma penal de 1984 e a Lei Paulo Delgado de 2001</i> .....	65-68
<b>Tabela 12:</b> <i>Distribuição da ocorrência de locais de tratamentos, estratificados pela imputabilidade conforme a reforma penal de 1984 e a Lei Paulo Delgado de 2001</i> .....	69
<b>Tabela 13:</b> <i>Distribuição da ocorrência de locais de tratamentos para portadores de transtorno mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas</i> .....	70



## INTRODUÇÃO

A Justiça Terapêutica é um conceito recente no estudo internacional do Direito, com uma das origens do termo relatada por Winick e Wexler (Magner, 1997) após uma apresentação feita em 1987 em um workshop coordenado pelo *National Institute on Mental Health* (NIMH, órgão coordenador de estudos de saúde mental nos Estados Unidos) e cuja definição foi relatada por Finkelman e Grisso (1994), por Winick (1997) e Slobogin (1995) como sendo “a percepção de que a lei em si pode ser um agente terapêutico ou antiterapêutico. Agentes legais, procedimentos legais e os papéis dosatores legais poderiam impactar no bem-estar psicológico”, além que “qualquer tentativa de traçar a genealogia da Justiça Terapêutica é muito frustrada pelo fato que não existem muitas informações fornecidas por outros autores”.

A Justiça Terapêutica estaria no âmbito da Justiça Restauradora e, segundo Blagg (2008), poderia ser implementada das seguintes formas: as cortes de justiça comunitária, as cortes de drogas, as cortes de violência doméstica, e as cortes de saúde mental. Giacomini (2009) e Vergara (2011) colocaram que a implementação da Justiça Terapêutica no Brasil ocorreu devido a questão que o direito à vida e à saúde são fundamentais a toda pessoa que esteja no território nacional, a não importar a se o indivíduo é um apenado; ambos os autores reforçam como a principal característica da aplicação da Justiça Terapêutica através de uma implementação similar ao que Blagg (2008) chamou de “cortes de drogas”, e o trabalho também demonstrará como a definição brasileira de Justiça Terapêutica possui um viés em relação ao resto do mundo justamente pela suposta importância que o alcoolismo e a toxicodependência teriam na gênese criminal.

O tema é pertinente, pois não existem dados estatísticos sobre o uso da Justiça Terapêutica no Brasil, principalmente a questão do uso de tratamentos psiquiátricos como substitutivos penais – inclusive para diferenciar de outros fatores importantes, como a judicialização da saúde, que é um fenômeno de natureza cível (ou seja, não é por si só um fenômeno de Justiça Terapêutica) e muito comum desde o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde), que diz respeito ao uso dos recursos jurídicos para garantir o acesso a um recurso terapêutico que seja necessário à



manutenção da vida, cumprindo-se o direito fundamental da Constituição Federal sobre o acesso aos recursos de saúde.

A proposta deste trabalho é fazer uma análise estatística de natureza epidemiológica sobre a questão criminal que envolve o cometimento de delitos por apenados que estariam mentalmente insanos ou com desenvolvimento mental incompleto ou retardado no momento em que cometeram um ato criminal. Como o Código Penal Brasileiro tem vigência em todo o território nacional, selecionou-se apenas uma unidade federativa – o Rio Grande do Sul – como base para a realização da pesquisa empírica.

Com essa pesquisa, a pretensão é tentar responder alguns questionamentos sobre o uso de tratamentos psiquiátricos como substitutivos de pena dentro dos próprios critérios de Justiça Terapêutica e associada com os critérios legais que implementam como se deve tratar pacientes psiquiátricos dentro de legislação específica – esta baseada na reforma psiquiátrica brasileira, que foi resultado dos movimentos de luta antimanicomial existentes no território brasileiro. Deve-se enfatizar aqui que, apesar do cuidado na hora da escrita, há uma grande chance de aparecerem palavras e expressões que são mais usadas dentro do contexto da variação brasileira da língua portuguesa em comparação ao português europeu, já que o autor é de nacionalidade brasileira.

## **I. PARTE I – Enquadramento Teórico**

### **1.1 JUSTIÇA TERAPÊUTICA**

#### **1.1.1 Justiça Restaurativa: O Princípio Maior sobre a Justiça Terapêutica**

Para se entender a Justiça Terapêutica, antes é preciso recapitular uma doutrina que surgiu em contraposição à tradicional Justiça Punitivo-Retributiva e permitiu a aplicação de penas alternativas à reclusão, que é a Justiça Restaurativa; a maioria dos artigos, a princípio, cita a origem do termo através de um artigo chamado “*Beyond Restitution: Creative Restitution*”, inicialmente publicado em 1977 pelo psicólogo estadunidense Albert Eglash no livro *Restitution in Criminal Justice*, de Joe Hudson e Burt Gallaway (Nascimento, 2016; Zanon, 2017; Gade, 2018).

Gade (2018) descobriu que o uso do termo Justiça Restaurativa foi bem anterior ao já mencionado artigo do Eglash, mas não necessariamente com a mesma definição que o estudioso supracitado forjou; nas pesquisas feitas por Gade (2018), houve usos antepostos do termo, mas sem ter uma linearidade na acepção – ou seja, não ocorreu uma convergência de significados (ver tabela 1). Com esses exemplos citados por Gade (2018), percebeu-se que Eglash não foi o criador do termo Justiça Restaurativa e nem foi o primeiro autor a usar esse termo dentro do ambiente jurídico, mas a importância do autor foi a criação do chamado Movimento Restaurativo, junto com outros teóricos como Randy E. Barrett, Howard Zehr e Nils Christie para estabelecer uma visão diferencial de lidar com o crime em contraposição à Justiça Punitivo-Retributiva (Daly, 2013). Os conceitos inicialmente descritos por Eglash sobre Justiça Restaurativa são mais superficiais e, na verdade, o conceito recebeu o nome de Restituição Criativa (Eglash, 1958, 1977; Borges e Prudente, 2012; Daly, 2013; Gade, 2018) e estão descritos na tabela 2.

O jurista estadunidense Randy E. Barrett publicou um artigo um pouco depois do famoso escrito de Eglash, onde descreveu não sobre o conceito de Justiça Restaurativa em si, mas sobre o conceito de Restituição; este seria um novo paradigma para a aplicação da Justiça e deveria ter como pilares a punição proporcional, a reabilitação do criminoso e a compensação da vítima (Barrett, 1977). Já os conceitos definidos pelo sociólogo estadunidense Howard Zehr extrapolaram as definições

simplistas de Eglash e forneceram uma descrição mais aprofundada dos modelos de aplicação da Justiça (Zehr, 1985; Gade, 2018; Secco e Lima, 2018), e que estão demonstrados na tabela 3.

**Tabela 1**

*Publicações citadas com o uso do termo “Justiça Restaurativa”.*

Ano	Publicação	Contexto
1834	<i>Christian Examiner and Church of Ireland Magazine</i> , uma revista cristã	Religioso: uso do termo como resultado da ação dos homens de boa vontade.
1848	<i>The Signs of the Times</i> , livro cristão escrito pelo Rev. Lebbeus Armstrong	Religioso: citou o exemplo de liberar duas pessoas presas injustamente por perjúrio como um ato de Justiça Restaurativa.
1856	<i>Thoughts on a Continuation of the Book of Common Prayer used in the Church of England</i> , livro cristão escrito pelo Rev. John Stow	Religioso: citou o ocorrido em Lucas 19:8, onde Zaqueu diz a Jesus que dará metade dos próprios bens aos pobres e restituirá o quádruplo se houver ludibriado alguém como um exemplo de Justiça Restaurativa como ação consequente à fé em Cristo.
1863	<i>A Woman's Story</i> , romance escrito por Burton Abbots	Ficcional: nomeia Justiça Restaurativa ao ato onde o personagem Cecil decide pagar à personagem Salome uma quantia em dinheiro que esta merecia desde a infância.
1916	<i>An Inquiry Concerning Justice</i> , artigo escrito por Floyd R. Mechen	Jurídico: é o primeiro uso do termo de forma explícita em textos jurídicos, a definir Justiça Restaurativa como “a justiça administrada pelo maquinário judicial, na qual se restaura o homem ao seus direitos de propriedade”.
1924	Discurso feito por <i>bâtonnier</i> Jacques-Manuel Fourcade durante a abertura da <i>Conférence des Avocats</i>	Jurídico: baseado em textos bíblicos, o jurista apontou problemas relacionados à paz após a Primeira Grande Guerra e coloca o termo como uma situação onde a justiça e a paz andam juntas.

*Nota.* Adaptado de “Restorative Justice: History of Term’s International and Danish Use”, por C. B. N. Gade, 2018, *Nordic Mediation Research*, p. 29.

O próprio Zehr escreveria, anos mais tarde, uma definição para Justiça Restaurativa baseada nos artigos publicados anteriormente e que acabou se tornando

muito aceita no meio acadêmico, embora outras definições tenham surgido com o tempo e ocorreu que a terminologia tenha uma miscelânea de definições, a enfatizar mais uma ou outra característica (Gade, 2018). Zehr (2002) definiu Justiça Restaurativa da seguinte forma:

(...) é um processo que envolve, à extensão possível, aqueles que tem um interesse em uma ofensa específica e com danos identificados coletivamente e endereça danos, necessidades e obrigações, em ordem para curar e colocar as coisas no lugar tão corretas quanto possível.

**Tabela 2**

*Os conceitos descritos por Albert Eglash no artigo publicado em 1977.*

Classificação	Descrição	Características
Restituição Ordinária (Justiça Punitivo- Retributiva)	Uma técnica voltada para exclusivamente punir o crime cometido.	É uma obrigação financeira, tem uma extensão limitada, determinada em corte e é um ato individual.
Restituição Distributiva (Justiça Distributiva ou Social)	Uma técnica voltada para a reeducação e restabelecimento de condutas sociais adequadas.	Qualquer ato que visa promover a distribuição adequada de saúde, oportunidades para a atividade pessoal e privilégios sociais.
Restituição Criativa (Justiça Restaurativa)	Uma técnica voltada para restituir o que foi violado pelo crime cometido.	Qualquer ato construtivo, vai além da punição, completa restituição por boa-vontade e harmonia, guiada por comportamento autodeterminado, separa culpa passada da responsabilidade futura

*Nota.* Adaptado de A. Eglash (1977), S. Maruna (2014), E. A. do Nascimento (2016), e C.B.N. Gade (2018).

Outra definição muito aceita em diversos trabalhos acadêmicos e em grupos de estudos foi a exposta pelo pesquisador britânico Tony F. Marshall, a qual ele enunciou que Justiça Restaurativa seria (Froestad e Shearing, 2002; Wilkelmann e Garcia, 2012; Borges e Prudente, 2012):

(...) um processo onde todas as partes ligadas de alguma forma a uma particular ofensa vêm discutir e resolver coletivamente as consequências práticas da mesma e a suas implicações no futuro (...) um processo de diálogo, onde as pessoas afetadas em decorrência de um crime se reúnem visando solucionar, conjuntamente, qual a melhor forma de resolver o problema e lidar com suas implicações futuras, em regra, com a ajuda de um facilitador (...)

**Tabela 3**

*Descrição das formas de aplicação da Justiça, a conter como cada uma delas define o que é crime.*

Classificação	Descrição
Justiça Punitivo-Retributiva	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Crime é uma violação contra o Estado;</li><li>▪ É focada na responsabilidade estabelecida, na culpa, no passado (quem fez isso?);</li><li>▪ Guiada pelo contraditório e pela normativa do processo;</li><li>▪ Imposição da dor para punir e prevenir;</li><li>▪ Justiça definida pela intenção e pelo processo.</li></ul>
Justiça Restaurativa	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Crime é uma violação de uma pessoa pela outra;</li><li>▪ É focada na solução de problemas, nos passivos e nas obrigações, no futuro (o que deveria ser feito?);</li><li>▪ Guiada por normativas no diálogo e na negociação;</li><li>▪ Restituição como um meio para restaurar ambas as partes, onde a reconciliação ou restauração é a meta;</li><li>▪ Justiça definida como relações baseadas nos direitos, onde se julga pelo desfecho.</li></ul>

*Nota.* Adaptado de H. Zehr (1985).

Os pesquisadores de Ciências Criminais estadunidenses Paul McCold e Ted Wachtel fizeram uma conceituação de Justiça Restaurativa a partir de três questões chave: quem foi prejudicado? Quais as suas necessidades? Como atender a essas necessidades? Com isso, os pesquisadores desejavam que a reparação do dano causado por uma transgressão fosse formada por atos colaborativos entre as chamadas “partes interessadas principais”, ou seja, os indivíduos mais diretamente envolvidos por um crime (McCold e Wachtel, 2003; Winkelmann e Garcia, 2012).

De tal forma, McCold e Wachtel (2003) afirmam que se desejava evitar não só a aplicação de um controle punitivo-retributivo (onde a preocupação é somente a punição do crime, a gerar uma estigmatização dos agressores de forma negativa) em benefício de um controle restaurativo (onde se confronta e desaprova a transgressão, mas se afirma o valor intrínseco do transgressor), mas também evitar que a correção do crime seja feita via controle permissivo (ou “reabilitador”, onde se protege as pessoas de sofrer consequências de seus atos ofensivos) ou negligente (onde ocorre indiferença e passividade perante a existência de um ato ofensivo).



Com o volume de trabalhos acadêmicos e científicos sobre a Justiça Restaurativa fez que a própria ONU encampasse a utilização do conceito pelos países membros (Winkelmann e Garcia, 2012), através da Resolução 2002/12 – a qual é intitulada Princípios Básicos para Utilização de Programas de Justiça Restaurativa em Matéria Criminal – e que conceitua Justiça Restaurativa como (ECOSOC, 2002):

(...) qualquer processo no qual a vítima e o ofensor, e, quando apropriado, quaisquer outros indivíduos ou membros da comunidade afetados por um crime, participam juntos ativamente na resolução de matéria oriunda do crime, geralmente com a ajuda de um facilitador. Processos restaurativos podem incluir mediação, conciliação, conferência e círculos de sentenças (...)

Para complementar, diversos autores colocam que a Justiça Restaurativa é norteada através de elementos e princípios que seriam necessários para que tal modalidade de aplicação da Justiça seja feita (Winkelmann e Garcia, 2012), as quais podem ser vistas na tabela 4.

Dentro do contexto brasileiro, a Justiça Restaurativa foi inicialmente implementada pela resolução 225/2016 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); por outro lado, a jurisprudência brasileira impõe algumas restrições e questionamentos para a implementação da Justiça Restaurativa, temas de debate teórico os quais foram levantados por Winkelmann e Garcia (2012) e Secco e Lima (2018), e são enumerados a seguir:

- 1) **Devido processo legal:** a Justiça Restaurativa geraria um “desvio” na codificação legal existente e que serve como pilar da legalidade, o que é prestável como uma garantia da aplicação das leis constitucionais e infraconstitucionais;
- 2) **Inafastabilidade da jurisdição:** sujeita ofensor e vítima à possibilidade de avaliação de pessoas que não estão investidas de autoridade pública; de forma complementar, a avaliação do crime e da punição passam da alçada pública para instituições privadas e, assim, ocorrer a privatização do direito penal – em outras palavras, por essas instituições participarem das decisões do julgamento, essas gerariam uma ampliação da rede de controle penal – a gerar decisões que não beneficiam o bem-comum.

- 3) **Eficácia:** não existe garantia de ocorrer reais mudanças, ou seja, de ocorrer a devida restauração da ordem jurídica lesada pelo crime, nem de restaurar a vítima e ainda poderia beneficiar o ofensor (desproporcionalidade da punição).

**Tabela 4**

*Elementos e princípios da Justiça Restaurativa.*

<b>Elementos</b>	<b>Descrição</b>
Social	O crime não é uma mera violação da lei, mas sim como uma perturbação das relações humanas entre pessoas que vivem em conjunto numa sociedade.
Participativo ou democrático	Deve ocorrer envolvimento ativo das vítimas, infratores e da comunidade.
Reparador	Orientação para a reparação da vítima, ou seja, o infrator repara o dano causado de forma de ir ao encontro das reais necessidades da vítima – que também participa do processo.
Empoderamento	Tanto a vítima, quanto o infrator, devem ter a capacidade de se defenderem (a si e aos seus interesses), de falarem e de serem capazes de concordar e discordar em pé de igualdade.
Reconhecimento	Deve-se reconhecer a outra pessoa, perceber e entender as palavras e ações de cada parte envolvida no processo.
<b>Princípios</b>	<b>Descrição</b>
Voluntarismo	Não é um processo impositivo e unilateral, ou seja, as partes são livres e colaborativas de forma esclarecida acerca dos seus direitos.
Consensualismo	O acordo e os benefícios devem ser equilibrados e razoáveis para ambas as partes, de forma pormenorizada, reduzida a termo e assinado, e renunciante do recurso a outros meios.
Complementariedade	Quando possível, deve-se usar reparações extrajudiciais para reduzir pena criminal.
Confidencialidade	Para gerar confiança necessária na deliberação de interesses sem constrangimentos, os termos não serão comunicáveis em juízo caso o processo restaurativo falhe.
<b>Princípios</b>	<b>Descrição</b>
Celeridade	A resposta deve ser rápida e eficaz quando comparada com a justiça tradicional.
Economia	É uma tentativa de reduzir custos financeiros do processo, embora seja o menos verificável na prática.



Disciplina	Tanto o ofensor quanto a vítima devem respeitar a execução dos acordos, como uma estratégia de responsabilização dos sujeitos implicados no processo em causa e para facilitar a aceitação social de tal prática.
------------	---

*Nota.* Adaptado de A.G. Winkelmann e F.F.D. Garcia, 2012.

Os elementos de Justiça Restaurativa são geralmente usados para correção de danos de leve a médio potencial ofensivo dentro da jurisprudência brasileira, de forma majoritária a ser aplicada no âmbito dos Juizados Especiais Criminais e nos Juizados da Infância e Juventude, assim como tendência destas lidarem com situações bagatelares (de baixo potencial ofensivo) como se fossem locais para realizar mediação – principalmente em situações em que o ofensor receberia, no máximo, uma advertência policial ou encaminhamento para outros setores não criminais (Zanon, 2017; Secco e Lima, 2018).

Após a explanação até agora realizada sobre o significado da Justiça Restaurativa, parte-se para o estudo do elemento restaurativo escolhido para este trabalho – que é a Justiça Terapêutica.

### 1.1.2 Noções Gerais de Justiça Terapêutica

A Justiça Terapêutica, conforme descrita inicialmente por professor de Direito David B. Wexler para um *workshop* realizado pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH) em 1987, é uma escola de interpretação da prática criminal onde há uma preocupação em entender que a aplicação da lei pode ser um agente terapêutico ou antiterapêutico; ou seja, onde há a preocupação normativa que a escolha de procedimentos legais fosse mais terapêutico para o ofensor que o contrário. Isso significa que a Justiça Terapêutica nortearia a aplicação de normais legais para ser algo que não perturbasse o bem-estar físico ou psicológico do réu (Magner, 1997; Perlin, 2017; Wexler, 1999b; Wexler e Winick, 2009; Fariña, López e Gutiérrez, 2016).

Em outros termos, Wexler (1999b, 2014, 2016, 2017) coloca que a aplicação legal em Justiça Terapêutica é algo que possibilitaria a promoção da saúde física ou psicológica, onde o julgamento seria guiado através de uma ética do cuidado a partir de *insights* adquiridos da psicologia, criminologia e assistência social. Se a lei gera efeitos terapêuticos ou antiterapêuticos, isso também induz um pensamento

empírico em que pode se medir esses efeitos e, assim, validar empiricamente um instrumento legal como terapêutico ou não<sup>1</sup>.

Gal e Shidlo-Herzoni (2011) reforçaram que a Justiça Restaurativa poderia ter elementos terapêuticos se usasse os pressupostos de empoderamento, bem-estar psicológico e diminuir a vitimização defendidos pela Justiça Terapêutica, assim como Bartels e Richards (2013) defenderam a importância de oralidade dentro do processo, pois todos os envolvidos devem se fazer ouvir perante a corte.

Winick (2011), e Fariña *et al.* (2016) realçaram que a Justiça Terapêutica deve se preocupar em minimizar o dano psicológico gerado nas vítimas tanto pelo crime, quanto pela vitimização secundária gerada pelos aspectos coercitivos e por não se buscar atender as necessidades que a vítima possui ao longo do processo. Em outros termos, Fernández (2014) colocou que a Justiça Terapêutica abarcou a filosofia aplicada ao cuidado, para evitar a dicotomia tradicional entre a aplicação técnica da Justiça baseada na moral social centrada nos interesses do cliente e que guia o direito adversarial *versus* a preocupação com decisões judiciais que englobem o bem-estar das pessoas e os estados emocionais destas (o encontro entre a felicidade e a justiça). Além das normas<sup>2</sup> e dos procedimentos legais<sup>3</sup>, Wexler (1999b, 2014, 2017) e Fariña *et al.* (2016) também enfatizam os papéis legais – como os advogados, juízes e demais operadores legais – também seriam avaliados através do impacto das atuações de cada um dos papéis supracitados como terapêuticos ou antiterapêuticos. Winick e Wexler (2006) acrescentam que a prevenção de problemas legais depende de uma nova

---

<sup>1</sup> Wexler (2014) também citou que os meios e processos usados como forma de fazer Justiça Terapêutica seriam considerados como terapêuticos se: (1) usassem princípios psicológicos e criminológicos que previnam reincidências; (2) fossem conforme princípios dos cuidados de saúde; e (3) reforçassem comportamentos para o cumprimento da lei.

<sup>2</sup> Oliveira (2010) explicou que regras legais determinam obrigações ou deveres no âmbito da sociedade (primárias) ou elementos concludentes de como reconhecer, alterar ou criar mecanismos de verificação e resposta a omissões ilícitas das regras primárias (secundárias), para que se elimine a incerteza, a estaticidade e ineficácias das primárias.

<sup>3</sup> Didier Jr. (2015) estabeleceu que procedimentos legais são sucessões de atos que são interligados de maneira lógica e que visam a obtenção de um objetivo final, que é a exteriorização dos atos processuais. Em outras palavras, é a espinha dorsal do formalismo processual. Camacho (2008) explicou que procedimento “é o ritmo disciplinado em lei, pelo qual o processo se movimento para atingir o fim”, ou seja, são todos os atos a serem concatenados para se constituir, desenvolver e terminar um processo jurídico; os procedimentos são comuns (todas as causas que a lei não previu forma especial) ou especiais (fogem à regra comum e cujas hipóteses foram previstas pelo legislador).

perspectiva sobre a Clínica Legal<sup>4</sup>, com esta a formar conselheiros legais que percebam as repercussões na psique do cliente que a prática de lei pode causar, assim como evitar o paternalismo e reforçar a autodeterminação.

Segundo Magner (1997), a Justiça Terapêutica, nos estágios embrionários do desenvolvimento das questões teóricas, utilizou-se de conceitos interdisciplinares que atraiu inicialmente operadores do Direito que se debruçaram no estudo de conceitos que envolviam ciência comportamental, cognitiva e afetiva; esses estudos não levaram muito tempo para também atrair profissionais da saúde mental, tanto os técnicos que já trabalhavam com aplicação forense da saúde mental quanto os teóricos de saúde mental.

Magner (1997) e Perlin (2017) apontou que, com o tempo, a aplicação e o estudo de Justiça Terapêutica começou a se associar com a consonância entre essa teoria jurídica e os direitos constitucionais que todo cidadão possui, além de espriar essa escola legal além do território dos Estados Unidos em um processo de internacionalização, a chegar primeiramente no Reino Unido e depois em regiões como América Hispânica, Europa e Austrália, através do aumento da acessibilidade aos estudos feitos – com futura troca de informações entre os profissionais que estudavam Justiça Terapêutica de vários países, inclusive a permitir estudos comparativos.

### **1.1.2.1 Críticas e Considerações à Justiça Terapêutica**

Uma das críticas à Justiça Terapêutica, segundo Connelly (2016), é que o modelo pode passar a impressão que os benefícios e direitos usados com o ofensor não estão disponíveis à maioria da população, a incluir aí as vítimas, e que é algo paradoxal usar recursos terapêuticos e sociais como se fossem punições – sem a percepção que, na verdade, a Justiça Terapêutica conseguiu diminuir o número de revogações de condicionais com retorno à reclusão, o que é um benefício para todos e não somente ao ofensor.

Wexler (1999a) colocou que outra crítica importante feita sobre a Justiça Terapêutica é que esta seria um sinônimo de antipsiquiatria<sup>5</sup>; na verdade, a Justiça

---

<sup>4</sup> Na página da Faculdade de Direito Francis King Carey, da Universidade de Maryland (EUA), descreveu-se o conceito de Clínica Legal como uma abordagem onde se oferecem serviços legais a indivíduos, famílias ou comunidades através de uma intervenção multidisciplinar para atender holisticamente o(s) cliente(s) dentro de uma situação legal e é orientada a problemas. A equipe pode envolver médicos, farmacêuticos e assistentes sociais associados aos operadores do Direito.

Terapêutica utiliza conceitos clínicos e psicoterápicos da psicologia dentro do âmbito legal para tentar validar investigações especulativas empíricas sobre, por exemplo, periculosidade e riscos potenciais da aplicação da lei em indivíduos vulneráveis, além de trocar atos de litígio (ênfase básica da resolução de conflitos legais) por atos de mediação. Não há interesse da Justiça Terapêutica em negar a existência de transtornos mentais ou de exonerar o ofensor de passar pelo sistema legal.

Segundo Campbell (2012), a Justiça Terapêutica deve, no mínimo, mitigar os efeitos deletérios da aplicação da lei; além disso, deve servir como influência para a formação de políticas públicas de saúde mental, onde o papel da emoção pode ser classificado através dos questionamentos baseados no enquadramento de perguntas e respostas feitas pelas partes interessadas na Justiça Terapêutica. Eis alguns exemplos desse tipo de questionamento: qual o problema? Quais são as consequências terapêuticas da ação política? Se a interpretação ou elaboração de políticas criam pontos sutis de atenção psicopolítica<sup>6</sup>, quais são as potenciais consequências antiterapêuticas?

Outro ponto de atenção sobre Justiça Terapêutica foi lembrado por Perlin (2017), que nem toda doutrina a envolver saúde mental é necessariamente integrante da Justiça Terapêutica. Um caso bem conhecido é a Doutrina Tarasoff<sup>7</sup>, sobre a obrigatoriedade do clínico em lidar com paciente perigoso e romper o sigilo profissional para comunicar a ameaça à integridade física de uma vítima em potencial; essa doutrina trabalha somente heurísticas (dispositivos cognitivos psicológicos) para descomplicar

---

<sup>5</sup> Oliveira (2011) descreveu a antipsiquiatria como um movimento fortemente influenciado com o movimento de contracultura do meio do século XX, onde se acreditava que os tratamentos psiquiátricos atendiam às demandas dos interesses políticos e econômicos, além de visar a eliminação do tratamento manicomial e da própria ideia de doença mental; a antipsiquiatria defendia que os sintomas do indivíduo se originavam em relações doentes, e que o diagnóstico psiquiátrico era tão somente um rótulo para invalidar expressões, como a manifestação de ideias e a autodefesa, do portador de tal diagnóstico ao considerar que esse indivíduo – e não a relação – como doente.

<sup>6</sup> Segundo Han (2015), psicopolítica é uma técnica de dominação, onde se trocam os métodos clássicos de opressão por um poder baseado na sedução e na inteligência, para que os indivíduos se submetam às forças de dominação. Isso ocorreria através da liberdade de expressão e a hipercomunicação (alta taxa de transmissão de informação de uma só vez) veiculadas em redes sociais, a gerar uma rede de controle e vigilância que desembocam numa autêntica crise de liberdade.

<sup>7</sup> A título de curiosidade e conforme coletado no *Internet Archive*, a Doutrina Tarasoff é uma jurisprudência utilizada em várias unidades da federação estadunidense e que foi baseada no caso *Tarasoff vs Regents of the University of California*, julgado na Suprema Corte da Califórnia e com decisão final em 1976. O caso foi derivado do assassinato de Tatiana Tarasoff por Prosenjit Poddar em 27/10/1969, onde o ofensor afirmou ao terapeuta três semanas antes do fato que iria matar Tatiana. Os pais da vítima processaram a universidade supracitada por negligência, ao reter a informação de um perigo em potencial para uma vítima textualmente declarada pelo ofensor.

tarefas de processamento de informações relacionadas a um ofensor em potencial que declare a intenção de atacar uma terceira parte citada em um ambiente psicoterápico, sem que a doutrina possua algo de terapêutico por si só.

### 1.1.2.2 Justiça Terapêutica como Modelo Científico

Stobbs (2013) fez uma tese de *Philosophiae Doctor* onde demonstrou que a Justiça Terapêutica seria um modelo científico que explica uma determinada realidade a partir do uso dos conceitos paradigmáticos kuhnianos<sup>8</sup>. De acordo com o que Stobbs demonstrou, a Justiça Terapêutica seria uma proposta de paradigma kuhniano por constituir entre as opções a seguir:

- 1) Um modelo jurídico discreto, pois seria um modelo que possui técnicas baseadas na heurística (experiência) e na ontologia (explicação para como todo um campo ou disciplina funciona) e cuja dimensão discreta é traduzida pelo conceito de que a Justiça Terapêutica é um paradigma por ser uma jurisprudência (ou seja, uma área de conhecimento jurídico que opera um sistema legal particular); o termo discreto aqui vem do termo inglês *discrete*, a significar que os elementos abordados pelo paradigma são separáveis de outros paradigmas e, portanto, o indivíduo pode optar por escolher tais elementos ou não conforme discernimento.

