

**REINSERÇÃO SOCIAL DE CONDENADOS COM TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE ANTISSOCIAL: uma análise comparativa entre o modelo
brasileiro e norte-americano à luz do direito penal internacional.**

**SOCIAL REINTEGRATION OF CONVICTS WITH ANTISOCIAL PERSONALITY
DISORDER: a comparative analysis between the brazilian and north american models
in light of international criminal law.**

João Vitor Alves Honorato Coelho¹

RESUMO

Este trabalho teve como tema a reinserção social de condenados com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS), sendo seu objetivo comparar os modelos brasileiro e norte-americano à luz do Direito Penal Internacional. Para tanto, utilizou-se metodologia qualitativa, exploratória e comparativa, com método dedutivo, por meio de levantamento bibliográfico e análise documental de legislações nacionais, tratados internacionais e jurisprudência. Os resultados encontrados indicaram que o modelo brasileiro, centrado na medida de segurança e com carência de programas terapêuticos especializados, apresenta incompatibilidades com as normas internacionais de direitos humanos, como as Regras de Mandela. Em contrapartida, o modelo norte-americano, embora descentralizado, demonstra maior pragmatismo na gestão de riscos e na implementação de programas baseados em evidências, como o Modelo modelo RNR (Risco-Necessidade-Responsividade) e terapias especializadas, apesar dos desafios de reincidência e acesso. Concluiu-se pela necessidade de o sistema brasileiro aprimorar sua legislação e jurisprudência, investir em programas de tratamento baseados em evidências e fortalecer a rede de saúde mental, visando a uma reinserção social mais eficaz e humanizada, em conformidade com os padrões do Direito Penal Internacional.

Palavras-chave: transtorno de personalidade antissocial. reinserção social. direito penal internacional.

ABSTRACT

This work focused on the social reintegration of convicts with Antisocial Personality Disorder (ASPD), aiming to compare the Brazilian and North American models in light of International Criminal Law. For this purpose, a qualitative, exploratory, and comparative methodology was used, with a deductive approach, through bibliographic research and documentary analysis of national legislation, international treaties, and jurisprudence. The findings indicated that the Brazilian model, centered on security measures and lacking specialized therapeutic programs, shows incompatibilities with international human rights standards, such as the Mandela Rules. In contrast, the North American model, although decentralized, demonstrates greater pragmatism in risk management and the implementation of evidence-based programs, such as the RNR Model and specialized therapies, despite challenges in recidivism and access. It was

¹* Graduado em Direito. Pós-graduando em Direito Internacional pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: vitor.coelho@ufms.br.

concluded that the Brazilian system needs to improve its legislation and jurisprudence, invest in evidence-based treatment programs, and strengthen the mental health network, aiming for more effective and humanized social reintegration, in accordance with International Criminal Law standards.

Keywords: antisocial personality disorder. social reintegration. international criminal law.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) e a Reinserção Social

O Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS), frequentemente associado a comportamentos criminosos graves e persistentes, emerge como um dos mais intrincados desafios para os sistemas de justiça criminal e de saúde mental em escala global. Esta condição psiquiátrica, caracterizada por um padrão generalizado e duradouro de desrespeito e violação dos direitos alheios, manifesta-se clinicamente por meio de impulsividade acentuada, irresponsabilidade crônica, condutas enganosas e, invariavelmente, por um histórico de atividades criminosas, tudo isso acompanhado por uma notável ausência de remorso ou empatia (DSM-5-TR, 2022). A complexidade inerente ao Transtorno de Personalidade Antissocial não se restringe apenas às suas manifestações comportamentais disruptivas, mas estende-se à sua etiologia multifatorial, que abrange uma intrincada interação de fatores genéticos, predisposições neurobiológicas e influências psicossociais e ambientais adversas, como abuso ou negligência na infância (HARE, 2003). Essa interação complexa torna o diagnóstico e o manejo clínico particularmente árduos, exigindo uma abordagem que transcenda a simples categorização para compreender a trajetória de vida do indivíduo.

No âmbito do sistema penal, a presença do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) em indivíduos condenados suscita uma série de questões cruciais e dilemas éticos e práticos. Tais questões perpassam a própria finalidade da pena, a real capacidade de reabilitação desses indivíduos e a efetividade das políticas de reinserção social atualmente em vigor. Historicamente, a resposta institucional do sistema penal a esses indivíduos tem sido predominantemente pautada por uma lógica punitiva e segregadora, com uma notória carência de abordagens terapêuticas que demonstrem eficácia comprovada para essa população específica. Contudo, a evolução da compreensão científica sobre a saúde mental e a crescente valorização dos direitos humanos no contexto da execução penal têm impulsionado uma busca incessante por modelos inovadores. Tais modelos visam conciliar a imperativa proteção da sociedade com a garantia da dignidade humana e a exploração de possibilidades de ressocialização para esses indivíduos, por mais árdua e desafiadora que essa empreitada possa se apresentar, movendo o paradigma de uma justiça puramente retributiva para uma com aspirações restaurativas (BITENCOURT, 2021).

A magnitude do desafio é acentuada pela prevalência desproporcional do Transtorno de Personalidade Antissocial na população carcerária. Estudos internacionais indicam que, enquanto a prevalência na população geral é estimada entre 1% e 3%, nas populações prisionais essas taxas disparam, variando de 27% a mais de 60% em algumas amostras (FAZEL; DANNATT; GRANN, 2006). Essa sobrerrepresentação massiva não apenas evidencia a forte correlação entre o transtorno e o comportamento criminal, mas também sublinha a falha dos sistemas de justiça em identificar e intervir adequadamente. A prisão, nesse contexto, torna-se um repositório de indivíduos com complexas necessidades de saúde mental, para as quais o ambiente prisional tradicional, focado em punição e controle, é manifestamente inadequado e frequentemente contraproducente, exacerbando os traços do

transtorno em vez de mitigá-los.

O impacto do Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) transcende os muros das prisões, gerando custos sociais e econômicos substanciais. Estes custos não se limitam aos encargos diretos com o sistema de justiça criminal e encarceramento, mas englobam também os custos indiretos relacionados à perda de produtividade, desestruturação familiar, vitimização e a sobrecarga dos sistemas de saúde e assistência social. A alta taxa de reincidência associada ao transtorno alimenta um ciclo vicioso de criminalidade e encarceramento que onera perpetuamente a sociedade. Portanto, a busca por modelos de reinserção social eficazes não é apenas uma questão de direitos humanos ou de justiça social, mas também uma estratégia pragmática de segurança pública e de gestão de recursos públicos, visando quebrar esse ciclo e reduzir o impacto negativo do transtorno no tecido social.

