

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Homicídio e Patologia Mental

Bruno Livramento Pina de Oliveira Sousa

M

2021



Homicídio e Patologia Mental

Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina

Estudante

Bruno Livramento Pina de Oliveira Sousa

Aluno do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço eletrónico: brunopina2908@gmail.com

Orientador

José Fernando Santos de Almeida

Professor Associado, Instituto Universitário da Maia-ISMAI

Médico psiquiatra e coordenador da Unidade de Psiquiatria e Psicologia, Hospital Lusíadas Porto

Membro do i3S

Professor convidado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Faculdade de Medicina,
Universidade do Porto

Coorientador

Mariana Pinto da Costa

Senior Lecturer, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London

Médica Psiquiatra, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido

Professora Convidada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Junho de 2021

Assinatura do Estudante

Bruno Pinz

Assinatura do Orientador



Assinatura do Coorientador

Mariona P.G.

Porto, 4 de junho de 2021

“... o próprio princípio da razão em geral (...) é encontrar para o conhecimento condicionado o incondicionado com o qual se completa a unidade.”

-Immanuel Kant em “Crítica da Razão Pura”

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Fernando Almeida e à Prof. Doutora Mariana Pinto da Costa, pela disponibilidade, orientação, partilha de conhecimento e revisão crítica, essenciais à realização deste trabalho.

A todos aqueles que me são próximos, por alicerçarem a minha serenidade, essencial à minha ponderação na tomada de decisões durante todo o meu percurso.

Resumo

Introdução: Em Portugal, pode ser aplicada a pena máxima ao homicídio voluntário. No entanto, ainda que comprovada a prática de homicídio por um agente, nem sempre este será considerado imputável, podendo materializar-se uma avaliação pericial que apure a incapacidade de tal indivíduo em avaliar a ilicitude do crime no momento do facto por força de uma anomalia psíquica, razão que fundamenta a asserção do arguido como inimputável. **Objetivos:** Este trabalho pretendeu realizar uma revisão do papel da avaliação pericial na Psiquiatria Forense do homicida com patologia mental. **Método:** Pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Google Scholar, Psiquiatria, Psicologia & Justiça, EBSCOhost complementada por informação de dois livros-chave nesta matéria: 'Homicidas em Portugal' e 'Manual de Psiquiatria Forense'; e dois Acórdãos de Tribunal onde foram realizadas perícias psiquiátricas em casos de homicídio (um caso de um homicida psicótico e outro de um não psicótico, com uma Perturbação da Personalidade, para contraste). **Resultados:** Dadas as inúmeras perturbações e patologias mentais com diferente afetação das faculdades mentais, é imperativo analisar se o arguido cometeu o ato sob o efeito de uma anomalia psíquica que tenha contribuído para determinar a conduta homicida. Quase 50% dos reclusos culpados de homicídio consumado ou na forma tentada padecem de pelo menos uma perturbação mental. Quando um crime foi cometido por um indivíduo que, nesse momento, padecia de um episódio agudo de esquizofrenia, pressupõe-se que ao criminoso será atribuída a inimputabilidade pelo crime cometido. No que respeita às perturbações de personalidade, é quase certo que os perpetradores do crime são considerados imputáveis por não haver pressupostos médico-legais de inimputabilidade. Contudo, em determinadas situações, poder-se-á considerar uma imputabilidade diminuída. **Discussão:** Nem todos os indivíduos têm uma anomalia psíquica tão implacável na perceção da realidade como uma psicose. Porém, ainda poderão estar sujeitos a uma condição patológica que pode influir num carácter agressivo, impulsivo, suscetível de conduzir à prática do homicídio. Resta avaliar se o indivíduo está condicionado pela sua perturbação a um nível que justifique diminuição da imputabilidade. **Conclusão:** A avaliação de inimputabilidade ou imputabilidade reduzida nem sempre é clara. É premente o estudo mais aprofundado da relação entre as patologias mentais e o crime

Palavras-chave: patologia mental, homicídio, psicose, anomalia psíquica e inimputabilidade

Abstract

Introduction: In Portugal, the maximum prison sentence can be applied to murder. However, even if it has been proven that an individual has committed murder, not always will he be held responsible, for an expert assessment may determine the inability of such individual to assess the illegality of the crime at the time of the perpetration due to a mental disorder, reason that justifies the defendant's assertion as not guilty for reason of insanity. **Objectives:** This work aimed to carry out a review of the role of the expert evaluation in Forensic Psychiatry of the murderer with mental pathology. **Method:** Bibliographic research in the databases of PubMed, Google Scholar, Psychiatry, Psychology & Justice, EBSCOhost complemented with information from two key books on this matter: 'Homicidas em Portugal' and 'Manual de Psiquiatria Forense'; and two Court Judgments in which psychiatric examinations have been carried out in cases of homicide (one case of a psychotic murderer and other of a non-psychotic murderer, with a Personality Disorder, for contrast). **Results:** Given the countless mental disorders and pathologies with different effects on the mental faculties, it is imperative to analyze whether the defendant committed the crime under the influence of a mental disorder that contributed to the homicidal conduct. Nearly 50% of inmates guilty of murder or attempted murder suffer from at least one mental disorder. When a crime was committed by an individual who, at that time, was suffering from an acute episode of schizophrenia, it is assumed that the criminal will be considered not guilty by reason of insanity (NGRI) for the crime committed. Regarding personality disorders, it is almost certain that the perpetrators of the crime are considered liable because there are no presuppositions for NGRI. However, in certain situations, a reduced liability may be considered. **Discussion:** Not all individuals have a mental illness as implacable on the perception of reality as a psychosis. However, they may still be subject to a pathological condition that can influence an aggressive, impulsive character, possible to lead to the practice of murder. It remains to be assessed whether the individual is conditioned by his disturbance to a level that justifies a reduction in liability. **Conclusion:** The assessment of insanity or reduced liability is not always clear. It is urgent to further study the relationship between mental pathologies and crime.

Keywords: mental disorder, homicide, psychosis, mental illness and NGRI (Not Guilty by Reason of Insanity)

Lista de Abreviaturas

CRP: Constituição da República Portuguesa

CP: Código Penal

CPP: Código de Processo Penal

PASP: Perturbação da Personalidade Antissocial

PB: Perturbação Bipolar

PBP: Perturbação da Personalidade Borderline

PCL-R: Psychopathy Checklist Revised

PM: Perturbações Mentais/Perturbação Mental

PP: Perturbação/ões da Personalidade

TCO: threat/control-override

Índice

Conteúdo

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Índice.....	v
Introdução.....	1
Objectivos	2
Método	3
Resultados.....	4
1. Perícia Psiquiátrica	4
1.1 Inimputabilidade em razão de Anomalia Psíquica	4
1.2 Anomalia Psíquica	5
1.3 Imputabilidade Diminuída	6
1.4 Perigosidade e Avaliação de Risco	7
2. Homicídio	8
2.1 Homicídio e Patologia Mental	8
2.2 Homicídio e Doente Psicótico.....	10
2.2.1 Exemplo de Homicídio Perpetrado por Doente com Psicose Potenciada por Álcool e Canabinóides.....	12
2.3 Homicídio e Perturbações da Personalidade	14
2.3.1 Homicídio e Perturbação da Personalidade Borderline	14
2.3.2 Homicídio e Perturbação da Personalidade Antissocial.....	15
2.3.3 Exemplo de Homicídio Perpetrado por Doente com Perturbação da Personalidade.....	16
2.3.4 Perturbações da Personalidade e Imputabilidade	19
Discussão.....	20
Conclusões	22
Referências Bibliográficas	23

Introdução

O Homicídio, sendo o ato de matar outro ser humano, atenta contra o primeiro Direito Fundamental da Constituição Portuguesa, o Direito à Vida, conforme está explícito no artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa (CRP)¹. Por isso mesmo, este crime representa um possível motivo para que seja aplicada a pena máxima em Portugal, correspondente a 25 anos de prisão, caso se revele especial censurabilidade ou perversidade na altura em que a morte é produzida. Se assim for apurado, estamos a falar de homicídio qualificado, atendendo ao disposto no artigo 132.º do Código Penal (CP) ², no Capítulo dos Crimes Contra a Vida.