---

<sup>8</sup> O próprio Stobbs (2013) explicou que o físico e filósofo estadunidense Thomas Samuel Kuhn criou um modelo de explicar como o processo investigativo científico se desenrola, através do conceito de **paradigma** e **mudança de paradigma**, explicado no clássico livro de 1962 *Estruturas das Revoluções Científicas*. O paradigma seria como a realidade é explicada através dos praticantes de uma determinada disciplina por meio de uma capacidade de gerar um acordo coletivo de fatos; este acordo acontece como um resultado da mudança de crenças e atitudes, mas que devem ter uma validade que é referenciável por algo maior que aquelas crenças e atitudes, dentro de uma perspectiva historicista de ciência.

O **conceito maior paradigmático** é traduzido como a constelação total de crenças, valores, técnicas e outros elementos que são compartilhados entre os membros de uma determinada comunidade científica; o **conceito estrito paradigmático** é um elemento daquela constelação, ou melhor, são as soluções discretas do quebra-cabeça nas quais, empregadas como modelos ou exemplos, podem substituir regras explícitas como bases para a solução de quebra-cabeças existentes da ciência normal.

A **mudança de paradigma** decorre de eventos que se iniciam quando problemas não conseguem ser explicados pelo paradigma vigente; isso cria uma anomalia no modelo, a qual aumenta conforme problemas no paradigma ocorrem, até o momento em que isso cria uma crise disciplinar. Surgem novos exemplares para um paradigma alternativo, onde o conflito entre o novo e o velho paradigma não consegue ser resolvida por ambos (incomensurabilidade); daí advém uma ciência revolucionária (por acréscimo de seguidores) que cresce até se erguer uma nova matriz disciplinar (a tal mudança de paradigma).

- 2) Um modelo paradigmático pós-adversarial, onde se assume que o modelo adversarial, no qual o processo legal é baseado em litigância e procedimentos da corte para o encontro da verdade e em adjudicação acurada entre a competição de direitos legais e as evidências que suportam tal competição, é um modelo jurídico que gera ciência normal; neste caso, a Justiça Terapêutica é uma mudança de paradigma.
- 3) Uma abordagem de trabalho legal paradigmático do tipo *problem-solving*, que seria uma abordagem para casos particulares do trabalho legal; a abordagem em si não seria uma mudança de paradigma para um novo modelo jurídico, mas uma ontologia que compara diferentes aplicações da lei como parte constituinte de um paradigma maior que, por si, informa um modelo jurídico. Outrossim a incomensurabilidade em relação ao modelo adversarial não seria propriamente com a Justiça Terapêutica, mas com o paradigma maior que contém a Justiça Terapêutica.

### 1.1.3 Escopos da Justiça Terapêutica

A Justiça Terapêutica engloba o conceito que as cortes devem se orientar para a resolução de conflitos, na tentativa de se preocupar com o resultado terapêutico da sentença a partir da integração colaborativa de diversos agentes pertencentes ao sistema judicial (Wexler, 2016). A seguir, as principais formas de implementação de Justiça Terapêutica que foram encontradas na pesquisa da literatura.

#### 1.1.3.1 Cortes Orientadas para Problemas

Segundo Blagg (2008), King (2009), Perlin (2017) e Winick (2013), as cortes orientadas para problemas<sup>9</sup> (*problem-oriented courts*) se afastam da lógica tradicional da mera punição e dão importância aos desfechos terapêuticos e de reabilitação que as penas possuem; as cortes orientadas para problemas surgiram como

---

<sup>9</sup> Wexler (2014) também relatou a facilidade que tais estruturas trouxeram para a aplicação da lei dentro do contexto de Justiça Terapêutica, mas o referido autor denominou tal estrutura de cortes para a resolução de problemas (*problem-solving courts*) ou cortes focadas na solução (*solution-focused courts*). O autor fez a famosa comparação onde a interface legal amigável da Justiça Terapêutica, a não importar em que contexto jurídico foi usada (criminal, civil, administrativo...), deve ser como “um bom vinho” que foi acondicionado em “uma boa garrafa” – ou seja, tanto para melhorar a qualidade das decisões judiciais, quanto os meios e processos usados para tomar a decisão.

uma resposta emergente a uma gama de problemas sociais urbanos que aparentam ser intratáveis ou remediados pelas soluções costumeiras impostas pelas leis, assim como a frustração pela fragmentação e os tipos de respostas dadas pelos processos, culturas e estruturas judiciais tradicionais.

Bartels (2009) reforçou a questão das cortes de especialidades como reconhecimento que os problemas sociais podem ter contribuído para o comportamento do réu e que as soluções requeridas devem ser mais sociais ou terapêuticas que legais, e salientou que a cortes especializadas ou orientadas a problemas precisam trabalhar com alguns princípios para serem efetivas, que são:

- 1) Trabalhar com desfechos de casos tangíveis para réus, vítimas e sociedade;
- 2) Procurar uma reengenharia de como o sistema governamental responde aos problemas;
- 3) Engajar parceiros governamentais e não-governamentais para colaborar na redução dos níveis de reincidência;
- 4) Usar ativamente da monitorização judicial para resolver problemas e mudar os comportamentos do réu;
- 5) Trabalhar com papéis não tradicionais da Justiça, a alterar aspectos do processo de uma corte adversativa, assim como garantir um papel proativo dos réus;
- 6) Ter práticas cooperativas com os setores da sociedade que proverão os serviços necessários;
- 7) Garantir a consistência da política adotada pelo problema tratado especificamente pela corte especializada com os outros elementos legais;
- 8) Usar a intervenção mínima necessária, com o uso de parcimônia e de intervenções alternativas ou diversionistas;

9) Enfatizar a Justiça Procedimental<sup>10</sup> e a importância de processos justos e participativos.

A criação de estruturas especializadas, segundo Blagg (2008) e King (2009), não é uma mera instrumentalização para que existam cortes singularizadas, mas para que existam cortes que manipulam questões sociais e complexas da lei a fim de se conseguir uma melhor resolutividade que a lei, por si só, não possui, além de encaminhar questões subjacentes à ofensa, com equipes colaborativas cujas atuações são baseadas nas decisões tomadas nos processos associadas à monitorização judicial e desenvolvimento de conexões com a comunidade. Goldberg (2005) sistematizou que os desfechos terapêuticos serão maximizados se algumas premissas forem atendidas pelo ordenamento jurídico, conforme listadas na tabela 5.

**Tabela 5**

*Premissas a serem atendidas para que se maximize um desfecho terapêutico de uma sentença.*

Premissa	Descrição
<p><i>Melhorar habilidades interpessoais</i></p>	<p>a) <u>Empatia</u>: Entender a visão de mundo, as perspectivas e os sentimentos do outro.</p> <p>b) <u>Respeito</u>: Todos os envolvidos no caso devem respeitar a dignidade uns dos outros.</p> <p>c) <u>Escuta ativa</u>: atender às seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar a todos um senso de voz e oportunidade para escutar as histórias, a prover um senso de um procedimento justo e alimentar a relevância e credibilidade da corte, a ponto de todos;</li> <li>• Evitar ao máximo interrupções nos depoimentos</li> <li>• Solicitar a maior clarificação possível do que está sendo comunicado pelos participantes;</li> <li>• Validar a experiência da vítima</li> <li>• Apontar uso de linguagem ativa ou passiva</li> </ul>

<sup>10</sup> Segundo Tyler (2006), Justiça Procedimental é um conceito que aborda a preocupação dos envolvidos na imparcialidade procedural, ou seja, que as pessoas não se preocuparão tanto com a favorabilidade que receberão do desfecho do processo se elas perceberem que os procedimentos legais são calculados na neutralidade, ausência de vieses, honestidade, esforços das autoridades em serem imparciais, polidez e no respeito aos direitos dos cidadãos.



	<p>para evitar distorções cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretar a comunicação não verbal; prestar atenção e questionar se há mais alguma coisa a dizer, quando o participante interrompe a fala.</li> </ul> <p>d) <u>Foco positivo</u>: Fazer elogios e críticas construtivas para reconhecer a atitude ou comportamento social adequado do condenado, assim como trabalhar com o ofensor novas possibilidades para diminuir comportamento negativo e antissocial.</p> <p>e) <u>Não coercitivo</u>: Trabalhar a motivação para que essa se internalize e torne-se algo que o ofensor assume, não algo que seja uma mera obrigação legal.</p> <p>f) <u>Não paternalista</u>: Evitar atitudes com o ofensor que reforcem a negação, o ressentimento e a sensação de orgulho ferido, como sermões ou condescendências; o ofensor deve encarar o problema e ser motivado a mudar comportamentos.</p> <p>g) <u>Clarificação</u>: A relevância e a adesão à corte melhora se tudo o que está sendo discutido é claramente entendido.</p>
<p><b><i>Construir contratos comportamentais e passos de prevenção de recaída</i></b></p>	<p>a) Envolver o ofensor.</p> <p>b) Identificar e incorporar situações de alto risco.</p> <p>c) Exigir tomada de responsabilidade dos ofensores pelos atos cometidos.</p> <p>d) Definir metas específicas.</p> <p>e) Definir recompensas e sanções específicas.</p> <p>f) Encorajar a participação da família do ofensor e de membros da comunidade.</p> <p>g) Tratar o ofensor com dignidade e respeito.</p> <p>h) Promover supervisão judicial e escutas de revisões regulares.</p>
<p><b>Premissa</b></p>	<p><b>Descrição</b></p>
<p><b><i>Desenvolver uma abordagem de equipe e não adversarial</i></b></p>	<p>Com estratégias coordenadas por todos os envolvidos no processo, para guiar o cumprimento por parte do ofensor e promover reabilitação e cura (se esta possível for).</p>
<p><b><i>Sentenciar terapeuticamente</i></b></p>	<p>Onde os termos da sentença devem prover ao ofensor meios de</p>

	confrontar a transgressão e iniciar um contínuo processo de mudança e cura (se possível for).
--	---

*Nota.* Adaptado de Goldberg (2005).

King (2009) enfatizou que as cortes orientadas a problemas seria uma proposta interessante para evitar o aumento da população carcerária através do fenômeno da “porta giratória”, onde se assume a incapacidade do sistema judiciário de atender as necessidades complexas dos ofensores, e que não há como estes colaborarem com uma nova tentativa de abordagem a ser tentada. Os tipos de cortes orientadas a problemas citadas por Blagg (2008) e King (2009) serão descritas a seguir.

#### **1.1.3.1.1 Cortes de Drogas**

São estruturas delineadas para intervir no ciclo do consumo de substâncias psicoativas, crime e prisão através do provimento de grandes incentivos para que os ofensores se submetam a tratamento e reabilitação regrados e controlados pela corte. Essas cortes foram criadas como uma parte de uma estratégia governamental para minimizar o dano provocado pelo abuso de drogas ilícitas, onde Goldberg (2005) colocou que a substituição do encarceramento por treinamento de habilidades sociais.

Conforme Gordon (2017), as cortes de drogas são uma resposta aos altos números de casos criminais onde o ofensor se envolveu com o sistema criminal por uma adicção subjacente ao ato, e que as intervenções desse tipo de corte devem ser rápidas e com um Juízo proativo a realizar um trabalho de equipe, para oferecer tratamento ao ofensor e estabelecer regras e metas – além de evitar estigmatização ou subvalorização do ofensor como cidadão.

Wexler e Winick (2009) reforçam que os juízes, dentro do contexto de drogas, devem ser agentes terapêuticos e usar princípios de psicologia comportamental e teoria da motivação para coerção gradual.

#### **1.1.3.1.2 Cortes de Violência Doméstica**

São estruturas instrumentalizadas para racionalizar os processos judiciais que envolvem tais questões, a assegurar que o ofensor rapidamente preste contas, a aumentar a segurança da vítima, e reduzir a chance de mais vitimização durante o

processo. Essas cortes surgiram devido às críticas que as cortes tradicionais não sabiam como lidar com a complexidade intrínseca aos casos de violência familiar (Goldberg, 2005; Blagg, 2008).

### 1.1.3.1.3 Cortes de Saúde Mental

São organismos criados para se obter soluções terapêuticas para réus acusados de ofensas criminais e que sejam portadores de condições psiquiátricas. Essas cortes foram criadas como um entendimento que as punições tradicionais, especialmente a prisão, raramente tem um efeito positivo em pacientes com problemas de saúde mental – e pior, as punições corriqueiras tendem a exacerbar os sintomas psíquicos.

Perlin (2003) citou um estudo de caso muito interessante sobre como se implementar o conceito desse tipo de corte, que foi a *Kendra's Law*, do estado de New York (EUA). Nesta lei, a corte pode determinar um modelo de gerenciamento do ofensor portador de transtornos mentais<sup>11</sup> chamado *Assisted Outpatient Commitment Laws* (AOCL, ou leis de comprometimento de assistência em ambulatório), onde se planeja um tratamento compulsório<sup>12</sup> minimamente restritivo ao ofensor, para prevenir dano considerável nos outros e no próprio paciente e que também trate a vítima sobrevivente do crime cometido<sup>13</sup>.

Como isso, Goldberg (2005) enfatizou a necessidade de se entender os transtornos psiquiátricos como parte da minimização do impacto das decisões legais

---

<sup>11</sup> Aqui se utilizou a nomenclatura da OMS (Organização Mundial da Saúde), que prefere o termo “transtorno mental” (*mental disorder*) no lugar de “doença mental” (*mental disease* ou *illness*); doença se define como algo que possui sintomas e etiologia bem conhecidos e cuja resolução é intrínseca ao modelo médico, enquanto transtornos são disfunções oriundas de interações dinâmicas de fatores e cuja etiopatogenia não está totalmente estabelecida, mas igualmente causa sofrimento significativo e interferência na vida dos portadores (Funk, Drew e Saraceno, 2005).

<sup>12</sup> Optou-se pela tradução de *involuntary treatment* descrito no trabalho de Perlin (2003) como **tratamento compulsório** dentro do contexto brasileiro, conforme descrito por Fortes (2010); no Brasil, o ordenamento jurídico coloca que a involuntariedade para se tratar um paciente que é ocorrida através de uma ordem emitida por uma autoridade judicial se denomina tratamento compulsório.

<sup>13</sup> A título de curiosidade, Perlin (2003) colocou que a *Kendra's Law* teve como limitações importantes na sua aplicação o custo financeiro para manter uma equipe multidisciplinar e para adquirir medicações, além da dificuldade de manter um paciente psiquiátrico que também é ofensor em um ambulatório (principalmente no início do tratamento) e garantir a segurança de todos os envolvidos. Mesmo com a prerrogativa de solicitar autorização judicial para uma nova avaliação em até 72 horas em caso de recusa do comparecimento do paciente no tratamento, acionar o sistema também é complicado devido burocracia inerente.

sobre ofensores que sejam portadores de patologias psíquicas, a preferir o tratamento do indivíduo que uma medida meramente punitiva.

#### **1.1.3.1.4 Cortes Comunitárias**

São organismos criados, conforme descreveu Blagg (2008), dentro do que foi descrito por James Wilson e George Kelling como a Teoria das Janelas Quebradas, onde o decaimento social urbano se inicia quando desordens de baixo impacto são ignoradas, e a repetição dessas pequenas “incivilidades” pode iniciar uma espiral de declínio na vigilância de propriedades.

Esse tipo de corte aumenta o envolvimento da comunidade no sistema de Justiça, para que as questões e preocupações decididas nessas cortes sejam endereçadas e engajadas pela própria comunidade. O sistema de Justiça se torna mais integrado, responsável, acessível e efetivo na redução do crime por endereçar as causas subjacentes do comportamento criminal e aumentar o acesso à Justiça.

Alguns países, como a Austrália e a Nova Zelândia, criaram cortes que lidam especificamente com circunstâncias legais dentro do background cultural de povos aborígenes (que recebem o nome de povos indígenas no Brasil) envolvidos, para considerar penas alternativas dentro da tradição aborígine em vez do encarceramento (Goldberg, 2005). Esse tipo de corte comunitária, por razões óbvias, é chamada de Cortes Aborígenes.

#### **1.1.3.2 Tribunais de Reinserção**

Outro escopo de aplicação de Justiça Terapêutica foi dado por Wexler (2004, 2014, 2016) e Wexler e Calderón (2004), a sair do território das cortes orientadas a problemas e cujo exemplo utilizado foi o modelo espanhol do *Juez de Vigilancia Penitenciaria*, que são os tribunais específicos para avaliar a reinserção de prisioneiros em indivíduos comprometidos com a sociedade, e não trazer mais perigo para esta. Ou seja, aqui a questão não é evitar a reclusão, mas encurtar o tempo desta.

Os tribunais de reinserção são responsáveis por monitorar estágios correcionais e realizar a concessão, fiscalização e revogação de liberdade condicional; a manutenção de um comportamento social adequado seria feito através de instrumentos

accessórios que forneceriam um instrumento – e este geraria um reconhecimento judicial do comprometimento com a mudança; a concessão da liberdade condicional a um recluso dentro da Justiça Terapêutica deve respeitar o poder discricionário do juiz, ou seja, a concessão não é automática, ela respeita limites estabelecidos por lei.

### 1.1.3.3 Outros Escopos

Os tribunais de apelações também podem ter um caráter terapêutico segundo Wexler (2014, 2016), desde que o tribunal utilize na sentença um conjunto de “opiniões” que passem ao apelante a sensação de que foram ouvidos (mesmo que os argumentos do apelante não sejam aceitos pela corte) e que o conselheiro legal passe a percepção ao apelante que aquele serviu como um hábil advogado, ou seja, que se utilize também de Justiça Procedimental.

Dentro dessa lógica da disputa legal, Winick e Wexler (2006) colocam que, assim como existe a medicina preventiva, também se pode trabalhar como o conceito de lei preventiva; esse conceito trabalha com o fato de a relação ofensor-advogado (baseada na relação médico-paciente) busque evitar disputas legais, o que é mais benéfico que litígios estressantes, caros e demorados. Com isso, os autores supracitados assumem que uma nova paisagem legal dentro das cortes adversativas está voltada para proporcionar adiamento de sentença e possibilitar um período de liberação pré-sentencial surge, e cujo sucesso está condicionado ao acesso aos recursos terapêuticos e de serviço social.

Esse tipo de advogado, mais hábil e mais preocupado com o bem-estar do cliente, é chamado por Herzog-Evans (2016) de advogado holístico. Tal espécie de defensor procura apoiar o cliente durante a sentença e após a liberação ou condicional; esforça-se em conhecer todas as questões sociais e psicológicas do cliente; contribui ativamente para os planos de liberação e não só formalizá-los; apresenta o cliente na corte como um ser humano dentro de um contexto geral de humanização.

### 1.1.4 Justiça Terapêutica no Brasil

No âmbito da jurisprudência no Brasil, Giacomini (2009) salientou o conceito de Justiça Terapêutica como fortemente relacionado às garantias de

universalidade dos direitos fundamentais (principalmente os direitos à vida, à dignidade humana e à saúde) como base para uma aplicação mais humanitária e benéfica de uma pena quando envolve infratores que sejam usuários de substâncias psicoativas. Esse entendimento foi descrito por como oriundo de uma visão calcada na associação entre drogas e criminalidade, pois:

- 1) A própria venda constitui tráfico de entorpecentes;
- 2) Há o desvio de conduta gerado pela necessidade de manutenção do vício, a levar o dependente a cometer crimes ou delitos;
- 3) Os próprios delitos que ocorreriam de forma secundária ao uso de entorpecentes ou narcóticos, como acidentes automobilísticos, que são induzidos pela redução de capacidades físicas e mentais decorrentes de estados alterados da mente.

Nesta definição descrita por Giacomini (2009), não importa se os ofensores sejam ou não dependentes, e também não há distinção entre o uso de drogas lícitas (álcool e medicamentos) ou ilícitas (cocaína, heroína, maconha, entre outras); em outras palavras, a Justiça Terapêutica se preocupa tanto com a aplicação da sanção quanto com a reestruturação social do apenado, a entender-se como uma forma alternativa de pena e que fica clara na sentença a seguir:

(...) um conjunto de medidas que visam à possibilidade de infratores usuários ou dependentes de drogas (e que em razão delas tenham cometido crimes) receberem tratamento, ou outro tipo de terapia, buscando-se evitar a aplicação de pena privativa de liberdade, modificando seus comportamentos delituosos para comportamentos socialmente adequados (Ricardo de Oliveira Silva *apud* Giacomini, 2009).

Enquanto que países como os Estados Unidos e o Reino Unido, cujo sistema de codificação da Justiça se baseia no direito consuetudinário (*Common Law*) – o qual é construído a partir das tradições e dos costumes de forma contínua, adaptando-se às mudanças que a sociedade exige de forma dinâmica e a utilizar os precedentes como via para equiparar o ato jurisdicional ao legislativo – e que permitiu a criação de cortes específicas para questões de Justiça Terapêutica, o Brasil utiliza o sistema romano-germânico (*Civil Law*), que é um modelo onde a lei é a base que organiza todo o ordenamento jurídico e a jurisprudência é somente um elemento interpretativo para

consolidação de requisitos legais; a *Civil Law* tem como premissa restringir ao máximo a atividade interpretativa e criativa dos magistrados como forma de garantir liberdade, igualdade e certeza jurídica, além de garantir a representação da vontade do povo através da lei (Galio, 2014).

Baseado nas informações que Galio (2014) traz sobre as diferenças entre *Civil Law* e *Common Law*, é fácil deduzir que essa rigidez do sistema jurídico brasileiro se traduz na dificuldade de criar elementos específicos para Justiça Terapêutica no Brasil, tanto na questão estrutural (onde a aplicação da pena se dá via aparatos judiciais, geralmente ligados aos tribunais já constituídos dentro do sistema de Justiça) quanto na operacionalidade (as sentenças judiciais e a criação de jurisprudências estão ligadas somente à aplicação restrita do texto legal).

Segundo Galio (2014), uma aproximação dos conceitos do *Civil Law* para permitir a flexibilizar o ordenamento jurídico conforme as demandas sociais e a necessidade de redução de custos seria o uso mais acentuado da criatividade jurídica do *Common Law* através de jurisprudências, assim como o *Common Law* incorporou a legislação processual do *Civil Law* para reduzir custos e excessiva duração dos processos devido intensidade dos combates jurídicos. Por exemplo, Wexler (2014) cita a possibilidade, dentro do sistema *Common Law*, de criar-se leis *black-letter*<sup>14</sup> que se utilizam dos conceitos da Justiça Terapêutica, de modo a evoluir essas leis para princípios legais básicos do ordenamento jurídico como um todo e para que essas leis sejam usadas em processos legais.

A Justiça Terapêutica, na acepção adotada por juristas brasileiros e conforme descrito por Giacomini (2009), recebeu tentativas de implementação através de dois recursos importantes para promover a substituição das penas punitivas de reclusão, que foram a leis 9714/98 (Lei dos Substitutivos Penais) e 9099/95 (Lei dos Juizados Especiais); os crimes passíveis de pena alternativa com o evidente envolvimento do ofensor com substâncias psicoativas são geralmente ofensas de baixo a médio potencial de dano, como contravenções, crimes contra o patrimônio, os costumes,

---

<sup>14</sup> Segundo Lehman e Phelps (2005), leis *black-letter* são princípios básicos da lei que são aceitos pela maioria dos juízes, na maioria dos estados da federação estadunidense, não mais a constituir um motivo para dúvida razoável. O nome *black-letter* (letra preta) é oriundo provavelmente da prática dos publicadores de enciclopédias e tratados legais em enfatizar princípios da lei por imprimi-los em formato negro.

a assistência familiar, a paz pública, ou por violação da Lei de Tóxicos (a atual é a 11343/2006) – por exemplo, homicídio culposo, lesão corporal culposa ou condução de veículo sob efeito de drogas psicoativas.

Aliás, parte do pensamento jurídico e científico forense da associação entre drogas e crime no Brasil é bem retratado por Nunes (2011), quando esta descreveu a proposta de tal relação existir dentro de um componente biográfico do criminoso, onde múltiplas influências fazem que o indivíduo transite entre a toxicodependência e a delinquência. Seja porque o indivíduo construiu uma personalidade desviante pelas péssimas interações biopsicossociais ao longo da construção da identidade, que o leva a planejar transgressões e o consumo de estupefacientes seria mais uma dessas escolhas (delinquente toxicodependente); ou o sujeito é um usuário de substâncias psicoativas que possui um discurso mais elaborado onde justificaria a sua atitude transgressora pelo consumo de narcóticos (toxicodependente delinquente); ou a pessoa alterna entre o consumo de entorpecentes e atitudes desviantes, a justificar o utilitarismo dos seus comportamentos desviantes dentro de uma vivência normativa através de um discurso manipulador e sedutor e com minimização e contradicência dos conteúdos (“especialista” droga-crime).

Na prática, a Justiça Terapêutica no Brasil ainda é um conceito em fase embrionária e fica mais restrita à substituição da pena tradicional por um tratamento para o ofensor abusador de psicotrópicos, de forma a aliviar a situação de crise do sistema punitivo brasileiro – descrita pela autora previamente citada como problemas na flexibilização das Leis de Execução Penal, onde os principais elementos decorrentes são a superpopulação carcerária por lentidão processual e a ocorrência de tortura em todas as etapas processuais.

Conforme apontado por Fariña *et al.* (2016), o termo *Therapeutic Jurisprudence* foi traduzido nos países hispano-americanos como *Justicia Terapéutica*, a manter a definição original proposta pelos estudiosos estadunidenses que criaram essa área do conhecimento jurídico; os juristas brasileiros se restringiram a usar a termo *Justiça Terapêutica* (que seria uma tradução direta da denominação em Espanhol) somente para a noção que se usa para definir as cortes de drogas e isso constitui um viés que atrapalha a troca de conhecimentos.

## 1.2 A PSIQUIATRIA E A JUSTIÇA

Nesta seção, descrever-se-á como ocorre a interface entre a Psiquiatria e a Justiça, que é expressa basicamente por uma subespecialidade chamada Psiquiatria Forense, que atua tanto na verificação de como tratar as manifestações psiquiátricas do ofensor quanto na avaliação das responsabilidades civis e penais do ofensor. Essa descrição é importante pois o tratamento psiquiátrico faz parte do escopo dessa tese.

### 1.2.1 História da Psiquiatria Forense

Para entender o surgimento da Psiquiatria Forense, é necessário entender a trajetória temporal da especialidade médica chamada Psiquiatria em si; Palomba (2003) colocou que, ao longo da história, as questões de saúde mental flutuavam entre a explicação organicista (transtorno mental como uma alteração do funcionamento do corpo) e espiritual (transtorno mental como manifestação de influências do mundo metafísico na mente do afetado) da loucura, muitas vezes coexistindo em grupos diversos.

Um dos primeiros registros históricos onde se demonstrava a preocupação com a loucura<sup>15</sup> dentro da esfera jurídica foi no Código Babilônico de Hamurabi, onde Palomba (2003) explicou que esse código já citava a questão da epilepsia, uma patologia neurológica que pode ter repercussões psiquiátricas; segundo o código, um escravo(a) acometido de *bennum* (um possível nome acadêmico para a epilepsia) poderia ter a venda cancelada com retorno pecuniário ao atual dono se a doença aparecesse em até um mês após a compra. Taborda, Abdalla-Filho e Chalub (2012) complementaram que os loucos em geral eram pessoas possuídas por entidades malignas, então não eram passíveis de cuidados legais e sofriam sanções de natureza religiosa.

O primeiro código legal mais sistematizado que se conhece onde apareceu o uso algo que se assemelhava ao conceito atual de Psiquiatria Forense foi no antigo Direito Romano, onde Palomba (2003) descreveu que os legisladores usavam vários termos para designar as pessoas com limitações de responsabilidade civil e penal; havia o furioso (*furiosus*, com espírito em fúria), o mentecapto (*mentcaptus*, com a mente

---

<sup>15</sup> Procurou-se usar o termo “loucura” e similares dentro do contexto histórico de denominação dos alienados e do que hoje se convencionou designar de patologia ou transtorno psiquiátrico e de condutopatia ou transtornos de personalidade [Nota do Autor].

aprisionada), e o energúmeno (*energúmenos*, o possuído pelo demônio). Todos esses elementos se tornavam o que a lei chamava de alienado mental (*alienatio mentis*, aquele separado da comunidade por possuir as características anteriormente citadas). Ou seja, a questão mental na lei aceitava tanto a organicidade quanto a espiritualidade como causas de alienação mental e que alterava a responsabilidade legal do apenado.

Dentro do Direito Romano Clássico, Palomba (2003) especificou a *Lex Decenviralis* (ou Lei das Doze Tábuas), um conjunto de leis romanas que citava pela primeira vez disposições sobre a loucura e o *arbiter*. O *arbiter* era um experto que gerava um laudo arbitral em uma determinada área do conhecimento, o qual ajudava a decisão do juiz togado, ou seja, o *arbiter* foi o precursor do perito e o laudo arbitral foi o antecessor do laudo pericial. Além disso, o que foi supracitado sobre a caracterização do Direito Romano Clássico como o que se considerava loucura influenciou todos as especificações que versavam sobre a incapacidade civil e penal nos herdeiros do Civil Law (o já citado sistema jurídico romano-germânico), como foi o caso do Código Penal Brasileiro.

No século XIII, Robin (1997) relatou que foi criado o primeiro modelo jurídico do mundo anglo-saxônico para a determinação da responsabilidade penal, que foi o conceito da “besta selvagem”, na Inglaterra. Segundo o conceito, a insanidade do réu criminal existiria se houvesse uma demonstração de que a habilidades mentais dele/a não eram maiores do que uma besta selvagem e bruta, ou de um lunático. Nesse caso, a comprovação não precisava de um laudo médico, pois a loucura ainda não era considerada uma condição médica, ou seja, o próprio juiz togado poderia declarar o estado de insanidade do ofensor.