1.2 A Relevância do Direito Penal Internacional na Análise da Reinserção Social

A análise e a discussão sobre a reinserção social de condenados diagnosticados com Transtorno de Personalidade Antissocial não podem, sob nenhuma circunstância, ser dissociadas do robusto arcabouço normativo do Direito Penal Internacional e dos Direitos Humanos. Instrumentos normativos e tratados internacionais estabelecem um conjunto de padrões mínimos e inegociáveis para o tratamento de todas as pessoas privadas de liberdade, com atenção especial àquelas que convivem com transtornos mentais. Esses documentos formam uma base principiológica e legal que serve como critério fundamental para avaliar a legitimidade e a humanidade das práticas adotadas pelos Estados nacionais, oferecendo um roteiro para a superação de modelos puramente punitivos e a construção de sistemas orientados para a reabilitação e o respeito à dignidade (PIOVESAN, 2023).

As Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, universalmente conhecidas como Regras de Mandela, são um pilar central nesse marco normativo. Elas preconizam, de forma inequívoca, que os reclusos devem ter acesso a cuidados de saúde, incluindo saúde mental, em um nível equivalente ao disponível na comunidade, sem discriminação (Regra 24). O documento enfatiza a necessidade de serviços psiquiátricos individualizados, a transferência de reclusos com doenças mentais graves para estabelecimentos apropriados e a importância de uma avaliação médica e psicológica completa na admissão. Ao proibir a tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, as Regras de Mandela estabelecem um limite claro para a atuação estatal, condenando práticas de isolamento prolongado e de negligência terapêutica que são particularmente prejudiciais para indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial (ONU, 2015).

Adicionalmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD)², ratificada pelo Brasil com status de emenda constitucional, introduz uma mudança de paradigma fundamental, transitando de um modelo médico para um modelo social e de direitos humanos da deficiência. Embora o Transtorno de Personalidade Antissocial não seja universalmente classificado como uma deficiência, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD) é aplicável a indivíduos que, em interação com diversas barreiras, podem ter impedida sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. A Convenção reforça o direito à liberdade e segurança da pessoa, afirmando que a existência de uma deficiência não pode, por si só, justificar a

² BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 10 set. 2025.

privação da liberdade (Artigo 14). Isso desafia diretamente a lógica das medidas de segurança de duração indeterminada baseadas unicamente em um diagnóstico, exigindo que qualquer restrição de liberdade seja baseada em critérios objetivos, necessários e proporcionais (BRASIL, 2009).

A realização de uma análise comparativa aprofundada dos modelos de reinserção social, sob a ótica dessas normas internacionais, constitui uma ferramenta metodológica poderosa. Ela permite não apenas identificar lacunas e deficiências nos sistemas jurídicos nacionais, mas também destacar boas práticas e apontar áreas prioritárias para aprimoramento. A conformidade com os preceitos do Direito Penal Internacional, incluindo outros instrumentos como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e a Convenção contra a Tortura, transcende a mera obrigação legal; ela se configura como um imperativo ético e moral, essencial para assegurar que a execução penal seja intrinsecamente justa, humana e genuinamente orientada para a reabilitação, mesmo nos casos mais complexos e desafiadores, como o dos indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial. A integração desses princípios garante que a justiça não seja apenas retributiva, mas também restaurativa e prospectiva.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS): Implicações e Perspectivas

O Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) é uma entidade nosológica complexa e multifacetada, caracterizada por um padrão pervasivo de desrespeito e violação dos direitos alheios, que se manifesta desde a adolescência ou início da idade adulta. Esta condição, profundamente enraizada na estrutura da personalidade, transcende meros comportamentos desviantes, configurando-se como um modo persistente de relacionamento com o mundo que ignora normas sociais, éticas e legais. A sua etiopatogenia é multifatorial, envolvendo uma intrincada rede de fatores genéticos, neurobiológicos, psicossociais e ambientais. Estudos de neuroimagem funcional e estrutural têm apontado para disfunções em áreas cerebrais cruciais para o controle de impulsos, tomada de decisão e processamento emocional, como o córtex pré-frontal (especialmente as regiões orbitofrontal e ventromedial) e a amígdala. Essas alterações neurobiológicas podem resultar em déficits na capacidade de antecipar consequências negativas, modular respostas agressivas e, fundamentalmente, experienciar empatia, fornecendo um substrato biológico para os comportamentos disruptivos observados (HARE, 2003).

Do ponto de vista diagnóstico, o Transtorno de Personalidade Antissocial é categorizado por manuais de referência como o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-11). O DSM-5-TR estabelece critérios rigorosos, exigindo um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros, manifestado por pelo menos três de sete características específicas, que incluem o fracasso em conformar-se às normas sociais, engano, impulsividade, irritabilidade e agressividade, desrespeito imprudente pela segurança de si ou de outros, irresponsabilidade consistente e ausência de remorso. É fundamental que haja evidência de Transtorno de Conduta com início antes dos 15 anos, sublinhando a natureza desenvolvimental e crônica do transtorno. O diagnóstico diferencial é um processo delicado, pois o Transtorno de Personalidade Antissocial frequentemente coexiste com outros transtornos mentais (comorbidades), como transtornos por uso de substâncias, transtornos de humor e outros transtornos de personalidade, o que exige uma avaliação clínica abrangente e cuidadosa para evitar diagnósticos equivocados ou incompletos e para traçar um plano terapêutico que contemple a totalidade das necessidades do paciente (DSM-5-TR, 2022).

As implicações criminológicas do Transtorno de Personalidade Antissocial são vastas e de grande relevância para o sistema de justiça criminal. Indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial apresentam uma probabilidade significativamente maior de envolvimento em atividades criminosas e uma alta taxa de reincidência, o que os torna uma população de alto risco para a segurança pública. A falta de empatia, a manipulação e a impulsividade, características centrais do transtorno, contribuem para a dificuldade em internalizar normas sociais e legais, bem como para a resistência a programas de reabilitação. O conceito de periculosidade, embora controverso e passível de estigmatização, é frequentemente invocado no contexto jurídico para justificar medidas de segurança e a segregação desses indivíduos. No entanto, a avaliação de risco moderna busca substituir a noção subjetiva de periculosidade por avaliações atuariais e estruturadas, que identificam fatores de risco estáticos e dinâmicos, permitindo um gerenciamento de risco mais objetivo e focado na intervenção sobre os fatores passíveis de mudança (HARE, 2003).

As abordagens terapêuticas para o Transtorno de Personalidade Antissocial são notoriamente desafiadoras, dada a resistência intrínseca dos indivíduos a buscar tratamento voluntariamente e a sua falta de motivação para a mudança. Contudo, a visão niilista de que o tratamento é impossível tem sido progressivamente substituída por uma abordagem mais pragmática e esperançosa. Terapias como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Dialética Comportamental (DBT) adaptada, a Terapia de Esquemas e a Terapia Baseada na Mentalização (MBT) têm demonstrado algum potencial na gestão de sintomas e na redução de comportamentos problemáticos. Essas abordagens, em vez de buscarem uma "cura", focam em objetivos realistas, como a redução da reincidência, o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional e interpessoal, e a melhoria do funcionamento psicossocial. O sucesso terapêutico depende de um ambiente estruturado, limites claros e uma equipe multidisciplinar altamente treinada, capaz de manejar a manipulação e construir uma aliança terapêutica, ainda que frágil (BECK; FREEMAN, 1990).