Segundo o previsto no artigo 340.º do Código de Processo Penal (CPP), no exercício da Justiça os casos são analisados de todas as perspetivas e atendendo a todas as condicionantes situacionais levantadas como hipóteses de maneira a objetivá-las, produzindo meios de prova e apurando a verdade. Desse modo, caso se levante alguma questão acerca da eventual inimputabilidade ou imputabilidade diminuída do arguido, remetendo para o artigo 159.º do CPP, pode ser pedida uma perícia médico-legal psiquiátrica que se pronuncie acerca do estado psíquico do arguido³. Daí que, ainda que comprovada a prática de homicídio por um agente, nem sempre este será considerado imputável. Por exemplo, poder-se-á materializar uma avaliação pericial que apure a incapacidade de tal indivíduo em avaliar a ilicitude do crime no momento do facto por força de uma anomalia psíquica, razão que fundamenta a asserção do arguido como inimputável, como está disposto no artigo 20º do CP.²

A anomalia psíquica como razão para inimputabilidade, ainda que muito mencionada em Tribunal, nem sempre tem uma sustentação pericial infalível, sendo um dos problemas que mais dúvidas suscitam em toda a dogmática jurídico-penal, principalmente em situações de imputabilidade duvidosa.⁴ Para isso dever-se-á tomar conhecimento de toda a informação possível sobre o indivíduo, a sua personalidade, os antecedentes clínicos, além de avaliar o crime em detalhe, pormenorizando tudo que possa ser informativo quanto ao estado mental do avaliado.⁵

Objetivos

Este trabalho teve como objetivo rever:

- a) O explicitado na legislação relativamente à inimputabilidade
- b) O papel da avaliação pericial pelo Psiquiatra Forense do homicida
- c) A atuação de um homicida psicótico versus um homicida não psicótico

Método

Foi efetuada uma revisão bibliográfica nas bases de dados das plataformas PubMed; Google Scholar, Psiquiatria, Psicologia & Justiça, EBSCOhost, incluindo Academic Search Complete, PsycINFO, PsycArticles, Criminal Justice Abstracts, MedicLatina e Sociology Source Ultimate, utilizando as palavras-chave: mental disorder, homicide, psychosis, NGRI (Not Guilty For Reason of Insanity), Schizophrenia and crime, anomalia psíquica, imputabilidade e inimputabilidade. A inclusão dos artigos na dissertação estava dependente da relevância do resumo, objetivos propostos, sendo válidos principalmente artigos em Português e Inglês.

Esta pesquisa foi complementada com referências-chave nesta área, nomeadamente:

- a) Dois livros: Homicidas em Portugal (Almeida, F., 1999) e Manual de Psiquiatria Forense (coordenação de Fernando Vieira, Ana Sofia Cabral, & Carlos Saraiva, 2017)
- b) Dois acórdãos de Tribunal nas Bases Jurídico Documentais disponíveis ao Público na DGSJ em que tenham sido realizadas perícias psiquiátricas em casos de homicídio ocorridos nos últimos 10 anos em qualquer zona de Portugal. Na pesquisa foram utilizadas as palavras-chave: imputabilidade, homicídio, anomalia psíquica, psicopatia, Perturbação da Personalidade. Foi selecionado um caso de um psicótico e, outro, o de um não psicótico, para contraste. Procurou-se que os Acórdãos escolhidos fossem relativos a casos muito ilustrativos das patologias em questão.

Resultados

1. Perícia Psiquiátrica

1.1 Inimputabilidade em razão de Anomalia Psíquica

A inimputabilidade é considerada um conceito jurídico, ainda que requeira conhecimentos de outras áreas para o seu entendimento.⁶

De origem no latim “imputare”, a inimputabilidade é atribuição da responsabilidade de algo a alguém. Transpondo para o Direito, imputar é a atribuição de culpa.⁷

O conceito de imputabilidade penal é entendido como capacidade de culpabilidade e sem imputabilidade não se poderá falar de culpabilidade nem de pena. Apenas será penalmente imputável o indivíduo que possuir um conjunto de requisitos biológicos e psicológicos que permitam afirmar que tem capacidade para valorizar e entender a ilicitude do facto e de agir em conformidade com essa compreensão.⁸

Para a inimputabilidade ser atribuída, será necessária a presença de uma anomalia psíquica à data dos factos que tenha determinado a atuação do indivíduo e que esta atuação compreenda os pressupostos do artigo 20.º do Código Penal (CP)²:

1. É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

2. Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não accidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.

3. A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.

4. A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.²

Para a anomalia psíquica ser diagnosticada, será necessário efetuar uma perícia psiquiátrica, cabendo ao juiz a decisão normativa jurídico-penal. Será necessário, ainda assim, avaliar se a anomalia psíquica é grave ao ponto de destituir o agente da capacidade de entender a ilicitude ou da capacidade de se comportar segundo essa avaliação.^{6,9}

Segundo o disposto no artigo 159.º do CPP:

1 - A perícia é ordenada, oficiosamente ou a requerimento, por despacho da autoridade judiciária, contendo a indicação do objeto da perícia e os quesitos a que os peritos devem

responder, bem como a indicação da instituição, laboratório ou o nome dos peritos que realizarão a perícia.

2 - A autoridade judiciária deve transmitir à instituição, ao laboratório ou aos peritos, consoante os casos, toda a informação relevante à realização da perícia, bem como a sua atualização superveniente, sempre que eventuais alterações processuais modifiquem a pertinência do pedido ou o objeto da perícia, aplicando-se neste último caso o disposto no número anterior quanto à formulação de quesitos.

3 - Quando se tratar de perícia sobre características físicas ou psíquicas de pessoa que não haja prestado consentimento, o despacho previsto no número anterior é da competência do juiz, que pondera a necessidade da sua realização, tendo em conta o direito à integridade pessoal e à reserva da intimidade do visado.

4 - O despacho é notificado ao Ministério Público, quando este não for o seu autor, ao arguido, ao assistente e às partes civis, com a antecedência mínima de três dias sobre a data indicada para a realização da perícia.

5 - Ressalvam-se do disposto no número anterior os casos:

a) Em que a perícia tiver lugar no decurso do inquérito e a autoridade judiciária que a ordenar tiver razões para crer que o conhecimento dela ou dos seus resultados, pelo arguido, pelo assistente ou pelas partes civis, poderia prejudicar as finalidades do inquérito;

b) De urgência ou de perigo na demora.³

Segundo o referido no artigo 160.º do Código de Processo Penal:

Para efeito de avaliação da personalidade e da perigosidade do arguido pode haver lugar a perícia sobre as suas características psíquicas independentes de causas patológicas, bem como sobre o seu grau de socialização. A perícia pode relevar, nomeadamente para a decisão sobre a revogação da prisão preventiva, a culpa do agente e a determinação da sanção. A perícia deve ser deferida a serviços especializados, incluindo os serviços de reinserção social, ou, quando isso não for possível ou conveniente, a especialistas em criminologia, em psicologia, em sociologia ou em psiquiatria e os peritos podem requerer informações sobre os antecedentes criminais do arguido, se delas tiverem necessidade.³

1.2 Anomalia Psíquica

No conceito de anomalia psíquica explicitado no Artigo 20.º do Código Penal estão englobadas as perturbações psiquiátricas que tenham a capacidade de condicionar o substrato normativo, impedindo o sujeito de usufruir do seu complexo intelectual-volitivo, não sendo apenas consideradas as doenças mentais de origem física provada ou conjecturada.¹⁰ Contudo, também

aqui se deve admitir que se trata de um conceito complexo, para o qual nenhuma definição estabelece, de forma adequada, limites precisos.¹¹ Daí surgirem dúvidas na avaliação, principalmente em situações fronteiriças.¹²