Palomba (2003) citou que o Renascimento Europeu, que ocorreu entre os séculos XIV a XVI, fez uma nova transição do entendimento da alienação mental de voltou a ter aspectos organicistas ao considerar a possibilidade da alienação como doença e que precisava de um local adequado para realizar o tratamento, o hospício (*hospitium*, o alojamento); um marco importante da prática dessa definição foi o surgimento do primeiro instituto especializado em tratar loucos, o Hospital de Alienados de Valência, em 1409 na Espanha, pelo frei da Ordem das Mercês Joan Gilabert Jofré.



A progressão do conceito organicista da loucura prosseguiu no Iluminismo, que existiu entre os séculos XVII e XVIII, onde Palomba (2003) denotou a proposição de medicalização da loucura pelo fato que esta foi reconhecida como entidade médica e cuja prática terapêutica era coordenada por médicos. Outra consequência do processo de medicalização foi a criação da Medicina Legal (ou Forense) pelo médico italiano Paolo Zacchia, que escreveu a obra seminal da área e cujo título original é *Quaestionum Medico-Legalium*, escrita entre 1621 e 1657, mas somente publicada de forma póstuma em 1737. Essa obra abrangia diversas áreas da Medicina, inclusive a conter as noções primordiais do que se chamaria futuramente de Psiquiatria Forense.

No século XVIII surgiu na Câmara dos Lordes em Londres uma nova forma de avaliação da responsabilidade civil e penal que guiou muitos países do mundo anglo-saxônico até hoje, que foi a Regra McNaughten. Segundo Dolin (2003), essa jurisprudência determinou que uma “doença ou defeito mental” seja pré-requisito para uma absolvição por insanidade, mais que um estado geral da já citada “besta selvagem”; a absolvição só se alcançaria se o estado alterado da mente atrapalhasse o entendimento da natureza e qualidade do ato cometido, o que começou a envolver o conhecimento técnico-científico médico dentro da prática legal.

O termo Psiquiatria, segundo Palomba (2003) surgiu somente na vigência do liberalismo e do neoclassicismo, quando o médico alemão Johann Christian Riel cunhou o termo alemão *Psychiatrie* em 1808 a partir do vernáculo que adveio do grego clássico *Psycheiatreia*, que significava “tratamento da alma”; a formalização e individualização da Psiquiatria Forense em relação à Medicina Legal ocorreu com a publicação em 1875 da obra do psiquiatra alemão Richard Fridolin Joseph Freiherr Krafft von Festenberg auf Frohnberg gennant von Ebing, a qual foi denominada “*Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Österreich, Deutschland und Frankreich*” e que popularmente ficou conhecida como “Tratado de Psicopatologia Forense”.

O progresso da Psiquiatria até o século XIX apresentou um antagonismo que Palomba (2003) descreveu como uma influência até então da dicotomia cartesiana entre as concepções puramente idealistas ou organicistas. As concepções idealistas são derivadas do que se chamava *res cogitus* (“coisas da consciência”, que se aproximam do

que se defendeu na psicanálise e na psicologia coletiva) e *res corpórea* (“coisas do corpo”, onde os transtornos mentais são disfunções do sistema nervoso central de origem anatômica ou funcional e que se aproxima do que se estuda nas neurociências).

Mais um fato marcante na Psiquiatria Forense e na Análise Comportamental segundo Palomba (2003) foi a publicação em 1876 da obra “*L'uomo delinquente*” pelo médico italiano Cesare Lombroso, a qual influenciou bastante o estudo das Tipologias Criminais (que cuja conceptualização e caracterização serão vistas em uma seção futura deste trabalho) por muito tempo, a ponto de incentivar o surgimento de sociedades eugenistas. Esses locais reuniam cientistas que foram seduzidos pelas ideias de Lombroso, mas que também suscitaram críticas ao longo do tempo que foram tão intensas quanto o cerne do trabalho eugenista. Aliás, o caráter eugenista da Tipologia Criminal de Lombroso sofreu graves acusações de ser fortemente calcada no racismo e em dados clínicos fraudulentos.

Conforme o século XIX passava, esses conceitos dicotômicos começaram a se aproximar e Palomba (2003) apontou o surgimento do conceito não cartesiano ou unicista; essa conceituação fez um amálgama entre o *soma* (corpo) e *psyche* (alma), e considerou que toda operação mental apresentava uma apresentação corpórea, assim como toda operação física tem uma representação mental; essa caracterização foi o que hoje se chamou de conceito holístico. Outro fator dessa época foi o surgimento das primeiras cátedras de Medicina Legal, com o primeiro marco a introdução da disciplina em uma faculdade de Medicina na Alemanha no ano de 1800 e a introdução em uma faculdade de Direito em Portugal em 1836.

A partir do século XX, Palomba (2003) colocou que a Psiquiatria começou a incorporar os tratamentos oriundos das pesquisas e experimentações modernas, como psicofármacos, psicoterapias, psicocirurgias e a neuromodulação<sup>16</sup>. Além disso, surgiram os sistemas de classificação de patologias (como o CID e o DSM<sup>17</sup>), que

---

<sup>16</sup> Psicofármacos são quaisquer medicamentos usados para tratamentos psiquiátricos; psicoterapias são técnicas que utilizam o diálogo entre o cliente e o terapeuta para realizar tratamento de tópicos de saúde mental que incomodam o primeiro; psicocirurgias são intervenções cirúrgicas no encéfalo para tratamento de patologias psiquiátricas; neuromodulação é o uso de energia elétrica ou de campos eletromagnéticos aplicados no encéfalo para tratamento de transtornos psiquiátricos [Nota do Autor].

<sup>17</sup> CID significa Classificação Internacional de Doenças e é periodicamente elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um órgão associado às Nações Unidas (ONU) e onde as patologias da saúde mental são apenas uma parte da classificação; DSM significa Diagnósticos em Saúde Mental e é



instrumentam o preenchimento de burocracia e que se designou Psiquiatria Administrativa.

Junto com as técnicas modernas, Palomba (2003) relatou que a Revolução dos Costumes (que se desenrolou entre as décadas de 1960 a 1990) favoreceu o surgimento do conceito da Antipsiquiatria; essa escola constituiu um importante contraponto à prática psiquiátrica ao usar os modelos de teóricos como o psiquiatra Thomas Stephen Szasz e afirmar “não existir doença mental”, e que a entidade até então chamada de “doença mental” era apenas uma má representação de um papel social, o qual não se encaixa como convencional na sociedade e que causaria repúdio na família e na comunidade médica. A Antipsiquiatria foi importante para gerar a reforma psiquiátrica italiana, a qual promoveu a troca do modelo manicomial pelo tratamento do paciente psiquiátrico na comunidade onde ele pertenceria.

Em 1954, surgiu nos Estados Unidos uma outra jurisprudência para avaliar a responsabilidade civil e penal do ofensor que foi importante no mundo jurídico anglo-saxônico. De acordo com Dolin (2003), a Regra Durham estabeleceu que era irrelevante o entendimento de diferenciação do “certo ou errado”, mas o ato em si era decorrente de um “defeito ou doença mental”, o que tornava essencial o testemunho médico sobre a patologia psíquica. Isso separou as determinações científicas e legais, a determinar o Juízo continuasse a ser a instância onde se faria o julgamento moral, mas que isso seria impedido se o réu possuísse uma patologia que impedisse a punição por não haver a possibilidade da existência de culpa. Essa regra foi abandonada em 1972.

### **1.2.1.1 História da Psiquiatria Forense no Brasil**

Em primeiro momento, Duarte (1999) colocou que as questões que envolviam saúde mental no Brasil Colonial envolveram o que determinavam as legislações da metrópole portuguesa, que foram as Ordenações Afonsinas, Manuelinas, Sebastianas e Filipinas. Todas essas ordenações denotavam o caráter religioso do crime, ou seja, o crime era um pecado e uma ofensa moral e deveria ser punido de forma severa. Como a loucura tinha um caráter espiritual, a punição era sempre desigual e

---

periodicamente elaborado pela *American Psychiatric Association* (Associação Psiquiátrica Americana) e refere-se somente ao diagnóstico de patologias psiquiátricas e de transtornos de personalidade e de conduta (estes também chamados de condutopatias) [Nota do Autor].

perversa, sem atenuantes. Somente após o Iluminismo começaram a surgir leis penais de caráter liberal, e isso influenciou o Código Penal do Brasil Império (1822-1889), que foi publicado em 1830 e considerou que o louco-criminoso não era mais uma responsabilidade do Estado a partir da decisão do juiz togado, e sim da família ou a um hospital de custódia de alienados. Sontag (2014) salientou que a detecção da loucura nos indivíduos criminosos transformava automaticamente o detento em paciente, ou seja, encerrava a eficácia do Direito Penal e transmutava a questão em um problema a ser resolvido com abordagens terapêuticas.

Quando a lei coloca a expressão “às casas para eles destinadas”, isso era uma forma indireta de se referir aos hospitais psiquiátricos; de uma certa forma, essas instituições se convertiam em manicômios judiciários. Para conferir o que constava no Código Penal de 1830, eis os artigos descritos a seguir com a grafia foi alterada para o estilo moderno (Sontag, 2014):

Artigo 9. Não são criminosos:

(...)

Artigo 12. Os loucos que tiverem cometidos crimes, serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente.

Segundo Palomba (2003), a presença da Psiquiatria Forense no Brasil começou com a introdução da cátedra de Medicina Legal em cursos de Medicina a partir de 1832. Kummer (2010) descreveu que o primeiro Código Penal da era republicana brasileira foi publicado em 1890, apenas um ano depois da Proclamação da República. Segundo o texto contido na lei, existem dois artigos que tratavam de criminosos portadores de alienação mental, e cuja responsabilidade pela guarda do louco-criminoso era semelhante ao Código de 1830, conforme o que se pode verificar no texto da lei logo abaixo e com a grafia ajustada para o estilo moderno:

Artigo 27. Não são criminosos:

(...)

§ 3. Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação.



§ 4. Os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime.

(...)

Artigo 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues a um familiar, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público.

Palomba (2003) comentou que as primeiras publicações sistemáticas da área a partir de 1905; além disso, em 18 de abril de 1918 ocorreu um evento acadêmico importante para consolidar a Medicina Legal em terras brasileiras: foi a criação do Instituto de Medicina Legal Oscar Freire, que se encontrava associado à Universidade de São Paulo (USP) em tempos recentes e que concentrou as cátedras de Medicina Legal e de Deontologia Médica, além de sediar o Museu do Departamento de Medicina Legal.

Até 1921, Palomba (2003) explicou que os alienados mentais criminosos no Brasil eram internados no mesmo local onde se recolhiam pacientes não criminosos, até que surgiu o Manicômio Judiciário do Distrito Federal na cidade do Rio de Janeiro, hoje denominado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor Heitor Carrilho. Com o tempo, foram surgindo nas unidades federativas brasileiras locais específicos para o recolhimento de loucos-criminosos e que usualmente adotaram a denominação genérica de Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

No estado do Rio Grande do Sul, Kummer (2010) relatou que o local criado para o cumprimento do que hoje se chama de medida de segurança (cuja definição será vista na seção sobre Conceito da Psiquiatria Forense) foi o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul, em 1925; nos dias atuais, o local tem o nome de Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.

Kummer (2010) e Baia (2018) descreveram o segundo Código Penal da era republicana, o qual foi editado em 1940 e que persevera até os dias atuais com alterações ulteriores. O texto da lei permitia entender que existiam os critérios de inimputabilidade (corpo do artigo 26) e de semi-imputabilidade (parágrafo único do



artigo 26), além de instituir de fato a aplicação de medidas de segurança. Assim, o código de 1940 afirmou, com a reforma penal de 1984, o seguinte sobre os criminosos com alienação mental:

Artigo 26. É isento de pena o agente que, por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de modo com esse entendimento.

(...)

Artigo 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.

(...)

§ 3. A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4. Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

(...)

Artigo 98. Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 a 3, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º ao 4º.

Com o surgimento da Antipsiquiatria e da reforma psiquiátrica italiana, Santos, Farias e Pinto (2015) comentaram sobre a vinda para o Brasil o conceito de modelo substitutivo, que seria a troca gradual do uso dos antigos manicômios pelo tratamento na comunidade. No Brasil, isso ficou simbolizado no movimento chamado



de Luta Antimanicomial e cuja principal conquista foi a Lei Federal 10216/2001, que também foi conhecida como Lei Paulo Delgado.

Em conformidade com a lei, surgiu a defesa que o modelo substitutivo também se aplicaria aos IPFs e HCTPs e que essas instituições não fossem mais utilizadas dentro da estrutura jurídico-política, ou seja, adaptar a prática do Código Penal para outras práticas de tratamento compulsório de criminosos perigosos para cumprir as medidas de segurança.

De acordo com Kummer (2010) e Santos, Farias e Pinto (2015), o uso de modelos de atenção comunitária para reinserção psicossocial foi fortemente baseado no modelo foucaultiano sobre a aplicação de poderes e saberes que elaboram e legitimam as ações estatais de repressão social e que justificam a qualificação equivalente de “louco-criminoso”; a própria medida de segurança poderia ter um caráter de reclusão perpétua a se considerar que a vigência desse instrumento seria até a cessação de periculosidade.

O Brasil atualmente se encontra numa transição desde os anos 2000 em que o uso dos IPFs e HCTPs são somente para pacientes psiquiátricos em crise severa ou com altíssimo risco de periculosidade (intervenção detentiva), a aceitar tratamento em instituições de saúde fora do sistema carcerário ou liberdade vigiada em outros casos (intervenção restritiva).

### **1.2.2 Conceito da Psiquiatria Forense**

De uma forma ampla, Taborda e outros (2012) colocaram que a Medicina Legal era a especialidade médica onde a intercessão entre Medicina e Direito era mais evidente, através do uso de diversos conhecimentos médicos dentro do meio forense. A palavra forense vem do latim *forum*, que designava a praça pública – que era o local onde os julgamentos nos tempos clássicos geralmente ocorriam – e que conotava o uso da Medicina e de diversas especialidades e recursos médicos à serviço da Justiça como fornecedores de subsídios para as decisões judiciais, como a Patologia Forense, Tanatologia, Toxicologia, exames médicos forenses e outros. Inclusive, situações médicas primariamente não forenses poderiam se transformar de questões

administrativas em ações judiciais e aí se tornaram elementos forenses, como Medicina Previdenciária e Laboral.

A avançar para o tópico específico psiquiátrico, Taborda e outros (2012) explicaram que a Psiquiatria pode ser uma especialidade médica a serviço da Justiça, pois enfermidades mentais podem gerar distorções comportamentais de natureza social e moral como consequência de sistemas oriundos de alterações psíquicas, onde se criaria uma cosmovisão diferente de antes e que não serviria para a inserção social e vida plena.

A partir disso, Palomba (2003) e Folino (2008) definiram a Psiquiatria Forense como o uso da Psiquiatria nos sistemas judiciários para estabelecer se o indivíduo necessita ou não de uma consideração especial diante da lei pela possibilidade de ter cometido um ato sob estado mental alterado, ou seja, uma área que precisa articular preceitos médicos com as disposições legais vigentes; o uso da Psiquiatria Forense permitiria avaliar se um ato violento é tão somente um delito ou é uma conduta patológica. Como se viu na seção anterior, essa preocupação dessa interface entre a loucura e a lei começou logo nos primeiros códigos legais da humanidade, a levar ao que hoje se conhece como inimputabilidade e medidas de segurança.

Hoje, de acordo com Palomba (2003), os países ocidentais possuem duas formas de entender a chamada inimputabilidade penal. A primeira é de aplica-la ao agente que, à época do fato, não entendia que estava praticando um crime e, se entendia, não tinha consciência que estava a praticar um mal, cujo exemplo é o uso da já citada Regra McNaughten no sistema jurídico anglo-saxônico. A segunda é resultante da perda da capacidade de entender o caráter criminoso do fato e/ou da perda da capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento, cujo exemplo são os diversos países que utilizam a ordenação romano-germânica, como o Brasil.

Uma outra forma de explicar a inimputabilidade e que completa a definição anterior foi a conceptualização oriunda do ordenamento jurídico português e descrita por Cabral, Macedo e Vieira (2009), que seria uma característica de alguém que seja portador de anomalia psíquica e que isso o/a torne incapaz de avaliar a ilicitude da prática do fato ou de se determinar de acordo com essa avaliação no momento em que cometeu o ilícito. Se é verificável um substrato biopsicológico através de um ato

pericial a ser solicitado pela autoridade judicial, então a culpa jurídico-penal se extingue.

Já a semi-imputabilidade é conceito que surgiu no Brasil no Código Penal de 1940 e, segundo Baia (2018), é a perda parcial da compreensão da conduta ilícita e da capacidade de autodeterminação ou discernimento sobre os atos ilícitos praticados, a compreender a redução da imputabilidade e, assim, constitui um atenuante de pena ou aplicabilidade de uma medida de segurança – conforme exista ou não necessidade de tratamento.

Dentro da elaboração jurídica baseada no sistema romano-germânico, se a inimputabilidade foi detectada, então não haveria a imputação de pena criminal e caberia a aplicação de uma medida de segurança. Uma medida de segurança – conforme comentado por Cabral, Macedo e Vieira (2009) – seria uma forma de defender a sociedade de um portador de anomalia psíquica que cometeu ilicitude e que foi declarado inimputável através de sentença judicial geralmente baseada em avaliação psiquiátrico-forense, além de avaliar o tratamento a ser oferecido, principalmente se verificado a possibilidade de repetição do ato devido estado mental (análise da periculosidade), inclusive com internamento.

O exercício da Psiquiatria Forense – conforme citado por Taborda e outros (2012) – necessitaria de três pressupostos básicos para avaliar o estado mental de um paciente e, por extensão, avaliar se o denunciado seria imputável ou não, a ser visto na Tabela 6.

**Tabela 6**

*Pressupostos da Psiquiatria Forense.*

Pressuposto	Descrição
Entendimento	Avaliar a capacidade intelectual e cognitiva do ofensor, de forma a verificar quais seriam os valores morais e espirituais desse, além do entendimento de ilicitude, ou seja, critérios de causalidade (o indivíduo relacionaria causa e consequência) e de percepção de reprovação social do ato em questão.
Determinação	Avaliar a capacidade volitiva do ofensor, ou seja, os princípios da vontade que o indivíduo possuiria. A vontade tem como elementos a intenção, a deliberação, a cooperação e a

	solidariedade.
Discernimento	A conjugação das duas faculdades anteriores para a tomada de decisão que levaram à execução de um ato específico que gerou uma demanda judicial.

*Nota.* Adaptado de Taborda, Abdalla-Filho e Chalub, 2012.

Conforme exposto por Kummer (2010), o principal instrumento gerado pela avaliação psiquiátrico-forense no Brasil e que determina como se dará a aplicação da medida de segurança é o Laudo de Verificação de Periculosidade; com a execução periódica de tal instrumento é que se poderia estipular um regime de alta progressiva para o apenado-paciente. Como tal documento determinaria se o apenado-paciente está apto para o retorno ao convívio social?

Através de uma avaliação da reincidência (perseverança histórica em cometer crimes), de um conjunto de costumes que presumem que voltarão a cometer delitos (como os toxicômanos, os alcoolistas e os portadores de vulnerabilidades sociais), e de aspectos patológicos que geram uma predisposição para o crime e ao delito por dificuldade de entender a natureza criminosa (os portadores de degenerescências que geram déficit intelectual e os transtornos mentais). Não estão inclusas as personalidades ditas anormais ou deficitárias e os perversos instintivos (como os antissociais, e os histriônicos e narcisistas malignos), pois não haveria um estado de completa privação dos sentidos e da inteligência nesses casos (Kummer, 2010).

Só para comparar com outros países lusófonos, usar-se-á o exemplo de Portugal, conforme descrito por Lúcio (1986). Em conformidade com o atual Código Penal Português e alterações ulteriores, o uso da Psiquiatria Forense está ligada aos serviços psiquiátrico-forenses dos Tribunais Judiciais, onde se verifica o grau de imputabilidade do delinquent (responsabilidade) a partir de elementos axiológicos (classificação) e psicossociais (como aculturação e estratificação social), assim como determinar intencionalmente a motivação do agente a partir de aspectos sincrônicos (o ato criminoso em si) e diacrônico (personalidade e história de vida do criminoso). Sob a responsabilidade da Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais fica a administração de um modelo de serviço psiquiátrico-forense onde todos os apenados

ditos inimputáveis passariam por tratamento com vistas a readaptar o apenado-paciente à sociedade. Não há semi-imputabilidade no Código Penal Português.

### 1.2.2.1 Enquadramento da Psiquiatria Forense

Outra forma de complementar o que foi descrito anteriormente foi quando Van Marle (2008) sugeriu que o enquadramento da Psiquiatria Forense seria usar habilidades médicas e éticas para tratar ofensores mentalmente afetados. Essa simples narração traz a necessidade de discorrer sobre o fato que a Psiquiatria Forense acabou por adotar um modelo dito legal-empírico-forense para o seu funcionamento.

A questão legal se refere aos elementos que instrumentalizam uma decisão a ser tomada na corte a partir dos elementos trazidos na avaliação psiquiátrica forense; os conceitos legais e jurídicos são extraídos dos livros da Lei, e as jurisprudências são extraídas de casos da corte. A questão empírica se fundamenta na análise de critérios jurídicos no exame psiquiátrico ou psicológico do paciente e que são baseadas em empirismos, que são medidas ou métodos validados por teorias ou modelos comumente usados. A questão forense usa características específicas do exame psiquiátrico e as circunstâncias da ofensa de forma unificada em uma hipótese verificável pelos fatos encontrados.

Além disso, a conclusão forense avalia o quão se encaixa um conceito jurídico trazido pelos questionamentos da corte e em relação aos critérios psiquiátricos forenses encontrados no exame do estado mental. O enquadramento de uma conclusão forense pode ser feito por um dos modelos a seguir:

- 1) **Modelo ideográfico:** o diagnóstico psiquiátrico e o acesso ao prejuízo no funcionamento são o centro da avaliação e são julgados conforme relação à ofensa.
- 2) **Modelo cognitivo-comportamental:** o comportamento e as contingências são aprendidos como interação dos fatores biopsicológicos e reforço contextual, e isso é levado em conta para determinar a responsabilidade do ofensor através de um modelo cientificamente testado e traduzido por um raciocínio essencialmente psicológico.

- 3) **Modelo fenomenológico:** o entendimento e a classificação da ofensa ocorrem em termos da motivação e do significado, mas irreproduzível como evento devido ser construído mais em opiniões que verificações.

A avaliação médico-paciente na questão forense possui outros elementos éticos mais inerentes ao ambiente de tratamento, principalmente o fato que o sigilo pode ser aplicado sobre elementos e sintomas não necessários para a resolução criminal e que fazem parte somente da questão terapêutica; no entanto, não há sigilo do perito no que tange a elementos intrínsecos ao caso, já que tais elementos são necessários para colocar em juízo o grau de responsabilidade do ofensor e a avaliação de risco de o paciente repetir o ato em julgamento devido estado mental alterado, dentro dos limites do interpretador (no caso, do perito).

Dentro do universo da Justiça Terapêutica, há a reflexão trazida por Hafemeister, Garner e Bath (2012) sobre o enquadramento da Psiquiatria Forense como elemento correcional, onde – embora a prevalência de transtornos mentais e o impacto debilitante destes, e mesmo com o reconhecimento que as enfermidades mentais podem resultar em processos desorganizados de pensamento, prejudicar o teste de realidade, gerar um empobrecimento do planejamento e de habilidades de resolução de problemas, e ter problemas com impulsividade – os sistemas de justiça criminal de vários países continuam a absorver e lutar contra um número massivo de indivíduos com um transtorno mental, onde prevalecem os modelos de retribuição, dissuasão e incapacitação, ou seja, impedir novas ofensas na comunidade via penalidades, convencimento e encarceramento sem se preocupar com o impacto salutar da pena.

Por fim, Dolin (2003) e Scherer (2016) lembraram que o uso da Psiquiatria na Justiça não exclui os limites da Ética Médica de não provocar dano, de considerar o consentimento para tratamento dentro da autonomia pessoal do ofensor-paciente, e de manter o profissionalismo médico nos seguintes aspectos:

- 1) Assessorar o ofensor-paciente durante o julgamento ou execução da pena.
- 2) Testemunhar no julgamento na forma de perito “independente” para manter a crença na boa-fé, e isso inclui o fato que a avaliação psiquiátrico-forense pode criar uma relação médico-paciente; o surgimento desse tipo de vínculo durante o

processo pericial pode tornar impraticável ou insuficiente a resolução de dilemas éticos secundários à expectativa do ofensor, a levar à situação onde o perito deve abortar o processamento da avaliação por impedimento.

- 3) O médico assistente pode esclarecer o quadro do ofensor-paciente se assim for requerido, a respeitar os limites éticos do que recai ou não o sigilo.
- 4) Limitar o testemunho de psiquiatras para evitar práticas não éticas, assim como o profissional alertar inicialmente sobre as características peculiares da avaliação forense.
- 5) Medicação de prisioneiros para proporcionar saúde mental a estes, assim como tratar o inocentado dentro das necessidades.
- 6) Participar da execução penal.

#### **1.2.2.2 Por Que Não Punir os “Lunáticos”?**

Esse é um questionamento simples, mas importante a ser respondido, pois é um cerne filosófico do trabalho do Psiquiatra Forense. Dolin (2003) explicou que a dificuldade de tratar adequadamente o louco-criminoso vem do que usualmente guia os sistemas de justiça criminal, que seria educar a sociedade nos princípios do certo e errado sob duas teorias: (1) o processo de apreensão, acusação e punição do culpado serve para educar o resto da sociedade sobre um tipo proibido de conduta, especialmente à medida que as leis proliferam em uma taxa que poucos indivíduos podem seguir em frente de fato; (2) a punição como experiência desagradável que detém outros membros da sociedade de se engajar em uma conduta reprovável, por exteriorizar o que espera àqueles que não evitam proibições sociais.

A partir disso e da interface terapêutica que a Psiquiatria Forense possui, Dolin (2003) colocou que não punir os portadores de enfermidades mentais vem da conjuntura onde usar penas com dissuasão específica e reabilitação se conectam ao fato que o mentalmente afetado não conseguiria entender a natureza da punição tanto quanto não conseguiria entender a natureza do crime. A incapacitação criminal do transtornado não pode vista como punição, pois eles foram justamente declarados como incapacitados pelo tribunal. Mesmo que compulsoriamente tratados até em ambientes

protegidos, há o julgamento moral que o transtornado não é “mau” o suficiente (falta de responsabilidade por insanidade) para garantir uma condenação inerente ao veredito, e a sanção criminal deve separar o “mau” do “insano”.

Com isso, Morse (2011) realçou que a existência de um transtorno mental é um critério para tratamento especial de ofensores em qualquer estágio do processo criminal, desde a investigação até a possível punição se houver; não somente para a identificação de um transtorno psiquiátrico *per se* ou para entender a mecânica causal na relação entre enfermidade mental e os critérios legais, mas para avaliar se o raciocínio prático do ofensor era irracional no contexto da matéria em investigação ou julgamento, a ponto de impedir a diferença entre o certo e o errado e de entender a natureza e a qualidade do que foi acusado.

### 1.2.1.3 Conflitos Internos da Psiquiatria Forense

À medida que a Psiquiatria Forense se desenvolveu como uma entidade médica a serviço da Justiça, Oosterhuis e Loughnan (2014) observaram que os conflitos entre o voluntarismo e o determinismo foram absorvidos para tal área ao longo da história, e isso foi importante sobre o quanto a Psiquiatria Forense poderia trazer de contribuição para a determinação da inimputabilidade à luz de uma perspectiva de saúde mental.

O voluntarismo foi uma doutrina que privilegiava a importância ética, psicológica ou metafísica da vontade em relação às disposições intelectuais humanas, ou seja, a adoção de crenças sem a perda dos chamados direitos naturais, como liberdade, autonomia e autodeterminismo. Já o determinismo pregava uma rígida causalidade dos fenômenos naturais conforme leis universais, a excluir o acaso e a indeterminação para permitir a reconstrução do passado e previsão futura conforme estado presente. Desse embate filosófico surgiram diversas questões que delinearão o papel dos psiquiatras de uma forma geral, as quais serão vistas a seguir e que são de difícil resposta:

- 1) Qual a fronteira entre a sanidade e insanidade?
- 2) Que comportamentos e estados mentais devem ser considerados como sintomas de patologia mental?

- 3) Como os diagnósticos médicos de um estado mental alterado em particular se traduzem em um entendimento discursivo legal do comportamento humano, e que evite uma armadilha circular onde o mesmo desvio comportamental criminoso serve de base para um diagnóstico de transtorno mental discutido pelo perito?
- 4) Como se pode estabelecer uma relação causal entre transtorno mental e a não responsabilidade legal?
- 5) Peritos psiquiátricos têm acesso privilegiado ao funcionamento da mente? Ou advogados podem confiar em noções psicológicas de senso comum popular para determinar quais atos criminais podem ser entendidos em termos de uma mente insalubre?

Outro conflito interno também trazido por Oosterhuis e Loughnan (2014) foi a influência dos estados totalitários dentro da Psiquiatria Forense; no caso, seria o uso de conceitos de tal especialidade médica com caráter mais repressivo que reformista. A Psiquiatria Forense legitimaria, nesta conjuntura, a detenção massiva de delinquentes, encraveiros e oponentes políticos com preocupação na manutenção da ordem social; isso encurtaria a autonomia médica através de um aparato legal e burocrático que facilitaria um rígido controle estatal do ato médico, além de uma distorção política do ato jurídico e perda da integridade ética.

#### **1.2.2.4 Sobre as Tipologias Criminais**

As Tipologias Criminais são um capítulo importante da Criminologia porque são modelos sistemáticos multiaxiais que, entre as diferentes áreas de conhecimento utilizadas, justamente estão a Psiquiatria e a Psicologia Forense. A questão foi achar uma definição precisa, por justamente possuir um caráter multidisciplinar e cada definição enfatizar mais esse ou aquele conhecimento técnico-científico.

