

2.º CICLO DE ESTUDOS
MESTRADO EM CRIMINOLOGIA

Avaliação do Risco em Inimputáveis em Razão de Anomalia Psíquica

Mariana Esteves Duarte

M

2025



Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Criminologia, elaborada sob a orientação do Professor Doutor Jorge Albino Quintas de Oliveira.



AGRADECIMENTOS

O culminar deste estudo reflete não só a dedicação própria a uma matéria delicada em que se acredita, mas o apoio de todos aqueles que mesmo nem compreendendo o alcance ou finalidade do esforço, nunca deixaram que me afastasse dos meus ideais.

À minha família, em especial aos meus pais, pelos valores e apoio incondicional. Ao meu irmão e cunhada, por estarem sempre ao meu lado. Ao meu noivo, pela paciência inesgotável, por ser calma em dias de tempestade. Aos amigos, que souberam respeitar o silêncio e intermediá-lo com carinho, celebrando cada conquista.

Ao Dr. Francisco Navalho e ao Dr. Jorge Marques, por acreditarem neste estudo e abrirem, sem hesitarem, as portas que o tornaram possível. À Equipa de Coimbra, em especial ao Dr. Miguel, à Dr.^a Cristina, à Dr.^a Susana e à D. Paula, obrigada pelo acolhimento e disponibilidade.

À Doutora Ana Cristina Neves, um agradecimento muito especial pela prontidão na disponibilização de materiais imprescindíveis à realização do estudo empírico.

À equipa Manuela Nunes Ferreira – Advogados, R.L., pela compreensão e incentivo constante à busca pelo conhecimento, por acreditarem na importância das minhas ausências, sem nunca me fazerem sentir ausente.

Ao meu incansável orientador, Professor Doutor Jorge Quintas, o meu mais sincero reconhecimento, pela exigência aliada à confiança, por ser inspiração constante e guiar-me na construção do meu próprio caminho.

RESUMO

Os ofensores portadores de doença mental são há largos séculos um grande desafio para a justiça criminal e execução das penas, sendo que o estigma que associa a doença mental ao crime, à violência e à perigosidade não encontra verificação empírica. Alguns dos ofensores que padecem de doença mental são considerados inimputáveis e perigosos para os efeitos previstos no artigo 20º do Código Penal e sujeitos a medidas de segurança de internamento. As decisões de libertação desses ofensores, particularmente, face à diminuição dos tempos de internamento gerada pela Nova Lei de Saúde Mental, tornam imprescindível o investimento na avaliação do risco de recidiva. A literatura científica estabelece que os fatores relevantes para essa avaliação são comuns a todos os ofensores, independentemente de padecerem de doença mental ou de terem sido declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica.

No presente estudo, realizamos a avaliação do risco numa pequena amostra de pessoas em situação de privação de liberdade, incluindo uma comparação do risco de recidiva criminal entre imputáveis e inimputáveis e entre instrumentos de avaliação. Encontramos uma divergência entre os resultados obtidos com o HCR-20 e o VRAG-R que pode derivar da própria natureza instrumentos e dos diferentes fatores subjacentes a cada um. Além disso, existem fatores de risco com diferente importância nos dois grupos estudados. Os imputáveis apresentam um perfil marcado pela versatilidade criminal, pela idade precoce no primeiro incidente violento e no crime em cumprimento, pelo desajuste precoce e delinquência juvenil, bem como pela maior história criminal não violenta e de problemas com álcool ou drogas. Por outro lado, os inimputáveis, além dos fatores clínicos analisados, apenas apresentaram uma maior instabilidade nos relacionamentos amorosos face aos imputáveis. Em geral, os fatores que mais se relacionaram com o maior risco de recidiva criminal foram os antecedentes criminais, a falha em anteriores medidas alternativas ou de flexibilização da sanção, os consumos abusivos de álcool e a falta de apoio social e familiar. Estes resultados contribuem para destacar a necessidade de implementar avaliações específicas do risco nos inimputáveis, apresentando indicadores relevantes para a tomada de decisão quanto à sua libertação e permitindo aos serviços de reinserção social e ao sistema de justiça direcionar os planos de reabilitação destes ofensores à intervenção nestes preditores.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação do risco; inimputáveis em razão de anomalia psíquica; fatores de risco; recidiva criminal.