2.2 Reinserção Social, Finalidades da Pena e a Dignidade Humana

A reinserção social constitui um dos pilares fundamentais do sistema penal contemporâneo, transcendendo a mera função retributiva da pena para abraçar um ideal de recuperação e integração do indivíduo à sociedade. Este conceito, intrinsecamente ligado à dignidade da pessoa humana, pressupõe que a privação de liberdade não deve anular a capacidade do condenado de retornar ao convívio social de forma produtiva e respeitosa às normas. A finalidade da pena, sob essa ótica, não se esgota na punição pelo ato ilícito cometido, mas se estende à prevenção de novas infrações (prevenção especial positiva) e à promoção de condições para que o egresso do sistema prisional possa reconstruir sua vida, evitando a reincidência. Contudo, a efetividade da reinserção social é um desafio complexo, especialmente quando se trata de populações com necessidades específicas, como os indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial (BITENCOURT, 2021).

A evolução histórica das finalidades da pena reflete uma longa jornada filosófica e jurídica, desde a vingança privada até as modernas teorias unificadoras. Inicialmente, a pena possuía um caráter puramente retributivo e aflitivo, como visto nas penas corporais e capitais da Antiguidade e Idade Média. Com o Iluminismo, no século XVIII, pensadores como Cesare Beccaria e Jeremy Bentham introduziram a ideia de que a pena deveria ser útil, proporcional e, acima de tudo, preventiva. No século XIX, a Escola Positiva italiana, com expoentes como Lombroso, Ferri e Garofalo, deslocou o foco do crime para o criminoso, introduzindo o conceito de ressocialização como uma forma de tratamento e defesa social. No século XX, as teorias mistas ou unificadoras ganharam proeminência, buscando conciliar as funções de retribuição, prevenção geral (intimidação da sociedade) e prevenção especial (reabilitação do

condenado), modelo que influencia a maioria dos sistemas penais ocidentais, incluindo o brasileiro, conforme expresso na Lei de Execução Penal (LEP) (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2020).

O princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado como fundamento da República Federativa do Brasil (Art. 1º, III, CF/88), é o alicerce sobre o qual se constrói a ideia de reinserção social. Mesmo diante da prática de crimes graves, o indivíduo não perde sua condição de ser humano e, portanto, é titular de direitos fundamentais que devem ser respeitados, inclusive no ambiente prisional. A dignidade impõe limites intransponíveis à atuação do Estado (função de escudo), vedando tratamentos desumanos ou degradantes e exigindo que as condições de cumprimento da pena sejam compatíveis com a preservação da saúde física e mental do detento (função prestacional). A ressocialização, nesse contexto, não é apenas um objetivo da pena, mas uma decorrência lógica do reconhecimento da dignidade inerente a cada pessoa, que deve ter a oportunidade de se reabilitar e de contribuir positivamente para a sociedade, independentemente de seu passado criminal (SARLET, 2023).

No entanto, a concretização da reinserção social no Brasil enfrenta inúmeros obstáculos estruturais e sistêmicos, que vão desde a superlotação carcerária e a precariedade das condições prisionais até a falta de programas educacionais, profissionalizantes e terapêuticos adequados. A estigmatização social e a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho após o cumprimento da pena também são barreiras significativas. Para indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial, esses desafios são ainda mais acentuados, dada a complexidade do transtorno e a resistência a intervenções. A ausência de empatia, a impulsividade e a tendência à manipulação, características do Transtorno de Personalidade Antissocial, dificultam a adesão a programas de reabilitação e a construção de vínculos sociais saudáveis. A falha do Estado em prover um ambiente prisional minimamente digno e programas de tratamento eficazes não apenas viola a dignidade humana, mas também agrava os traços do transtorno, aumentando o risco de reincidência e tornando a reinserção social uma meta quase inatingível (SARLET, 2023).

2.3 O Marco Normativo do Direito Internacional dos Direitos Humanos

O Direito Internacional dos Direitos Humanos desempenha um papel crucial na conformação dos sistemas penais contemporâneos, estabelecendo um conjunto de normas e princípios que visam garantir a dignidade e a proteção dos indivíduos, mesmo aqueles privados de liberdade. A evolução do direito internacional, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, consolidou a ideia de que a soberania estatal não é absoluta e que os Estados têm a obrigação de respeitar e proteger os direitos humanos de seus cidadãos (PIOVESAN, 2023). Essa perspectiva é particularmente relevante para a reinserção social de condenados com Transtorno de Personalidade Antissocial, pois impõe limites e diretrizes para as abordagens punitivas e reabilitadoras. A jurisprudência de cortes internacionais, como a Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH), tem sido fundamental para solidificar o entendimento de que a saúde mental dos detentos é uma responsabilidade do Estado, e a falha em prover tratamento adequado pode configurar violação de direitos humanos.

Instrumentos internacionais como as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, conhecidas como Regras de Mandela, são marcos fundamentais nesse cenário. Elas estabelecem padrões mínimos para as condições de encarceramento, enfatizando que os serviços de saúde na prisão devem ser organizados de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência (Regra 26) e que os reclusos com doenças mentais graves devem ser transferidos para hospitais especializados (Regra 25). Crucialmente, a Regra 24 estabelece o princípio da equivalência de cuidados, segundo o qual os presos devem ter

acesso a cuidados de saúde do mesmo padrão e qualidade que os disponíveis na comunidade. Este princípio desafia diretamente a negligência sistêmica observada em muitos sistemas prisionais, onde a saúde mental é relegada a um segundo plano (ONU, 2015).

Adicionalmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD), ratificada pelo Brasil com status de emenda constitucional, reforça a proteção de indivíduos com transtornos mentais, reconhecendo-os como pessoas com deficiência e garantindo-lhes o direito à igualdade perante a lei, à não discriminação e à inclusão social. O Artigo 14 da CRPD é particularmente incisivo ao afirmar que "a existência de uma deficiência não justificará, em nenhuma circunstância, a privação da liberdade". Isso impõe uma revisão crítica do instituto da medida de segurança no Brasil, especialmente quando sua duração se torna indeterminada e desvinculada de um plano terapêutico efetivo. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência exige que qualquer restrição de liberdade seja baseada em critérios objetivos, necessários e proporcionais, e não meramente no diagnóstico de um transtorno mental (BRASIL, 2009).

Em suma, o Direito Internacional dos Direitos Humanos fornece o arcabouço ético e jurídico indispensável para a análise crítica e o aprimoramento dos modelos de reinserção social. Ele funciona como um balizador para as políticas criminais, garantindo que a busca pela justiça seja acompanhada pelo respeito incondicional à dignidade de cada indivíduo. Ao comparar os modelos brasileiro e norte-americano à luz desses princípios, é possível identificar não apenas as lacunas e as áreas que necessitam de reforma, mas também as boas práticas que podem ser replicadas e adaptadas. A conformidade com as normas internacionais não é apenas uma obrigação legal, mas um imperativo moral para a construção de um sistema penal mais justo, humano e eficaz na promoção da reinserção social, mesmo diante dos desafios impostos pelo Transtorno de Personalidade Antissocial.