Gibbons (2002) primeiramente colocou uma ênfase que são utilizadas tipologias e não classificações, mesmo que a diferenciação entre tipos e classes seja

difícil por vezes de caracterizar<sup>18</sup>. Com isso posto, as Tipologias Criminais seriam definidas como uma forma de selecionar pessoas em tipos de acordo com traços ou formas distintas de comportamentos onde se presume que se possam caracterizá-los (tipos existenciais), e centrados no tipo de crime cometido ou no tipo de pessoa que cometeu um crime, a usar sistemas taxonômicos que definem um conjunto de categorias dessas instâncias onde um dado fenômeno criminal pode ocorrer.

Segundo Helfgott (2013), as Tipologias Criminais são aproximações que provêm os detalhes necessários para entender, identificar e responder tipos e subtipos específicos de comportamentos criminais dentro de uma estrutura que contém subestruturas teóricas mais gerais e com atenção para interações indivíduo-ambiente e contexto situacional, e à natureza única de tipos e subtipos específicos de crime.

As diversas propostas estruturais de cada proposta de Tipologia Criminal, conforme descreveu Helfgott (2008), diferem conforme fundamento teórico e foram criadas conforme perspectivas interdisciplinares para o gerenciamento, o tratamento e o entendimento do crime e do criminoso. Os fundamentos teóricos mais usados para delinear as sistemáticas foram os estudos biológicos (aplicados à análise da origem biológica do comportamento criminal), legalistas (das violações das leis criminais), sociológicas (contextos e interações socioculturais), psicológicas (estudo de personalidade e outros fatores psicológicos) e multiaxial.

Helfgott (2008) colocou que a Tipologia Criminal como atividade científica é uma prática sistemática que usa ferramentas que a distância de erros observacionais ou de estereótipos e estigmatizações, a usar elementos ideais (dados clínicos objetivos) ou empíricos (métodos estatísticos multivariados). Clinard, Quinney e Wildeman (1994) afirmaram que as Tipologias Criminais podem ser baseadas na lei criminal e nos sistemas de comportamento criminal, e daí especificaram cinco dimensões contidas no estudo dessas sistemáticas, que estão a seguir:

---

<sup>18</sup> Fazer a diferenciação dos termos foi realmente bem difícil, e requereu uma pesquisa em diversos dicionários *online*. Tipos são diferenças intuitivas e conceituais de formas de modelos ou bases a definir categorias, sendo que a Psicologia define tipos como a relação entre constituição física e temperamentos; tipos são mais dinâmicos por permitirem categorização de novas espécies de conhecimento. Classes são entidades sistemáticas que ordenam objetos que apresentam um ou mais aspectos distintos em comum, de forma que a organização seria mais estática que os tipos [Nota do Autor].

- 1) **Aspectos legais de ofensas selecionadas:** as leis criminais são criadas por segmentos sociais que detêm o poder de traduzir os próprios valores, ideologias e interesses dentro da política pública; daí se definiram comportamentos considerados ameaçadores, tanto para as classes dominantes como para as demais.
- 2) **Carreira criminal do ofensor:** o comportamento do criminoso é definido por normas e atitudes oriundas da criminalidade que o cerca, e que se tornou uma parte da carreira do criminoso.
- 3) **Suporte de grupo do comportamento criminal:** os criminosos agem conforme padrões normativos que são definidos como criminais e que são aprendidos em nichos socioculturais, a facilitar a integração do ofensor com grupos criminais que compartilham das mesmas normas criminais ou que permitem ao ofensor a integração com um determinado grupo.
- 4) **Correspondência entre comportamento legitimado e criminal:** a criminalidade define comportamentos transgressores que podem corresponder a padrões legitimados de comportamentos sociais, ou seja, uma dualidade entre o que a lei define como criminal e o que é percebido como normas públicas gerais.
- 5) **Reação social e processo legal:** os padrões de resposta social e processual ao comportamento criminal depende do tipo de crime, pela visibilidade do ofensor ante as estruturas de poder da sociedade e da intimidade da reação provocada na sociedade pelo crime cometido.

### 3.3 CONCLUSÃO

Dentro do enquadramento teórico, apresentou-se os dois elementos conceituais que são necessários para iniciar o entendimento da pesquisa empírica que será descrita na próxima unidade. O primeiro conceito foi o de Justiça Terapêutica, uma mudança de paradigma jurídica que surgiu na América Anglo-Saxônica sob o título de *Therapeutic Jurisprudence* e trouxe a proposta que a aplicação da lei deveria ser terapêutica, para que o apenado recebesse a execução da pena como algo que ajudasse a este na recuperação; isso decorreria do investimento em uma equipe multidisciplinar

associada aos operadores legais para que se trabalhasse a psique do apenado dentro de uma proposta humanizada de cumprir uma sentença judicial.

Isso visaria diminuir a reincidência ou a revogação de alta progressiva / condicional pelo fato que não se trabalhou com o ofensor outras formas de lidar com as demandas sociais ou com os próprios elementos comportamentais que favorecem a tomada de atitudes consideradas criminais. Como uma doutrina pertencente a uma definição maior da aplicação de penalidades chamada Justiça Restaurativa, entende-se que a Justiça Terapêutica gera como restituição à sociedade um indivíduo que recebeu uma pena que oportunizaria ao indivíduo que entendesse o dano causado à(s) vítima(s) sem causar vitimização, e que possibilitaria ao sujeito apenado um autoconhecimento que permitiria uma outra forma mais adequada de se portar na sociedade dentro do princípio da autodeterminação.

Outro fator importante é que a aplicação da Justiça Terapêutica geralmente foi mais facilitada em países usuários do direito consuetudinário (Common Law) que nos países que aplicam o direito romano-germânico (Civil Law), pois o primeiro tipo permitiria regras e aplicações mais flexíveis que a segunda; no entanto, a divulgação ampla que nos tempos atuais se faz da doutrina anteriormente citada começou a gerar um esforço para adaptar o conceito de aplicação terapêutica da lei em sistemas mais rígidos de execução legal através de inserção de mudanças no código e do uso jurisprudencial da técnica.

Além disso, observou-se que a aplicação da Justiça Terapêutica no Brasil ficou resumida ao contexto das práticas criminais que envolvem usuários de álcool ou outras substâncias psicoativas que possam induzir toxicod dependência – algo único até dentro do conglomerado de países ibero-americanos, onde o conceito segue a orientação dada inicialmente pelos criadores da doutrina nos Estados Unidos. Esse fato poderia atrapalhar a troca de conhecimentos por incompatibilidade de definições.

Por fim, o segundo conceito descrito foi a Psiquiatria e como tal especialidade médica poderia ser útil à Justiça e ao estudo e entendimento de eventos criminais. Demonstrou-se que a Psiquiatria Forense é a subespecialidade dentro do âmbito médico-psiquiátrico que se esforça tanto na identificação da responsabilidade legal de um ofensor (o quanto uma perturbação mental atrapalharia no entendimento de



que o acusado cometeu uma violação legal, ou – de uma forma mais ampla – o quão preservadas estão as capacidade mentais que permitem o discernimento sobre a realidade externa ao indivíduo), quanto no tratamento e recuperação de um apenado-paciente.

## **II. PARTE II – Pesquisa Empírica**

### **2.1 JUSTIFICAÇÃO**

Como visto no enquadramento teórico, a Justiça Terapêutica se preocupa com a aplicação terapêutica da lei, ou seja, que a sentença e a execução penal atuem no apenado como se fosse um processo de terapia onde o resultado seria um indivíduo realmente reabilitado para o convívio social; isso ocorreria porque o apenado conseguiria entender as consequências de ato cometido e foi motivado a mudar comportamentos como profilaxia de recaída no crime.

Além disso, existe o uso da Psiquiatria, uma área de estudo da Medicina sobre patologias mentais e comportamentais, dentro do âmbito forense em dois aspectos: (1) avaliar o grau de responsabilidade e de periculosidade do ofensor; (2) tratar tal ofensor para possa ser melhor reintegrado na sociedade a partir do tratamento do transtorno mental ou comportamental que acomete este.

Dessa forma, ao conjugar-se o que a Justiça Terapêutica deseja e o que a Psiquiatria oferece, a princípio se tem na aplicação forense da Psiquiatria um importante elemento para a recuperação de um ofensor que cometeu um delito sob a influência de uma patologia psiquiátrica – mesmo que não seja total, devido a aspectos crônicos da maioria dos transtornos mentais e do comportamento.

#### **2.1.1 Objetivo Geral**

Com esta pesquisa empírica se pretende demonstrar, através de avaliação estatística e de interpretação de dados estatísticos através de conceitos teóricos e jurisprudenciais, o uso de tratamento psiquiátrico e verificar se realmente isso se traduz em Justiça Terapêutica em uma determinada unidade federativa brasileira – no caso desse estudo, é o Estado do Rio Grande do Sul.

#### **2.1.2 Objetivos específicos**

Com o presente trabalho, tem-se a intenção de demonstrar:



- a) Fundamentar o uso de Justiça Terapêutica no Brasil, a usar o caso do Rio Grande do Sul, através dos elementos de jurisprudência e confrontar com as políticas que norteiam a Saúde Mental no Brasil;
- b) Clarificar o conceito brasileiro de Justiça Terapêutica no Brasil, para que não se confunda com situações que possam aparentar com o elemento doutrinário pesquisado, como a judicialização da saúde;
- c) Verificar se a toxicodependência é a situação psiquiátrica que mais gera demanda de conversão da pena em tratamento psiquiátrico e estabelecer daí o porquê da definição brasileira de Justiça Terapêutica;
- d) Expor quais os tipos de tratamentos psiquiátricos usados como medida substitutiva da pena, dentro de um *ranking* de importância.

### 2.1.3 Ponto de partida

Os questionamentos iniciais que serviram como ponto de partida para a investigação foram os seguintes:

- a) Para que tipo de situação patológica e criminal mais se solicitam tratamentos psiquiátricos como medida substitutiva da pena?
- b) Somente a existência de patologia psiquiátrica fundamentaria a escolha de determinado método substitutivo?
- c) Qual a modalidade de tratamento psiquiátrico mais adotada pelos juízes?

## 2.2 METODOLOGIA

O método de pesquisa a ser utilizado foi a análise documental de acórdãos publicados no portal do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS); o Tribunal de Justiça seria o equivalente ao Tribunal da Relação no sistema judiciário português.

A pesquisa feita no portal ocorreu através da página chamada Pesquisa de Jurisprudência. Já se estabeleceu no enquadramento teórico o que significa jurisprudência (ver seção 1.1.2.1, página 11), e a pesquisa feita na página supracitada

retornou como resultado uma lista ordenada de ementas de acórdãos emitidos por desembargadores, ou seja, são julgamentos de segunda instância (recursos e avaliação de competência originária) que reformaram ou confirmaram decisões contestadas de juízes de primeira instância sobre questões do cumprimento de medidas de segurança.

O portal do TJRS é o depositário eletrônico do andamento de todos os procedimentos legais do Rio Grande do Sul, a não importar se são processos de primeira ou segunda instância; em outras palavras, é o portal do Poder Judiciário sul-riograndense por excelência, onde os processos tramitam como forma de tentar deixar a instituição menos burocrática e perdulária, e mais eficiente no cumprimento do dever.

### **2.2.1 Participantes**

Conforme dito anteriormente, fez-se uma busca na página de Pesquisa de Jurisprudência do TJRS, onde se obteve uma lista de ementas de acórdãos de desembargadores a partir da palavra-chave “crime medida de segurança” e com a expressão obrigatória “medida de segurança”, com leitura do inteiro teor de cada ementa retornada como resultado da averiguação feita. A princípio, a busca seria feita em um período temporal curto (em torno dos últimos cinco anos), mas se optou por pegar um intervalo maior devido baixa quantidade de dados retornados conforme chave de pesquisa utilizada. Com isso, ampliou-se o período temporal entre 01/01/1964 a 31/12/2018.

### **2.2.2 Instrumentos**

Os dados coletados no portal foram trabalhados através de montagem de tabelas/grelhas, as quais serão tratadas em *softwares* específicos para isso. Inicialmente, utilizar-se-ia o programa IBM SPSS Statistics, o qual foi fornecido pela universidade; por problemas na atualização da licença, optou-se por utilizar programas que estivessem à disposição do pesquisador.

Os programas escolhidos foram o Microsoft Excel (do qual o pesquisador possui uma licença de uso pessoal) e o SOFA (*Statistics Open For All*, um aplicativo de licença gratuita). Também foi de grande serventia o portal para cálculos matemáticos Symbolab (disponível no endereço eletrônico <http://pt.symbolab.com>).

## 2.3 PROCEDIMENTOS

A princípio, como não envolveria uso de entrevista com humanos e seriam usados dados públicos – ou seja, que não estão sob sigilo de Justiça –, esse trabalho não foi inicialmente apresentado em Conselho de Ética. Como a universidade orientou que todos os trabalhos, mesmo os que usassem dados públicos, fossem avaliados por Comissão de Ética, com a justificativa que o uso de dados públicos é uma forma indireta de conhecer a realidade de um indivíduo, além que o órgão depositário dos dados deveria estar ciente que os dados postos na guarda deste foram utilizados em uma pesquisa. Por isso, o projeto foi posto em avaliação na Plataforma Brasil, já que a pesquisa utilizou dados gerados em solo brasileiro; ao final, o próprio CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) colocou que não era necessário aprovação para esta pesquisa.

A pesquisa foi feita conforme descrito na seção 2.2.1, o que gerou uma amostra com o total de 2010 ementas de acórdãos, os quais poderiam ter o inteiro teor lido ao proceder-se o clique na ligação no arquivo com o inteiro teor associado ao número do processo de cada ementa, seja o formato do arquivo um documento do Word, uma página HTML ou um arquivo de impressão *pós-script* (formato TIFF). Para se restringir os resultados à área penal, escolheu-se a palavra-chave descrita na seção 2.2.1. Uma imagem da tela de pesquisa foi colocada na seção de anexos.

### 2.3.1 Critérios de Exclusão

O primeiro critério de exclusão foi a própria escolha da palavra-chave “crime medida de segurança”, pois isso ajudaria de duas formas: (1) a determinar que os resultados estivessem na alçada jurídica criminal, a fim de excluir outros tipos de jurisprudências – como as áreas civil, administrativa ou previdenciária, por exemplo; (2) a retornar acórdãos que contivessem o termo “medida de segurança”, já que a conversão da pena para um tratamento psiquiátrico compulsório é determinado por uma medida de segurança, e o uso dessa palavra-chave aumentaria a chance de retornar uma decisão sobre aplicação de tal instrumento jurídico.

Depois, fez-se o tratamento dos dados coletados na pesquisa feita na página de jurisprudências do TJRS. A questão mais imediata foi a exclusão de resultados

repetidos pelo índice de resultados de pesquisa; dos 2010 acórdãos encontrados, sete acórdãos descobertos eram repetidos e daí sobram 2003 acórdãos a serem sondados. Após eliminar dados replicados, a próxima questão foi verificar se as decisões judiciais se referiam à aplicação de medidas de segurança, pois o uso da chave “medida de segurança” não necessariamente retornaria resoluções somente sobre a aplicação de tal instrumento jurídico.

Depois da leitura dos 2003 acórdãos selecionados, chegou-se a um resultado de 197 imputáveis e 1026 inimputáveis ou semi-imputáveis que realizaram medida de segurança, ou seja, 780 acórdãos não se reportavam ao cumprimento de medidas de segurança. Dentro desses 780 acórdãos, haviam temas como detração penal<sup>19</sup> ou confirmar que o réu não possuía direito à ministração de medida de segurança e que este deveria cumprir pena convencional ou alternativa fora do âmbito psiquiátrico, ou seja, o réu não estava mentalmente insano ou não apresentava desenvolvimento mental incompleto ou retardado no momento da consumação de um delito criminal então lavrado.

De forma subsequente, excluiu-se os já mencionados 197 imputáveis que sofreram medida de segurança; esse dado gerou um questionamento: como imputáveis, que são ofensores que não eram mentalmente insanos ou com desenvolvimento mental incompleto ou retardado no instante que cometeram um determinado delito, cumpriram medida de segurança? Isso se deve à aplicação desse dispositivo ao longo da história.

Quando surgiu o Código Penal Brasileiro (CPB) atual, o decreto-lei número 2848/1940, os indivíduos considerados perigosos eram os candidatos a sofrer uma medida de segurança e, conforme descrito por Mecler (2010), a periculosidade era um conceito originário do final do século XIX pela Escola Positiva do Direito Penal e guiou o Direito Penal moderno em grande parte dos países ocidentais. A periculosidade era inicialmente determinada por critérios médico-psicológicos (estados de alienação ou semi-alienação mental, ou simples desequilíbrios psíquicos – a não importar se

---

<sup>19</sup> Nagima (2006) explicou que detração penal é um dispositivo jurídico que permite o cálculo de redução do tempo de pena ou de medida de segurança que um apenado está a cumprir, e também vale para a prisão provisória ou internação para tratamento psiquiátrico. Ou seja, é um dispositivo que afeta diretamente a dosimetria, que é o cálculo feito pelo juiz no momento da sentença.

acompanhados de perturbação somática ou não), sociais (fatores ambientais) e legais (fatores ligados ao próprio delito e aos antecedentes criminais).

Mecler (2010) colocou que o artigo 78 do CPB original determinou que eram considerados indivíduos perigosos: (1) os indivíduos que não entendiam o caráter criminoso do ato ou não se determinavam de acordo com esse entendimento devido a uma doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado – que são os inimputáveis; (2) os indivíduos que não possuíam pleno entendimento do caráter criminoso do delito ou pleno entendimento para se determinar devido a uma perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado – que são os semi-imputáveis; (3) os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez; (4) os reincidentes em crime doloso; (5) os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

De acordo com Mecler (2010), faz-se necessário observar que os itens 4 e 5 incluem indivíduos que não necessitavam possuir alterações psicológicas ou psiquiátricas no momento do delito para serem considerados perigosos; como a culpabilidade determina uma pena e a periculosidade determina uma medida de segurança, o CPB permitiu por muito tempo que um ofensor pudesse sofrer primariamente uma medida de segurança para diminuição de periculosidade, e só depois passar a cumprir uma pena.

Esse preceito era chamado de sistema de duplo vínculo e só foi eliminado após a reforma do CPB ocorrida após a publicação da lei número 7209/1984, quando se determinou o chamado sistema vicariante<sup>20</sup>. Essa estratégia de aplicação legal estipulou que o apenado era considerado apenas ou culpado ou perigoso; aos primeiros, aplicar-se-ia a pena, enquanto aos últimos se empregaria uma medida de segurança. Para os imputáveis perigosos, até a publicação da reforma do CP, entidades como as Colônias Penais Agrícolas/Industriais e os Institutos Penais para o Trabalho eram locais para

---

<sup>20</sup> A considerar o significado da palavra vicariante conforme os diversos dicionários existentes da língua portuguesa, consegue-se entender por que o sistema onde se pode aplicar apenas um tipo de execução penal e substituiu o chamado duplo vínculo se chamou vicariante. O termo vicariante, na maioria dos dicionários pesquisados, significa um elemento alternativo que substitui um elemento original que se torna faltante ou ineficiente para lidar com uma situação. Na prática, a lei 7209/1984 excluiu os imputáveis de serem submetidos a medidas de segurança e deixou como vicariante a aplicação destas nos indivíduos fronteiriços, ou seja, os semi-imputáveis [Nota do Autor].

reabilitação de indivíduos considerados perigosos devido reincidência ou realização de crimes em associação com malfeitores. Após a reforma de CPB de 1984, essas entidades passaram a ser apenas locais para cumprimento de progressão de pena em regime semiaberto.

Com a eliminação dos 780 acórdãos sobre assuntos secundários em relação a medidas de segurança e das 197 aplicações de medidas de segurança em imputáveis decorrentes da aplicação do sistema do duplo vínculo até 1984, restam os 1026 acórdãos sobre aplicação de medidas de segurança que foram apreciadas por turma de desembargadores para que fossem confirmadas ou reformadas. Esta última população é sobre a qual se utilizou métodos estatísticos para a geração de resultados. Com isso, Mecler (2010) apontou que a mudança do sistema de duplo vínculo para vicariante reforçou que os portadores de transtornos mentais e do desenvolvimento mental sempre foram considerados perigosos e não culpados para o legislador.

Dos 1026 acórdãos que envolveram apenados inimputáveis ou semi-imputáveis, ocorreram outros casos de exclusão por não envolverem questões psiquiátricas ou foram exonerados da medida de segurança, que foram os seguintes:

- 1) Houve um acórdão que envolveu uma inimputável pelo CID-10 F53.1 (transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério) ficou em impronúncia<sup>21</sup>, ou melhor, foi liberada do cumprimento da medida de segurança pela aplicação desse ordenamento jurídico;
- 2) Três apenados-pacientes (um inimputável e dois semi-imputáveis) foram absolvidos em segunda instância, a deixar de cumprir uma medida de segurança;
- 3) Quatro semi-imputáveis receberam medida de segurança por estarem na menoridade quando cometeram os delitos;
- 4) Três semi-imputáveis foram para cumprimento de medida de segurança em colônia penal agrícola sem a determinação de um diagnóstico para justificar a periculosidade;

---

<sup>21</sup> Segundo Rodrigues (2019), impronúncia é um procedimento incluso no ordenamento jurídico brasileiro e previsto no Código de Execuções Penais, onde o juiz do Tribunal do Júri extingue o processo antes que este seja encaminhado ao júri, ou seja, sem resolução do mérito por não vislumbrar elementos processuais que comprovem autoria e materialidade do réu em relação ao delito julgado. Com isso, o processo se encerra sem coisa julgada e permite reabertura caso apareça uma nova prova ou uma nova acusação semelhante que evidencie a autoria pelo réu.

- 5) Dois casos (um inimputável e um semi-imputável) envolveram silvícolas, que são integrantes de população indígena que não passaram por processo de integração com os costumes da civilização e que são sempre considerados semi-imputáveis pela legislação por não possuírem elementos de aculturação para entenderem os regramentos de convivência do homem médio. Esse tipo de apenado é regulado através da Fundação Nacional do Índio (FUNAI, órgão vinculado ao Ministério da Justiça e da Segurança Pública) após perícia antropológica;
- 6) Por fim, dois apenados-pacientes semi-imputáveis receberam redução de pena, mas não havia um diagnóstico plenamente identificável.

Com isso, obteve-se 15 casos de exclusão por questões particulares e com subsequente resultado final de 1011 acórdãos para se fazer uma análise estatística das tipologias criminais, dos diagnósticos envolvidos e das escolhas das formas terapêuticas para as medidas de segurança após decisões reformadas por desembargadores do TJRS.

#### **4.4 RESULTADOS**

Consoante com o que declarado na seção anterior, obteve-se uma amostra total de 1011 acórdãos sobre aplicação de medida de segurança para indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis. Cada acórdão foi registrado em uma grelha montada inicialmente no SOFA, cujas variáveis eram:

- 1) O número do processo judicial;
- 2) O ano de julgamento;
- 3) Cinco variáveis para registrar os crimes cometidos, os quais foram anotados através do artigo do CPB que fora violado, ou do artigo da Lei de Contravenções Penais que fora violado, ou de lei específica que criminaliza um determinado costume;
- 4) Se o apenado é inimputável ou semi-imputável;
- 5) O local onde se realizou o tratamento proposto;
- 6) Três variáveis para registrar o diagnóstico do paciente, sempre adaptado para o CID-10 (codificação vigente na época de realização dessa tese);

- 7) O tempo mínimo, em meses, da medida de segurança – já que é sabido que uma medida de segurança pode ser mantida se não se cessou a periculosidade do apenado-paciente.

Dessa forma, é importante colocar alguns fatores importante na coleta de dados. A primeira é que nem sempre estava explicitado o artigo ou lei do crime imputado, o que gerou consultas frequentes ao CP e outras legislações para verificar que código estava sendo violado. Isso se repetiu para os diagnósticos, que nem sempre eram explicitados em codificação, e sim somente o nome da patologia; muitas vezes, o pesquisador teve que acessar a decisão em primeira instância, caso não houvesse segredo de justiça, para avaliar se havia alguma codificação.

Em último caso, caso não houvesse, a partir do nome da patologia se estimava a codificação diagnóstica por aproximação. Diagnósticos não declarados eram codificados com F29 (psicose não orgânica não especificada), F69 (transtorno de personalidade ou comportamento do adulto não especificado) ou F79 (retardo mental não especificado) conforme descrição sintomática e comportamental existentes no inteiro teor. Para fazer a elaboração dos diagnósticos, foram necessários o uso de código internacionalmente aceito para a classificação de doenças e a *expertise* do pesquisador em trabalhar com saúde mental – o que ajudou na dedução diagnóstica a partir de dados documentais.

Outro fator que se derivou da coleta de dados é que havia quatro variáveis para crimes cometidos e três variáveis para diagnósticos, o que explicitou que um mesmo indivíduo poderia ter cometido mais de um crime a ser julgado dentro de um mesmo fato que gerou um processo criminal e que poderia ter mais de um diagnóstico psiquiátrico a ser avaliado e discutido pelos profissionais forenses. Obviamente a soma total individualizada de crimes e de diagnósticos superaram o valor de 1011.

#### **4.4.1 Análise estatística e epidemiológica**

Sobre os 1011 pedidos de recursos sobre execução de medidas de segurança que foram avaliados por desembargadores do TJRS entre 1964 e 2018, de uma forma básica, obteve-se a média aritmética de aproximadamente 18,38 acórdãos/ano, média quadrática de 24,55 acórdãos/ano, e desvio padrão de 16,12 acórdãos/ano; verificou-se

que o ano com maior número de recursos foi 2015 (com 61 acórdãos ou 6% do total) e o menor foi 1964 (sem acórdãos selecionados).

Há dois fatores de transição epidemiológica a serem apontados, pois eles foram determinados por marcos da legislação brasileira e fizeram-se importantes para o entendimento dos resultados, principalmente na verificação da tendência de escolha do dispositivo terapêutico onde se fará o cumprimento de uma medida de segurança pelos magistrados; esses fatores de transição estão descritos a seguir:

- 1) A lei 7209/1984, também conhecida como Reforma do Código Penal e onde se determinou a mudança do sistema de duplo vínculo para o vicariante. Usando-a como base, tem-se 195 acórdãos (19,29% do total) até o ano de 1984 (publicação da legislação supracitada) e 816 acórdãos (80,71% do total) a partir de 1985;
- 2) A lei 10216/2001, também conhecida pelo epônimo Lei Paulo Delgado e já citada no enquadramento teórico pelo fato que determinou a condução básica da reforma psiquiátrica brasileira. Usando-a como base, tem-se 350 acórdãos (34,62% do total) até o ano de 2001 (publicação da legislação supracitada) e 661 acórdãos (65,38% do total) a partir de 2002.

**Tabela 7**

*Distribuição da imputabilidade e do tempo mínimo de segurança ao longo dos anos.*

Ano	Tempo mínimo de medida de segurança												Subtotal por tempo	Redução de pena	Total	
	Até 12 meses		>12 a 24 meses		>24 a 36 meses		>36 a 48 meses		>48 a 72 meses		>72 meses					
	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.				
1964	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1965	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	4	4
1966	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	4	4
1967	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
1968	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3
1969	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3
1970	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	4	4
1971	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	5	5
1972	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3
1973	0	0	1	4	0	0	0	0	0	3	0	0	8	0	8	8
1974	0	0	1	5	0	0	0	0	0	2	0	0	8	0	8	8
1975	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1	0	9	0	9	9
1976	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	5	0	5	5
1977	1	1	2	6	0	0	0	1	0	5	0	0	16	0	16	16
1978	1	1	1	4	0	0	0	1	0	2	0	0	10	0	10	10



Ano	Tempo mínimo de medida de segurança												Subtotal por tempo	Redução de pena	Total
	Até 12 meses		>12 a 24 meses		>24 a 36 meses		>36 a 48 meses		>48 a 72 meses		>72 meses				
	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.	Semi	Inimp.			
1979	4	0	4	6	1	1	0	0	0	4	0	0	20	0	20
1980	1	0	3	6	0	0	0	0	0	4	0	0	14	0	14
1981	3	3	0	6	0	0	0	0	0	3	0	0	15	0	15
1982	0	3	0	8	0	0	0	0	1	2	0	0	14	0	14
1983	2	4	2	6	1	0	0	0	0	7	0	0	22	0	22
1984	5	4	0	10	0	2	0	0	1	5	0	0	27	0	27
1985	0	4	0	5	0	8	0	0	0	1	0	0	18	7	25
1986	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	5	1	6
1987	0	2	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	8	1	9
1988	1	3	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	9	0	9
1989	0	1	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0	8	0	8
1990	0	3	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6	1	7
1991	0	4	0	2	1	4	0	0	0	0	0	0	11	0	11
1992	0	3	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	7	0	7
1993	0	2	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	8	0	8
1994	2	2	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0	11	0	11
1995	1	5	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	11	0	11
1996	0	4	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	11	0	11
1997	0	2	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	9	1	10
1998	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
1999	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6
2000	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7
2001	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	1	5
2002	4	14	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	22	1	23
2003	5	12	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0	24	3	27
2004	8	12	2	5	2	5	0	0	0	0	0	0	34	3	37
2005	3	13	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	20	1	21
2006	1	10	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	16	2	18
2007	5	22	2	1	0	7	0	0	0	0	0	0	37	1	38
2008	4	15	2	7	1	5	0	0	0	0	1	1	36	2	38
2009	8	22	0	3	1	9	0	0	0	0	0	0	43	2	45
2010	1	16	2	9	2	4	0	0	0	0	0	0	34	0	34
2011	4	21	2	6	3	4	0	0	0	0	0	0	40	0	40
2012	7	23	0	2	1	8	0	0	0	0	0	0	41	2	43
2013	3	26	0	4	1	3	0	0	0	0	0	0	37	2	39
2014	1	25	1	7	0	5	0	0	0	0	0	0	39	5	44
2015	3	32	4	11	0	8	0	0	0	0	0	0	58	3	61
2016	0	30	2	8	1	10	0	0	0	0	0	1	52	3	55
2017	4	29	2	9	2	5	0	1	0	0	0	0	52	0	52
2018	2	24	0	6	0	11	0	0	0	0	0	0	43	3	46
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>416</b>	<b>41</b>	<b>188</b>	<b>19</b>	<b>146</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>49</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>966</b>	<b>45</b>	<b>1011</b>

*Nota.* Os dados foram coletados e separados via SOFA. As variáveis imputabilidade e tempo mínimo de medida de segurança foram independentemente classificadas de forma subordinada em relação à variável ano. A redução de pena foi introduzida na tabela original do SOFA como tempo zero de medida de segurança. Semi = semi-imputável; Inimp. = inimputável.