ABSTRACT

Mentally disordered offenders have been a significant challenge for criminal justice and enforcement of penalties for many centuries, with the stigma linking mental illness to crime, violence, and dangerousness lacking empirical support. Some offenders suffering from mental illness are considered not guilty by reason of insanity (NGRI) and dangerous for the purposes outlined in Article 20 of the Portuguese Penal Code and are subjected to security measures of hospitalization. The release decisions of these offenders, particularly considering the reduction of the hospitalization periods caused by the New Portuguese Mental Health Law, make investment in risk assessment essential. Scientific literature establishes that the relevant factors for this assessment are common to all offenders, regardless of whether they suffer from mental illness or have been found NGRI.

In the present study, we conducted a risk assessment on a small sample of individuals in a situation of deprivation of freedom, including a comparison of recidivism risk between those considered guilty and those considered NGRI, as well as between assessment instruments. We found a divergence between the results obtained with the HCR-20 and the VRAG-R, which may stem from the distinct nature and the different factors underlying each instrument. Furthermore, there are risk factors that hold different importance in the two studied groups. The guilty offenders exhibit a profile marked by criminal versatility, early age at the time of the first violent incident and the index offense, early maladjustment and juvenile delinquency, as well as a greater history of non-violent criminal offenses and alcohol or drug problems. On the other hand, the NGRI offenders, besides the clinical factors analyzed, only showed higher instability in romantic relationships compared to the guilty offenders. Overall, the factors most associated with the higher risk of criminal recidivism were criminal history, failure in previous alternative or lenient measures, alcohol abuse, and lack of social and family support. These results contribute to emphasizing the need to implement specific risk assessments for individuals found NGRI, providing relevant indicators to decision-making regarding their release, and allowing social reintegration services and the justice system to guide rehabilitation plans for these offenders toward intervention on these predictors.

KEYWORDS: assessment risk; not guilty by reason of insanity; risk factors; criminal recidivism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ac.	Acórdão
Art.º/Arts.	Artigo/Artigos
Cfr.	Confrontar
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CEPMPL	Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DL	Decreto-Lei
HCR-20	Historical Clinical Risk Management-20
INE	Instituto Nacional de Estatística
JPE	Juízo Profissional Estruturado
N.º	Número
NLSM	Nova Lei de Saúde Mental
p./pp.	Página/Páginas
PCL-R	Psychopathy Check-List - Revised
RGEP	Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais
RNR	Risco, Necessidades e Responsividade
ss.	Seguintes
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
TRC	Tribunal da Relação de Coimbra
VRAG	Violence Risk Assessment Guide
VRAG-R	Violence Risk Assessment Guide – Revised

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I – ESTADO DA ARTE	11
CAPÍTULO 1 - DA DOENÇA MENTAL À INIMPUTABILIDADE	11
1.1. Relação entre doença mental, violência e crime	11
1.1.1. Que doenças mentais podem relacionar-se com o risco de violência?	13
1.1.2. Que crimes tendem a ser praticados por ofensores com doença mental?	14
1.2. Risco de recidiva criminal entre ofensores com doença mental	15
1.3. Inimputabilidade e aplicação de medida de segurança de internamento	17
CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DO RISCO	22
2.1. Avaliação do risco em geral	22
2.1.1. Principais abordagens na avaliação do risco	25
2.1.2. Fatores preditivos da recidiva	27
2.2. Avaliação do risco em ofensores com doença mental.....	31
2.3. Instrumentos de avaliação do risco	35
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	38
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	38
1.1. Objetivos e questões de investigação	38
1.2. Procedimentos	39
1.3. Instrumentos e medidas.....	40
1.4. Amostra	46
CAPÍTULO 2 – RESULTADOS	51
2.1. Risco de recidiva criminal e respectivos perfis na amostra	51
2.2. Comparação do risco em função dos fatores presentes na amostra	57
CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	70
LEGISLAÇÃO	77
WEBGRAFIA.....	79
ANEXOS	80