3 O MODELO BRASILEIRO

3.1 Legislação, Jurisprudência e a Abordagem ao Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS)

A estrutura legal brasileira, embora concebida com princípios modernos e progressistas, revela lacunas e contradições significativas quando confrontada com a complexidade intrínseca do Transtorno de Personalidade Antissocial. A legislação penal e de execução penal não oferece um tratamento diferenciado e especializado para os transtornos de personalidade, enquadrando-os em categorias genéricas que se mostram insuficientes. A ausência de diretrizes claras sobre como avaliar, tratar e gerir o risco de indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial no sistema prisional é uma das falhas mais evidentes, gerando uma perigosa discricionariedade e ineficácia nas práticas cotidianas. Esta lacuna legislativa força os operadores do direito a se basearem em interpretações e analogias, muitas vezes resultando em decisões que não atendem nem às necessidades terapêuticas do indivíduo nem à segurança da sociedade, criando um limbo jurídico que perpetua a exclusão (BITENCOURT, 2021).

A Lei de Execução Penal (LEP), em seu Art. 1º, estabelece o duplo objetivo de efetivar a sentença e proporcionar a integração social do condenado. Contudo, a LEP foi concebida sob uma ótica generalista, pressupondo um indivíduo capaz de responder aos estímulos ressocializadores, premissa que se mostra frágil para indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial. No âmbito do Código Penal, a questão recai sobre a imputabilidade. A jurisprudência majoritária dos tribunais superiores (STF e STJ) entende que o Transtorno de Personalidade Antissocial, por si só, não exclui a imputabilidade, pois não retira do agente a capacidade de entendimento do caráter ilícito do fato. Geralmente, esses indivíduos são considerados semi-imputáveis (art. 26, parágrafo único, CP), o que permite a

redução de pena ou, mais controversamente, a substituição da pena por medida de segurança (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2020).

A aplicação da medida de segurança a indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial é um dos pontos mais problemáticos do sistema. Em tese, a medida tem caráter terapêutico e duração vinculada à cessação da periculosidade. No entanto, como o Transtorno de Personalidade Antissocial não tem "cura" e a "periculosidade" é um conceito subjetivo e de difícil aferição, a medida de segurança pode se tornar uma prisão perpétua de fato. Reconhecendo essa violação à Constituição, o STF, no julgamento do RE 628.652, fixou a tese de que o prazo máximo da medida de segurança não pode ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito. O STJ, na Súmula 527, já havia consolidado o entendimento de que esse limite deveria ser de 30 anos (antiga redação do art. 75 do CP). Essa limitação temporal, embora seja um avanço contra as internações perpétuas, não resolve o problema central: a ausência de um tratamento efetivo durante o período de internação (STF, 2015; STJ, 2015).

Um ponto crítico adicional é a implementação da Política Antimanicomial do Judiciário, instituída pela Resolução nº 487/2023 do CNJ. A resolução determina o fechamento gradual dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e a transição do cuidado para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Embora represente um avanço civilizatório alinhado à Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), sua aplicação a indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) é complexa. A RAPS, já sobrecarregada e com recursos insuficientes para atender à demanda geral, não possui estrutura nem expertise para lidar com a complexidade do perfil forense do paciente com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS), que combina o transtorno mental com um histórico de violência. A transição, sem o devido investimento e estruturação da rede, corre o risco de resultar em uma "alta para a rua", um desamparo assistencial que pode, paradoxalmente, aumentar o risco de reincidência e de novas vitimizações, transformando uma política bem-intencionada em um fator de insegurança social (CNJ, 2023; BRASIL, 2001).

3.2 Hospitais de Custódia e a Realidade da Medida de Segurança

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), instituições destinadas ao cumprimento da medida de segurança, representam uma das facetas mais sombrias do sistema penal brasileiro. Relatórios de inspeção nacional, realizados por órgãos como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), revelam um cenário desolador e sistemático de violação de direitos humanos. Essas instituições, que deveriam ser espaços de tratamento e reabilitação, na prática, assemelham-se a depósitos de indivíduos considerados indesejáveis, combinando as piores características do sistema prisional (superlotação, violência, insalubridade) com as do antigo modelo manicomial (abandono, medicalização excessiva e ausência de projetos terapêuticos individualizados). A estrutura física é frequentemente inadequada, com celas superlotadas, falta de higiene e ausência de espaços para atividades terapêuticas, de lazer ou de trabalho (CFP, 2025).

A falta de profissionais especializados é um problema crônico e determinante para o fracasso do modelo. A carência de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais impede a realização de avaliações adequadas, a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) e a própria realização de intervenções que poderiam ter algum impacto na trajetória dos internos. O tratamento, quando existe, resume-se frequentemente à contenção química por meio de psicofármacos, utilizados mais como forma de controle do comportamento do que como parte de uma estratégia terapêutica integrada. Essa abordagem

meramente farmacológica não apenas é ineficaz para tratar os aspectos centrais do Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS), como a falta de empatia e a manipulação, mas também gera graves efeitos colaterais e aprofunda a cronificação do indivíduo.

Para o indivíduo com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS), o ambiente do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é particularmente deletério. A convivência com pacientes com transtornos mentais graves e em diferentes estágios de sofrimento psíquico, sem uma separação adequada baseada no perfil e nas necessidades de cada um, cria um ambiente caótico e contraproducente. A ausência de programas estruturados e baseados em evidências, como terapias cognitivas-comportamentais ou de desenvolvimento de habilidades sociais, significa que o interno com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) passa anos sem qualquer intervenção que vise modificar seus padrões de pensamento e comportamento. Pelo contrário, o ambiente hostil e a falta de perspectivas podem exacerbar seus traços antissociais, tornando-o mais manipulador, desconfiado e propenso a comportamentos agressivos como forma de sobrevivência.

A avaliação da cessação da periculosidade, critério legal para a desinternação, tornase, nesse contexto, uma farsa. Sem tratamento adequado, não há como esperar uma melhora no quadro do interno. Os laudos periciais, muitas vezes realizados de forma superficial e sem um acompanhamento longitudinal, tendem a ser repetitivos e a perpetuar a internação com base na manutenção do diagnóstico e na ausência de mudanças comportamentais, que o próprio sistema impede de ocorrer. Cria-se um ciclo vicioso: o indivíduo não melhora porque não recebe tratamento, e não recebe alta porque não melhora. Essa realidade transforma os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em verdadeiros becos sem saída, onde a medida de segurança perde completamente seu caráter terapêutico e se converte em uma punição cruel, desumana e, na prática, perpétua, em flagrante desrespeito à Constituição e aos tratados internacionais de direitos humanos.