A tabela 7 demonstrou o comportamento da avaliação de imputabilidade e do estabelecimento de tempo mínimo ao longo dos anos, com soma total de 1011 para ambas as variáveis; desses 1011 acórdãos, em 206 os pacientes-apeados foram declarados como semi-imputáveis e 805 como inimputáveis. Ao se aplicar as transições epidemiológicas para a imputabilidade, ocorreram 49 semi-imputáveis e 146 inimputáveis até 1984, além de retornar 157 semi-imputáveis e 659 inimputáveis a partir de 1985; também se obteve 74 semi-imputáveis e 276 inimputáveis até 2001, bem como 132 semi-imputáveis e 529 inimputáveis a partir de 2002.

**Tabela 8**

*Distribuição da ocorrência de crimes por quinquênios.*

Crime	1961 a 1965	1966 a 1970	1971 a 1975	1976 a 1980	1981 a 1985	1986 a 1990	1991 a 1995	1996 a 2000	2001 a 2005	2006 a 2010	2011 a 2015	2016 a 2020	Total
CPB 121	3	6	23	40	55	29	29	14	27	32	39	26	323
CPB 123	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	4
CPB 124	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CPB 129	0	1	1	3	21	5	5	3	7	20	31	19	116
CPB 132	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	4
CPB 133	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
CPB 140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CPB 146	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
CPB 147	0	0	0	0	1	1	1	0	2	11	17	15	48
CPB 148	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	8
CPB 150	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	2	8
CPB 155	0	2	2	7	5	0	2	2	20	26	35	29	130
CPB 157	0	0	0	1	6	1	0	3	21	23	36	17	108
CPB 157-3	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	2	0	7
CPB 158	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	7
CPB 163	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	4	7	17
CPB 167	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CPB 168	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5
CPB 171	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	2	1	6
CPB 174	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CPB 180	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	1	1	7
CPB 211	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3	1	0	7
CPB 212	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1



CPB 213	1	1	2	9	10	4	3	4	12	14	12	8	<b>80</b>
CPB 214	0	1	0	5	6	2	5	4	16	21	19	4	<b>83</b>
<b>Crime</b>	<b>1961 a 1965</b>	<b>1966 a 1970</b>	<b>1971 a 1975</b>	<b>1976 a 1980</b>	<b>1981 a 1985</b>	<b>1986 a 1990</b>	<b>1991 a 1995</b>	<b>1996 a 2000</b>	<b>2001 a 2005</b>	<b>2006 a 2010</b>	<b>2011 a 2015</b>	<b>2016 a 2020</b>	<b>Total</b>
CPB 215	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	<b>2</b>
CPB 217-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	10	<b>19</b>
CPB 218	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	<b>2</b>
CPB 218-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
CPB 223	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	<b>3</b>
CPB 224	1	0	2	6	6	2	1	2	17	18	25	4	<b>84</b>
CPB 225	0	0	0	1	0	1	1	0	2	3	2	3	<b>13</b>
CPB 226	1	1	1	5	3	2	1	1	10	10	4	7	<b>46</b>
CPB 233	0	0	0	0	1	1	0	0	1	7	0	2	<b>12</b>
CPB 250	0	0	1	0	3	0	2	1	4	6	6	4	<b>27</b>
CPB 251	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	<b>1</b>
CPB 253	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
CPB 281	0	2	0	4	3	2	3	6	6	11	8	5	<b>50</b>
CPB 297	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	<b>2</b>
CPB 299	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	<b>4</b>
CPB 307	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
CPB 311	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
CPB 329	0	1	0	1	1	2	2	0	2	1	6	2	<b>18</b>
CPB 330	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	<b>4</b>
CPB 331	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	1	<b>7</b>
CPB 339	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	3	0	<b>7</b>
CPB 340	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	<b>1</b>
CPB 344	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	<b>5</b>
CPB 359	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	<b>2</b>
Lei 2252/54	0	0	0	1	1	0	0	1	2	3	1	0	<b>9</b>
Lei 7716/89	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	<b>1</b>
Lei 8069/90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Lei 8072/90	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	8	2	<b>23</b>
Lei 9437/97	0	0	0	0	0	0	0	1	8	5	1	0	<b>15</b>
Lei 9455/97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	<b>3</b>
Lei 9503/97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
Lei 10741/03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	<b>5</b>
Lei 10826/03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	17	11	<b>33</b>
Lei 11340/06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	9	<b>17</b>

Cont. 19	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Crime	1961	1966	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006	2011	2016	Total
	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	
	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	
Cont. 21	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	4	7	19
Cont. 28	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Cont. 42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Cont. 51	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Cont. 61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Cont. 65	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>40</b>	<b>86</b>	<b>138</b>	<b>54</b>	<b>60</b>	<b>45</b>	<b>179</b>	<b>261</b>	<b>319</b>	<b>222</b>	<b>1430</b>

*Nota.* CPB = artigo do Código Penal Brasileiro; Cont. = artigo da Lei de Contravenções Penais. A tabela foi montada através redução de dados feita no aplicativo SOFA. A relação do significado de cada artigo e das leis citadas foram colocadas nos anexos deste trabalho. O artigo 281 do CPB foi revogado em 1976 e, desde então, foi substituído por leis ulteriores que regulamentam o sistema de políticas públicas para o enfrentamento das drogas ilícitas; foi mantido uma soma unificada justamente para efeitos de simplificação estatística.

A tabela 8 demonstrou o comportamento dos crimes que foram julgados ao longo do período, agrupados em quinquênios para dispor melhor os dados. Como um acórdão poderia se tratar sobre a ocorrência de mais de um crime na mesma peça, isso justificou a presença de cinco variáveis para a coleta dos crimes cometidos. Não houve a preocupação com a coleta de atenuantes e agravantes criminais, nem com a repetição do mesmo tipo criminal. Por exemplo, se o paciente-apanado cometeu mais de um homicídio, a preocupação foi sobre registrar a ocorrência do homicídio (o tipo criminal cometido) e não a quantidade de vezes que cometeu homicídios em uma peça; agora, se o paciente-apanado cometeu, por exemplo, homicídio e desacato na mesma peça, registrou-se cada tipo criminal em uma variável diferente conforme a ordem em que são citados no acórdão.

Como isso, obviamente a primeira variável criminal tem o total de 1011 tipos criminais (que é o total de acórdãos), seguida por 291 tipos criminais contidos na segunda variável, por 96 tipos criminais na terceira, por 29 tipos criminais na quarta, e finalmente três tipos criminais na quinta variável; com isso, obteve-se o total de 1430 tipos criminais registrados na tabela e com uma média aritmética de 1,41 crimes/acórdão. Quanto à ocorrência de crimes por ano, tem-se uma média aritmética de 26 crimes/ano (1964 a 2018) ou 119,17 crimes/quinquênio (12 quinquênios no período). Dentro das 1430 tipologias criminais registradas, ocorreram 1240 violações de artigos

criminais, 50 violações que envolveram o tráfico de entorpecentes (inicialmente o artigo 281 do CPB e as leis de drogas subsequentes que suplantaram esse artigo a partir de 1976), 32 violações de artigos de contravenções penais, e 108 violações de leis específicas.

**Tabela 9**

*Distribuição da ocorrência de crimes por ordem decrescente.*

Crime	Total	Crime	Total	Crime	Total	Crime	Total	Crime	Total
CPB 121	323	CPB 329	18	Cont. 65	6	CPB 218	2	CPB 307	1
CPB 155	130	CPB 163	17	CPB 171	6	CPB 297	2	CPB 311	1
CPB 129	116	Lei 11340/06	17	CPB 168	5	CPB 359	2	CPB 340	1
CPB 157	108	Lei 9437/97	15	CPB 344	5	Cont. 28	1	Lei 7716/89	1
CPB 224	84	CPB 225	13	Lei 10741/03	5	Cont. 42	1	Lei 8069/90	1
CPB 214	83	CPB 233	12	CPB 123	4	Cont. 51	1	Lei 9503/97	1
CPB 213	80	Lei 2252/54	9	CPB 132	4	CPB 124	1		
CPB 281	50	CPB 148	8	CPB 299	4	CPB 140	1		
CPB 147	48	CPB 150	8	CPB 330	4	CPB 146	1		
CPB 226	46	CPB 157-3	7	CPB 133	3	CPB 167	1		
Lei 10826/03	33	CPB 158	7	CPB 223	3	CPB 174	1		
CPB 250	27	CPB 180	7	Lei 9455/97	3	CPB 212	1		
Lei 8072/90	23	CPB 211	7	Cont. 19	2	CPB 218-A	1		
Cont. 21	19	CPB 331	7	Cont. 61	2	CPB 251	1		
CPB 217-A	19	CPB 339	7	CPB 215	2	CPB 253	1		
<b>Subtotal</b>	<b>1189</b>	<b>Subtotal</b>	<b>159</b>	<b>Subtotal</b>	<b>58</b>	<b>Subtotal</b>	<b>18</b>	<b>Subtotal</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL DA GRELHA</b>									<b>1430</b>

*Nota.* CPB = artigo do Código Penal Brasileiro; Cont. = artigo da Lei de Contravenções Penais. Usou-se dados depurados pelo SOFA, com o auxílio do Excel para a montagem visual da grelha. O significado de cada código supracitado está em uma lista nos anexos deste trabalho.

A tabela 9 demonstra a ocorrência de violações ocorridas em ordem decrescente, e percebe-se que o homicídio (tipificado no CPB através do artigo 121) foi, de longe, a ofensa criminal mais cometida por pacientes-apenados dentro da amostra de acórdãos de segunda instância, com 193 ocorrências a mais que o segundo colocado, que foi o crime de furto (tipificado no CPB através do artigo 155). As dez tipologias criminais que mais ocorreram na amostra foram: homicídio, furto, lesões corporais, roubo, presunção de violência em crimes sexuais (revogado pela lei 12015/2009), atentado violento ao pudor (revogado pela lei 12015/2009), estupro, tráfico de entorpecentes, ameaça e aumento de pena para crimes sexuais (alterado pela lei

11106/2005); o somatório dessas tipologias resultou em 1068 registros (ou 74,69% dos 1430 crimes registrados).

Quanto aos diagnósticos, ocorreu a mesma questão do registro de crimes, pois um mesmo paciente-apanado pode possuir mais de um diagnóstico apontado pelo perito médico forense. Com a existência de três variáveis para registro de diagnósticos, com organização do registro de cada patologia conforme precedência na descrição dentro do acórdão, obteve-se então o registro de 1011 diagnósticos na primeira variável (a qual foi óbvia por se tratar do total de acórdãos triados), 227 diagnósticos na segunda variável, e 34 diagnósticos na terceira variável; isso fez o total de 1272 diagnósticos na grelha da pesquisa e atingiu a média de 1,26 diagnósticos/acórdão.

**Tabela 10**

*Distribuição da ocorrência de diagnósticos por quinquênios.*

Diagnóstico CID-10	1961 a 1965	1966 a 1970	1971 a 1975	1976 a 1980	1981 a 1985	1986 a 1990	1991 a 1995	1996 a 2000	2001 a 2005	2006 a 2010	2011 a 2015	2016 a 2020	Total
F01	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F02.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F02.8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F03	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	5
F06.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
F06.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
F06.8	0	1	3	7	3	0	1	2	3	8	6	1	35
F06.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F07.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
F09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F10.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	5
F10.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
F10.2	0	1	2	7	13	3	5	2	16	21	14	11	95
F10.5	0	0	0	0	0	1	1	0	4	8	1	2	17
F10.6	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3
F10.7	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	4
F11.2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
F12.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F12.2	0	0	0	2	3	1	2	1	10	10	5	5	39
F12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>Diagnóstico CID-10</b>	<b>1961 a</b>	<b>1966 a</b>	<b>1971 a</b>	<b>1976 a</b>	<b>1981 a</b>	<b>1986 a</b>	<b>1991 a</b>	<b>1996 a</b>	<b>2001 a</b>	<b>2006 a</b>	<b>2011 a</b>	<b>2016 a</b>	<b>Total</b>



	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	
F14.2	0	0	0	0	0	0	1	1	3	6	6	6	23
F14.5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
F14.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F15.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F15.2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
F18.2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3
F18.5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
F19.2	0	2	0	1	2	0	0	4	16	23	44	16	108
F19.5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	4
F19.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
F20.0	2	3	11	24	29	15	16	6	10	23	38	24	201
F20.1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4
F20.2	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	0	0	7
F20.3	0	0	0	0	1	2	1	1	5	7	10	10	37
F20.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	6
F20.6	0	0	0	1	4	1	1	0	0	0	1	1	9
F20.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F20.9	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	6	9
F21	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
F22	0	0	0	0	8	0	2	0	0	6	1	7	24
F23.0	0	0	0	1	5	4	1	1	1	1	1	1	16
F23.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
F23.2	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	2	0	6
F23.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
F23.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
F23.9	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
F25	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	4	6	15
F28	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
F29	2	1	6	6	17	7	12	15	18	29	41	40	194
F30.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
F31.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
F31.2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	7	7	17
F31.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
F31.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4
F31.6	0	0	0	0	0	0	1	1	3	6	15	6	32
F31.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>Diagnóstico CID-10</b>	<b>1961 a 1965</b>	<b>1966 a 1970</b>	<b>1971 a 1975</b>	<b>1976 a 1980</b>	<b>1981 a 1985</b>	<b>1986 a 1990</b>	<b>1991 a 1995</b>	<b>1996 a 2000</b>	<b>2001 a 2005</b>	<b>2006 a 2010</b>	<b>2011 a 2015</b>	<b>2016 a 2020</b>	<b>Total</b>



F31.9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
F32.2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
F32.3	0	0	1	2	1	0	0	0	1	1	3	2	11
F32.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
F33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
F34.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F43.1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
F43.2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
F44.9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
F51.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F53.1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	5
F60.0	0	0	1	4	8	2	2	0	3	0	2	0	22
F60.1	0	1	3	3	1	0	2	1	1	1	1	1	15
F60.2	0	2	1	3	6	1	1	0	4	2	1	1	22
F60.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F60.31	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
F60.4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
F63.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
F65.2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3
F65.4	0	0	0	3	6	2	2	3	12	16	18	1	63
F65.5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
F65.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
F65.9	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	5
F66.1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
F69	0	0	2	1	3	0	0	0	1	3	3	0	13
F70	0	0	0	0	1	0	0	2	4	5	11	1	24
F71	0	0	0	0	1	0	0	1	3	12	19	11	47
F72	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4	3	2	13
F73	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
F79	0	2	1	5	4	1	2	0	3	7	11	4	40
Silvícola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Surdo-mudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>37</b>	<b>76</b>	<b>127</b>	<b>49</b>	<b>61</b>	<b>42</b>	<b>143</b>	<b>227</b>	<b>304</b>	<b>186</b>	<b>1272</b>

Nota. A tabela foi montada através redução de dados feita no aplicativo SOFA, com o auxílio do Microsoft Excel para organizar somatório por diagnóstico, por quinquênios e o total geral.

A ocorrência de surdo-mudo e silvícola como diagnósticos ocorreram pelos fatores que são explicados a seguir. A contagem de silvícola foi como um aspecto

secundário, pois o paciente-apenado possuía um diagnóstico psiquiátrico como justificativa primordial para a realização da medida de segurança e isso promoveria a escolha de um local adequado para tratamento psiquiátrico compulsório como medida de segurança e não alguma medida conduzida pela FUNAI.

Já o surdo-mudo era um aspecto legal que o psiquiatra forense deveria se atentar quando ao realizar a perícia médica para o devido processo. Silva (2015) afirmou o Código Civil de 1916 colocava os surdos-mudos como absolutamente incapazes (isto é, inimputáveis dentro do âmbito criminal) se não pudessem se expressar; nesse caso, o legislador considerou que o surdo-mudo, por não conseguir ser estimulado para a interação com a sociedade por qualquer forma de uso da língua portuguesa devido a limitações cognitivas decorrentes da deficiência auditiva, era praticamente comparável a um portador de retardo mental. Com o Código Civil de 2002 e com a Lei 13146/2015 (conhecida como o Estatuto da Pessoa com Deficiência), a tendência era que o surdo-mudo que não conseguisse expressar sua vontade seria classificado agora como relativamente incapaz (ou seja, como semi-imputável dentro do âmbito criminal).

Gianotto, Manfroi e Marques (2017) colocaram que o surdo-mudo, pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, fazia parte de uma categoria de indivíduos que a lei colocou como deficientes, ou seja, possuidores de limitações ou incapacidades para a realização plena de atividades cotidianas e que necessitam de ações que permitiriam a acessibilidade para aumentar a capacidade de autonomia. Se essa população fosse devidamente estimulada, a ponto de aprenderem a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) ou alguma outra forma de expressão da língua portuguesa, Gianotto *et al.* (2017) apontaram que o surdo-mudo ganhava o status de alguém com uma deficiência compensada e, a partir daí, seriam totalmente capazes perante a lei (ou melhor, seriam imputáveis no âmbito criminal). Daí a presença como diagnóstico, pois o perito médico forense deveria apontar tal condição no laudo de avaliação de sanidade mental.

Outro dado importante sobre a questão diagnóstica é que o conjunto de patologias psiquiátricas identificadas entre os códigos F10 a F19 correspondem ao conjunto de transtornos ligados ao uso de estupefacientes (álcool, maconha, cocaína e outros entorpecentes), além dos códigos F20 a F29 corresponderem ao grupo das

patologias psicóticas propriamente ditas (esquizofrenia, esquizoafetividade, transtorno delirante, e outros transtornos psicóticos). Dos 1272 diagnósticos coletados nos acórdãos avaliados, existiam 313 identificadores de transtornos do consumo de entorpecentes (seção F1\*.\* do CID-10) e 541 codificadores de transtornos psicóticos propriamente ditos (seção F2\*.\* do CID-10), o que correspondeu, respectivamente, a 24,61% e 42,53% de todos os transtornos relatados na grelha, e num total em conjunto de 67,14% de toda a tabela; esse valor será discutido na próxima seção.

**Tabela 11**

*Distribuição da ocorrência de diagnósticos estratificados pela imputabilidade conforme a reforma penal de 1984 e a Lei Paulo Delgado de 2001.*

Diagnóstico CID-10	Reforma Penal de 1984				Lei Paulo Delgado (2001)				Total
	Semi-imputável < 1985	Inimputável < 1985	Semi-imputável ≥ 1985	Inimputável ≥ 1985	Semi-imputável < 2002	Inimputável < 2002	Semi-imputável ≥ 2002	Inimputável ≥ 2002	
F01	0	1	0	0	0	1	0	0	1
F02.3	0	0	1	0	0	0	1	0	1
F02.8	1	0	0	0	1	0	0	0	1
F03	0	0	0	5	0	3	0	2	5
F06.2	0	0	0	2	0	0	0	2	2
F06.3	0	0	0	2	0	0	0	2	2
F06.8	1	11	2	21	2	15	1	17	35
F06.9	0	0	1	0	0	0	1	0	1
F07.0	0	0	0	3	0	0	0	3	3
F09	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F10.0	0	0	1	4	0	0	1	4	5
F10.1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F10.2	7	14	27	47	10	24	24	37	95
F10.5	0	0	2	15	0	2	2	13	17
F10.6	0	1	0	2	0	2	0	1	3
F10.7	0	2	0	2	0	2	0	2	4
F11.2	0	0	1	0	1	0	0	0	1
F12.1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F12.2	5	0	11	23	6	3	10	20	39
<b>Diagnóstico</b>	<b>Reforma Penal de 1984</b>				<b>Lei Paulo Delgado (2001)</b>				<b>Total</b>

CID-10	Reforma Penal de 1984				Lei Paulo Delgado (2001)				Total
	Semi-imputável < 1985	Inimputável < 1985	Semi-imputável ≥ 1985	Inimputável ≥ 1985	Semi-imputável < 2002	Inimputável < 2002	Semi-imputável ≥ 2002	Inimputável ≥ 2002	
F12.5	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F14.2	0	0	6	17	1	1	5	16	23
F14.5	0	0	0	2	0	1	0	1	2
F14.7	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F15.1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F15.2	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F18.2	0	0	0	3	0	0	0	3	3
F18.5	0	0	0	1	0	1	0	0	1
F19.2	4	1	27	76	4	5	27	72	108
F19.5	0	0	0	4	0	0	0	4	4
F19.7	0	0	0	2	0	0	0	2	2
F20.0	0	61	0	140	0	107	0	94	201
F20.1	0	2	0	2	0	2	0	2	4
F20.2	0	3	0	4	0	6	0	1	7
F20.3	0	0	0	37	0	5	0	32	37
F20.5	0	0	0	6	0	0	0	6	6
F20.6	0	3	0	6	0	7	0	2	9
F20.8	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F20.9	0	1	0	8	0	1	0	8	9
F21	0	1	0	1	0	1	0	1	2
F22	1	4	0	19	1	9	0	14	24
F23.0	0	6	1	9	0	12	1	3	16
F23.1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F23.2	0	3	1	2	0	4	1	1	6
F23.3	0	0	0	3	0	0	0	3	3
F23.8	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F23.9	0	3	0	1	0	3	0	1	4
F25	0	1	0	14	0	1	0	14	15
F28	0	0	0	1	0	1	0	0	1
F29	6	25	7	156	8	61	5	120	194
F30.2	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F31.0	0	0	1	1	0	0	1	1	2
F31.2	0	0	0	17	0	1	0	16	17
<b>Diagnóstico</b>	<b>Reforma Penal de 1984</b>				<b>Lei Paulo Delgado (2001)</b>				<b>Total</b>

CID-10	Reforma Penal de 1984				Lei Paulo Delgado (2001)				Total
	Semi-imputável < 1985	Inimputável < 1985	Semi-imputável ≥ 1985	Inimputável ≥ 1985	Semi-imputável < 2002	Inimputável < 2002	Semi-imputável ≥ 2002	Inimputável ≥ 2002	
F31.3	0	0	1	0	0	0	1	0	1
F31.5	0	0	0	4	0	0	0	4	4
F31.6	0	0	3	29	0	2	3	27	32
F31.7	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F31.9	0	0	0	2	0	1	0	1	2
F32.2	0	0	1	0	1	0	0	0	1
F32.3	0	4	0	7	0	4	0	7	11
F32.9	0	0	0	2	0	0	0	2	2
F33.3	0	0	0	2	0	0	0	2	2
F34.1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F43.1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F43.2	0	0	1	0	0	0	1	0	1
F44.9	0	0	1	0	1	0	0	0	1
F51.3	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F53.1	0	3	0	2	0	3	0	2	5
F60.0	8	3	4	7	11	6	1	4	22
F60.1	4	4	2	5	5	6	1	3	15
F60.2	9	2	7	4	11	3	5	3	22
F60.3	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F60.31	0	0	0	1	0	0	0	1	1
F60.4	0	1	0	0	0	1	0	0	1
F63.0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
F65.2	0	0	2	1	1	1	1	0	3
F65.4	4	4	38	17	11	5	31	16	63
F65.5	0	0	2	0	0	0	2	0	2
F65.8	0	0	1	1	0	0	1	1	2
F65.9	0	0	4	1	1	0	3	1	5
F66.1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
F69	4	0	8	1	6	0	6	1	13
F70	1	0	15	8	2	1	14	7	24
F71	0	0	13	34	1	1	12	33	47
F72	0	0	1	12	0	2	1	10	13
F73	0	0	0	1	0	0	0	1	1
<b>Diagnóstico</b>	<b>Reforma Penal de 1984</b>				<b>Lei Paulo Delgado (2001)</b>				<b>Total</b>

CID-10	1985		1985		2002		2002		
	Semi-imputável <	Inimputável <	Semi-imputável ≥	Inimputável ≥	Semi-imputável <	Inimputável <	Semi-imputável ≥	Inimputável ≥	
F79	4	8	9	19	5	10	8	17	<b>40</b>
Silvícola	0	0	0	1	0	0	0	1	<b>1</b>
Surdo-mudo	0	0	1	1	0	0	1	1	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>172</b>	<b>205</b>	<b>836</b>	<b>91</b>	<b>327</b>	<b>173</b>	<b>681</b>	<b>1272</b>

*Nota.* A tabela foi montada através redução de dados feita no aplicativo SOFA, com o auxílio do Microsoft Excel para organizar somatório por diagnóstico, agrupados conforme os pontos de transição epidemiológica.

As tabelas 10 e 11 demonstram como se distribui a identificação da classificação diagnóstica ao longo do tempo ou com subdivisão por quinquênios (tabela 10), ou a considerar os dois grandes eventos de transição epidemiológica surgidos por mudanças na legislação (tabela 11). Da tabela 10, gerou-se uma curva da quantidade de diagnósticos com aspecto bimodal: uma primeira fase de crescimento de diagnósticos até o quinquênio 1981-1985, daí ocorre uma queda a gerar um platô de dados que volta a crescer depois para produzir um novo pico no quinquênio 2011-2015. Quanto à tabela 11, estabeleceu-se duas comparações de curva: (1) as curvas dos semi-imputáveis, onde se verificou que a curva pela Reforma Penal possuía um ápice maior que a da Lei Paulo Delgado e com ponto de interseção por volta do valor 132; (2) as curvas dos inimputáveis, onde se constatou que a curva da Lei Paulo Delgado tinha um ápice maior que a da Reforma Penal e com ponto de interseção por volta do valor 504.

Conforme a distribuição temporal e a escolha dos pontos de transição epidemiológica, observou-se que a distância de 17 anos entre a Reforma Penal de 1984 e a Lei Paulo Delgado de 2001 acarretou em uma mudança significativa na distribuição de semi-imputáveis e inimputáveis antes e depois dos pontos de transição; por exemplo, se for escolhido o que ocorreu depois de cada ponto de transição (ver tabela 11), existem 155 inimputáveis a menos entre 1985 e 2002 (as mudanças nas leis sempre valem para a vigência seguinte) e 32 semi-imputáveis a menos entre 1985 e 2002. Outra questão que a tabela 11 demonstrou é que um mesmo diagnóstico pode ser classificado como semi-imputável ou inimputável, o que será mais bem trabalhado na seção de Discussão. Para avaliar o impacto na questão terapêutica, é necessário também verificar

o que ocorreu com a escolha do local de cumprimento da medida de segurança ao longo do tempo.

**Tabela 12**

*Distribuição da ocorrência de locais de tratamentos, estratificados pela imputabilidade conforme a reforma penal de 1984 e a Lei Paulo Delgado de 2001.*

Local de tratamento	Reforma Penal de 1984				Lei Paulo Delgado (2001)				Total
	Semi-imputável < 1985	Inimputável < 1985	Semi-imputável ≥ 1985	Inimputável ≥ 1985	Semi-imputável < 2002	Inimputável < 2002	Semi-imputável ≥ 2002	Inimputável ≥ 2002	
Ambulatório	4	1	45	177	10	15	39	163	227
Ambulatório com Grupos de Ajuda Mútua	0	0	1	3	0	0	1	3	4
Ambulatório CAPS	0	0	2	26	0	0	2	26	28
Ambulatório com Atendimento APAE	0	0	0	2	0	0	0	2	2
Ambulatório pela Cruz Vermelha do RS	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Clínica Especializada em Dependência Química	0	0	2	4	0	0	2	4	6
Colônia Penal Agrícola	25	1	0	0	25	1	0	0	26
Hospital Geral Militar	0	0	0	1	0	1	0	0	1
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	13	138	62	433	20	251	55	320	646
Leito Psiquiátrico em Hospital Geral	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Leito em Hospital Psiquiátrico	0	0	0	9	0	1	0	8	9
Instituto Penal para o Trabalho	0	3	0	0	0	3	0	0	3
Liberdade Viglada	7	2	0	1	7	3	0	0	10
Manutenção de Tratamento no Presídio	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Redução da Pena	0	0	45	0	12	0	33	0	45
Serviço Residencial Terapêutico	0	0	0	1	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>146</b>	<b>157</b>	<b>659</b>	<b>74</b>	<b>276</b>	<b>132</b>	<b>529</b>	<b>1011</b>

*Nota.* A tabela foi montada através redução de dados feita no aplicativo SOFA, com o auxílio do Microsoft Excel para organizar somatório por local de tratamento, agrupados conforme os pontos de transição epidemiológica.

Na tabela 12, apresentou-se a distribuição dos locais de tratamento com estratificação conforme o estabelecimento de legislações. Embora seja perceptível a predominância do uso do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (situado em Porto Alegre e que funciona como um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico dentro do sistema prisional gaúcho) nos acórdãos de apelação, as mudanças legais – tanto na execução do processo criminal, quanto na criação de dispositivos para tratamento e recuperação de portadores de transtornos mentais e do comportamento – geraram algumas mudanças no encaminhamento do cumprimento de medida de segurança, as quais serão vistas na seção de Discussão.