ANEXO 1: REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO NA DGRSP	80
ANEXO 2: GRELHA DE ANÁLISE.....	82
ANEXO 3: ORGANIZAÇÃO DOS ITENS DA PCL-R SEGUNDO HARE (1991)	85
ANEXO 4: ORGANIZAÇÃO DOS ITENS DA PCL-R SEGUNDO COOKE & MICHIE (2001).....	85
ANEXO 5: ORGANIZAÇÃO DOS ITENS DA PCL-R SEGUNDO HARE (2003)	86
ANEXO 6: TRADUÇÃO DA FOLHA DE COTAÇÃO DO VRAG-R.....	87
ANEXO 7: ANÁLISE DOS ITENS DO HCR-20	92
ANEXO 8: COTAÇÕES TOTAIS NO HCR-20	93
ANEXO 9: COTAÇÕES TOTAIS NO VRAG-R.....	94
ANEXO 10: ANÁLISE DOS ITENS DO VRAG-R	95
ANEXO 11: COTAÇÕES TOTAIS NA FACETA 4 DA PCL-R.....	96
ANEXO 12: ANÁLISE DOS ITENS DA FACETA 4 DA PCL-R.....	96

INTRODUÇÃO

A associação entre doença mental e criminalidade tem sido amplamente investigada internacionalmente. A ideia de que um ofensor que sofre de doença mental deve receber tratamento especial no processo penal está profundamente enraizada na maioria das sociedades. O estudo dos doentes mentais na criminologia assenta sobretudo em identificar os fatores individuais, sociais ou contextuais que influenciam a conduta criminosa, e a verdade é que qualquer avaliação do risco exige a consideração de fatores como a idade, a família, o meio em que o ofensor se insere socialmente, o emprego que tem, o lazer e as suas atividades recreativas, o abuso de álcool ou drogas, os antecedentes criminais, o stress ou o autocontrolo.

Os estudos existentes sobre inimputáveis em razão de anomalia psíquica em Portugal cingem-se à descrição das características sociodemográficas, clínicas e jurídicas. Nesse sentido, parece-nos pertinente testar em território nacional as conclusões da literatura internacional, até pela importância social que trará, atenta a entrada em vigor da Nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho), que tem feito diminuir os tempos de internamento em cumprimento de medida de segurança e agitado as opiniões públicas. Se, por um lado, os constitucionalistas louvam a alteração legislativa, a população em geral preocupa-se com a ideia de que o crime praticado por um doente mental se relaciona com a sua patologia que, muitas vezes, não tem cura. Assim, importará perceber se a existência de doença mental é ou não um importante fator de risco a considerar ou, por outras palavras, de que forma a existência de uma perturbação psiquiátrica contribui para a compreensão de um eventual conjunto de circunstâncias que estão por detrás do crime, pois que o estigma que afeta qualquer doente mental agrava-se sempre que, concomitantemente, seja agente de um crime.

No presente estudo, debruçamo-nos sobre ofensores em cumprimento de medida de segurança de internamento, sobre os quais não é possível formular um juízo de culpa em relação ao crime praticado, mas um juízo de perigosidade: os inimputáveis em razão de anomalia psíquica. O objetivo a que nos propomos consiste em estudar o risco de recidiva criminal de ofensores inimputáveis em razão de anomalia psíquica em cumprimento de medida de segurança de internamento, comparando as suas características com as dos ofensores em cumprimento de pena de prisão.