4 O MODELO NORTE-AMERICANO

4.1 Contexto Legal, Institucional e o Modelo RNR

O sistema de justiça criminal dos Estados Unidos é caracterizado por sua complexa estrutura federalista, onde os estados possuem ampla autonomia para legislar e implementar suas próprias políticas criminais. Essa descentralização resulta em um mosaico de abordagens para o tratamento de infratores com Transtorno de Personalidade Antissocial, variando da negligência em prisões superlotadas a programas altamente especializados. Embora não exista uma legislação federal única para o Transtorno de Personalidade Antissocial, a jurisprudência da Suprema Corte, notadamente no caso *Estelle v. Gamble* (1976), estabeleceu que a indiferença deliberada às necessidades médicas sérias dos prisioneiros constitui uma violação da Oitava Emenda, o que inclui a saúde mental. Esse precedente, juntamente com a crescente conscientização sobre a alta prevalência de transtornos mentais na população carcerária, tem impulsionado a implementação de serviços de saúde mental dentro das instalações correcionais, ainda que de forma desigual e muitas vezes insuficiente.

Nesse cenário, o modelo teórico que mais influenciou a reabilitação de infratores na América do Norte é o Modelo Risco-Necessidade-Responsividade (RNR), desenvolvido por Andrews, Bonta e Hoge. Este modelo baseado em evidências oferece um framework estruturado para a avaliação e tratamento. O Princípio do Risco afirma que a intensidade da intervenção deve ser proporcional ao risco de reincidência do indivíduo. O Princípio da Necessidade foca o tratamento nos fatores criminogênicos, que são os preditores dinâmicos do comportamento criminoso (ex: cognições antissociais, pares antissociais). O Princípio da Responsividade exige que o tratamento seja adaptado ao estilo de aprendizagem, motivação e

características individuais do infrator. A aplicação do modelo RNR (Risco-Necessidade-Responsividade) em populações com Transtorno de Personalidade Antissocial é desafiadora, especialmente no que tange à responsividade, dada a baixa motivação e a resistência ao tratamento, mas o modelo fornece uma base lógica para a alocação de recursos e a estruturação de intervenções (ANDREWS; BONTA; HOGE, 1990).

A implementação prática do modelo RNR (Risco-Necessidade-Responsividade) em prisões e programas de liberdade condicional nos EUA enfrenta, no entanto, obstáculos significativos. A fidelidade ao modelo é frequentemente comprometida por falta de recursos, treinamento inadequado de pessoal e ambientes prisionais que não são propícios à reabilitação. Críticos apontam que, em muitos casos, as agências adotam a "linguagem" do RNR sem implementar seus componentes essenciais, resultando em uma "reabilitação simbólica". Além disso, há um debate sobre a eficácia do RNR para os indivíduos com os mais altos níveis de psicopatia. Alguns estudos sugerem que programas de tratamento intensivo, quando mal aplicados a esses indivíduos, podem paradoxalmente aumentar o risco de reincidência, pois eles podem usar as habilidades aprendidas para se tornarem criminosos mais eficazes e manipuladores (HARE, 2003).

Isso levanta uma questão crucial sobre a responsividade: como adaptar o tratamento para alguém cuja personalidade é definida pela exploração e pela falta de empatia? A resposta parece estar em programas altamente estruturados, com monitoramento rigoroso e foco em contingências externas (recompensas e punições claras por comportamentos), em vez de apelar para a motivação interna ou para a empatia, que são deficientes. O sucesso da implementação do modelo RNR (Risco-Necessidade-Responsividade) depende, portanto, não apenas da adoção de seus princípios, mas da capacidade do sistema de criar ambientes controlados e de alta intensidade, com equipes especializadas capazes de gerenciar a manipulação e manter a integridade do tratamento, uma condição rara no contexto de encarceramento em massa que caracteriza os EUA.

4.2 Abordagens Terapêuticas Especializadas em Ambientes Forenses

Diante dos desafios impostos pelo Transtorno de Personalidade Antissocial, o modelo norte-americano tem visto a adaptação e o desenvolvimento de terapias especializadas para o ambiente forense. Essas abordagens reconhecem que os métodos terapêuticos tradicionais são frequentemente ineficazes e buscam criar intervenções que abordem os déficits centrais do transtorno, como a desregulação emocional, a impulsividade e os padrões de relacionamento interpessoal disfuncionais. Duas das mais promissoras são a Terapia Dialética Comportamental (DBT) e a Terapia de Esquemas.

A Terapia Dialética Comportamental (DBT), originalmente desenvolvida por Marsha Linehan para o Transtorno de Personalidade Borderline, foi adaptada com sucesso para populações forenses, incluindo indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial. A Terapia Comportamental Dialética (DBT) para contextos forenses (DBT-F) mantém os componentes centrais da terapia padrão – treinamento de habilidades em grupo, terapia individual, consultoria de equipe e coaching por telefone – mas com adaptações cruciais. O foco é direcionado para o manejo da raiva, controle da impulsividade e redução de comportamentos que interferem na vida institucional e que são fatores de risco para a reincidência. O treinamento de habilidades de mindfulness, efetividade interpessoal, regulação emocional e tolerância ao mal-estar é aplicado a cenários prisionais e aos gatilhos específicos do comportamento criminal. A abordagem dialética (buscar um equilíbrio entre aceitação e mudança) é particularmente útil para manejar a resistência e a reatividade dos pacientes, validando suas emoções sem, contudo, validar seus comportamentos destrutivos (LINEHAN, 1993).

A Terapia de Esquemas, desenvolvida por Jeffrey Young, oferece outra abordagem poderosa, focando nas raízes desenvolvimentais do transtorno. A teoria postula que o Transtorno de Personalidade Antissocial está ligado a esquemas desadaptativos precoces, como desconfiança/abuso, privação emocional, e auto-sacrifício (que leva à raiva e à exploração como forma de compensação), e a modos de esquema disfuncionais, como o "Predador", o "Protetor Desligado" e a "Criança Zangada e Impulsiva". O tratamento em um contexto forense visa, primeiro, contornar o modo "Protetor Desligado" para acessar a "Criança Vulnerável" subjacente e, em seguida, confrontar e estabelecer limites para os modos de enfrentamento mal-adaptativos. A relação terapêutica, baseada na "reparentalização limitada", é central, mas extremamente desafiadora. O terapeuta deve ser capaz de oferecer empatia e cuidado, ao mesmo tempo em que confronta firmemente os comportamentos manipuladores e agressivos, um equilíbrio delicado que exige treinamento e supervisão intensivos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003).

A eficácia dessas terapias em populações forenses com Transtorno de Personalidade Antissocial ainda é objeto de estudo, mas os resultados preliminares são promissores. Estudos sobre a DBT-F têm mostrado reduções em comportamentos agressivos, autolesivos e na reincidência. A Terapia de Esquemas também demonstrou sucesso na redução da reincidência e na melhora do funcionamento psicossocial em estudos realizados em prisões europeias, que influenciaram programas-piloto nos EUA. O principal desafio para ambas as abordagens é a necessidade de um ambiente terapêutico altamente estruturado, equipes bem treinadas e coesas, e um compromisso institucional de longo prazo, condições que são difíceis de encontrar no sistema prisional norte-americano, que é frequentemente focado mais na segurança e no controle do que na reabilitação genuína.