1.3 Imputabilidade Diminuída

Com o que até aqui foi referido, será então possível afirmar que não é suficiente o diagnóstico de doença mental para ser declarada uma inequívoca inimputabilidade, sendo importante o papel do psiquiatra em avaliar as consequências desse diagnóstico em termos graduais no que toca à capacidade do arguido de agir segundo a sua liberdade. Essa gradação remete para a complexa problemática da imputabilidade diminuída.¹³

Será o artigo 20.º n.º2 do CP que contempla a questão da imputabilidade diminuída para casos em que, por força de uma anomalia psíquica, a capacidade de entendimento da ilicitude não esteja completamente anulada mas se apresente sensivelmente diminuída. Assim sendo, também estes casos merecem atenção e reflexão. (*Código Penal*, 2017; Pinto, 2018; Veiga, 2014). Nessas situações, contudo, dependendo das circunstâncias, poder-se-á apurar que embora o examinado padecesse, à data dos factos, de uma anomalia psíquica que influenciou o seu comportamento, os efeitos da mesma não foram suficientemente relevantes para justificarem atribuição da inimputabilidade.¹⁴

Em termos clínicos poderemos pensar em imputabilidade diminuída quando nos referimos a Perturbações de Personalidade (PP), por exemplo, em que haja dificuldade em projetar o futuro, imaturidade e ausência de sentimento de culpa. Apesar de em grande parte estas não pressuporem inimputabilidade em termos médico-legais, têm revelado ser um problema para o Direito Penal. Assim tem sido pois apesar das PP com traços psicopáticos serem de facto integradas no conceito de anomalia psíquica, se em determinadas situações fronteiriças se colocar em questão uma imputabilidade duvidosa, e possivelmente diminuída, haverá a agravante de estes criminosos poderem ser mais perigosos e evidenciarem grande probabilidade de recidiva, sendo necessária uma grande ponderação do juiz tendo em conta a perigosidade concreta, menor culpabilidade por doença diagnosticada ou até mesmo especial censura devido à personalidade manifestada no ato.¹³ Estas situações suscitam dúvidas na medida em que podem configurar situações de culpa diminuída, agravada e, portanto, medida de pena atenuada ou agravada.¹⁴

1.4 Perigosidade e Avaliação de Risco

A perigosidade propriamente dita é um conceito do âmbito jurídico que, transpondo para a área da Medicina Legal, se assume como um risco de violência passível de ser avaliado por um Psiquiatra caso haja evidência de uma patologia mental envolvida. Contudo, geralmente é a personalidade e não uma psicopatologia que mais promove um carácter violento. Daí que, nos casos de crime violento, a perícia psicológica seja, também, frequentemente relevante.¹⁵

Para avaliar o risco de violência existem alguns instrumentos padronizados, como é o caso do HCR-20.¹⁶ Uma avaliação terá de levar em conta alguns parâmetros essenciais na sua aplicação. Entre eles a recolha de fatores de risco históricos relevantes, estáticos ou mutáveis, análise de forma sistemática e estruturada de cada episódio do passado que possa ser preocupante como indiciante de violência, chegar a uma avaliação final do risco utilizando um julgamento clínico e não uma fórmula atuarial, ainda que estejam a ser aplicados instrumentos padronizados.¹⁷

A HCR-20 é uma escala onde se integram 20 itens divididos por três subescalas e cada item pode ser pontuado com 0, 1 ou 2, respetivamente, se estiver ausente, possivelmente presente/limitado ou definitivamente presente. Na primeira subescala, Histórico (H), averigua-se a existência de violência no passado, o facto ser muito jovem no primeiro incidente de violência, instabilidade em relacionamentos amorosos, problemas com emprego, uso de substâncias problemático, doença mental grave, psicopatia, desajuste precoce, PP e fracasso em medidas anteriores de supervisão. A segunda subescala refere-se a componentes Clínicos (C) e avalia a falta de *insight*, presença de atitudes negativas, sintomatologia ativa de doença mental grave, impulsividade e ausência de resposta ao tratamento. Os itens avaliados na terceira e última subescala, Gestão de Risco (R), são a presença de planos pouco viáveis, exposição a fatores que desestabilizam, falta de apoio pessoal, incumprimento do tratamento ou tentativas de remediação e evidência de stress.¹⁸

Atualmente, o instrumento mais utilizado para mensurar comportamentos considerados antissociais é a *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R). É promovida uma entrevista semiestruturada com o indivíduo e são consultadas as informações do seu arquivo. Avalia 20 características geralmente associadas a psicopatia, atribuindo uma classificação de 0 a 2 de acordo com a presença ou não desses atributos. Uma pontuação superior a 30 é sugestiva de presença de psicopatia. Esta escala não prevê diretamente o comportamento violento ou criminoso, mas acaba por ser útil indiretamente porque há uma correlação conhecida entre a psicopatia e a reincidência de violência.^{19,20}

Estas escalas viabilizam uma avaliação de risco com informação mais organizada, clara e de fácil transmissão, pois os instrumentos utilizados fornecem um bom alicerce para edificar uma análise objetiva baseada em evidências relevantes.¹⁷

2. Homicídio

O homicídio é um crime contra a vida que culmina na morte de uma pessoa, com pena de prisão que varia de 8 a 25 anos dependendo da classificação, características e circunstâncias do ato, atendendo ao disposto nos artigos 131.º e 132.º do CP.² É considerada a forma mais severa de uma conduta antissocial pelo impacto que exerce na(s) vítima(s) e em todas as pessoas próximas e envolvidas.²¹

Como pode ser o resultado de diferentes contextos, motivações, circunstâncias, instrumentos do crime, tipo de perpetrador ou de vítima, há muita heterogeneidade no que concerne a este fenómeno, embora o crime seja o mesmo (salvaguardando o facto de a lei o poder classificar enquanto “subtipos” diferentes). Em Portugal, é muito frequente o homicídio ser uma consequência de disputas em que se verificam acessos de cólera. O baixo nível sociocultural, dificuldades intelectuais e escolares, má gestão dos impulsos e a ingestão de bebidas alcoólicas são características que contribuem para um risco acrescido.²¹

2.1 Homicídio e Patologia Mental

Apesar de não existir um total consenso acerca da ligação entre a criminalidade e patologia mental, ou seja, se esta é um catalisador daquela²², a investigação tem vindo a mostrar que, na presença de uma patologia mental, a probabilidade de consumir comportamentos criminais aumenta significativamente em sujeitos que, como consequência da sua anomalia psíquica: não compreendam o normativo legal (oligofrenia, demência); esteja alterada a capacidade de se comportar de acordo com um livre e esclarecido arbítrio (psicose esquizofrénica, mania); possuam uma PP em que esteja diminuída a capacidade de respeitar o próximo e as leis da sociedade e aumente a impulsividade e agressividade; sofram de uma alteração da personalidade consecutiva a um traumatismo cranioencefálico, com consequente aumento da agressividade e impulsividade; possuam um prazer aumentado em infligir sofrimento a terceiros (sadismo), tenham prazer sexual impelido por uma parafilia; entre outros.²³ Portanto, a violência e criminalidade perpetrada por indivíduos que padecem de psicopatologias tem vindo a crescer como tópico de grande interesse para a medicina, autoridade policial e até para a generalidade da população.²⁴

Alguns estudos que comparam a criminalidade entre indivíduos com alta de hospitais psiquiátricos e outros que não têm doença mental têm vindo a apurar uma maior atividade criminal por parte daqueles com patologia mental grave.²⁴ Como é o caso de um estudo nos Estados Unidos da América em 1998²⁵ a 1136 indivíduos que receberam alta de hospitais psiquiátricos para estimar a prevalência de violência nestes grupos no período de um ano. Na amostra, 42% sofriam de Depressão, 21.8% de Abuso de Substâncias, 17% de Esquizofrenia, 14% de Perturbação Bipolar (PB), 2% de PP e 3% de outras Perturbações Psicóticas. Através do seguimento destes doentes verificou-se que, um ano após a alta, 27.5% perpetraram pelo menos um ato violento em que foi necessário apoio médico à vítima. A incidência de violência terá sido prevalente na Depressão, PB e Esquizofrenia, com 28.5%, 22% e 14.8%, respetivamente. Verificou-se também que, em termos de predição de violência, o historial de comportamento violento prévio era o fator de risco mais relevante.²⁴