Nesse sentido, numa primeira parte desta dissertação iremos explorar de forma teórica o estado da arte quanto à relação entre doença mental, violência, crime e recidiva, quanto às concretas doenças que podem relacionar-se com o risco de violência, os crimes que tendem a

ser praticados por ofensores com doenças mentais e, destes, quais aqueles que são considerados inimputáveis em razão de anomalia psíquica e sujeitos a medida de segurança de internamento, bem como as principais medidas alternativas ou de flexibilização desta.

Seguidamente, iremos focar a nossa atenção na literatura científica sobre avaliação do risco, desde a avaliação do risco em geral, à avaliação do risco em ofensores com doença mental, compreendendo quais as abordagens utilizadas e quais os principais fatores de risco de recidiva. Para melhor avaliar o risco, existem inúmeros instrumentos de previsão do comportamento criminoso, aos quais se recorre partindo dos vários fatores reconhecidos empiricamente. Uns darão melhores resultados do que outros; assim como uns darão melhores resultados em relação a ofensores inimputáveis em razão de anomalia psíquica.

A Nova Lei de Saúde Mental, pela diminuição dos tempos de internamento em cumprimento de medida de segurança por virtude da eliminação da possibilidade de prorrogação da medida de segurança (revogação do n.º 3 do art.º 92º do CP e do art.º 162º do CEPML e alteração da al. m) do art.º 138º, n.º 4 do CEPML) e da alteração da periodicidade da revisão da medida (art.º 93º, n.º 2 do CP), veio reforçar a necessidade de avaliar o risco de recidiva criminal destes ofensores, de modo a que as decisões de colocação em liberdade para prova ou de cessação da medida de segurança de internamento sejam adequadas.

Numa segunda parte da presente dissertação de mestrado, procuramos comparar o risco de recidiva criminal entre dois grupos - inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento; e imputáveis em cumprimento de pena de prisão -, recorrendo a uma metodologia quantitativa, com os resultados da avaliação do risco realizada através de dois instrumentos internacionais (HCR-20 e VRAG-R), que serão igualmente comparados.

Serão testadas as hipóteses de os inimputáveis em razão de anomalia psíquica em internamento terem níveis de riscos inferiores aos condenados em cumprimento de pena de prisão, bem como de existirem diferentes perfis de risco nesses dois grupos e de existir uma diferenciação dos níveis de risco em função das características sociodemográficas, clínicas e jurídicas, mas também em função de outros fatores considerados de risco pela literatura.

Pretende-se que, com este estudo, se conheçam os níveis de risco na amostra, mas também os preditores que estão presentes em cada grupo de pessoas privadas da liberdade, trilhando caminho para uma avaliação do risco de recidiva criminal específica dos ofensores declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica, de modo que, futuramente, se possa intervir diretamente nos fatores de risco dinâmicos e, assim, promover a diminuição do risco de recidiva após a cessação da medida de segurança.

PARTE I – ESTADO DA ARTE

CAPÍTULO 1 - DA DOENÇA MENTAL À INIMPUTABILIDADE

1.1. Relação entre doença mental, violência e crime

Os ofensores portadores de doença mental são geralmente vistos pelas comunidades como indivíduos particularmente perigosos, independentemente da (in)existência de uma declaração de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica.

Desde os anos 80, os estudos neste âmbito (Monahan & Steadman, 1983; Rabkin, 1979) sugeriam não existir relação entre as doenças mentais e o crime. Nos anos 90 a perspectiva desses estudos foi mudando e, com a preocupação de se estudar e prever o risco, os autores começaram a partir do pressuposto da existência dessa relação (Monahan, 1993). Ainda assim, vários estudos desenvolvidos em meio hospitalar não mostraram uma correlação significativa entre a previsão da violência e a violência real (Monahan & Steadman, 1996).