5 ANÁLISE COMPARATIVA

5.1 Análise Comparativa dos Modelos: Filosofias e Práticas

A análise comparativa entre os modelos brasileiro e norte-americano de reinserção social para condenados com Transtorno de Personalidade Antissocial revela um profundo contraste de filosofias, abordagens e resultados. O modelo brasileiro, embora ancorado em um arcabouço legal garantista, demonstra uma falha sistêmica em traduzir a norma em prática, resultando em uma abordagem predominantemente reativa, segregadora e ineficaz. A ausência de legislação específica e de políticas públicas direcionadas cria um vácuo onde a medida de segurança se torna uma punição indeterminada, e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico funcionam como depósitos de indesejados, violando sistematicamente os direitos humanos. A lógica é a da contenção, não a da reabilitação, e a "periculosidade" é um estigma que justifica a exclusão, em vez de um fator de risco a ser gerenciado (BITENCOURT, 2021).

Em contrapartida, o modelo norte-americano, apesar de suas próprias e graves contradições, como o encarceramento em massa e a desigualdade racial, adota uma abordagem mais pragmática e cientificamente orientada. O foco na gestão de riscos, guiado por modelos como o modelo RNR (Risco-Necessidade-Responsividade) e o uso de instrumentos de avaliação atuarial, representa uma tentativa de objetivar a tomada de decisão e direcionar os recursos de forma mais eficiente. A diversidade de programas de tratamento baseados em evidências, como a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Terapia de Esquemas, demonstra um reconhecimento da complexidade do Transtorno de Personalidade Antissocial e um compromisso com a busca de intervenções que possam, de fato, modificar o comportamento e reduzir a reincidência. A filosofia subjacente é a do utilitarismo penal: o tratamento é um investimento na segurança pública futura (ANDREWS; BONTA; HOGE, 1990).

Essa diferença fundamental de abordagem – contenção versus gestão de risco – reflete-se em todas as esferas. No Brasil, o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial frequentemente leva a um beco sem saída jurídico e assistencial. Nos EUA, embora o prognóstico seja visto com cautela, o diagnóstico é o ponto de partida para um plano de intervenção estruturado, ainda que sua eficácia seja debatida. Enquanto o sistema brasileiro se paralisa diante da "incurabilidade" do transtorno, o americano busca ativamente gerenciar seus sintomas e comportamentos problemáticos. A Tabela 1, a seguir, sintetiza essas diferenças cruciais, que serão exploradas em maior detalhe.

Tabela 1: Comparativo entre os Modelos Brasileiro e Norte-Americano para Transtorno de Personalidade Antissocial

Característica	Modelo Brasileiro	Modelo Norte-Americano
Abordagem Principal	Contenção e segregação baseada em "periculosidade" subjetiva.	Gestão de risco baseada em avaliação atuarial e reabilitação focada em necessidades criminogênicas.
Instrumentos de Avaliação	Laudos periciais subjetivos, focados na capacidade de entendimento (imputabilidade).	Uso de instrumentos estruturados (PCL-R, HCR-20, VRAG) para avaliar risco de violência e reincidência.
Programas de Tratamento	Praticamente inexistentes; foco em contenção farmacológica nos HCTPs.	Diversificados e baseados em evidências (Modelo RNR, DBT, Terapia de Esquemas, comunidades terapêuticas).
Conformidade Internacional	Violações sistemáticas das Regras de Mandela e da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (condições degradantes, internação perpétua).	Violações relacionadas à superlotação, violência e uso excessivo de isolamento, mas com maior alinhamento nos programas de tratamento.
Foco da Intervenção	Controle do comportamento agudo e segregação de longo prazo.	Modificação de fatores de risco dinâmicos (cognições, pares, habilidades) para reduzir a reincidência.
Perspectiva de Futuro	Estigmatização e exclusão; alta probabilidade de internação vitalícia ou reincidência.	Foco na reintegração supervisionada (parole, probation) com programas de reentry, embora com sucesso limitado.

Fonte: Autor

5.2 Conformidade com o Direito Penal Internacional e Direitos Humanos

Ao avaliar ambos os modelos à luz do Direito Internacional dos Direitos Humanos, torna-se evidente que nenhum dos dois sistemas cumpre integralmente suas obrigações, embora as falhas do modelo brasileiro sejam mais profundas e estruturais. O Brasil viola de forma flagrante e sistemática as Regras de Mandela, especialmente no que tange à proibição de tortura e tratamentos desumanos ou degradantes (Regra 1), ao princípio da equivalência de cuidados de saúde (Regra 24) e à finalidade da reabilitação (Regra 4). Relatórios de inspeção e condenações na Corte Interamericana de Direitos Humanos atestam as condições sub-humanas dos presídios e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico,

que, em vez de tratarem, agravam os transtornos mentais e a violência. A manutenção de medidas de segurança por tempo indeterminado, sem um plano terapêutico efetivo, configura uma violação direta do direito à liberdade e da proibição de penas perpétuas (JUSBRASIL, 2012).

O sistema brasileiro também falha gravemente em cumprir a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD). Ao justificar a privação de liberdade com base na existência de um transtorno mental (a "periculosidade" inerente ao Transtorno de Personalidade Antissocial), o Brasil viola o Artigo 14 da Convenção. Além disso, ao não prover tratamento adequado e ao segregar esses indivíduos em instituições manicomiais, o Estado brasileiro nega o direito à saúde no mais alto padrão possível (Artigo 25) e o direito à vida em comunidade (Artigo 19). A Resolução nº 487 do CNJ é uma tentativa de alinhar o país a esses preceitos, mas sua implementação enfrenta enormes barreiras estruturais e culturais, evidenciando a distância entre a norma e a realidade (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2023).

O modelo norte-americano, por sua vez, apresenta um quadro misto. Por um lado, o desenvolvimento de programas de tratamento baseados em evidências e o foco na reabilitação estão mais alinhados com o objetivo ressocializador das Regras de Mandela. A tentativa de basear as decisões em avaliações de risco estruturadas pode ser vista como um esforço para garantir a proporcionalidade e a individualização da pena. No entanto, o sistema prisional dos EUA é marcado por graves violações de direitos humanos, incluindo o uso excessivo e prolongado do confinamento solitário (que a ONU considera tortura), a violência endêmica, a superlotação e a prestação inadequada de cuidados de saúde mental em muitas jurisdições, especialmente em cadeias locais e prisões estaduais com poucos recursos (NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS (NAMI), 2021; BUREAU OF JUSTICE STATISTICS, 2025).