Como o homicídio é considerado a forma mais severa de violência, a investigação da relação entre aquele e a psicopatologia é uma das principais abordagens de estudo. Geralmente, em termos práticos, têm-se em conta as Perturbações Mentais (PM) major, que se referem às perturbações graves, como é a esquizofrenia, PB, depressão major e perturbação delirante.²⁴

Um estudo finlandês com 90 pessoas que padeciam de PM major e que cometeram um homicídio consumado ($n = 65$; 72%) ou na forma tentada ($n = 25$; 28%), revelou que 78% dos indivíduos do sexo masculino sofriam de esquizofrenia, 17% de psicose esquizoafetiva e 5% de outras psicoses. Do total dos indivíduos, também 51% terão sido diagnosticados com uma ou mais PP ao longo vida, dos quais 47% teriam uma Perturbação da Personalidade Antissocial (PASP), havendo frequentemente várias PP associadas num só indivíduo. A Perturbação do Uso de Substâncias estaria presente em 74% dos 88 sujeitos que para isso foram avaliados, 72% com abuso de álcool e 36% de outras substâncias. Uma grande percentagem de toda a amostra foi diagnosticada com pelo menos duas perturbações (75%), por exemplo, todos aqueles com PP também foram diagnosticados com Perturbação do Uso de Substâncias. Entre os indivíduos com duplo diagnóstico, 66% possuíam uma PP e 61% uma PASP. Não houve diferença entre quem cometeu homicídio e quem efetuou uma tentativa de homicídio quanto à prevalência de PP ou Perturbação do Uso de Substâncias.²⁶

Noutro estudo em Chuvashia na Rússia que decorreu desde 1981 até 2010, entre 3414 homicidas sujeitos a avaliação psiquiátrica, 1596 dos perpetradores (46.7%) foram considerados portadores de pelo menos uma PM. A perturbação mais diagnosticada foi a dependência do álcool, em 544 indivíduos, equivalente a 15.6% de todos os criminosos e 34.1% dos indivíduos com alguma perturbação. Seguiu-se o grupo com múltiplas perturbações associadas diagnosticadas, com 251 sujeitos, 7.4% de todos os homicidas e 15.7% entre aqueles com diagnóstico, nos quais a

dependência de álcool foi o diagnóstico mais frequente, mais uma vez, da qual padeciam 182 dos 251 (72.5%). Foram contados 248 sujeitos diagnosticados com PM orgânicas adquiridas ou epilepsia, o equivalente a 7.3% de todos os criminosos e 15.5% de todos os que têm diagnóstico. O quarto grupo mais prevalente foi o daqueles com PP, que junta 244 indivíduos, 7.1% do total da amostra e 15.3% dos homicidas com patologia. A esquizofrenia foi diagnosticada em 151 homicidas, 4.4% de todos os criminosos e 9.5% dos homicidas com doença mental. A deficiência intelectual pôde verificar-se em 123 indivíduos, 3.6% de todos os perpetradores e 7.7% dos homicidas com doença mental. A psicose aguda, perturbações de humor e dependência de opióides representaram apenas 1% do total de homicidas e 2% daqueles com doença mental.²⁷

A determinação legal de inimputabilidade por doença mental foi mais frequente entre aqueles com PM orgânicas, múltiplas doenças associadas e aqueles com défices intelectuais. Os homicidas com diagnóstico de dependência de álcool ou PP quase sempre foram considerados imputáveis.²⁷

2.2 Homicídio e Doente Psicótico

São numerosos os estudos que investigam grupos específicos de doentes com PM para tentar estabelecer a ligação com a violência ou homicídio.²⁴

Curiosamente são os doentes psicóticos que geralmente suscitam mais medo nas pessoas e não aqueles com PASP ou alcoólicos, quando nestes a acrescida atividade criminal é evidente e comprovada na investigação. No entanto, como aparentemente são iguais ao cidadão comum, não provocam tanta apreensão nos demais.²⁸

Um estudo dos homicídios ocorridos no Distrito Judicial do Porto (DJP) em 1990 apurou que, em 59 homicídios perpetrados por 53 homicidas, 4 indivíduos (7.5%) foram considerados inimputáveis. Desses 4, 2 teriam diagnóstico de esquizofrenia, tendo matado um deles a mãe e o outro dois vizinhos, um dos quais seria uma prima sua. Considerada a prevalência de esquizofrenia em 0.3%, os dados deste estudo indicariam que a taxa de homicídio por sujeitos com esquizofrenia é 17 vezes maior à dos sujeitos sem esse diagnóstico. Também no Distrito Judicial do Porto, através de outra investigação ocorrida entre 1988 e 1990, se observou uma taxa de homicídio significativamente maior em sujeitos com sintomas psicóticos relativamente à população geral. Dos 51 homicidas estudados, 16 seriam considerados psicóticos, dos quais oito com diagnóstico de esquizofrenia, sete com psicose paranoide e um de psicose afetiva.²³

Há sintomas psicóticos que estão mais relacionados com a predisposição para a violência, como os delírios de perseguição e alucinações de comando. Será útil, por conseguinte, avaliar o fenomenologia da sintomatologia psiquiátrica associada à agressão para uma melhor avaliação do

risco de violência. Um estudo preliminar a 1740 hospitalizados em instituições de alta segurança ²⁹ revelou que 81% dos perpetradores com uma psicose, como é o caso da esquizofrenia, e sem qualquer PP, foram impulsionados pelos seus delírios e/ou alucinação a executar o seu crime, enquanto daqueles com ambos os diagnósticos, apenas 44% foram conduzidos por essa sintomatologia. Porém, continua a ser uma tarefa árdua a de encontrar uma relação causal entre sintomas psicóticos e a criminalidade, já que a presença da sintomatologia na altura do ato não é necessariamente um efeito desencadeador direto de comportamento violento.²⁶

Outro estudo determinou que os sintomas designados de *threat/control-override (TCO)* seriam os mais frequentemente associados à violência. Também se observou que pessoas que alegaram sentir-se ameaçadas por terceiros e incapazes de controlar os próprios pensamentos tinham o dobro da probabilidade de terem sido violentas relativamente àquelas que alegaram ter outros sintomas psicóticos, como alucinações ou delírios não-TCO, e cerca do quádruplo da probabilidade relativamente a pessoas sem diagnóstico de doença mental. Além disso, também quando os sintomas TCO ocorriam juntamente com uma perturbação de abuso de substâncias, a influência na probabilidade de violência era muito superior.³⁰ Os serviços psiquiátricos devem, então, diligenciar uma maior disponibilização de tratamento de abuso de substâncias em doentes com psicose, promovendo uma melhor adesão terapêutica.³¹

Outro estudo realizado na Finlândia, e que pretendia avaliar a relação dos diferentes sintomas psicóticos com a violência extrema, analisou 125 homicidas submetidos a avaliação psiquiátrica e diagnosticados com esquizofrenia. A esquizofrenia paranoide foi o diagnóstico mais comum, em 68 indivíduos (54.4%), 53.6% dos homicidas já tinha antecedentes criminais e 8% já havia tentado ou cometido homicídio. Houve 8 casos em que várias vítimas foram mortas, sendo 134 o número total de vítimas. A forma mais comum de infligir a morte foi o esfaqueamento (57.1%), seguido do estrangulamento (19.2%), arma contundente (19.2%) e arma de fogo (10.4%). Praticamente não houve motivação instrumental, apenas um caso, e não houve evidência de motivação sexual. No momento do crime, 88% dos homicidas experienciaram delírios e 42.4% experienciaram alucinações, sendo que 92.8% tiveram pelo menos um desses sintomas. Os delírios mais frequentes terão sido os persecutórios (80%), depois os delírios bizarros, (36%) e delírios de ser controlado (27.2%). As alucinações auditivas foram as mais prevalentes, em 46 indivíduos (36.8%), sendo que 20 deles (16.0%) teriam também alucinações de comando. Em dois terços dos casos (66.4%), momentos antes do ato, a sintomatologia terá despertado medo, raiva ou ansiedade no perpetrador. Quase um terço dos casos nesta amostra envolveu violência extrema, como são os múltiplos esfaqueamentos, contudo, essa violência extrema foi característica de casos em que o agressor não era o único perpetrador ou quando já existiriam antecedentes de homicídio. Portanto,

a sintomatologia psicótica positiva, incluindo delírios, não foi associada ao uso de violência extrema.³²