Em Portugal, os estudos efetuados por Almeida & Costa (1992) e Almeida (1998) apontavam uma taxa de homicídios praticados por ofensores portadores de doenças mentais maiores (esquizofrénicos e indivíduos com psicose paranoide) muito superior à da população em geral, ainda que apenas 8,3% desses ofensores tenham sido declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica (Almeida, 2013). Num estudo mais recente, Almeida (1999) concluiu que os inimputáveis em razão de anomalia psíquica foram responsáveis por uma taxa de apenas 7,5% dos homicídios registados na zona do Porto (Almeida, 2013).

Atento o universo de doenças mentais atualmente existente, importa debruçarmo-nos sobre os doentes mentais maiores, pois estes padecem de doenças mais graves, como a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos bipolar e da personalidade e disfunções sexuais, de que mais comumente se tem ocupado a literatura. Existem duas Classificações Internacionais onde encontramos estes diagnósticos, uma da Organização Mundial da Saúde - a Classificação Internacional das Doenças (CID), e outra da Associação de Psiquiatria Americana – o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), que são a base de identificação das doenças mentais.

Como explicam Dahlin et al. (2009), há mais de 40 anos, a 70% dos homicidas suecos era ordenado o tratamento psiquiátrico, em vez de determinado o cumprimento de uma pena de prisão, esta que registava apenas 25%. Hoje sucede precisamente o contrário, muito por virtude

da mudança no entendimento do conceito de “doença mental grave”, pois que uma visão mais abrangente deste conceito pode levar ao tratamento psiquiátrico quando, na verdade, há algumas perturbações psiquiátricas particularmente mais graves, que estão mais associadas a crimes violentos. É nesses casos que deve ser ponderado o juízo de inimputabilidade e, então, determinado o tratamento psiquiátrico. Por outro lado, existem outras perturbações psiquiátricas que constituem fatores de risco importantes, mas que não implicam a existência de uma verdadeira anomalia psíquica capaz de justificar o tratamento psiquiátrico. Hodiernamente, por exemplo, raramente uma perturbação de personalidade é considerada por si só uma doença mental grave, o que faz com que nesses casos não exista fundamento a um juízo de inimputabilidade e seja, então, determinada a prisão do ofensor.

No início do século XX, assinalou-se uma aceitação da relação entre a violência e a doença mental em geral (Brennan et al., 2000; Walsh et al., 2002; Bénézech et al., 2002). Começaram a surgir algumas evidências que mostravam que, apesar da maioria das pessoas com doenças mentais maiores (como a esquizofrenia) e transtornos afetivos graves (como depressão e bipolaridade) não se envolvesse em atos violentos, a probabilidade de adotarem condutas violentas seria maior para pessoas com doenças mentais do que para pessoas mentalmente saudáveis. Inclusive, os doentes mentais maiores revelaram estar associados a uma maior probabilidade de prisão por um ato violento (Brennan, et al. 2000). Assim, parecia até clara a existência de uma relação entre a doença mental e a violência.

Existe um consenso geral de que a doença mental grave aumenta o risco de violência, no entanto, a literatura tem mostrado que, sozinha, não apresenta uma relação estatística com a violência futura (Van Dorn et al., 2012). Embora se constate uma relação estatística com a violência em algumas doenças mentais graves (como a esquizofrenia), esta representa apenas uma pequena proporção da violência perpetrada numa certa população (Varshney et al., 2016). Nesse sentido, a compreensão da relação entre doença mental e violência deve considerar a conjugação de vários fatores históricos, clínicos e sociodemográficos, e não, simplesmente, o facto de o indivíduo padecer de uma doença mental grave, uma vez que os estudos mostram que esta não previu de forma independente o comportamento violento futuro (Elbogen & Johnson, 2009; Varshney et al., 2016). Os doentes mentais constituem, na verdade, uma pequena proporção dos ofensores violentos (Varshney et al., 2016).

1.1.1. Que doenças mentais podem relacionar-se com o risco de violência?

Os estudos existentes indicam-nos que alguns transtornos mentais aumentam o risco de violência, com taxas mais elevadas em indivíduos com diagnóstico de abuso de substâncias, seguido por transtornos de personalidade de tipo B e, em menor grau, transtornos do espectro da esquizofrenia (Nestor, 2002).