Ademais, a aplicação da pena de prisão perpétua sem possibilidade de liberdade condicional (*life without parole*), inclusive para crimes cometidos por jovens, e a própria existência da pena de morte, colocam os EUA em rota de colisão com as normas internacionais de direitos humanos, que caminham para a abolição de penas cruéis e de caráter perpétuo. Portanto, embora o modelo norte-americano possa oferecer lições valiosas na esfera terapêutica e de gestão de risco, sua abordagem punitiva geral e as condições de encarceramento em muitas de suas instituições também representam sérias violações dos padrões internacionais, demonstrando que a existência de programas sofisticados não garante, por si só, um sistema justo e humano.

5.3 Perspectivas de Adaptação e Melhoria para o Sistema Brasileiro

A análise comparativa e a avaliação à luz do direito internacional permitem delinear um caminho de reformas urgentes e necessárias para o sistema brasileiro. A simples importação do modelo norte-americano é inviável e indesejável, dadas as diferenças culturais, jurídicas e socioeconômicas, além das próprias falhas do sistema dos EUA. A solução reside na adaptação crítica de seus componentes mais eficazes, integrados ao arcabouço garantista brasileiro e fortalecendo as políticas públicas existentes, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A primeira e mais fundamental proposta é a superação do paradigma da periculosidade e a adoção de um modelo de gestão de risco. Isso implica uma reforma legislativa que substitua o conceito subjetivo de "cessação da periculosidade" por critérios objetivos baseados em avaliações de risco estruturadas. O Brasil deve investir na validação e adaptação de instrumentos internacionais, como o HCR-20 (*Historical Clinical Risk Management-20*), para a realidade nacional, e na capacitação de peritos e equipes técnicas

para sua correta aplicação. A avaliação de risco não deve servir para prolongar a internação, mas para identificar os fatores de risco dinâmicos (necessidades criminogênicas) que devem ser o alvo do Plano Terapêutico Singular (PTS), tornando a intervenção mais focada e mensurável (ANDREWS; BONTA; HOGE, 2007; BONTA; ANDREWS, 2007).

Em segundo lugar, é imperativo criar e implementar programas de tratamento baseados em evidências, inspirados nos modelos que demonstraram alguma eficácia. A implementação de projetos-piloto de Terapia Dialética Comportamental (DBT-F) e Terapia de Esquemas em unidades prisionais e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) selecionados seria um passo crucial. Isso exige um investimento maciço na formação e supervisão de equipes multidisciplinares. A adaptação desses modelos deve ser feita em colaboração com universidades e centros de pesquisa, garantindo a adequação cultural e a avaliação rigorosa de sua efetividade no contexto brasileiro. O objetivo não é a "cura", mas a redução da reincidência e a melhora do funcionamento psicossocial, metas pragmáticas e alinhadas à segurança pública (MERCK & Co. (MSD MANUALS. 2023; LINEHAN, 1993).

Por fim, a efetivação da Política Antimanicomial do Judiciário (Resolução 487/CNJ) não pode ocorrer no vácuo. É preciso um compromisso interministerial (Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social) para fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criando serviços residenciais terapêuticos e ambulatoriais com capacidade e expertise para atender a população egressa do sistema prisional e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). A transição deve ser gradual e responsável, garantindo a continuidade do cuidado e o suporte comunitário. A experiência norte-americana com programas de reentry pode oferecer lições valiosas sobre como estruturar o acompanhamento pós-liberação, integrando suporte para moradia, trabalho e saúde mental. Sem essa rede de apoio, a desinstitucionalização se transformará em abandono, e o ideal da reinserção social permanecerá uma promessa não cumprida (National Institute of Justice (NIJ), 2022)..

6 CONCLUSÃO

A presente análise comparativa entre os modelos de reinserção social para condenados com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) no Brasil e nos Estados Unidos, à luz do Direito Penal Internacional, revela um profundo descompasso entre as práticas nacionais e os padrões humanitários e terapêuticos contemporâneos. A pesquisa demonstrou que o sistema brasileiro, excessivamente focado na medida de segurança de caráter eminentemente custodial e desprovido de programas terapêuticos especializados, não apenas se mostra ineficaz na redução da reincidência, mas também colide frontalmente com normativas internacionais, como as Regras de Mandela e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Em contrapartida, o modelo norte-americano, embora marcado por uma heterogeneidade de abordagens e desafios próprios, exhibe um maior pragmatismo ao priorizar a gestão de riscos e a implementação de intervenções baseadas em evidências, como o modelo RNR (Risco-Necessidade-Responsividade) e terapias específicas, representando um caminho mais alinhado à busca por resultados concretos na seara da segurança pública (ANDREWS; BONTA, 2014).

É imperativo, contudo, reconhecer as limitações inerentes a este estudo, que, por sua natureza qualitativa e documental, baseou-se primordialmente na análise de fontes bibliográficas e legislativas. Uma das principais delimitações reside na generalização dos modelos analisados; o "modelo norte-americano", em particular, é um mosaico de sistemas estaduais e federais com variações significativas. Da mesma forma, a análise do sistema brasileiro não aprofundou as disparidades regionais existentes na execução das medidas de segurança. A ausência de uma pesquisa de campo, com dados empíricos sobre as taxas de

reincidência e a efetividade de programas-piloto no Brasil, constitui uma fronteira que este trabalho não transpôs, focando-se na estrutura normativa e teórica.

Diante dessas constatações e limites, emergem sugestões para pesquisas futuras que possam aprofundar e expandir o conhecimento nesta área crítica. Torna-se fundamental a realização de estudos empíricos e longitudinais que avaliem a eficácia das abordagens terapêuticas (ou da ausência delas) nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) no Brasil. Análises comparativas mais granulares, que contrastem programas específicos de estados norte-americanos com iniciativas em estados brasileiros, poderiam oferecer insights valiosos sobre a adaptabilidade de certas práticas à realidade nacional. Ademais, futuras investigações poderiam se debruçar sobre a perspectiva dos próprios egressos do sistema, explorando suas trajetórias e os obstáculos enfrentados na tentativa de reintegração social, oferecendo uma dimensão humana e subjetiva aos dados quantitativos.

Em suma, conclui-se pela urgência de uma reforma estrutural no tratamento penal e de saúde mental dispensado aos indivíduos com Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) no Brasil. Tal reforma deve transcender a lógica punitivista e de segregação perpétua, direcionando investimentos para a capacitação de profissionais, a implementação de programas de tratamento com validade científica e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial. A adequação da legislação e da jurisprudência aos preceitos do Direito Penal Internacional não é apenas uma obrigação jurídica, mas um imperativo ético para a construção de uma sociedade que, sem renunciar à segurança, não abdica de sua humanidade e do potencial de transformação de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS (NAMI). **Mental Health Treatment While Incarcerated.** Disponível em: <https://www.nami.org/advocacy/policy-priorities/improving-health/mental-health-treatment-while-incarcerated>. Acesso em: 02 set. 2025.

ANDREWS, D. A.; BONTA, J. **The Psychology of Criminal Conduct.** 6th ed. New York: Routledge, 2014.

ANDREWS, D. A.; BONTA, J.; HOGE, R. D. **The Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation: An Update.** Public Safety Canada, 2007. Disponível em: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsres/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-en.aspx>. Acesso em: 10 set. 2025.