**Tabela 13**

*Distribuição da ocorrência de locais de tratamentos para portadores de transtorno mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas.*

Local de tratamento	Inimputável	Semi-imputável	Total	Local de tratamento	Inimputável	Semi-imputável	Total
Ambulatório	54	20	74	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	131	27	158
Ambulatório com Grupos de Ajuda Mútua	3	1	4	Leito Psiquiátrico em Hospital Geral	3	0	3
Ambulatório CAPS	3	1	4	Leito em Hospital Psiquiátrico	4	0	4
Ambulatório com Atendimento APAE	0	0	0	Instituto Penal para o Trabalho	0	0	0
Ambulatório pela Cruz Vermelha do RS	1	0	1	Liberdade Viglada	1	5	6
Clínica Especializada em Dependência Química	4	2	6	Manutenção de Tratamento no Presídio	0	0	0
Colônia Penal Agrícola	0	9	9	Redução da Pena	0	16	16
Hospital Geral Militar	0	0	0	Serviço Residencial Terapêutico	0	0	0
<b>TOTAL</b>					<b>204</b>	<b>81</b>	<b>285</b>

*Nota.* A tabela foi montada através redução de dados feita no aplicativo SOFA, com o auxílio do Microsoft Excel para organizar somatório por local de tratamento e imputabilidade.

Quanto ao universo da toxicodependência, na tabela 13 acima se fez a correção por se considerar que um indivíduo poderia possuir mais de um transtorno mental ou comportamental devido ao uso de entorpecentes, e obteve-se o total de 313 diagnósticos – o que correspondeu a 24,61% dos 1272 diagnósticos computados.

Quando se fez o ajuste dos acometimentos, onde se estabeleceu que bastava possuir um diagnóstico do grupo dos transtornos mentais ou comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas em quaisquer uma das três variáveis usadas para computar códigos diagnósticos, obteve-se que 285 dos 1011 acórdãos possuíam réus com algum problema a envolver consumo de entorpecentes, ou seja, em torno de 28,2% dos ofensores.

Os hospitais-prisões aqui também são o destino mais escolhido na amostra pelos desembargadores, seja como diagnóstico principal ou como comorbidade de outro transtorno psiquiátrico. Feita a comparação com o número corrigido de portadores de transtornos psicóticos propriamente ditos já citados anteriormente e que não possuem concomitância com abuso de substâncias, existem 464 dos 1011 apenados com transtornos psicóticos, o que corresponde a 45,9% dos pacientes que cumpriram medidas de segurança; essas informações também serão relatadas na seção de Discussão.

## 2.5 DISCUSSÃO

Em primeiro lugar, cabe dizer que a escolha da chave de pesquisa descrita anteriormente permitiu excluir a judicialização da saúde desta investigação. Conforme descrito por Ventura (2010) e Biehl (2016), a judicialização da saúde se constitui de reivindicações e atuações de diversos setores da sociedade civil para garantir o direito estabelecido na Constituição Federal do Brasil à saúde, principalmente o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita. A prestação desse amparo está codificada em leis complementares e ordinárias que instituem e regulam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como a defesa do acesso a esse direito gera uma ação contra quaisquer uma das esferas governamentais – seja a União, algum dos Estados ou dos Municípios – de natureza cível, o conceito de judicialização da saúde não se trata de uma aplicação de Justiça Terapêutica; isso se evidenciou pelo fato que o escopo dessa jurisprudência se refere à questão da aplicação terapêutica da lei, além que o presente trabalho avalia o uso de tratamentos psiquiátricos como medida alternativa para lidar com a ocorrência criminal.

De uma forma mais estrita, a judicialização da saúde na área psiquiátrica estaria mais relacionada à busca por acesso a tratamentos farmacológicos ou procedimentais dispendiosos, ou para obtenção de um tratamento psiquiátrico compulsório (geralmente internação hospitalar) com o uso complementar de uma antecipação de tutela<sup>22</sup> para garantir o direito à saúde a um paciente em alto risco de dano para si ou terceiros.

Sobre a escolha do local da medida de segurança, não se deve levar em conta tão somente o(s) diagnóstico(s) do apenado e se esse(s) diagnóstico(s) teria(m) um tratamento curativo em especial pela possibilidade da(s) patologia(s) possuir(em) uma natureza definitiva e irreversível, mas também o que se avaliou quanto à gravidade do crime cometido, a forma como o crime seria inicialmente penalizado (se através de reclusão, detenção ou prisão simples<sup>23</sup>) e a periculosidade social verificada através do exame de verificação.

Aqui se fez uma coleção de textos jurisprudenciais comumente utilizados por desembargadores nos acórdãos avaliados e que explicam porque ser portador de transtornos psíquicos não é por si só determinante na periculosidade do paciente- apenado; isso explicava por que um diagnóstico poderia gerar tanto inimizabilidade ou semi-imizabilidade conforme a situação criminal como um todo, além que a medida de segurança também deve ter um cumprimento máximo – assim como uma pena comum possui uma dosimetria máxima.

Primeiramente, o jurista brasileiro Heleno Cláudio Fragofo foi muito citado por desembargadores nos acórdãos por alertar o eventual leitor de uma deliberação legal sobre o fato que a detecção de periculosidade seria fortemente subjetiva e, por isso, passível de equívocos na execução; daí a necessidade de utilizar ferramentas para evitar

---

<sup>22</sup> Segundo Martins e Rigoni (2015), a antecipação de tutela é um procedimento jurídico que permite antecipar de forma total ou parcial os efeitos da sentença condenatória, e é amplamente utilizado quando não se pode esperar a execução da sentença: (1) pela possibilidade de dano irreparável ou de difícil reparação; (2) por abuso do direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu. Através de um agravo de instrumento, que é justamente o elemento documental impetrado como recurso contra decisões interlocutórias, solicitar-se-á a antecipação da tutela para garantir um bem jurídico urgente ou uma tutela punitiva através de uma alegação que deve ter uma prova inequívoca, uma verossimilhança da alegação, um requerimento da parte interessada e a possibilidade de decisão com efeito irreversível.

<sup>23</sup> O Código Penal de 1940 estabelece a diferenciação entre a reclusão e a detenção pelo fato que, embora ambas as nomenclaturas admitam regimes fechados, semiabertos e abertos na execução da pena, a reclusão admite regime fechado inicial, enquanto a detenção não admite isso. A prisão simples foi descrita na Lei de Contravenções Penais de 1941 e jamais admite regime fechado.

o excesso no estabelecimento de uma medida correcional, conforme escreveu Frago (2003):

“(…) A periculosidade é, em substância, um juízo de probabilidade que se formula diante de certos indícios. Trata-se de juízo empiricamente formulado e, por isso, sujeito a erros graves. Pressupõe-se sempre, como é óbvio, uma ordem social determinada a que o sujeito deve ajustar-se e que não é questionada. O sistema se defende aplicando medidas de segurança a pessoas que sofrem de anomalias mentais e que apresentam probabilidade de praticar novos atos que a lei define como crimes.

Justamente por conta do objetivo da medida de segurança e da subjetividade do critério definidor do prazo mínimo de duração, é que a própria Lei de Execução Penal, acautelando-se de eventuais erros, prevê a realização de perícia ao termo do prazo mínimo fixado pelo juiz na sentença, para que, através de laudo técnico se verifique se cessou ou não a periculosidade do agente (art. 175).

Prevê o mesmo diploma, ainda e em contrapartida, que o juiz requeira a realização da referida perícia a qualquer tempo – mesmo antes de cessado o prazo mínimo –, para evitar manter em tratamento ou internado um sujeito que não mais apresenta periculosidade (artigo 176) [página 499].”

Um texto muito utilizado nos acórdãos é do jurista italiano Luigi Ferrajoli, criador do garantismo e que escreveu sobre a importância que o apenado recebesse a pena mais adequada para o delito cometido e com a dosimetria adequada, a fim de tanto proteger a sociedade para que o ofensor seja devidamente punido (ingerência punitiva do Estado) quanto salvaguardar o próprio ofensor de ser arbitrariamente punido (defesa dos direitos humanos do apenado); por analogia, a escolha da medida de segurança e do tempo de tratamento também deve ser parcimoniosa e adequada para o delito cometido, não só para o diagnóstico do paciente-apeinado. Conforme escreveu Ferrajoli (1995):

*“(…) significa más bien que el derecho penal asume como fin una doble función preventiva, una e otra de signo negativo, la prevención general de los delitos e la prevención general de las penas arbitrarias o desproporcionadas. La primera función marca o límite mínimo e la segunda el límite máximo de las penas. Una refleja el interés de la mayoría no desviada; la otra, el interés del reo e de todo aquel del que se sospecha y es acusado como tal. Los dos fines e los dos intereses entran en conflicto, y son sus portadores las dos partes de un proceso penal contradictorio: la acusación, interesada en la defensa social y por conseguinte en maximizar la prevención e el castigo de los delitos; e la defensa, interesada*



*en la defensa individual y por tanto en maximizar la prevención de las penas arbitrarias [página 334].”*

Outro excerto muito utilizado nas sentenças foi do jurista brasileiro Luiz Régis Prado, onde o referido decano explicitou a importância de definir os elementos de periculosidade através de diversos fatores delineados por critérios biopsicológicos que relacionam a gênese do delito ao fato que o ofensor – por falta de *insight* – não haveria como proceder de outra forma e não possuía condições de relacionar um ato como reprovável pela sociedade, não somente o fato de o apenado possuir um diagnóstico psiquiátrico. Conforme colocou Prado (2002):

“A periculosidade não pode ser meramente presumida, mas plenamente comprovada. Sua aferição implica juízo naturalístico, cálculo de probabilidade, que se desdobra em dois momentos distintos: o primeiro consiste na comprovação da qualidade sintomática de perigoso (diagnóstico da periculosidade); o segundo, na comprovação da relação entre tal qualidade e o futuro criminal do agente (prognose criminal) [página 596].”

Por fim, o jurista argentino Eugenio Raúl Zaffaroni e o brasileiro José Henrique Pierangeli são muito citados nos acórdãos estudados por caracterizarem a necessidade de estabelecer uma dosimetria máxima para as medidas de segurança, pois essas medidas são instrumentos do Direito Penal traduzidos em tratamentos compulsórios a serem cumpridos no mínimo de um a três anos e que podem ser prorrogados conforme exame de cessação de periculosidade, mas – como a lei brasileira proíbe penalidades restritivas da liberdade serem vitalícias – as medidas de segurança não deveriam ter caráter perpétuo, conforme explicitou o texto de Zaffaroni & Pierangeli (2009) abaixo:

“(…) Não é constitucionalmente aceitável que, a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de uma privação de liberdade perpétua, como coerção penal. Se a lei não estabelece o limite máximo, é o intérprete quem tem a obrigação de fazê-lo?

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento do HC n.º 84.219-4/SP, reconheceu que a constitucionalidade do preceito contido no art. 97, §1º, do Código Penal está condicionada a uma interpretação teleológica e sistemática do dispositivo, a fim de se mitigar a indeterminação prevista para a execução da medida de segurança pela fixação de um limite temporal à custódia, em observância à garantia constitucional de vedação à prisão perpétua.

Assim sendo, é incontestável a necessidade de se reconhecer um limite temporal à duração da medida (pretensamente) curativa, apesar de sua indeterminação. E com especial observância dos Princípios da Igualdade e da Proporcionalidade, em cumprimento ao imperativo constitucional de individualização da pena, tenho que essa integração interpretativa do ordenamento deve ser norteada pela aplicação analógica dos prazos previstos para a prescrição executória [página 858].”

Os fatores supracitados justificariam porque, embora muitas vezes o avaliador médico forense, por exemplo, excluía a internação em HCTP/IPF por não ver benefício de tal tratamento para a patologia que acometia o ofensor, mas o magistrado optava pela internação compulsória nesse tipo de instituição por considerar o risco social maior, histórico de baixo vínculo a tratamentos ambulatoriais ou porque a penalidade inicialmente exigiria reclusão em regime fechado – ainda mais se o ato criminal cometido possuísse elementos agravantes ou que o definam como hediondo<sup>24</sup>.

Não seria à-toa que o HCTP/IPF foi o local escolhido para 646 das 1011 (ou quase 64%) medidas de seguranças avaliadas em segunda instância, seja como manutenção do local ou como reversão de uma decisão de primeira instância que usou um local adverso a esse, independente de ser semi-imputável ou inimputável; isso se verificou ao se aferir a existência de 75 apenados, ou quase 12% dos internados no IPF conforme decisão de segunda instância, serem semi-imputáveis.

Outro dado muito importante citado em acórdãos foi a questão que vários desembargadores expuseram sobre a esquizofrenia (CID-10 grupo F20) não ser um sinônimo de periculosidade e que o risco social deve ser avaliado de tempos em tempos através de exame de verificação de cessação de periculosidade, ou seja, a esquizofrenia era um diagnóstico onde a alteração das faculdades mentais não estariam diretamente ligadas à ocorrência de um ato violento, e que o alvo da violência do esquizofrênico

---

<sup>24</sup> É importante aqui diferenciar *crime hediondo* e *circunstâncias agravantes* perante a lei brasileira ao leitor que não seja operador do Direito. Os crimes hediondos estão relacionados no art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8072/1990 e alterações subsequentes, e relaciona os tipos criminais que são inafiançáveis e que não têm direito a quaisquer tipos de graças (como anistia ou indulto). As circunstâncias agravantes estão relacionadas no Código Penal Brasileiro nos artigos 61 e 62, e referem-se a situações que modificam a dosimetria de um tipo criminal; por exemplo, se o motivo foi fútil (de mínima importância, manifestamente desproporcional à gravidade do fato e à intensidade do motivo) ou torpe (motivo repugnante, abjeto, vil, que demonstra sinal de depravação do espírito do agente), se necessitou de meio insidioso (que denota estratégia ou perfídia), cruel (imposição à vítima de sofrimento além do necessário para alcançar o resultado típico pretendido, que seria o emprego de veneno, fogo, explosivo ou tortura) ou de perigo comum (que coloca em risco mais pessoas que a visada pelo agente), e outros elementos agravantes (as explicações foram extraídas de Nucci [2014]).

geralmente é um familiar ou alguém cuja existência na vida do paciente é muito significativa. Junto a isso, há o que Sadock, Sadock e Ruiz (2017) relataram sobre a violência na esquizofrenia estar ligada ao não tratamento do quadro, com a possibilidade de um evento psicótico originado por uma alucinação de comando, por percepções persecutórias da realidade externa e por ter vivido situações anteriores de violência e que, mesmo assim, Sadock et al. (2017) não referiram um aumento da chance de um esquizofrênico cometer um homicídio em relação à população em geral.

Contudo, 227 dos 274 pacientes classificados dentro do espectro CID-10 da esquizofrenia, ou 82,8% dos diagnósticos aferidos com esquizofrenia nos acórdãos, cumpriram medida de segurança em IPF, o que indica que o possuidor desse transtorno geralmente possui critérios que os desembargadores consideram como de alta periculosidade e indicam passagem inicial pelo IPF, mesmo que os magistrados de primeira instância tenham definido a princípio outros locais para cumprimento de tratamento.

Os desembargadores geralmente relataram nos acórdãos os seguintes riscos de aumento da expressão da violência em pacientes esquizofrênicos, os quais foram elencados a partir de textos-base escolhidos pelos peritos a partir de compêndios e tratados de Psiquiatria e usados para justificar a escolha do IPF conforme o *background* do apenado que fora relatado no processo criminal: a existência de comorbidade (principalmente abuso de substâncias psicoativas ou doenças neurológicas concomitantes), e questões biopsicossociais que favorecem a expressão da violência (sexo masculino, sem companheiro ou estrutura familiar adequada, sem qualificação profissional, baixo nível de escolaridade); aqui não se inclui o que já foi dito sobre a qualificação do tipo criminal com os devidos agravantes.

Os 17,2% restantes de casos de esquizofrenia que receberam outros locais de cumprimento de medida de segurança se referiam a outras duas situações distintas: a tendência de avaliar com a possibilidade de tratamento em modelos de inserção na comunidade (como ambulatórios, CAPS ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais) conforme a adoção da Lei Paulo Delgado pelos próprios magistrados; a outra condição seria como algo subsequente à alta progressiva do tratamento, onde o desembargador aceitava o laudo de verificação de cessação de periculosidade e a possibilidade de sair

do IPF, mas o apenado-paciente ainda possuía estava dentro do tempo mínimo proposto e/ou o perito médico forense sugeriria a saída do IPF mas com acompanhamento ambulatorial judicial por um período – para avaliar como o apenado-paciente se vincularia a um regime de tratamento aberto.

Uma consideração que também foi discutida em alguns acórdãos foi sobre o tempo máximo de aplicação de uma medida de segurança. Quando um apenado fosse declarado como inimputável ou semi-imputável, já foi visto que a culpabilidade seria trocada pela periculosidade (exceto nos semi-imputáveis, onde seria possível manter a culpabilidade, de acordo com a possibilidade de tratamento curativo do diagnóstico estabelecido e os prejuízos de o apenado permanecer em estabelecimento prisional, e apenas estabelecer redução do tempo de pena); isso exigiria o câmbio de uma pena por uma medida de segurança.

A reforma penal de 1984 estabeleceu um ponto importante no cumprimento das medidas de segurança ao mudar o tempo mínimo para o tratamento compulsório do apenado-paciente. Antes da reforma, o apenado-paciente poderia ficar até seis anos (72 meses) em regime de manicômio judiciário se a pena do tipo criminal não fosse inferior a doze anos de reclusão. Após a reforma, o tempo mínimo limite passou para três anos (36 meses), conforme os critérios usados para se estabelecer a dosimetria e não importar se seriam cumpridos em instituições psiquiátricas intramuros (como hospitais psiquiátricos ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais) ou extramuros (quaisquer tipos de estruturas ambulatoriais).

Sem embargo, uma medida de segurança também um tempo máximo dentro da dosimetria, não somente um tempo mínimo. O tempo máximo dentro dos acórdãos, no entender dos desembargadores, geralmente foi escolhido como o tempo máximo da pena caso não se aplicasse uma medida de segurança. Mesmo a considerar o pináculo dos tempos mínimos em 72 meses e as prorrogações de tratamento conforme resultado do exame de cessação de periculosidade, a Tabela 7 mostrou que houve relatos de tempos de 2 semi-imputáveis e 3 inimputáveis que tiveram tempo de tratamento acima dos 72 meses.

Encontraram-se tempos entre 80 a 226 meses em acórdãos, o que claramente não foram tempos mínimos de tratamentos e sim determinação judicial do

tempo máximo para encerramento da medida de segurança. Inclusive, há que considerar nesses dados o que Prado & Schindler (2017) apontaram sobre situações de abandono de paciente-apenados em medidas de segurança e que explicam longas permanências de pacientes-apenados, principalmente nos hospitais-presídios e contra o que a Lei Paulo Delgado defende, como:

- 1) O atraso na realização de exames de cessação de periculosidade no tempo adequado for falta de pessoal;
- 2) A manutenção de forma indefinida do paciente-apenado em medida de segurança subsequente a uma não cessação de periculosidade, contra a noção legal de não existir penalidade vitalícia no Brasil e a caracterizar uma institucionalização manicomial;
- 3) A falta de protocolos para promover o retorno do paciente-apenado ao convívio social, o que também prolonga a permanência do ofensor em medida de segurança.

A reforma de 1984 extinguiu o duplo vínculo, sendo que este se baseava no fato que condições sociais circunstanciais (reincidência com dolo e/ou associação para o crime) tornavam os indivíduos perigosos e seriam tratadas através de ressocialização laboral. Segundo Maron e Almeida (2015), as instituições do sistema prisional como as colônias penais agrícolas e similares, oportunizavam ao apenado-paciente um ambiente de aprendizagem laboral como método terapêutico através da disciplina para uma ressocialização; após a reforma de 1984, essas unidades prisionais deixaram de ter caráter terapêutico e assumiram utilidade para cumprimento de penas no regime semiaberto para criminosos de menor potencial violento.

O que chamou atenção na pesquisa foi que vários apenados que passaram por instituições como as colônias penais agrícolas e similares possuíam patologias psiquiátricas e comportamentais identificáveis, sendo na maioria semi-imputáveis (25 acórdãos) e raramente inimputáveis (um acórdão). A ida de um portador de transtorno psíquico para uma instituição corretiva cuja base de tratamento seja a disciplina pelo trabalho se supõe que o tópico mais importante dentro do ato criminal eram mais as circunstâncias que permeavam o crime do que a preocupação com o fato de haver um método psiquiátrico curativo para o ofensor-paciente.



Com o sistema vicariante, surgiu outra forma de excluir um portador de transtorno psíquico de um tratamento médico compulsório por possuir patologias que não se beneficiavam de tratamento curativo segundo avaliação com perito médico forense, que foi a redução de pena a cumprir no sistema prisional; aqui se obteve 45 apenados-pacientes que sofreram redução na dosimetria a partir de 1985, sendo 33 ofensores após a Lei Paulo Delgado.

Nas chamadas medidas não-curativas também existia o benefício da liberdade vigiada. Garcia (1945) descreveu a liberdade vigiada como uma medida de segurança a ser aplicada para o ofensor que foi liberado de um tratamento compulsório (geralmente como alta progressiva de manicômios judiciários ou das casas de custódia e tratamento psiquiátrico) ou que não existiria um tratamento específico a ser cumprido, mas o ofensor foi considerado perigoso segundo exame de avaliação psiquiátrica ou criminológico.

A liberdade vigiada não é um tratamento em si, mas exigiria que o criminoso cumprisse determinadas condições de livramento com verificações regulares, ou seja, equivaleria a uma liberdade condicional – com a diferença que a liberdade vigiada seria uma medida de segurança, enquanto a liberdade condicional seria uma progressão do regime prisional comum. Verificou-se que todas as liberdades vigiadas que foram sentenciadas por desembargadores neste trabalho ocorreram antes da reforma penal de 1984, ou seja, a revisão do Código Penal Brasileiro colocou que um apenado-paciente em medida de segurança sempre sofresse um tratamento em âmbito ou hospitalar ou ambulatorial com subsequente alta progressiva ao término do tratamento compulsório, com a possibilidade dos semi-imputáveis receberem redução de pena pelas condições previamente vistas.

Com isso, viu-se que – das 1011 medidas de segurança corrigidas em segunda instância e avaliadas neste trabalho – ocorreram várias condições de portadores de transtornos mentais e de condutopatias para regimes que não eram tratamentos compulsórios; contou-se os 26 cumpridores de tratamento disciplinar em colônia penal agrícola, os três conduzidos para os institutos penais para o trabalho, os 45 beneficiados com redução de pena, e os 10 amparados com a benesse da liberdade vigiada, num total de 84 apenados que não passaram por tratamento médico compulsório como sentença, o

que fez sobrar 927 criminosos-pacientes que sofreram alguma medida de segurança de cunho terapêutico. Paralelo a isso, um fato entre os 927 tratamentos compulsórios foi considerado muito curioso: a manutenção de tratamento psiquiátrico de um apenado-paciente inimputável dentro do sistema prisional comum e que foi ratificada em segunda instância antes da reforma penal de 1984.

Ou seja, manteve-se o tratamento compulsório de um transgressor dito legalmente como inimputável na ocorrência do delito, mas fora de um ambiente terapêutico, pois o magistrado não considerou ser primordial retirar tal indivíduo do sistema prisional comum e manteve esse criminoso-paciente em contato constante com criminosos comuns. Embora este trabalho foi pautado por sentenças jurisprudenciais de segunda instância, a experiência do autor deste trabalho como um profissional da saúde que realizou atendimentos médicos dentro de presídios incitou um questionamento muito óbvio, cuja resposta não foi verificada por esta tese: quantos pacientes cometeram crimes sob estado alterado da mente não cumpriram medida de segurança, ou – ao menos – quantos criminosos no sistema prisional comum pioraram das patologias mentais e/ou condutopatias que os acometiam não foram conduzidos para locais mais adequados para receberem terapia médica?

Alguns autores, como Cordeiro e Morana (2013) e Branco (2016), discutem a questão e dão exemplos sobre o fato que muitos pacientes psiquiátricos possuíam estado alterado da mente no momento da execução de um determinado crime e estavam a cumprir pena em unidades prisionais comuns, mas sem especificar números; inclusive se levantou a questão de que tal fato poderia incorrer no crime de tortura, prevista na Lei Federal nº 9455/1997 e que tem pena de reclusão de dois a oito anos, principalmente pelo que descreveu o seguinte texto dessa lei, no artigo 1º, parágrafo II, § 1º:

“Na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal.”

O método de tratamento psiquiátrico mais utilizado pelos desembargadores na amostra verificada foi o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF), situado em Porto Alegre e o único hospital-presídio (que são os chamados manicômios judiciários ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico) existente no Estado do

Rio Grande do Sul, conforme relata Gauer, Osório, Neto, Teixeira, Caum, Souza, Valle e Cristófoli (2007).

O IPF foi o destino de tratamento de 646 apenados-pacientes (quase 64% das medidas de seguranças avaliadas neste trabalho) entre 1964 e 2018 e após revisão da medida de segurança em segunda instância. A escolha do ponto de corte epidemiológico não alterou o fato que houve um incremento de ocupação antes e depois de cada corte; 433 ocupantes (ou 67,03% dos enviados para o IPF) foram enviados a partir de 1985 (se for usado a reforma penal de 1984 como ponto de corte) e 320 ocupantes (ou 49,54% dos enviados para o IPF) foram enviados a partir de 2002 (se for usada a Lei Paulo Delgado de 2001 como ponto de corte).

A considerar a porcentagem de indicação do IPF como local de tratamento compulsório de pacientes-apeados, evocou-se aqui o que foi ponderado por Santos *et al.* (2015) sobre que a questão norteadora dos magistrados (neste caso, as turmas de desembargadores ao longo dos anos) como algo mais conservador e que encontrou muito eco no texto dos acórdãos, onde a escolha de um local para tratamento não possuía o diagnóstico como único elemento definidor, mas também o risco social trazido pela periculosidade do ofensor e os agravantes criminais.

Vários acórdãos trouxeram, em seus textos, que a Lei Paulo Delgado considerava que a escolha de um local de tratamento deveria respeitar questões de direitos humanos e utilizar os meios menos invasivos possíveis conforme a gravidade da patologia mental ou do comportamento; também há a proposição onde Santos *et al.* (2015) colocaram que os manicômios judiciários deveriam ser incluídos dentro da proposta do modelo substitutivo – que começou a surgir através da luta dos trabalhadores de saúde mental a partir da década de 1980 e que culminou na criação da Lei Paulo Delgado – para a humanização dos cuidados. Mesmo assim, muitos desembargadores preferiram encaminhar os portadores de insanidades mentais para o IPF pelas considerações supracitadas.

Óbvio que se percebe que, após a reforma penal de 1984 e o surgimento da Lei Paulo Delgado, que começa a variar a escolha de locais para tratamento psiquiátrico, principalmente pela adoção intensa da modalidade ambulatorio – seja no próprio IPF ou em ambientes regionais – como forma de tratamento. Por exemplo, 202

dos 227 encaminhados para tratamento ambulatorial psiquiátrico (ou seja, quase 89% dos encaminhados para ambulatório) ocorreram após a aplicação da Lei Paulo Delgado, e apenas cinco casos (praticamente 2% dos casos) foram encaminhados para ambulatório antes da reforma penal de 1984 (que instituiu que um paciente em medida de segurança fosse mandado para ambiente hospitalar ou ambulatorial).

Além de tratamento psiquiátrico extra-hospitalar, outras estruturas também foram consideradas ambulatoriais e serviram como destino de pacientes para cumprimento de medida de segurança, todas após a publicação da Lei Paulo Delgado. Foram quatro medidas em ambulatórios psiquiátricos com grupos de ajuda mútua associados (por exemplo, Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos), uma medida em ambulatórios de tratamento para dependência química da Cruz Vermelha Internacional (que possui uma unidade em Porto Alegre), duas medidas ambulatoriais em unidades da APAE<sup>25</sup> (Associação de Pais e Amigos de Excepcionais) e 28 medidas a serem cumpridas em CAPS<sup>26</sup> (Centro de Atendimento Psicossocial) distribuídos pelo Estado do Rio Grande do Sul.

Com isso, contabilizou-se 237 indicações ambulatoriais das 661 medidas de segurança após a Lei Paulo Delgado (35,9% dos tratamentos), a juntar as 35 formas alternativas de ambulatório (5,3% dos casos) com os 202 tratamentos em consultórios psiquiátricos (30,6% dos casos) adotados após tal efeméride; com os 375 tratamentos sucedidos no IPF (56,7% dos casos) somados às terapêuticas ambulatoriais, atingiu-se o número de 612 (92,6% dos casos) medidas de segurança a partir de 2002. Esses dados são relevantes para justamente fazer uma comparação interessante; não houve formas

---

<sup>25</sup> A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), segundo consta no portal da instituição (<https://apae.com.br>), é uma entidade filantrópica surgida em 1954 no Rio de Janeiro (RJ) e cuja finalidade é promover atenção integral (atendimentos de saúde, uso de instrumentos pedagógicos e estimulação precoce) a portadores de deficiência intelectual e múltipla. Atualmente, a APAE possui unidades em um grande número de municípios brasileiros.

<sup>26</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram dentro da proposta brasileira de modelo substitutivo ao regime manicomial, no qual o paciente seria tratado o mais próximo possível da comunidade a qual pertence. Embora Moura (2011) colocasse que a primeira iniciativa foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira (conhecido carinhosamente como o CAPS da Rua Itapeva) e que surgiu em 1986 na cidade de São Paulo (SP), a mesma autora coloca que a criação formal da estrutura veio com a Portaria nº 224/1992 do Ministério da Saúde como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”. Existem quatro níveis de CAPS conforme densidade populacional, além de formatações para populações especiais (CAPSi e CAPSad, ou seja, CAPS infantil e CAPS álcool e drogas). Para se abrir um CAPS, uma cidade ou região deve ter, ao mínimo, 15 mil habitantes.

alternativas de cumprimento ambulatorial da sentença antes de 2002, com 25 medidas de segurança ambulatoriais (7,1% dos casos) e 271 intervenções no IPF (77,4% dos casos), num total de 296 (84,5% dos casos) medidas de segurança.