Importa também notar que muitos dos ofensores com doença mental não têm apenas uma doença, mas duas ou mais. Além disso, a presença de sintomas no momento da prática do crime não significa necessariamente que os sintomas influenciaram essa conduta. Quando uma pessoa com esquizofrenia ou outra doença psicótica é gravemente violenta, é apenas provável que os delírios tenham sido um fator importante para a prática do crime.

As evidências relativas à influência do álcool ou drogas na prática de crimes violentos e perigosos por doentes mentais têm sido controversas, mas tendem a concluir que o abuso de substâncias é um fator significativo e importante, que aumenta o risco de um doente mental praticar um crime, sobretudo quando conjugado com outras condições, como a personalidade antissocial (Andrews & Bonta, 2010a). Todavia, o consumo excessivo de álcool ou drogas é preditor da violência também em pessoas mentalmente saudáveis, ainda que seja provável que o consumo exacerbado de álcool e drogas seja mais comum entre pessoas com doença mental.

Os estudos portugueses têm mostrado que mais de metade dos inimputáveis em razão de anomalia psíquica em cumprimento de medida de segurança de internamento apresentam um diagnóstico de esquizofrenia (Almeida et al., 2010). Este tipo de diagnóstico, a dependência de álcool e de drogas já demonstraram taxas elevadas de violência, assim como também as demonstraram os ofensores com apenas esquizofrenia ou só com personalidade cognitiva paranoide. Todavia, nos estudos mais recentes, a esquizofrenia não revelou ser um preditor significativo de recidiva geral ou violenta, na verdade, os transtornos mentais mais graves não revelaram quase nenhuma relação com a recidiva violenta, sendo que a esquizofrenia já foi inclusive considerada fator de proteção, correlacionando-se negativamente com a recidiva violenta (Andrews & Bonta, 2010a).

Mesmo nos casos em que o crime foi praticado em psicose, esta também não demonstrou ser um preditor útil de recidiva, visto que o estado psicótico é transitório e passível de tratamento. Muito menos a presença de um transtorno de humor (como a ansiedade ou depressão), é, atualmente, capaz de prever a recidiva geral ou violenta (Bonta et al., 2014).

Em geral, a literatura científica aponta uma correlação significativa entre as personalidades paranoicas, narcisistas e passivos-agressivas e a violência. O narcisismo ou egoísmo ameaçador revelaram ser fatores preditivos da violência, assim como se encontra demonstrado que sintomas psicóticos paranoides, como os delírios, representam fatores de risco para a violência (Nestor, 2002). Paralelamente, encontramos a psicopatia, que tem mostrado uma relação com a violência em vários estudos e com diferentes tipos de amostras (Douglas et al., 1999). A personalidade antissocial é um dos melhores preditores do comportamento criminoso (Andrews & Bonta, 2010a).

1.1.2. Que crimes tendem a ser praticados por ofensores com doença mental?

A literatura tem mostrado que a esquizofrenia está mais fortemente associada à violência pessoal (Taylor et al., 1998). Os crimes sexuais, de dano e de incêndio, por sua vez, revelaram-se mais comuns em ofensores com transtorno de personalidade (Taylor et al., 1998). Por sua vez, a proporção de ofensores com delírios e alucinações revelou-se maior entre ofensores que cometeram crimes violentos (designadamente, homicídios) do que entre os que cometeram outros tipos de crimes (Taylor et al., 1998).

Os crimes violentos são os mais comuns entre inimputáveis em razão de anomalia psíquica, em especial, o homicídio, e, em geral, as ofensas à integridade física, o uso de armas, o incêndio, o roubo e os crimes sexuais (Adjorlolo et al., 2019).