Serão as síndromes esquizomorfos que geralmente configuram uma situação de inimputabilidade, caso a sintomatologia psicótica esteja relacionada com a atividade criminal.¹³ Contudo, com o aumento da informação acerca dos quadros de esquizofrenia, esta doutrina tem vindo a evoluir, pois estes doentes passam a maior parte da sua vida em fases de remissão. Nessas alturas apresentam principalmente sintomas cognitivos básicos que passam por deficiências.⁷

2.2.1 Exemplo de Homicídio Perpetrado por Doente com Psicose Potenciada por Álcool e Canabinóides

De acordo com Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de recurso extraordinário de revisão, a 27-03-2019, com o número de processo 141/15.OPVLSB-B.S1³³:

Em novembro de 2014, indivíduo matou cozinheiro à facada no hotel onde trabalhava.

Em março de 2015, enquanto detido em prisão preventiva, o mesmo indivíduo matou um colega de cela no Estabelecimento Prisional de Lisboa após ter depilado a vítima e de ter ido missa. De acordo com um relato feito em tribunal por um outro recluso, o arguido "andava perturbado" e "dizia que ouvia vozes".

Relativamente aos homicídios, um prévio acórdão deu como provado que o arguido era inimputável, aplicando-lhe, em consequência, uma medida de segurança e outro acórdão deu como provado que o arguido era imputável, aplicando-lhe, em consequência, prisão efetiva, o que, só e de per si suscita sérias dúvidas sobre a justiça de uma ou outra decisão. Foi então determinada a realização de nova perícia psiquiátrica ao arguido e concluiu-se além do mais que:

“À altura dos factos, o arguido apresentava um quadro mental de Psicose devida e potenciado pelo efeito do Álcool e Cannabis.

A PM é grave porque distorce a avaliação da realidade, interna e externa, e induz comportamentos de acordo com essa avaliação.

Na eventualidade de retomar os consumos de tóxicos, provavelmente, o arguido AA voltará a experimentar o mesmo quadro psicótico com o perigo de repetir atos análogos, não sendo capaz de se autodeterminar no sentido de se abster de comportamentos de risco.

Sem tratamento especializado, o arguido AA representa um perigo para a sociedade e não é capaz, por si só, de não realizar consumos que possam colocá-lo em situação de psicose.

O Arguido AA acenou e falou com pessoas "imaginárias" à janela da residência da mãe.”
Perante este meio de prova novo, foi autorizada a revisão, nos termos do artigo 457.º, n.º 1, do CPP.

Assinala-se que o arguido padece de esquizofrenia paranoide, doença crónica e incurável sendo incapaz de, por si só, se determinar a realizar de modo permanente a sua medicação. À data do primeiro homicídio, o arguido tomava de forma irregular a medicação psicofarmacológica que lhe havia sido prescrita, e para que o tratamento tenha êxito e diminua a sua perigosidade social torna-se necessário que, como forma de prevenção do risco da prática futura de factos criminosos, lhe seja aplicada uma medida de segurança, na modalidade de internamento, com o objetivo plural de defesa da vida em sociedade e da sua plena recuperação clínica.

Fundamentou-se e decidiu-se no acórdão recorrido o seguinte:

Foi ali imputado ao arguido AA a prática, em autoria material e na forma consumada, como autor material de um crime de homicídio qualificado, p. e p. pelo artº 131.º e 132.º nº 1 e 2 al. e) do CP. Mas, foi ali considerado provado que o arguido agiu num quadro de inimputabilidade, por força das alucinações auditivo-verbais que sofria, de conteúdo pejorativo e persecutório, patologia de que padecia e para a qual não estava medicado, desconhecendo que a ausência de medicação gerava a psicose.

Foi decidido:

- Absolver o arguido AA da prática, em autoria material e na forma consumada, de um crime de homicídio qualificado, p. e p. pelo artº 131.º e 132.º nº 1 e 2 al. e) do CP.
- Subsumir a conduta do arguido AA à previsão da autoria material e na forma consumada, de um crime de homicídio simples, p. e p. pelo artº 131.º do CP.
- Julgar o arguido AA inimputável perigoso e aplicar-lhe assim a medida de internamento de 15 anos, em estabelecimento destinado a inimputáveis, consignando-se uma duração mínima de 3 anos.

Perante um facto que foi cometido por um indivíduo que, nesse momento, padecia de um episódio agudo de esquizofrenia, pressupõe-se que ao criminoso será atribuída a inimputabilidade pelo crime cometido, na eventualidade de a descompensação psicótica ter tido um contributo relevante para o cometimento desse facto. Esta situação sustenta-se no pressuposto, a ser provado em tribunal, de à data do(s) facto(s) o sujeito não ter capacidade de avaliar a ilicitude do ato ou de se conseguir determinar de acordo com essa avaliação. Porém, quando cometem os seus crimes nos períodos inter críticos, os doentes psicóticos são, não raramente, considerados imputáveis. A este propósito é relevante explicitar que, fora dos períodos de descompensação, os doentes psicóticos podem apresentar um funcionamento pouco diferente do que seria expectável daquela pessoa (se não padecesse de esquizofrenia) ou, pelo contrário, estarem marcadamente afetados por sintomatologia positiva (nomeadamente, delírios e alucinações) e/ou negativa (entre outra, apatia, disforia, lentificação psicomotora, abulia).

2.3 Homicídio e Perturbações da Personalidade

Existe o estigma de considerar os doentes com PP como indignos de receber tratamento ou cuidados por não serem vistos como verdadeiros doentes comparativamente àqueles com doenças mentais mais graves, sendo até uma condição subdiagnosticada na população. Foram avaliados seiscentos relatórios de homicidas em Inglaterra e no País de Gales entre 1996 e 2006 usando uma versão do PAS-DOC para avaliação da personalidade que revelou uma prevalência de PP em 56.3%. Contudo, o resultado poderá estar enviesado, pois todos os 143 indivíduos em que havia ausência de dados foram incluídos no grupo dos sem PP. Dos 338 casos diagnosticados com PP, 209 (62%) foram diagnosticados como sofrendo de PP grave, e esta revelou estar associada a homicídio de desconhecidos e antecedentes de condenação por crime violento. A informação é expectável porque para haver diagnóstico de PP grave era necessária a presença de PP do cluster B no PAS-DOC, e está muito bem comprovada a associação de PP de cluster B e condenações criminais.³⁴

Num estudo na Etiópia que envolveu 546 homicidas, dos 316 agressores que concluíram a avaliação, 50 (15.8%) foram diagnosticados com PP. A Perturbação mais prevalente foi a da personalidade borderline, em 18 indivíduos, correspondendo a 36% dos diagnósticos de PP. Tal pode indicar presença de impulsividade, raiva ou motivo de vingança em considerável proporção nos homicidas deste estudo. A PASP não teve muita representatividade, correspondendo a 12% dos diagnósticos de PP e 1.8% de toda a amostra. As PP esquizóide e esquizotípica bem como as dos Cluster C, evitativa e dependente, não foram representadas. Quando em comparação, a perturbação do uso de substâncias foi muito mais prevalente no grupo de criminosos diagnosticado com PP relativamente ao grupo sem diagnóstico.³⁵