Embora IPF e ambulatórios somados tivessem uma presença maior após 2002 (92,6%) que antes desta data (84,5%), foi importante frisar que a escolha dos desembargadores logrou uma variabilidade maior (havia cinco formas diferentes de escolha ambulatorial a partir de 2002, contra apenas uma única maneira de consultório psiquiátrico antes de 2002), assim como a participação total em ambulatórios aumentou (7,1% dos casos antes contra 35,9% a partir de 2002) e diminuiu o índice de internações no IPF (77,4% dos casos antes contra 56,7% a partir de 2002).

Sobre a importância da toxicodependência, viu-se na seção de Resultados que praticamente  $\frac{1}{4}$  dos 1011 pacientes-apeados possuíam um ou mais diagnósticos envolvendo transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alguma substância psicotrópica. O dado bruto não foi superior, por exemplo, à quantidade de portadores de transtornos eminentemente psicóticos. Dada a importância já citada que os juristas brasileiros deram ao conceito da Justiça Terapêutica (ver seção 1.1.4), por que isso não se refletiu na ocorrência de encaminhamento de drogaditos para cumprir medidas de segurança? Embora a taxa de narcodependência seja considerável, não foi a maior ocorrência na amostra de avaliações feitas em segunda instância.

Isso adveio de alguns fatos a serem considerados. O estado de embriaguez pelo consumo de álcool ou outras drogas não é sempre sinônimo de perda total ou parcial de imputabilidade; conforme lembrou Malavazi (2018), o consumo de entorpecentes poderia imputar em dolo eventual (o agente saberia dos riscos de cometer um resultado por estar embriagado, mas não se abstém do consumo de um entorpecente e assume o risco da produção delituosa) ou culpa consciente (o agente teria a noção que poderia executar um resultado danoso, mas não se abstém do consumo de um entorpecente por sinceramente acreditar que poderia evitá-lo).

As situações supracitadas não constituem periculosidade, mas sim confirmam os elementos básicos da culpabilidade, que são a imputabilidade (pois a

embriaguez foi voluntária ou culposa<sup>27</sup>), consciência de ilicitude e exigibilidade de conduta diversa; por isso, não geram medida de segurança e fazem com que vários alcoolistas e usuários de narcóticos sejam recolhidos ao sistema prisional convencional após serem julgados por cometimento de crimes.

Juntou-se a isso a constatação feita por Chalub & Telles (2006) que a chance da realização de atos violentos e criminosos após o consumo de álcool e drogas aumentava, haja vista a alta taxa da presença de entorpecentes durante a vida de periciandos forenses e presos (60,1% no IPF), na gênese de homicídios, na violência doméstica e na violência no trânsito; para complementar, divulgou-se no Jornal O Sul (2018) que especialistas em políticas antidrogas apontaram uma taxa entre 80% a 95% dos crimes violentos cometidos no Brasil a ter uma relação com o tráfico de drogas, ou seja, não só o consumo, mas a venda ilegal de substâncias psicoativas também é um fator gerador de uma multiplicidade de gêneros criminais.

Por fim, quanto às tipologias criminais mais cometidas pelo pacientes-apenados, conforme os dados demonstrados na seção de Resultados e quando se comparam os dois maiores grupos de diagnósticos (psicóticos e drogaditos) com os grupos criminais mais comuns (crimes contra a vida, contra o patrimônio, contra a liberdade sexual e tráfico de entorpecentes), percebeu-se que os psicóticos estavam mais envolvidos nos delitos que envolviam violências contra o indivíduo (273 *versus* 80 crimes contra a vida e 77 *versus* 45 crimes contra a liberdade sexual) e os drogaditos praticaram mais ofensas contra a propriedade (66 *versus* 22 crimes contra o patrimônio e 45 *versus* 5 crimes de tráfico de entorpecentes).

## 2.6 CONCLUSÃO

A recapitular o que se avaliou na Pesquisa Empírica, levantou-se uma amostra relativa aos acórdãos elaborados por desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul para manter ou reformar decisões sobre medidas de segurança tomadas por juízes de primeira instância; conforme os questionamentos que

---

<sup>27</sup> O próprio Malavazi (2018) assinalou que a lei definiu a embriaguez voluntária como aquela em que o agente tem a intenção de se embriagar com uma determinado entorpecente, e a culposa como aquela em que não há uma intenção própria de se embriagar, mas a intoxicação aguda ocorre por excesso imprudente do consumo alcoólico ou narcótico. Os quadros patológicos do consumo etílico (que são extensíveis às outras drogas por analogia) são a embriaguez delirante, a paranoia alcoólica e a ferocitas ebriosa (agressividade desmedida pós intoxicação).

guiaram a elaboração deste trabalho, conseguiu se concluir o que vem a seguir nesta seção – a responder cada um dos objetivos específicos deste trabalho, a levar-se em conta os pontos de partida da pesquisa.

É mister reconhecer, conforme descrito no Enquadramento Teórico, que o conceito brasileiro de Justiça Terapêutica não contempla toda a abrangência teórica que essa disciplina possui no exterior – a considerar o conceito surgido nos Estados Unidos e que foram adotados pelos países onde tal modelo teórico jurisprudencial foi adotado, como o caso dos países ibéricos –, já que a noção brasileira de Justiça Terapêutica é mais restrita ao contexto do alcoolismo e da toxicodependência. Em decisões de segunda instância, essa importância se revelou parcialmente comprovada, pois se obteve que em torno de  $\frac{1}{4}$  dos pacientes-apanados receberam a aplicação de medida de segurança confirmada ou reformada em segunda instância e que eram acometidos pelo alcoolismo ou a toxicodependência; ou seja, os dependentes químicos não foram o tipo de pacientes-apanados mais prevalentes em casos graves de acometimentos psiquiátricos que demandaram por medidas de segurança.

Mas, se o conceito mais universal de Justiça Terapêutica for utilizado para essa pesquisa, a considerar o entendimento de que a medida de segurança é um dispositivo legal que não constitui uma penalidade, mas uma forma de promover assistência de forma compulsória a um portador de patologia psiquiátrica que cometeu uma ilicitude, isso atenderia aos requisitos do uso terapêutico da aplicação da lei para tentar diminuir a reincidência e ajudar o paciente a controlar os aspectos patológicos que o fizeram cometer um delito; com isso, a medida de segurança caracterizar-se-ia como uma aplicação de Justiça Terapêutica conforme a definição utilizada em diversos sistemas jurídicos e em congressos internacionais.

Quanto às tipologias criminais, percebeu-se que os crimes mais cometidos foram os crimes contra a vida (homicídio, infanticídio, lesão corporal e aborto, com 444 ocorrências), crimes contra o patrimônio (furto, roubo incluindo latrocínio, receptação dolosa, apropriação indébita e dano, com 404 ocorrências) e crimes contra as liberdades sexuais (estupro, atentado violento ao pudor, pedofilia e outras violações aos costumes, com 333 ocorrências).

Se comparado aos dados mais atuais publicados pelo Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública (SINESP), coletados entre janeiro de 2015 e agosto de 2020, são coerentes com a conjuntura de eventos criminais em geral (a contemplar as tipologias criminais mais comuns no Brasil no período supracitado, onde ocorreram 2.753.984 crimes contra o patrimônio, 468.906 crimes contra a vida, e 245.329 crimes contra as liberdades sexuais). Ou seja, o fato de o ofensor possuir uma patologia psiquiátrica não provocou uma distorção no índice de tipologias criminais quando comparado à tendência em geral, independente do fato que a amostra selecionada possui uma faixa histórica maior (1964-2019) que os dados do SINESP.

O modelo jurisprudencial brasileiro é baseado em todos os precedentes<sup>28</sup> publicados sobre um determinado assunto – geralmente contidos em súmulas<sup>29</sup> – por todo o território nacional, o qual é composto pela União (representação jurídica de direito público internacional sediada em Brasília-DF e que representa o Governo Federal que fora formado pelo pacto constitucional das unidades federativas e dos municípios), pelas unidades federativas (constituídos pelos Estados) e pelos municípios.

Com isso, uma decisão sumulada no Rio Grande do Sul pode servir como base para futuras decisões em outras entidades federativas brasileiras, e isso garante que decisões que envolvem a aplicação da Justiça Terapêutica tomadas pelo Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul sejam utilizadas em todo o Brasil – principalmente as decisões de segunda instância, pois os acórdãos sempre são publicados na íntegra e diretamente no portal de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do RS. Além disso, descreveu-se na Pesquisa Empírica vários trechos de teorias jurídicas comumente citadas em decisões tomadas por desembargadores gaúchos sobre questões de medidas de segurança, o que demonstrou que um modelo jurídico

---

<sup>28</sup> Segundo Cunha (2019), precedente “é qualquer julgamento que venha a ser utilizado como fundamento de um outro julgamento que venha a ser posteriormente proferido”, ou seja, a jurisprudência seria o conjunto de precedentes sobre uma mesma matéria com decisões proferidas por um ou mais tribunais.

<sup>29</sup> Cunha (2019) explicou que súmulas são as consolidações objetivas da jurisprudência, onde o entendimento formado por um determinado tribunal e que se tornou majoritário por este deve ser transformado em um enunciado para que possa ser utilizado de forma adequada em decisões jurídicas *a posteriori*. Helton (2019) complementou que, quando ao menos oito ministros do STF uniformizam uma jurisprudência sobre uma matéria específica de âmbito constitucional para dirimir uma controvérsia atual entre decisões existentes no Brasil, aí a jurisprudência é incorporada em um instrumento de poder normativo de abrangência nacional denominado de súmula vinculante.

teórico também pode ajudar na criação de jurisprudências que servirão como base para futuras decisões que envolvem o uso de medidas de seguranças.

Conjuntamente ao uso de jurisprudências que remetem ao conceito de Justiça Terapêutica, há a consideração de que existem legislações específicas que orientam como proceder com o uso de tratamentos psiquiátricos e que foram devidamente citadas nos acórdãos. A principal é a Lei Paulo Delgado, promulgada em 2001 e que serviu como um norteador para a implementação dos desejos da Luta Antimanicomial, ou seja, promover o atendimento do portador de patologia psiquiátrica mais próximo da comunidade a qual o paciente pertencesse e evitar a internação de longa permanência.

Dessa forma, os desembargadores possuíam uma atuação mais tradicional e com uma vertente quase manicomial, já que o uso do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso ainda se constituiu como o método terapêutico mais adotado em segunda instância no Rio Grande do Sul, com 646 indicações ao total (64% das decisões). Mesmo com uma leve queda na escolha após a sanção da referida lei, o IPF ainda foi o local mais escolhido, com 375 indicações (57% das decisões após 2002). Locais alternativos (que não envolveram o uso de leitos psiquiátricos hospitalares ou ambulatoriais psiquiátricos) para a aplicação de tratamento de apenados-pacientes foram utilizados em apenas 11 decisões (apenas 1% do total dos acórdãos).

Os desembargadores optavam pelo IPF – mesmo com a citação da Lei Paulo Delgado no texto sobre a tendência do tratamento do paciente na comunidade deste conforme a luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira – porque ainda existiria a dificuldade de tratar indivíduos cuja patologia psiquiátrica induziria, secundariamente à falta de juízo crítico, a uma alta taxa de reincidência criminal; além disso, há também a possibilidade de um uso facilitado e por vezes extremado de violência por parte de um utente acometido por um transtorno mental e/ou do comportamento, e uma baixa disponibilidade de recursos terapêuticos que contivessem e tratassem esses pacientes- apenados nas regiões mais remotas do Rio Grande do Sul.

Um outro fator para a preponderância do uso do IPF em segunda instância foi a questão da analogia penal, onde um crime cuja penalidade exigiria o uso primário de reclusão deveria ter algo semelhante na aplicação da medida de segurança, ou seja, a

internação em unidade especializada em Psiquiatria Forense seria o análogo da reclusão penal.

Com a discrepância entre o que o Tribunal de Justiça gaúcho costuma decidir e os princípios terapêuticos que a Reforma Psiquiátrica Brasileira defende através da Lei Paulo Delgado, o que se pode inferir é que as medidas de segurança tem um impacto terapêutico menor quanto mais utilizarem os recursos manicomialis – pois o uso do IPF seria mais para defender a sociedade de um apenado-paciente do que para tratar a causa psiquiátrica que favorece o criminoso a cometer crimes e reincidir neles, ou seja, provoca o questionamento se toda medida de segurança consegue realmente ser uma aplicação real de Justiça Terapêutica. Inclusive, conseguiu-se inferir situações de abandono nas decisões de segunda instância, com apenados-pacientes a cumprir períodos muito extensos de tratamento compulsório no IPF em relação à dosimetria usual de tratamento.

Com isso, conclui-se que a aplicação de tratamento psiquiátrico no Rio Grande do Sul como uma apresentação de Justiça Terapêutica em nível de segunda instância ainda tem elementos para evoluir, a considerar que as decisões ainda apresentam uma tendência de manicomialização dos apenados-pacientes, com melhora na questão de evitar longos períodos de institucionalização no IPF e discreta diminuição do uso do IPF como um recurso terapêutico dentro da aplicação do tratamento que se enquadre dentro dos princípios da Justiça Terapêutica.

Sobre as sugestões e restrições ocorridas na elaboração deste trabalho, pode-se colocar as seguintes afirmações:

- 1) Pelo fato de o pesquisador deste trabalho ter que dividir a atenção entre a produção científica e as diversas atividades laborais que executava, ou seja, não ser um pesquisador em tempo integral, houve um atraso para fazer todas as fases do projeto;
- 2) No ano de 2020, ocorreu uma epidemia de proporções mundiais de uma doença infectocontagiosa chamada COVID-19, a qual restringiu a viagem entre países por um grande período, em conjunto com o fato que o pesquisador trabalhava



- como médico – o que demandou uma atenção maior a uma situação de crise médico sanitária e colaborou no atraso da elaboração da tese;
- 3) Muitos dos dados importantes para uma melhor elaboração das estatísticas não puderam ter uma avaliação mais apurada por não se conseguir ter um acesso adequado aos acórdãos de primeira instância, por questões de documentação incompleta ou decisão em segredo de justiça; as decisões de segunda instância transitadas em julgado vão para as súmulas de jurisprudência e não possuem segredo de justiça, mas podem incorrer em dados incompletos;
  - 4) Uma sugestão seria avaliar a jurisprudência de outras unidades federativas brasileiras para confirmar o fato que existe uma convergência de escolhas de tratamentos psiquiátricos em medidas de segurança pelo Brasil afora após avaliação de casos em segunda instância – já que um tribunal de um Estado pode usar a súmula publicada em outro para justificar uma decisão;
  - 5) Outro fator importante seria reforçar, conforme visto nesse trabalho, que a Justiça Terapêutica é um conceito muito mais abrangente que a problemática da dependência etílica e química, como os juristas determinaram no Brasil; em outras palavras, tentar aproximar o conceito brasileiro da definição utilizada, por exemplo, nos países ibéricos e no resto da América Latina (onde a essência da Justiça Terapêutica converge aos princípios ditados por David B. Wexler, o codificador desse princípio jurídico);
  - 6) Outro fator a ser considerado como um determinante para futuras pesquisas sobre a aplicação da Justiça Terapêutica seria determinar a ocorrência de reincidência criminal de paciente psiquiátricos dentro dos dados existentes no portal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Isso ajudaria a determinar a eficácia dos tratamentos psiquiátricos e das abordagens sociais para ajudar o portador de transtornos psiquiátricos a evitar cometimentos de novos crimes.



## BIBLIOGRAFIA

- Baia, L.S. (2018). *Semi-imputabilidade e medidas de segurança*. Canal Ciências Criminais. Consultado em 30 de maio de 2019 em <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/614629910/semi-imputabilidade-e-medidas-de-seguranca>
- Barrett, R.E. (1977). Restitution: A New Paradigm for Criminal Justice. *Ethics*, 87(4), 279-301. <https://doi.org/10.1086/292043>
- Bartels, L. (2009). Challenges in mainstreaming specialty courts. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 383(1), 1-6. <https://aic.gov.au/publications/tandi/tandi383>
- Bartels, L. & Richards, K. (2013). Talking the talk: therapeutic jurisprudence and oral competence. *Alternative Law Journal* 31, 38(1), 31-33. <https://doi.org/10.1177/1037969X1303800107>
- Biehl, J. & Petryna, A. (2016). Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(1), 173-192. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100011>
- Blagg, H. (2008, março). *Problem-Oriented Courts: A Research Paper prepared for the Law Reform Commission of Western Australia*. Government of Western Australia; Law Reform Commission of Western Australia. [https://www.lrc.justice.wa.gov.au/\\_files/p96-blaggrp.pdf](https://www.lrc.justice.wa.gov.au/_files/p96-blaggrp.pdf)
- Borges, N.G. & Prudente, N.M. (2012). A justiça restaurativa como forma alternativa de composição de conflitos de ordem criminal. *Paradigma*, XVII(21), 175-190. <http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/paradigma/article/download/204/201>
- Branco, T.C. (2016, 5 de outubro). *O que você não sabe sobre os manicômios judiciais brasileiros*. Portal Justificando. Consultado em 10 de abril de 2020 em <http://www.justificando.com/2016/10/05/o-que-voce-nao-sabe-sobre-os-manicomios-judiciarios-brasileiros/>
- Cabral, A.S., Macedo, A. & Vieira, D.N. (2009). Da psiquiatria ao direito. *Revista Julgar*, 7, 185-196. <http://julgar.pt/da-psiquiatria-ao-direito>



Camacho, S. (2008). *Processo e procedimento*. Portal Jurídico Investidura. Consultado em 9 de janeiro de 2019 em <http://investidura.com.br/biblioteca-juridica/doutrina/processo-civil/357-processoeproc>

Campbell, A.T. (2012). Using therapeutic jurisprudence to frame the role of emotion in health policymaking. *Phoenix Law Review*, 5(4), 675-704. <https://ssrn.com/abstract=2101744>

Chalub, M. & Telles, L.N.B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), S69-S73. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000600004>

Clinard, M.R., Quinney, R. & Wildeman, J. (1994). *Criminal behavior systems: a typology (3ª ed.)*. Taylor & Francis Group, New York, EUA.

Código Criminal do Império do Brazil, Lei nº 16/1830 da Secretaria de Estado dos Negocios da Justiça do Imperio do Brasil (1830). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm)

Código Penal de 1940, Decreto-Lei nº 2848/1940 da Casa Civil da Presidência da República dos Estados Unidos do Brasil e com alterações em legislações subsequentes (1940). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compila.do.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compila.do.htm)

Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, Decreto nº 847 da Sala das sessões do Governo Provisorio da República dos Estados Unidos do Brasil e com alterações em legislações subsequentes (1890). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/d847.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm)

Connelly, A. (2016). Therapeutic jurisprudence: a novel approach. Em Sobrino, C.E. (Edª.-Chefe), *International Journal of Therapeutic Jurisprudence* (vol. 1, pp 261-290). Arizona Summit Law School, Phoenix, EUA.

Conselho Econômico e Social das Nações Unidas. (2012). *ECOSOC resolution 2002/12: Basic principles on the use of restorative justice programmes in criminal matters*. Consultado em 1º de dezembro de 2018 em <http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2002/resolution%202002-12.pdf>



Cordeiro, Q. & Morana, H.C.P, (2013, março). Pacientes psiquiátricos em unidades prisionais comuns. *Psychiatry on line Brasil*, 18(3). Consultado em 10 de abril de 2020 em <https://www.polbr.med.br/ano13/for0313.php>

Cunha, V. (2019, 9 de janeiro). *O que é jurisprudência, seus principais aspectos e efeitos no direito*. Portal Aurum. Consultado em 12 de setembro de 2020 em <https://www.aurum.com.br/blog/o-que-e-jurisprudencia>

Daly, K. (2013). The Punishment Debate in Restorative Justice. Em Simon, J. & Sparks, R. (Ed.), *The Sage Handbook of Punishment and Society* (pp. 356-374). Sage Publications. <http://dx.doi.org/10.4135/9781446247624.n18>

Didier Júnior, F. (2015). *Curso de direito processual civil* (17ª ed., Vol. 1: introdução ao direito processual civil, parte geral e processo de conhecimento, pp. 282-283). JusPODIVM, Salvador, Brasil.

Dolin, G. (2003). A healer or an executioner? The proper role of a psychiatrist in a criminal justice system. *Cleveland-Marshall College of Law Journal of Law and Health*, 17(2), 169-216. <https://engagedscholarship.csuohio.edu/jlh/vol17/iss2/3/>

Duarte, M.F. (1999). *Evolução histórica do direito penal*. Revista Jus Navigandi, 4(34). Acedido em 19 de maio de 2019 do local: <http://jus.com.br/artigos/932>

Eglash, A. (1958). Creative restitution – a broader meaning for an old term. *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, 48(6), 619-622. <https://doi.org/10.2307/1140258>

Eglash, A. (1977). Beyond restitution: creative restitution. Em Hudson, J. & Galaway, B. (Ed.), *Restitution in criminal justice: a critical assessment of sanctions* (pp. 91-100). Lexington Books, New York, EUA.

Evans, M.H. (2016). Release and supervision: relationships and support from classic and holistic attorneys. Em Sobrino, C.E. (Edª.-Chefe), *International Journal of Therapeutic Jurisprudence* (vol. 1, pp 23-58). Arizona Summit Law School, Phoenix, EUA.

Fariña, F., López, J. & Gutiérrez, L.R. (2016, 20 e 21 de junho). *Conclusiones del III congreso iberoamericano de justicia terapéutica* [sessão de conferência]. III Congreso Iberoamericano de Justicia Terapéutica, Santiago de Compostela, Galícia, Espanha. <http://justiciaterapeutica.webs.uvigo.es/images/Pdfs/3CongresoTJ/ConclusionesIIIAITJ.pdf>

Fernández, F.I. (2014). El sentido ético-terapéutico de la justicia terapéutica. Em Wexler, D.B., Rivera, F.F., Quintero, L.A.M. e Soto, S.P.C. *Justicia terapéutica: experiencias y aplicaciones – II congreso iberoamericano de justicia terapéutica* (pp. 183-196). Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE). [https://www.researchgate.net/profile/Francisco\\_Iracheta/publication/292982519\\_Dr\\_Francisco\\_Iracheta\\_Fernandez\\_El\\_sentido\\_etico-terapeutico\\_de\\_la\\_justicia\\_terapeutica\\_El\\_sentido\\_etico-terapeutico\\_de\\_la\\_justicia\\_terapeutica/links/56b38fcf08ae1f8aa4534f09.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Iracheta/publication/292982519_Dr_Francisco_Iracheta_Fernandez_El_sentido_etico-terapeutico_de_la_justicia_terapeutica_El_sentido_etico-terapeutico_de_la_justicia_terapeutica/links/56b38fcf08ae1f8aa4534f09.pdf)

Ferrajoli, L. (1995). *Derecho y razón: Teoría del garantismo penal* (P.A. Ibáñez, trad. para o espanhol). Editorial Trotta, Madrid, Espanha.

Finkelman, D. & Grisso, T. (1994). Therapeutic jurisprudence: from idea to application. *New England Journal on Criminal and Civil Confinement*, 20(1), 243-257. <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/nejccc20&div=16&id=&page=>

Folino, J.O. (2008). Perspectiva psiquiátrico-forense sobre a violência. *Revista de Psiquiatria do RS*, 30(1), 9-10. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000100004>

Fortes, H.M. (2010). Tratamento compulsório e internações compulsórias. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(2), 321-330. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>

Fragoso, H.C. (2003). *Lições de direito penal: parte geral* (16ª ed., atualizado por Fernando Fragoso). Editora Forense, Rio de Janeiro, Brasil.

Froestad, J. & Shearing, C. (2005). Prática da justiça – O modelo Zwelethemba de resolução de conflitos. Em Slakmon, C., De Vitto, R. & Pinto, R.G. (org.). *Justiça Restaurativa* (pp 79-124). Ministério da Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. <https://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publicati>

ons/democratic-governance/dg-publications-for-website/justica-restaurativa-restorative-justice-/Justice\_Pub\_Restorative%20Justice.pdf

Funk, M., Drew, N. & Saraceno, B. (Ed.). (2005). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation* (W. Valentini, trad.). Organização Mundial da Saúde. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/who\\_resource\\_book\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf)

Gade, C.B.N. (2018). “Restorative justice”: history of term’s international and danish use. Em Nylund, A., Ervasti, K. & Adrian, L. (Ed.), *Nordic Mediation Research* (pp. 27-40). Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73019-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73019-6_3)

Gal, T. & SHIDLO-HEZRONI, V. (2011). Restorative justice as therapeutic jurisprudence: The case of child victims. Em Erez, E., Kilchling, M. & Wemmers, J.A.M. (Ed.). *Therapeutic jurisprudence and victim participation in justice: International perspectives* (pp. 139-167). Durham: Carolina Academic Press. <https://ssrn.com/abstract=2641483>

Galio, M.H. (2014, 5 a 8 de novembro). *História e formação dos sistemas civil law e common law: A influência do direito romano e a aproximação dos sistemas*. Em Almeida, E.S., Magalhães, J.N. & Wolkmer, A.C. (coord.), *História do direito II* [simpósio]. XXIII Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito (Conpedi), João Pessoa, PB, Brasil. Consultado em 10 de agosto de 2018 em <http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=c79d3508e2dc8fe8>

Garcia, B. (1945). Medidas de segurança. *Revista Da Faculdade De Direito, Universidade De São Paulo*, 40(1), 77-112. [https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/download/66041/68651/66041-Texto do artigo-87415-1-10-20131125.pdf](https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/download/66041/68651/66041-Texto%20do%20artigo-87415-1-10-20131125.pdf)

Gauer, G.J.C., Osório, F.C., Neto, A.C., Teixeira, L., Caum, M., Souza, T.A.C., Valle, V. & Cristófoli, V. (2007). Inimputabilidade: Estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 286-293. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300008>

Giacomini, E. (2009). *A justiça terapêutica como alternativa ao sistema penal brasileiro*. Revista Âmbito Jurídico. Consultado em 10 de agosto de 2018 em <http://>



[www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=5978](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5978)

Gianotto, A.O.; Manfroi, J. & Marques, H.R. (2017). Os surdos como réus ou vítimas nos tribunais de justiça: direitos e desafios legais. *Educação e Fronteiras On-Line*, 2(19), 81-93. <https://doi.org/10.30612/eduf.v7i19.7350>

Gibbons, D.C. (2002). Typologies of criminal behavior. Em Dressler, J. (Ed.-Chefe). *Encyclopedia of crime and justice* (2ª ed., Vol. 4: Schools & Crime – Wiretapping & Eavesdropping, pp. 1585-1591). MacMillian Reference USA; Gale Group; Thomson Learning. New York, EUA.

Goldberg, S. (2005). *Judging for the 21st century: a problem-solving approach*. National Judicial Institute Therapeutic Jurisprudence Planning Committee; Government of Canada's National Crime Prevention Strategy; Public Safety and Emergency Preparedness Canada. <http://www.joasa.org.za/aricles/Judgingfor21scenturyDe.pdf>

Gordon, S. (2017). The use and abuse of mutual support programs in drug courts. *University of Illinois Law Review*, 2017(4), 1503-1544. <https://scholars.law.unlv.edu/facpub/1030>

Hafemeister, T.L., Garner, S.G. & Bath, V.E. (2012). Forging links and renewing ties: applying the principles of restorative and procedural justice to better respond to criminal offenders with a mental disorder. *Buffalo Law Review*, 60(1), 147-223. <https://ssrn.com/abstract=1937261>

Han, B.C (2015). *Psicopolítica* (M.S. Pereira, trad.). Relógio d'Água, Lisboa, Portugal (Trabalho original publicado em 2014).

Helfgott, J.B. (2008). Typologies of crime and mental disorders. Em Helfgott, J.B. *Criminal behavior: Theories, typologies and criminal justice* (pp. 91-118). Sage Publications, New York, EUA.

Helfgott, J.B. (2013). Criminal typologies. Em Helfgott, J.B. (Ed.), *Criminal psychology* (Vol. 2, pp. 3-42). ABC-CLIO, Santa Bárbara, EUA.



Helton, T. (2019, 7 de junho). *Tire todas as dúvidas sobre a súmula vinculante*. Portal Aurum. Consultado em 12 de setembro de 2020 em <https://www.aurum.com.br/blog/sumula-vinculante/>

Internet Archive. (n.d.). *Tarasoff v. The Regents of the University of California, Supreme Court of California, 1976*. Consultado em 4 de abril de 2019 em <https://web.archive.org/web/20141220125650/http://www.doctorm.com/docs/tarasoff.htm>

Jornal O Sul (2018, 24 de dezembro). *Pelo menos 80% dos crimes violentos cometidos no Brasil têm ligação com o tráfico de drogas*. Consultado em 24 de maio de 2020 em <https://www.osul.com.br/pelo-menos-80-dos-crimes-violentos-cometidos-no-brasil-tem-ligacao-com-o-trafico-de-drogas/>

King, M.S. (2009). *Solution-Focused Judging Bench Book*. Australasian Institute of Judicial Administration; Legal Services Board of Victoria. <https://aija.org.au/wp-content/uploads/2017/07/Solution-Focused-Judging-Bench-Book.pdf>

Kummer, L.O. (2010). *A psiquiatria forense e o manicômio judiciário do Rio Grande do Sul* [Tese de doutorado em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS]. LUME – Repositório Digital da UFRGS. <http://hdl.handle.net/10183/26911>

Lehman, J. & Phelps, S. (2005). *West's encyclopedia of american law* (2ª ed., Vol. 2). Thomson Gale, Detroit, EUA.