BONTA, J.; ANDREWS, D. A. Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation. Public Safety Canada, 2007. Disponível em: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsres/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-en.aspx>. Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BUREAU OF JUSTICE STATISTICS. **Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates.** Disponível em: <https://bjs.ojp.gov/library/publications/mental-health-problems-prison-and-jail-inmates>. Acesso em: 17 set. 2025.

CLECKLEY, H. **The Mask of Sanity: An Attempt to Reinterpret the So-Called Psychopathic Personality.** 5th ed. St. Louis: Mosby, 1976.

CONECTAS. **Superlotação carcerária: um problema crônico no Brasil.** Disponível em: <https://conectas.org/noticias/superlotacao-carceraria-um-problema-cronico-no-brasil/>. Acesso em: 13 set. 2025.

JUSBRASIL, 2022. **Medida de segurança perpétua?.** Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/medida-de-seguranca-perpetua/121940748>. Acesso em: 10 set. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023.** Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4932>. Acesso em: 11 set. 2025.

COSTA, Gabriel Silva. **A periculosidade criminal: uma discussão conceitual em evolução.** 2019. 241 p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-02072020-152506/publico/68533333_Dissertacao_Parcial.pdf. Acesso em: 07 set. 2025.

DUTTON, K. **The Wisdom of Psychopaths: What Saints, Spies, and Serial Killers Can Teach Us About Success.** New York: Scientific American/Farrar, Straus and Giroux, 2012.

GAZETA DO POVO. **Prisões nos EUA falham ao tratar detentos com distúrbios mentais e isso é perigoso.** Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/justica/prisoos-nos-eua-falham-ao-tratar-detentos-com-disturbios-mentais-e-isso-e-perigoso-82mmsaeoiki5sg22z1etp2fce/>. Acesso em: 02 set. 2025.

GENDREAU, P.; LITTLE, T.; GOGGIN, C. **A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!.** *Criminology*, v. 34, n. 4, p. 575-607, 1996.

GIBBON, S.; KHALIFA, N. R.; CHEUNG, N. H.-Y. et al. **Psychological interventions for antisocial personality disorder**. Cochrane Database Syst Rev, 2020. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007668.pub3/full>. Acesso em: 18 set. 2025.

HARE, R. D. **The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)**. 2nd ed. Multi-Health Systems, 2003.

HARE, R. D. **Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us**. New York: Guilford Press, 1993.

HARE, R. D.; CLARK, D. **Psychopathy and Recidivism**. In: Handbook of Recidivism Risk Assessment. Springer, Cham, 2017. p. 1-20.

HARVARD LAW REVIEW. **Bias Baked In: How Antisocial Personality Disorder Diagnoses Trigger Legal Failure**. Disponível em: <https://harvardlawreview.org/print/vol-138/bias-baked-in-how-antisocial-personality-disorder-diagnoses-trigger-legal-failure/>. Acesso em: 18 set. 2025.

JUSBRASIL. **A psicopatia e o Direito Penal: Discussão acerca da aplicabilidade de pena ou medida de segurança**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-psicopatia-e-o-direito-penal-discussao-acerca-da-aplicabilidade-de-pena-ou-medida-de-seguranca/2577346206>. Acesso em: 19 set. 2025.

JUSBRASIL. **Execução penal e saúde mental: crítica da medida de segurança**. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/30593>. Acesso em: 22 set. 2025.

JUSBRASIL. **Programas de tratamento de delinquentes psicopatas em países anglo-saxões**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/programas-de-tratamento-de-delinquentes-psicopatas-em-paises-anglo-saxoes/2187974384>. Acesso em: 22 set. 2025.

LINEHAN, M. M. **Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder**. New York: Guilford Press, 1993.

LOEBER, R.; FARINGTON, D. P. **The development of male offending: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development**. In: The development of crime: New insights from longitudinal research. Sage Publications, 2000. p. 1-28.

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS (NAMI). **Mental Health in the Criminal Justice System**. Disponível em: <https://www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Improving-the-Criminal-Justice-System/Mental-Health-in-the-Criminal-Justice-System>. Acesso em: 15 set. 2025.

NATIONAL CENTER FOR STATE COURTS. **Mental Health Courts**. Disponível em: <https://www.ncsc.org/topics/problem-solving-courts/mental-health-courts>. Acesso em: 15 set. 2025.

NATIONAL INSTITUTE OF JUSTICE. **Reentry Programs**. Disponível em: <https://nij.ojp.gov/topics/corrections/reentry-programs>. Acesso em: 16 set. 2025.

OYEWUMI, O. O. **Mental Health Law in the United States**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756620/>. Acesso em: 08 set. 2025.

MERCK & Co. (MSD MANUALS). **Transtorno de personalidade antissocial (TPAS)**. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-antissocial-tpas#Etiologia_v25246707_pt. Acesso em: 08 set. 2025.

PATRICK, C. J. **Handbook of Psychopathy**. New York: Guilford Press, 2006.

REVISTA FT. **O TRATAMENTO LEGAL DO INDIVÍDUO PSICOPATA NO BRASIL: UMA ABORDAGEM DO DIREITO PENAL BRASILEIRO**. Disponível em: <https://revistaft.com.br/o-tratamento-legal-do-individuo-psicopata-no-brasil-uma-abordagem-do-direito-penal-brasileiro/>. Acesso em: 11 set. 2025.

SALKIN, D. **The Two-Factor Model of Psychopathy: An Examination of its Predictive Validity in a Forensic Sample**. *Journal of Forensic Psychology Practice*, v. 14, n. 3, p. 201-218, 2014.

SILVA, D. A. F.; LOPES, G. C. D. **O SUJEITO COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO**. *Cognitionis Scientific Journal*, 2023. Disponível em: <https://revista.cognitioniss.org/index.php/cogn/article/view/221>. Acesso em: 11 set. 2025.

SKEEM, J. L.; COOKE, D. J.; CLARK, D. **Psychopathy and the Treatment of Offenders**. *Criminal Justice and Behavior*, v. 37, n. 1, p. 1-14, 2010.

SKEEM, J. L.; MONAHAN, J. **Current directions in violence risk assessment**. *Current Directions in Psychological Science*, v. 20, n. 1, p. 38-42, 2011.

THE PEW CHARITABLE TRUSTS. **Mental Health in Prisons: A Crisis in Care**. Disponível em: <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2019/03/14/mental-health-in-prisons-a-crisis-in-care>. Acesso em: 21 set. 2025.

UNODC. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Mandela)**. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.

VAN VREESWIJK, M.; BROERSEN, J.; NADORT, M. **Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Practitioner's Guide**. Chichester: John Wiley & Sons, 2009.

WORMITH, J. S.; GUTA, J. **The Risk-Need-Responsivity Model of Offender Assessment and Rehabilitation: Theory and Practice**. In: *Correctional Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd, 2017. p. 1-28.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Schema Therapy: A Practitioner's Guide**. New York: Guilford Press, 2003.