Se houver presença marcada de uma PP, automaticamente a probabilidade de risco de violência será maior, principalmente quando o sujeito demonstra ser muito egocêntrico, impulsivo, explosivo, facilmente frustrável, lábil emocionalmente, quando não tem sentimentos positivos pelas outras pessoas, tem ausência de culpa, tem antecedentes de violência na infância e dificuldade em aprender com os erros e/ou tem tendência para o abuso de álcool ou outras substâncias. Aumentará o potencial homicida caso o indivíduo tenha inclinação parafilica.²⁸

2.3.1 Homicídio e Perturbação da Personalidade Borderline

A Perturbação da Personalidade Borderline (PBP) é um desafio em termos de tratamento em saúde mental e uma inconveniência para a sociedade por ser uma PP caracterizada pela problemas interpessoais e comportamento desregulado. Por isso mesmo, estes poderão não

receber o seguimento adequado ao seu quadro clínico e, ao invés, acabar envolvidos no sistema de justiça criminal, agravando a sua psicopatologia.³⁶ Aliás, os indivíduos com PBP estão sobrerrepresentados em estabelecimentos prisionais comparativamente ao resto da comunidade, com taxas que vão variando entre 25 e 50%.³⁷ Newhill, Eack & Mulvey (2009) observaram que as pessoas que padecem desta PP não só praticam a autoagressão, como a maioria também acaba por agir com violência contra outras pessoas, geralmente familiares, amigos ou conhecidos (normalmente em contexto de rejeição ou instabilidade emocional). Existe uma incidência elevada de comorbilidade com a PASP e altos níveis de psicopatia. Contudo, no estudo, ao inserir essas novas variáveis, o efeito preditivo independente da PBP sobre a violência diminuiu significativamente.³⁶

Não há abundância de estudos que apurem a relação entre a PBP e o comportamento homicida. No entanto, num estudo britânico a 90 homens presos por homicídio ³⁸, verificaram-se características de personalidade borderline em 49% dos indivíduos, e outro estudo ³⁹ veio a revelar que a PBP foi das Perturbações Psiquiátricas mais frequentemente diagnosticadas numa amostra de 100 homicidas.³⁷

2.3.2 Homicídio e Perturbação da Personalidade Antissocial

A Perturbação da Personalidade Antissocial (PASP) tem como características o desrespeito e violação dos direitos dos outros, recorrendo a padrões comportamentais de exploração e manipulação, sendo que essas características já terão de estar presentes aos 15 anos de idade. A diferença entre PASP e Psicopatia incide no facto da Psicopatia juntar também a esses comportamentos mencionados os fatores da insensibilidade, falta de emoção e falta de remorso, que são fatores afetivos. Envolve, portanto, dimensões comportamentais, afetivas e interpessoais mais extremas do que a PASP.⁴⁰

O diagnóstico de psicopatia utiliza a escala PCL-R para a avaliação, tendo este instrumento em conta se os sujeitos são insensíveis, manipuladores, impulsivos, têm falta de remorsos, se estão envolvidos em condutas consideradas antissociais. Em infratores federais, haverá uma prevalência de 15% a 25% de indivíduos considerados psicopatas, sendo a presença de psicopatia relevante para apurar risco de reincidência de violência. Um estudo a 125 homicidas no Canadá terá sido o primeiro a avaliar a associação entre a forma mais severa de violência, o homicídio, e a evidência de psicopatia. Foi observado que o homicídio instrumental era muito mais prevalente nos homicidas com elevada psicopatia comparativamente aos restantes, que demonstraram maior probabilidade de perpetrar os seus crimes de forma reativa ou passional. Aliás, quase todos os

homicídios perpetrados por psicopatas foram principalmente instrumentais.⁴¹. Isto porque, de acordo com as características típicas da personalidade psicopática, estes normalmente estão focados em obter um benefício pessoal, seja mero estatuto, dinheiro, benefício sexual. Portanto, os homicídios por eles praticados normalmente têm um objetivo e, por vezes, o objetivo será satisfazer inclinações sádicas e predatórias, também frequentemente associadas a abuso de substâncias.⁴²

2.3.3 Exemplo de Homicídio Perpetrado por Doente com Perturbação da Personalidade

De acordo com Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça a 30-03-2017 com número de processo 199/15.1PEOER.L1.S1 ⁴³:

Indivíduo que matou o seu filho bebé de 5 meses com uma facada no hemitórax esquerdo para se vingar da sua companheira que tinha acabado de o rejeitar. Antes de o fazer dirigiu-se a uma pastelaria, bebeu um cálice de vinho do porto e esqueceu-se das compras no estabelecimento. Ao chegar a casa, efetuou uma videochamada para a companheira para que esta pudesse observar o momento do crime. Neste circunstancialismo, o arguido deslocou-se à cozinha e rodou os quatro manípulos dos botões do fogão que acionaram a saída de gás dos bicos.

Em termos de antecedentes, o arguido tinha dificuldades de relacionamento com o pai, demonstrava desmotivação pela aprendizagem na escola e revelava comportamentos de rebeldia em contexto escolar, reprovando consecutivamente por faltas. No ensino secundário, começou a acompanhar colegas com condutas desviantes e a ter experiências de consumo de haxixe e álcool. Aos 17 anos teve de assumir um filho após gravidez não planeada com uma antiga companheira, deixando os estudos e começando a trabalhar. A certa altura iniciou tratamento em Unidade de Alcoologia, mas falhou em cumprir com o tratamento. O arguido teve acidentes de viação motivados por condução sob efeito de álcool e foi descrito como uma pessoa violenta e agressiva sempre que se etilizava. Revelou alguns problemas em manter uma vida laboral e financeira estável, assim como problemas em manter relacionamentos afetivos. Em 2013 foi-lhe diagnosticado um Síndrome de Dependência Alcoólica e chegou a estar internado após comportamentos para suicidários e na sequência de problemas familiares. Ao longo da sua vida foi tendo vários contactos com o sistema de administração da justiça pela prática de crimes.

A peritagem do Instituto de Medicina Legal revelou que o arguido apresenta um distúrbio da personalidade, concretamente um psiquismo compatível com uma personalidade "borderline". No entanto, nada existe nos autos que permita inferir dessa psicopatia um estado de

inimputabilidade aquando dos crimes que cometeu. Pelo contrário, a sequência do comportamento e o discurso usado nas comunicações feitas, decorrentes do que se provou, mostram que o arguido estava no uso das suas capacidades.

A ingestão de álcool associada a esse tipo de personalidade pode ter propiciado ou potenciado os contornos da conduta que assumiu, mas daí a dar-se por assente que o arguido não se apercebeu de que estava a cometer crimes e crimes graves, ou então que, tendo essa consciência nada podia fazer para travar os seus impulsos, vai uma grande distância. Sobretudo se, como se provou, o arguido "tinha conhecimento de que quando consumia álcool, e quando misturava o consumo de álcool com o consumo de produtos estupefacientes e medicamentos, tornava-se numa pessoa violenta, com o que se conformou.

O sentido de atuação do comportamento do agente não oferece dúvidas. Usando a expressão cara ao autor a que atrás nos referimos, não existe uma rutura na compreensão da conexão entre a pessoa e a sua atuação (diferentes seriam as coisas se por exemplo, em vez de matar o filho tivesse matado um qualquer cidadão ou tivesse tentado pegar fogo a outra casa).

O arguido foi condenado por um crime de homicídio qualificado dos arts. 131º e 132º, nº 1 e nº 2 als. a), c) e e), todos do CP, na pena de 22 anos de prisão, numa moldura abstrata que vai de 12 a 25 anos de prisão, situando-se o meio da moldura nos 18 anos e 6 meses de prisão.