Lei da Tortura, Lei nº 9455/1997 da Casa Civil da Presidência da República Federativa do Brasil e com alterações em legislações subsequentes (1997). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9455.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm)

Lei das Contravenções Penais, Decreto-Lei nº 3688/1941 da Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil da Presidência da República dos Estados Unidos do Brasil (1941). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3688.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm)

Lei dos Crimes Hediondos, Lei nº 8072/1990 da Casa Civil da Presidência da República Federativa do Brasil e com alterações em legislações subsequentes (1990). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm)



Lei Paulo Delgado, Lei nº 10216/2001 da Casa Civil da Presidência da República Federativa do Brasil (2001). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

Lúcio, A.L. (1986). Psiquiatria forense e novo código penal. *Análise Psicológica*, 3/4(IV), 489-494. [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2141/1/1986\\_34\\_489.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2141/1/1986_34_489.pdf)

Machado, L.M. (2007). A disciplina penal dos silvícolas. *Revista Jus Navigandi*. Consultado em 14 de fevereiro de 2020 em <https://jus.com.br/artigos/9728/a-disciplina-penal-dos-silvicolas>

Magner, E.S. (1997). Revisão do livro *Law in a therapeutic key: developments in therapeutic jurisprudence*, por D.B. Wexler & B.J. Winick (Ed.). *Current Issues In Criminal Justice*, 8(3), 337-340.

Malavazi, D. (2018, 19 de abril). Alcoolismo, embriaguez e a legislação penal. *Portal Jusbrasil*. Consultado em 24 de maio de 2020 em <https://demetriusmalavazi.jusbrasil.com.br/artigos/533225064/alcoolismo-embriaguez-e-a-legislacao-penal>

Maron, A.C. & Almeida, B. R. (2015, 21 a 26 de setembro). *Colônias agrícolas: As mazelas do regime semiaberto de execução de pena no Brasil* [Apresentação de paper]. XXIV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Pelotas, RS, Brasil. [https://wp.ufpel.edu.br/libertas/files/2014/09/SA\\_03083.pdf](https://wp.ufpel.edu.br/libertas/files/2014/09/SA_03083.pdf)

Martins, L.A. & Rigoni, K.P.M. (2015). Tutela antecipada: natureza e requisitos para sua concessão. *Portal Jus.com.br*. Consultado em 8 de fevereiro de 2020 em <https://jus.com.br/artigos/36095/tutela-antecipada-natureza-e-requisitos-para-sua-concessao>

Maruna, S. (2014). The role of wounded healing in restorative justice: an appreciation of Albert Eglash. *Restorative Justice*, 2, 9-23. <https://doi.org/10.5235/20504721.2.1.9>

McCold, P. & Watchel, T. (2003, 10 a 15 de agosto). *In pursuit of paradigm: a theory of restorative justice* [Apresentação de paper]. XIII World Congress of Criminology, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <http://www.iirp.edu/pdf/paradigm.pdf>



Mecler, K. (2010). Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(1), 70-82. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100010&lng=pt&nrm=iso)

Morse, S.J. (2011). Mental disorder and criminal law. *Journal of Criminal Law & Criminology*, 101(3), 885-968. [https://scholarship.law.upenn.edu/faculty\\_scholarship/364](https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_scholarship/364)

Moura, J.A. (2011, junho). História da assistência à saúde mental no Brasil: da reforma psiquiátrica à construção dos mecanismos de atenção psicossocial. *Portal Psicologado*. Consultado em 10 de abril de 2020 em <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psi-quiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>

Nagima, I.M.S. (2006). Da detração penal. *Revista DireitoNet*. Consultado em 8 de fevereiro de 2020 em <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2907/Da-detracao-penal>

Nascimento, E. A. do (2016). *Justiça restaurativa no ambiente escolar*. [Monografia em Especialização Digital, Universidade Federal do Paraná - UFPR]. Repositório Digital Institucional da UFPR. <https://hdl.handle.net/1884/54466>

Nucci, G.S. (2014). *Manual de direito penal* (10ª ed.). Editora Forense, Rio de Janeiro, Brasil.

Nunes, L.M. (2011). *Droga-crime: (Des)construções*. Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Oliveira, I.B.B.B. (2010). Dispositivos legais, normas, regras e princípios. *Portal Jus.com.br*. Consultado em 9 de janeiro de 2019 em <https://jus.com.br/artigos/14949/dispositivos-legais-normas-regras-e-principios>

Oliveira, W.V. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18(1), 141-154. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100009>



Oosterhuis, H. & Loughnan, A. (2014). Madness and crime: historical perspectives on forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.004>

Palomba, G.A. (2003). *Psiquiatria e justiça – tratado de psiquiatria forense: civil e penal*. Atheneu, São Paulo, Brasil.

Perlin, M.L. (2003). Therapeutic jurisprudence and outpatient commitment law: Kendra's law as case study. *Psychology, Public Policy and Law*, 9(1-2), 183-208. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.9.1-2.183>

Perlin, M.L. (2017). Have you seen dignity?: the story of the development of therapeutic jurisprudence. *New Zealand Universities Law Review*, 27(4B), 1135-1161. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2932149>

Prado, L.P. (2002). *Curso de direito penal brasileiro (3ª ed.)*. Editora Revista dos Tribunais, São Paulo, Brasil.

Prado, A.M. & Schindler, D. (2017). 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*, 13(2), 628-652. <https://doi.org/10.1590/2317-6172201725>

Robin, G. (1997). Evolution of the insanity defense: welcome to the twilight zone of mental illness, psychiatry and law. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(3), 224-235. <https://doi.org/10.1177/1043986297013003003>

Rodrigues, R.M.L. 2019. A insegurança jurídica da decisão de impronúncia no tribunal do júri. *Revista Âmbito Jurídico*. Consultado em 14 de fevereiro de 2020 em <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-processual-penal/a-inseguranca-juridica-da-decisao-de-impronuncia-no-tribunal-do-juri>

Sadock, B.J, Sadock, V.A. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria – ciência do comportamento e psiquiatria clínica (11ª ed.)* [Almeida, M.A., trad.]. Artmed, Porto Alegre, Brasil (publicação original em 2015).



Santos, A.L.G., Farias, F.R. & Pinto, D.S. (2015). Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22(4), 1215-1230. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400004>

Scherer, M.U. (2016). Healer, witness or double agent? Reexamining the ethics of forensic psychiatry. *Journal of Law and Health*, 29(8), 247-270. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2614668>

Secco, M. & Lima, E.P. (2018). Justiça restaurativa – problemas e perspectivas. *Direito e Práxis*, 9(1), 443-460. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/32715>

Silva, F.M.T. (2015). Alterações do código pela lei 13146/2015. Repercussões para o direito de família e confrontações com o novo CPC. Primeira parte. *Professor Flávio Tartuce – Direito Penal*. Consultado em 15 de março de 2020 em <http://professorflaviotartuce.blogspot.com/2015/07/alteracoes-do-codigo-civil-pela-lei.html>

Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública (n.d.). Incidência Criminal Brasil (2015-2020) – Ocorrências. Consultado em 27 de setembro de 2020 em <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDQyYWJmODctNDUwYy00MWQwLWFjOGQtZTZjYWRjYTRjZDhlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>

Slobogin, C. (1995). Therapeutic jurisprudence: five dilemmas to ponder. *Psychology, Public Policy and Law*, 1(1), 193-219. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1076-8971.1.1.193>

Sontag, R. (2014). Sobre loucos e crimes ou ‘moldes que não precisam ser quebrados’: interpretações do artigo 12 do código criminal brasileiro de 1830. Em Mezzaroba, O., Feitosa, R.J.R., Silveira, V.O. & Séllos-Knoerr, V.C. (org). *História do direito* (1ª ed., Vol. 29, pp. 53-70). Clássica, São Paulo, Brasil.

Stobbs, N. (2013). Mainstreaming therapeutic jurisprudence and the adversarial paradigm – incommensurability and the possibility of a shared disciplinary matrix. [Tese de Doutorado em Filosofia (PhD), Faculdade de Direito da Universidade Bond]. QUT ePrints. <https://eprints.qut.edu.au/63846>



Taborda, J.G.V., Abdalla-Filho, E. & Chalub, M. (2012). *Psiquiatria forense* (2ª ed.). Artmed, Porto Alegre, Brasil.

Tyler, T.R. (2006). *Why people obey the law?*. Princeton University Press, Princeton, EUA.

University of Maryland: Francis King Carey School of Law. (n.d.). *Clinical Law Program*. Consultado em 5 de janeiro de 2019 em <https://www.law.umaryland.edu/Programs-and-Impact/Clinical-Law>

Van Marle, H.J.C. (2008). Facing the interface: forensic psychiatry and the law. *Erasmus Law Review*, 1(3), 23-40. <http://hdl.handle.net/1765/12515>

Ventura, M., Simas, L., Pepe, V.L.E. & Schramm, F.R. (2010). Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 77-100. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>

Vergara, A.J.S. (2011, 25 e 26 de novembro). *Justiça Terapêutica, Drogas e Controle Social* [Apresentação de *paper*]. IV Jornada de Pesquisa em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – Desafios Atuais na Prática da Psicologia, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada\\_psicologia/article/view/10194/21](https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10194/21)

Wexler, D.B. (1999a). Therapeutic jurisprudence and the culture of critique. *Journal of Contemporary Legal Issues*, 10(1), 263-277. <https://ssrn.com/abstract=198789>

Wexler, D.B. (1999b, 29 de outubro). *Therapeutic jurisprudence: an overview* [Leitura pública]. Disabilities Law Symposium, Western Michigan University Thomas M. Cooley Law School, Lansing, MI, Estados Unidos. [https://www.researchgate.net/publication/228244466\\_Therapeutic\\_Jurisprudence\\_An\\_Overview](https://www.researchgate.net/publication/228244466_Therapeutic_Jurisprudence_An_Overview)

Wexler, D.B. (2014). New wine in new bottles: the need to sketch a therapeutic jurisprudence ‘code’ of proposed criminal processes and practices. *Arizona Summit Law Review*, 7(1), 463-479. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2065454>



Wexler, D.B. (2016). Getting Started with the mainstreaming of therapeutic jurisprudence in criminal cases: tips on how and where to begin. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 14(1), 1-12. <https://ssrn.com/abstract=2747488>

Wexler, D.B. (2017, 8 de outubro). A pro forma expungement proceeding: a lost therapeutic opportunity? *Therapeutic Jurisprudence in the Mainstream BLOG*. Consultado em 8 de fevereiro de 2019 em <https://ssrn.com/abstract=3039054>

Wexler, D.B. & Calderón, J. (2004). El juez de vigilancia penitenciaria: um modelo para la creación de juzgados de reinserción en las jurisdicciones angloamericanas em aplicación de los principios del ‘derecho terapéutico’. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 2(1), 1-14. <https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/14>

Wexler, D.B. & Winick, B.J. (2009). Therapeutic jurisprudence. Em Ries, R.K., Fiellin, D.A., Miller, S.C. & Saitz, R. (Ed.). *Principles of Addiction Medicine* (4ª edição, p. 1519, barra lateral). Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, EUA.

Winick, B.J. & Wexler, D.B. (2006). The use of therapeutic jurisprudence in law school clinical education: transforming the criminal law clinic. *Clinical Law Review*, 13(1), 605-632. <https://ssrn.com/abstract=844386>

Winick, B.J. (1997). The jurisprudence of therapeutic jurisprudence. *Psychology, Public Policy and Law*, 3(1), 184-206. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1076-8971.3.1.184>

Winick, B.J. (2011). Therapeutic jurisprudence and victims of crime. Em Erez, E., Kilchling, M. e Wemmers, J.A.M. (Ed.). *Therapeutic jurisprudence and victim participation in justice: international perspectives* (pp. 3-14). Carolina Academic Press, Durham, EUA.

Winick, B.J. (2013). Problem solving courts: therapeutic jurisprudence in practice. Em Wiener, R.L. e Brank, E.M (Ed.). *Problem solving courts* (pp. 211-236). Springer, New York, EUA. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-7403-6-12>



Winkelmann, A.G. & Garcia, F.F.D. (2012). Justiça restaurativa: principais fundamentos e críticas. *Revista Jus Navigandi*, 17(3107). Acedido em 1º de dezembro de 2018, de <https://jus.com.br/artigos/20775>.

Zaffaroni, E.R. & Pierangeli, J.H. (2009). *Manual de direito penal brasileiro: parte geral* (8ª ed., revista e atualizada). Editora Revista dos Tribunais, São Paulo, Brasil.

Zanon, G.C. & Gonçalves, K.S. (2017, Março). Justiça restaurativa: Um novo método para o Direito Penal Brasileiro. *Revista Jus Navigandi*. Consultado em 10 de agosto de 2018 em <https://jus.com.br/artigos/56611/justica-restaurativa-um-novo-metodo-para-o-direito-penal-brasileiro>

Zehr, H. (1985). Retribution justice, restorative justice. *New Perspectives on Crime and Justice*, 4(1), 16pp.

Zehr, H. (2002). *The little book of restorative justice* (1ª ed.). Good Books, Intercourse, EUA.



2º Ciclo de Estudos em Criminologia – Tese de Mestrado: Estudo do uso de tratamento psiquiátrico como forma de Justiça Terapêutica em uma determinada unidade federativa do sul do Brasil

Mestrando: Daniel Luís Pires Martins

Orientador: Prof. José Manuel Soares Martins

---

## ANEXOS

## ANEXO 1: Lista dos códigos e leis criminais levantados nesta pesquisa e que foram usados na grelha montada

<b>Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei 2848 de 1940, reformado pela Lei 7209 de 1984)</b>		
<b>Artigo</b>	<b>Denominação</b>	<b>Descrição</b>
121	Homicídio	Matar alguém, que pode ser simples ou qualificado, além de feminicídio.
123	Infanticídio	Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após.
124	Aborto	Interrupção da gravidez por iniciativa da própria gestante.
129	Lesão corporal	Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.
132	Perigo para a vida ou a saúde de outrem	Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente.
133	Abandono de incapaz	Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono.
140	Injúria	Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro.
146	Constrangimento ilegal	Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda.
147	Ameaça	Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave.
148	Sequestro e cárcere privado	Privar alguém de sua liberdade, mediante seqüestro ou cárcere privado.
150	Violação de domicílio	Entrar ou permanecer, clandestina ou astuciosamente, ou contra a vontade expressa ou tácita de quem de direito, em casa alheia ou em suas dependências.
155	Furto	Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel.
157	Roubo	Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência. O parágrafo terceiro do artigo se refere ao latrocínio, que é o roubo seguido de morte.
158	Extorsão	Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, e com o intuito de obter para si ou para outrem indevida vantagem econômica, a fazer, tolerar que se faça ou deixar de fazer alguma coisa.
163	Dano	Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa alheia.
167	Ação penal	Nos casos do art. 163 (dano), do inciso IV do seu parágrafo (dano qualificado) e do art. 164 (introdução ou abandono de animais em propriedade alheia), somente se procede mediante queixa.
168	Apropriação indébita	Apropriar-se de coisa alheia móvel, de que tem a posse ou a detenção.

<b>Artigo</b>	<b>Denominação</b>	<b>Descrição</b>
---------------	--------------------	------------------

171	Estelionato	Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.
174	Induzimento à especulação	Abusar, em proveito próprio ou alheio, da inexperiência ou da simplicidade ou inferioridade mental de outrem, induzindo-o à prática de jogo ou aposta, ou à especulação com títulos ou mercadorias, sabendo ou devendo saber que a operação é ruínoza.
180	Receptação	Adquirir, receber, transportar, conduzir ou ocultar, em proveito próprio ou alheio, coisa que sabe ser produto de crime, ou influir para que terceiro, de boa-fé, a adquira, receba ou oculte.
211	Destruição, subtração ou ocultação de cadáver	Destruir, subtrair ou ocultar cadáver ou parte dele.
212	Vilipêndio à cadáver	Vilipendiar cadáver ou suas cinzas, ou seja, agir com desrespeito aos mortos de forma a humilhar ou ofender o cadáver, assim como a prática da necrofilia.
213	Estupro	Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.
214	Atentado violento ao pudor	Antes, o estupro se relacionava somente à conjunção carnal homem x mulher; a lei 12015/2009 revogou este artigo e a descrição do 214 passou para o 213.
215	Violação sexual mediante fraude	Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima.
217-A	Estupro de vulnerável	Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos; este artigo foi incluído pela lei 12015/2009. O artigo 217 original era o crime de sedução, que se referia ao ato de seduzir mulher virgem, menor de dezoito anos e maior de quatorze, e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança; foi revogado pela lei 11106/2005.
218	Corrupção de menores	Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem.
218-A	Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente	Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem; foi incluído pela lei 12015/2009.
223	Formas qualificadas	Revogado pela lei 12015/2009, o artigo descrevia a qualificação de um crime se da violência resultava lesão corporal de natureza grave ou morte.
224	Presunção de violência	Revogado pela lei 12015/2009, o artigo descrevia a presunção de violência se a vítima de um crime sexual não era maior que 14 anos; é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância; ou não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.

Artigo	Denominação	Descrição
225	Ação penal	O artigo original colocava que ação de crimes sexuais só ocorreria mediante queixa e que a representação

		pública era condicionada se a vítima ou seus pais não tinham condições financeiras para prover a ação, além da existência do abuso do pátrio poder. A lei 12015/2009 proveu que toda ação penal de crimes sexuais seria por representação pública, mas condicionada à queixa quando não se tratava de vulnerável. A redação atual foi dada pela lei 13718/2018, onde se refere ao fato de tornar pública incondicionada a ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável.
226	Aumento da pena	Redação atual dada pelas leis 11106/2005 e 13718/2018, onde se descreve condições que aumentam a pena de crimes sexuais, como estupro feito por figura de autoridade, estupro coletivo ou estupro corretivo.
233	Ato obsceno	Praticar ato obsceno em lugar público, ou aberto ou exposto ao público.
250	Incêndio	Causar incêndio, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem.
251	Explosão	Expor a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem, mediante explosão, arremesso ou simples colocação de engenho de dinamite ou de substância de efeitos análogos.
253	Fabrico, fornecimento, aquisição posse ou transporte de explosivos ou gás tóxico, ou asfixiante	Fabricar, fornecer, adquirir, possuir ou transportar, sem licença da autoridade, substância ou engenho explosivo, gás tóxico ou asfixiante, ou material destinado à sua fabricação.
281	Comércio clandestino ou facilitação do uso de entorpecentes	Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. Este artigo foi revogado pela lei 6368/1976, e esta lei foi revogada pela lei 11343/2006, ambas popularmente conhecidas como “Lei de Drogas”.
297	Falsificação de documento público	Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro.
299	Falsidade ideológica	Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.
307	Falsa identidade	Atribuir-se ou atribuir a terceiro falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem.
311	Adulteração de sinal identificador de veículo automotor	Adulterar ou remarcar número de chassi ou qualquer sinal identificador de veículo automotor, de seu componente ou equipamento.
329	Resistência	Opor-se à execução de ato legal, mediante violência ou ameaça a funcionário competente para executá-lo ou a quem lhe esteja prestando auxílio.
Artigo	Denominação	Descrição
330	Desobediência	Desobedecer a ordem legal de funcionário público.
331	Desacato	Desacatar funcionário público no exercício da função

		ou em razão dela.
339	Denúnciação caluniosa	Dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa, inquérito civil ou ação de improbidade administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente. A atual redação vem da lei 10028/2000.
340	Comunicação falsa de crime ou de contravenção	Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado.
344	Coação no curso do processo	Usar de violência ou grave ameaça, com o fim de favorecer interesse próprio ou alheio, contra autoridade, parte, ou qualquer outra pessoa que funciona ou é chamada a intervir em processo judicial, policial ou administrativo, ou em juízo arbitral.
359	Desobediência a decisão judicial sobre perda ou suspensão de direito	Exercer função, atividade, direito, autoridade ou múnus, de que foi suspenso ou privado por decisão judicial. Geralmente ocorre quando um servidor público solicita ou recebe dinheiro ou qualquer outra utilidade de uma pessoa que perdeu ou teve suspenso um direito, a pretexto de influir em juiz, jurado, órgão do Ministério Público, funcionário da justiça, perito, tradutor, intérprete ou testemunha.

**Lei das Contravenções Penais  
(Lei 3688 de 1941)**

<b>Artigo</b>	<b>Denominação</b>	<b>Descrição</b>
19	Porte de arma branca	Trazer consigo arma fora de casa ou de dependência desta, sem licença da autoridade. Vale apenas para armas brancas (facas, facões, canivetes, punhais e outras), pois o porte/posse ilegal de armas de fogo é regulado pela lei 10826/2003.
21	Vias de fato	Praticar vias de fato contra alguém. São os atos agressivos de provocação praticados contra alguém, mas que não deixam marcas ou sequelas no corpo da vítima, ou seja, não há lesões corporais.
28	Disparo de arma de fogo	Disparar arma de fogo em lugar habitado ou em suas adjacências, em via pública ou em direção a ela. Aqui, o disparo não ocorre para a prática de um outro crime. Embora o artigo não esteja revogado, esse ato é mais bem disciplinado pela lei 10826/2003.
42	Perturbação do sossego	Perturbar alguém, o trabalho ou o sossego alheio com: gritaria ou algazarra; exercendo profissão incômoda ou ruidosa, em desacordo com as prescrições legais; abusando de instrumentos sonoros ou sinais acústicos; provocando ou não procurando impedir barulho produzido por animal que tenha a guarda.
51	Exploração de jogo de azar	Promover ou fazer extrair loteria, sem autorização legal. O legislador entendeu que a prática de tais jogos, como o popular “jogo do bicho”, serve como fomentador de outras práticas criminais.

<b>Artigo</b>	<b>Denominação</b>	<b>Descrição</b>
61	Importunação ofensiva ao pudor	Importunar alguém, em lugar público ou acessível ao público, de modo ofensivo ao pudor. Foi revogada pela lei 13718/2018 e transformado no artigo 215-A do Código Penal.

65	Perturbação da tranquilidade	Molestar alguém ou perturbar-lhe a tranquilidade, por acinte ou por motivo reprovável. Deve ser uma conduta na qual alguém aborrece, atinge, afeta outra pessoa ou, de outro modo, abala ou desassossega alguém, de modo a retirar-lhe a serenidade; em outras palavras, um ato que ocorra de propósito, numa ação propositada de ofender, ou com qualquer outra motivação reprovável.
<b>Outras leis utilizadas na pesquisa</b>		
<b>Lei</b>	<b>Denominação</b>	<b>Descrição</b>
2252 de 1954	Lei da Corrupção de Menores	Lei que normatizava como crime corromper ou facilitar a corrupção de pessoa menor de 18 (dezoito) anos, com ela praticando, infração penal ou induzindo-a a praticá-la. Foi revogada pela lei 12015/2009.
7716 de 1989	Lei Caó	Chamada assim em homenagem ao autor, Carlos Alberto Oliveira dos Santos, essa lei define os crimes resultantes de preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional.
8069 de 1990	Estatuto da Criança e do Adolescente	Lei que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. O artigo 244-B foi incorporado em 2009 e codificou o antigo crime de corrupção de menores, da lei 2252/1954.
8072 de 1990	Lei dos Crimes Hediondos	Legislação que elenca quais crimes devem ser considerados hediondos perante a lei. Considera-se algo hediondo como repulsivo e que fere a dignidade humana e reprovação social. Os crimes hediondos não são passíveis de anistia ou outro tipo de graça (como indulto ou fiança).
9437 de 1997	Lei do Porte de Armas	Lei que institui o Sistema Nacional de Armas - SINARM, estabelece condições para o registro e para o porte de arma de fogo, define crimes e dá outras providências. Foi revogada pelo Estatuto do Desarmamento (lei 10826/2003).
9455 de 1997	Lei da Tortura	Estabelece o crime de tortura e as condições que são classificadas como tortura.
9503 de 1997	Código de Trânsito Brasileiro	Lei que regula o trânsito em todo o Território Nacional para quaisquer vias terrestres que estejam abertas à circulação de pessoas, animais e veículos. O artigo 303 se refere à prática de lesão corporal culposa na direção de veículo automotor.
10741 de 2003	Estatuto do Idoso	Lei destinada a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O artigo 99 fala sobre exposição do idoso a condições degradantes da saúde física ou mental. O artigo 102 fala sobre desvio de rendimentos do idoso. O artigo 106 fala sobre forçar idoso sem discernimento a outorgar procuração. Existem outros artigos que descrevem violações dos cuidados da população idosa e estabelece punições para tais ofensas.



2º Ciclo de Estudos em Criminologia – Tese de Mestrado: Estudo do uso de tratamento psiquiátrico como forma de Justiça Terapêutica em uma determinada unidade federativa do sul do Brasil

Mestrando: Daniel Luís Pires Martins

Orientador: Prof. José Manuel Soares Martins

---

<b>Lei</b>	<b>Denominação</b>	<b>Descrição</b>
10826 de 2003	Estatuto do Desarmamento	Lei que dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição.
11340 de 2006	Lei Maria da Penha	Dispõe sobre coibições a violência doméstica e familiar contra a mulher.

## ANEXO 2: Tela da pesquisa de jurisprudência no portal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (endereço: <https://www.tjrs.jus.br/site/busca-solr/index.html?aba=jurisprudencia>)



PODER JUDICIÁRIO  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Site | Diário da Justiça Eletrônico | Publicações Administrativas | Legislação | **Jurisprudência** | Consulta Processual

Palavra-chave  **BUSCAR** > Ajuda > Instruções importantes

Inteiro teor  Ementa

**Procurar resultados**

Com a expressão:  Com **qualquer uma** das palavras:  Sem as palavras:

**Filtrar resultados por:** [limpar filtros](#)

Tribunal:  Relator/Redator:

Órgão julgador:  Tipo de Processo:

Classe CNJ:  Assunto CNJ:

Referência Legislativa:  Jurisprudência:

Comarca de Origem:  Assunto:

Data de Julgamento:  até

Número do Processo:  Seção:  Cível  Crime

Data de Publicação:  até

Tipo de Decisão:  Acórdão  Monocrática  Admissibilidade

Dúvida de Competência

**BUSCAR** **LIMPAR**

### **ANEXO 3: Lista dos códigos usados da Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10), publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e com previsão de substituição pela CID-11 em 2022**

<b>Código CID-10</b>	<b>Nome do diagnóstico</b>
F01	Demência vascular
F02.3	Demência na doença de Parkinson
F02.8	Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte
F03	Demência Não Especificada
F06.2	Transtorno delirante orgânico [tipo esquizofrênico]
F06.3	Transtornos do humor [afetivos] orgânicos
F06.8	Outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física [inclui psicose epiléptica]
F06.9	Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física
F07.0	Transtorno orgânico da personalidade
F09	Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não Especificado
F10.0	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – intoxicação aguda
F10.1	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – uso nocivo para a saúde
F10.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência
F10.5	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – transtorno psicótico
F10.6	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome amnésica
F10.7	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
F11.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos – síndrome de dependência
F12.1	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides – uso nocivo para a saúde
F12.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides – síndrome de dependência
F12.5	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides – transtorno psicótico
F14.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – síndrome de dependência
F14.5	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – transtorno psicótico
F14.7	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
F15.1	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína – uso nocivo para a saúde
F15.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína – síndrome de dependência
F18.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis – síndrome de dependência
<b>Código CID-10</b>	<b>Nome do diagnóstico</b>



F18.5	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis – transtorno psicótico
F19.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência
F19.5	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – transtorno psicótico
F19.7	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
F20.0	Esquizofrenia paranóide
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica
F20.2	Esquizofrenia catatônica
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
F20.5	Esquizofrenia residual
F20.6	Esquizofrenia simples
F20.8	Outras esquizofrenias
F20.9	Esquizofrenia não especificada
F21	Transtorno Esquizotípico
F22	Transtornos Delirantes Persistentes
F23.0	Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos
F23.1	Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos
F23.2	Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico ( <i>schizophrenia-like</i> )
F23.3	Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes
F23.8	Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios
F23.9	Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado
F25	Transtornos Esquizoafetivos
F28	Outros Transtornos Psicóticos Não-orgânicos
F29	Psicose Não-orgânica Não Especificada
F30.2	Mania com sintomas psicóticos
F31.0	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão
F31.9	Transtorno afetivo bipolar não especificado
F32.1	Episódio depressivo moderado
F32.3	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
F32.9	Episódio depressivo não especificado
F33.3	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos
<b>Código CID-10</b>	<b>Nome do diagnóstico</b>
F34.1	Distímia



F43.1	Estado de <i>stress</i> pós-traumático
F43.2	Transtornos de adaptação
F44.9	Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado
F51.3	Sonambulismo
F53.1	Transtornos mentais e comportamentais graves associados ao puerpério não classificados em outra parte [psicose puerperal]
F60.0	Personalidade paranóica
F60.1	Personalidade esquizóide
F60.2	Personalidade dissocial [ou antissocial, incluso psicopatia]
F60.3	Transtorno de personalidade com instabilidade emocional
F60.31	Transtorno de personalidade com instabilidade emocional, tipo <i>borderline</i>
F60.4	Personalidade histriônica
F63.0	Jogo patológico
F65.2	Exibicionismo
F65.4	Pedofilia
F65.5	Sadomasoquismo
F65.8	Outros transtornos da preferência sexual
F65.9	Transtorno da preferência sexual, não especificado
F66.1	Orientação sexual egodistônica
F69	Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto, Não Especificado
F70	Retardo Mental Leve
F71	Retardo Mental Moderado
F72	Retardo Mental Grave
F73	Retardo Mental Profundo
F79	Retardo Mental Não Especificado