O arguido era o pai da vítima, esta tinha 5 meses, sendo, pois, um ser altamente vulnerável e indefeso. Quis vingar-se da mãe da criança que queria pôr fim à relação que tinham de marido e mulher. Só uma destas circunstâncias chega para se qualificar o crime do art. 131º do CP, revelada a especial perversidade ou censurabilidade, funcionando as restantes como agravantes gerais.

O arguido era também quem cuidava do filho diariamente, e tal não impediu que o matasse de forma brutal. Acresce que o modo de execução do crime, com a realização de videochamadas para a companheira, levando-a a assistir "em direto" ao crime, denuncia uma crueldade enorme. O grau de ilicitude do crime é portanto muito elevado bem como o grau de intensidade dolosa.

O impacto na comunidade de um comportamento como este é devastador e daí serem muito grandes as necessidades de prevenção geral positiva. Quando à prevenção especial colocam-se também exigências elevadíssimas. Já se sublinhou a dependência do álcool como um fator de agressividade e violência que tem sempre acompanhado ao arguido, e a perícia realizada dá-nos conta da elevada perigosidade do mesmo. O registo criminal do arguido mostra-nos três condenações por condução de veículo, alcoolizado.

Este quadro levaria a que a pena a aplicar tivesse que se situar muito perto do limite máximo, não fora a problemática aditiva e a personalidade "borderline" do arguido. Mas tendo em conta uma e outra, importará entrar em linha de conta com mais considerações.

Não oferece dúvida que, não tanto ao nível cognitivo, mas no que respeita ao domínio da vontade, a capacidade de o arguido resistir aos impulsos para ações criminosas estava enfraquecida.

Por um lado, quando bebe álcool, o arguido fica violento e agressivo. Por outro lado, a sua personalidade psiquicamente anómala despoleta emoções violentas de controlo mais difícil do que para o comum das pessoas. Mas esta situação tem que ser caldeada com a consideração de que o recorrente tinha clara consciência dos efeitos provocados pelo álcool na sua pessoa.

E quanto à prática do crime repentinamente, na sequência de um impulso emocional súbito, a diminuição do controlo sobre essas emoções diminuiria necessariamente a responsabilidade e a culpa. Isto, no entanto, segundo uma tese tradicional, própria de uma postura simplesmente mecanicista.

Acontece é que o efeito das emoções na responsabilidade penal tem que ver, não tanto com a intensidade da emoção e sim com o seu conteúdo. O relevante é saber se as emoções expressam juízos de valor adequados ou não. Se a indignação e revolta do agente se explicam por terem sido atingidos valores comunitariamente bem aceites ou, pelo contrário, se o agente atuou por se sentir ferido no seu ego empolado ou nos seus interesses exclusivamente egoístas.

Esta postura, que reputamos de acolher sem mais, fora de qualquer contexto psiquicamente anómalo, perde evidentemente força, estando como estamos perante uma personalidade "borderline". É por isso que no caso, e apesar de tudo, terá que se ter em conta um fator atenuativo com relevo derivado da psicopatia do arguido.

Depois de todo o exposto, e ponderadas as determinantes de sinal contrário em jogo, entende-se que a pena justa a aplicar por este crime se deve situar nos vinte anos de prisão, tanto mais que essa pena se mostra também suficiente para atender à perigosidade revelada.

Foi condenado ainda por mais três crimes: de incêndio, explosão e outras condutas especialmente perigosas na forma tentada, com a pena de 2 anos e 6 meses de prisão. De profanação de cadáver ou de lugar fúnebre, também na forma tentada, com a pena de 8 meses de prisão. E de consumo de estupefacientes na pena de 4 meses de prisão.

Por todo o exposto se decide em conferência da 5ª secção do STJ conceder parcial provimento ao recurso e condenar o arguido na pena de vinte anos de prisão pela prática do crime de homicídio qualificado dos arts. 131º e 132º, nº 1 e nº 2 als. a), c) e e), todos do CP, e em cúmulo com as restantes penas parcelares aplicadas pelos crimes em que também foi condenado, na pena conjunta de vinte e um anos de prisão.

2.3.4 Perturbações da Personalidade e Imputabilidade

Em termos de imputabilidade, no que respeita aos factos praticados por indivíduos que padecem de PP, perturbações psiquiátricas que afetam a capacidade de autodeterminação, não há uma resposta uniforme por parte da Psiquiatria Forense. Quase todos os indivíduos que padecem de PP e que perpetraram crime(s) são considerados imputáveis por não haver pressupostos médico-legais de inimputabilidade. Contudo, em determinadas situações, poder-se-á considerar uma imputabilidade diminuída, se pusermos em questão o facto do sujeito beneficiar em ser tratado, para assim precaver uma recidiva de violência. O problema que assoma é o facto de muitos destes criminosos terem perigosidade social e, consequentemente, atribuir-lhes penas menos gravosas pode resultar em situações social e criminalmente mais gravosas.¹³

Discussão

É considerado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação. Ou eventualmente quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não accidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída. Contudo, a definição de anomalia psíquica não tem contornos muito bem precisos, havendo, em alguns casos, margem para dúvida decorrente da subjetividade inerente ao assunto.

A subjetividade que advém da definição de anomalia psíquica e da questão da imputabilidade diminuída, prevista no artigo 20.º n.º2 do CP, gera um problema para a Psiquiatria e para o Direito Penal, nomeadamente nas situações em que é discutível a influência de uma anomalia psíquica como condicionante de vida e dos comportamentos. A questão de algumas PP configura uma situação fronteira para a discussão dessa problemática.

Estudos têm vindo a verificar uma maior atividade criminal por parte dos indivíduos com patologia mental grave. Através dos resultados na literatura encontrada, retiramos que quase 50% dos reclusos culpados de homicídio consumado ou na forma tentada geralmente padecem de pelo menos uma Perturbação Mental. Uma perturbação frequentemente diagnosticada foi a do Uso de Substâncias, sendo que muitas vezes estaria associada a uma outra perturbação. A comorbilidade de várias perturbações também é um achado frequente, como é o caso da associação entre múltiplas perturbações de personalidade. Tanto os sujeitos com Perturbações de Personalidade com características psicopáticas e doentes com sintomatologia psicótica, principalmente do tipo *“threat/control-override”* têm maior propensão à criminalidade e, consequentemente, a cometer homicídio.

No caso selecionado do indivíduo com uma Psicose potenciada por álcool e canabinóides, sendo esta uma doença que frequentemente pressupõe inimputabilidade, o passo seguinte indicado seria averiguar se o arguido estaria em fase aguda de doença no momento do ato, com sintomatologia psicótica positiva, não tendo capacidade de avaliar a ilicitude do crime ou não conseguindo controlar as suas ações com base na sua avaliação. São geralmente delírios de perseguição e alucinações que impulsionam o comportamento agressivo por parte destes doentes, logo não haverá maior perigosidade se estes tiverem compensados da sua doença. Dando como provada a ligação entre o ato ilícito e os delírios/alucinações, torna-se clara a determinação do arguido como incapaz de se autodeterminar e, por isso, inimputável. Assim sendo, e dada a

perigosidade elevada do sujeito relatada em perícia, foi-lhe aplicada a medida de internamento de 15 anos em estabelecimento destinado a inimputáveis.

No caso do indivíduo com PBP, surgem mais dúvidas. Como se verificou na leitura, a PBP está sobrerrepresentada em estabelecimentos prisionais, havendo notória relação entre esta patologia e o comportamento criminal por impulsividade e instabilidade emocional. E o comportamento agressivo, habitualmente, é dirigido a familiares e a pessoas próximas, como foi o caso do arguido desta exposição. Contudo, esses indivíduos não deixam de padecer de uma patologia mental que condiciona largamente o curso da sua vida. E como os traços de um indivíduo com uma PP com características psicopáticas são exatamente o desrespeito pelo outro, pela sociedade e ausência de sentimento de culpa, a consequência que daí advém é, frequentemente, uma vida de crime. Ainda para mais, como há preconceito relativamente a este tipo de patologias, devido ao sinistro carácter das pessoas que delas padecem, elas acabam por ser subdiagnosticadas. Por isso, grande parte destes sujeitos não chega a receber o tratamento indicado ao seu controlo.

O indivíduo que aqui expusemos já havia sido diagnosticado com uma PBP e uma Perturbação de Dependência Alcoólica e, nos seus antecedentes, revelou fraca capacidade de integração na sociedade, fracos relacionamentos afetivos e conduta delinquente frequente. Sabe-se que o álcool juntamente com uma PBP potencia este tipo de comportamentos violentos. Contudo o referido sujeito já teria noção dessa mesma relação de causalidade. Uma dependência alcoólica, porém, por definição, limita fortemente a capacidade do indivíduo em controlar o consumo.

Portanto, se por um lado o arguido tinha consciência dos efeitos que o álcool provocava na sua pessoa e, ainda assim, foi ingerir um cálice de vinho do porto, por outro, este apresenta uma PP que descompensa com uma Perturbação de Dependência Alcoólica, modificando o seu comportamento, dificultando o controlo das suas reações emocionais e violentas. Esta anomalia, da qual o sujeito não tem culpa, configura, então, um fator atenuativo, apesar de este ter sido considerado imputável. Daí que a pena por homicídio qualificado, juntando as atenuantes, perigosidade elevada e características de especial perversidade ou censurabilidade na perpetração do crime, tenha sido em 20 anos em estabelecimento prisional.

Conclusões

É premente o estudo mais aprofundado da relação entre as Patologias Mentais e o Crime, principalmente em casos dúbios em termos de avaliação. Ainda que seja virtualmente impossível colmatar todas as falhas, a prioridade será incidir nos pontos de maior discussão para diminuir a subjetividade num sistema que preza a justiça. Claro que a decisão final caberá ao juiz, mas é a investigação das psicopatologias que permitirá uma melhor compreensão da sua influência no ato criminal e fundamentará uma melhor decisão.

Referências Bibliográficas

1. Constituição Da República Portuguesa - Sétima Revisão Constitucional – Assembleia da República; 2005.
2. Código Penal Português, 1995 Decreto Lei nº 48/95. Atualizado até à Lei n.º 58/2020, de 31 de agosto
3. Código de Processo Penal - Atualizado até à Lei n.º 39/2020, de 18/08
4. Dias J de F. Sobre a Inimputabilidade Juridico-Penal Em Razão de Uma Anomalia Psíquica: A Caminho de Um Novo Paradigma-Separata de Estudios Penales y Criminológicos XIII. Universidade de Santiago de Compostela: 1990
5. Young G. International Journal of Law and Psychiatry Psychiatric / psychological forensic report writing. Int J Law Psychiatry. 2016;49:214-220
6. Lourenço MJ. Entre Direito, Psiquiatria e Psicologia: Interdisciplinaridade da Inimputabilidade. (ED) Universidade do Minho -, Direito E de, eds. Estud Direito, Ciência e Prova. Publicado online 2019:49-77
7. Teixeira JM. Inimputabilidade e esquizofrenia na legislação portuguesa. Editorial. 2008;X:7-11.
8. Pizarro de Almeida C. Modelos de Inimputabilidade.; 2000.
9. Taipa de Carvalho A. Direito Penal, Parte Geral - Questões Fundamentais, Teoria Geral Do Crime. 3rd ed.; 2016
10. Veiga AM. “ Concurso ”de crimes por inimputáveis em virtude de anomalia psíquica: “ Cúmulo ” de medidas de segurança? JULGAR - N.º 23 Coimbra Editora, Publicado online 2014
12. Vieira F, Brissos S. Direito e psiquiatria. JULGAR. Publicado online 2007.
13. Vieira F, Cabral AS, Latas AJ. A (In)imputabilidade e a Perícia Psiquiátrica Prevista no Artigo 159º do CPP. In: Vieira F, Cabral AS, Saraiva CB, eds. Manual de Psiquiatria Forense. PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2017:145-159.
14. Pinto M. A Imputabilidade diminuída nas situações delimitadas na alínea E) do n.º2 do artigo 132.º do Código Penal e a sua compatibilidade com a aplicação exclusiva de. Publicado online 2018.
15. Lourenço B, Vieira F. Da Avaliação do Risco de Violência à Prognose Jurídica da Perigosidade. In: Manual de Psiquiatria Forense. 1ª. PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2017:175-196.
16. Silva E. The HCR-20 and violence risk assessment – will a peak of inflated expectations turn to a trough of disillusionment, BJPsych Bull. 2020;44(6):269-271
17. Green B, Carroll A, Brett A. Structured risk assessment in community forensic mental health practice. Australas Psychiatry. 2010;18(6):538-541
18. Telles LEDB, Day VP, Folino JO, Taborda JGV. Reliability of the Brazilian version of HCR-20 assessing risk for violence. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(3):253-256
19. Neves AC, Gonçalves RA, Palma-Oliveira JM. Assessing risk for violent and general recidivism: A study of the HCR-20 and the PCL-R with a non-clinical sample of Portuguese offenders. Int J Forensic Ment Health. 2011;10(2):137-149
20. Tengström A, Grann M, Långström N, Kullgren G. Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. Law Hum Behav. 2000;24(1):45-58
21. Castro C, Moreira D, Almeida F. Voluntary homicides and premeditation: A comprehensive review. Psiquiatr , Psicol Justiça. Publicado online 2020.
22. Mitjavila MR, Mathes PG. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: Estratégias discursivas e modelos etiológicos. Physis. 2012;22(4):1377-1395
23. Almeida F. Perturbações Psiquiátricas e Criminalidade. In: Manual de Psiquiatria Forense.

- PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2017:411-427.
24. Valença AM, De Moraes TM. Relationship between homicide and mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(Suppl):s62-8
 25. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(5):393-401
 26. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med.* 2004;34(3):433-442
 27. Golenkov A, Large M, Nielssen O, Tsymbalova A. Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. *Asian J Psychiatry.* 2016;23:87-92
 28. Almeida F. *Homicidas Em Portugal*. 1st ed. (PUBLISMAI -Departamento de Publicações do Instituto Superior da Maia, ed.); 1999.
 29. Taylor PJ, Leese M, Butwell DWM, Daly R. A special (high security) hospital study. Published online 1993.
 30. Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Monahan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Crim Behav Ment Heal.* 1996;6(4):309-329
 31. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study. *Schizophr Res.* 2010;123(2-3):263-269.
 32. Laajasalo T. Colorado Blvd., Denver, Colorado. * * *. 2006;253:3070
 33. Acórdão do STJ a 27-03-2019, com o número de processo 141/15.OPVLSB-B.S1
 34. Swinson N, Webb R, Shaw J, Sciences P. The prevalence of severe personality disorder in perpetrators of homicide. 2021;57:49-57
 35. Mela M, Audu M, Tesfaye M, Gurmu S. A developing world perspective on homicide and personality disorder. *Med Sci Law.* 2014;54(3):132-138.
 36. Newhill CE, Eack SM, Mulvey EP. Violent behavior in borderline personality. *J Pers Disord.* 2009;23(6):541-554. doi:10.1521/pedi.2009.23.6.541
 37. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality and criminality. *Psychiatry.* 2009;6(10):16-20.
 38. Dixon L, Hamilton-Giachritsis C, Browne K. Classifying partner femicide. *J Interpers Violence.* 2008;23(1):74-93.
 39. Yarvis RM. Axis I and axis II diagnostic parameters of homicide. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1990;18(3):249-269.
 40. Johnson SA. Understanding the violent personality: antisocial personality disorder, psychopathy, & sociopathy explored. *Foresic Res Criminol Int J.* 2019;7(2).
 41. Woodworth M, Porter S. In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(3):436-445.
 42. Carabellese F, Felthous AR, Mandarelli G, et al. Women and Men who Committed Murder: Male/Female Psychopathic Homicides. *J Forensic Sci.* 2020;65(5):1619-1626
 43. Acórdão do STJ a 30-03-2017 com número de processo 199/15.1PEOER.L1.S1