Os estudos portugueses apontam uma grande percentagem de crimes de homicídio praticados por inimputáveis em razão de anomalia psíquica, comparativamente com baixas percentagens para outros crimes, como furto, roubo, incêndio e crimes sexuais (Almeida et al., 2010). Os ofensores declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica foram os que mais provavelmente mataram parentes de sangue, sobretudo pais, em contrapartida com os homicidas condenados, que foram os que mataram quaisquer outras pessoas.

Estas evidências, porém, relacionaram-se sempre com as perceções paranoicas e com a própria personalidade do ofensor, pois os estudos demonstram que os sintomas psicóticos, excluindo a paranoia, podem estar associados a níveis mais baixos de violência ao longo do tempo, designadamente quando consideradas as taxas de recidiva criminal.

1.2. Risco de recidiva criminal entre ofensores com doença mental

Os crimes cometidos por doentes mentais maiores aumentam o estigma associado às doenças mentais e reforçam a crença comum, embora imprecisa, de que todas as pessoas com doença mental são perigosas. Consequentemente, aumentam o sentimento de rejeição da comunidade face aos doentes mentais e reforçam o entendimento geral de que a aplicação de penas de prisão e medidas de segurança de internamento é a única forma de zelar pela segurança da sociedade e evitar a recidiva criminal destes ofensores. Esta associação da doença mental à conduta criminosas tem por base um modelo psicopatológico de comportamento criminoso, que tem como variáveis o sofrimento pessoal, como a ansiedade e depressão, e a sintomatologia psicótica, como alucinações, procurando-se explicar o crime e a recidiva a partir da doença mental e salientando-se a necessidade de tratamento da patologia.

A literatura científica tem-se debruçado essencialmente sobre o risco de recidiva criminal entre ofensores com doenças mentais mais graves, considerados inimputáveis e perigosos, designados nos estudos internacionais “*mentally disordered offenders*” e genericamente associados a crimes bizarros e violentos (Andrews & Bonta, 2010a).

A meta-análise de Bonta et al. (1998) examinou a relação entre várias doenças mentais e a recidiva, de onde se extrai que as doenças mentais mais graves não têm quase nenhuma associação com a recidiva violenta, sendo que a evidência de qualquer perturbação mental foi negativamente associada à recidiva geral e à recidiva violenta.

A doença mental parece ser um fator de risco menor (Andrews & Bonta, 2010a). Os únicos fatores clínicos relevantes são o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial e o histórico de internamentos psiquiátricos. Ainda assim, o transtorno de personalidade antissocial revelou ser um preditor significativamente melhor do que qualquer outro transtorno (Bonta et al., 1998).

Uma meta-análise mais recente (Bonta et al., 2014) examinou a relação entre a doença mental e a recidiva através da comparação das taxas de recidiva entre ofensores com e sem doença mental, concluindo-se que a doença não representa um preditor significativo da recidiva geral. Apesar de historicamente associada ao risco de violência, a doença mental não se encontra entre aqueles que são hodiernamente considerados fatores de risco de recidiva. Conforme iremos aprofundar adiante, os fatores históricos são os melhores preditores da criminalidade futura, ainda que seja sempre relevante considerar fatores de risco dinâmicos, pois esses podem ser objeto de intervenção em qualquer ofensor.

A literatura que se debruça sobre a análise da relação entre a doença mental e a recidiva criminal conclui que os ofensores com doença mental normalmente estão associados a uma menor recidiva. Aliás, quando se comparam ofensores com e sem doença mental, os primeiros mostram ser menos propensos à recidiva. Também o histórico de tratamento da doença não mostrou estar relacionado com a recidiva geral, ainda que um estudo tenha concluído existir uma relação entre o tratamento e a recidiva violenta (Bonta et al., 1998, 2014).

Os estudos demonstram que os ofensores com doença mental que têm antecedentes criminais são os que apresentam um maior risco de recidiva, assim como aqueles que, além do diagnóstico de doença mental, conjugam comportamentos aditivos relacionados ao álcool ou drogas (Varsney et al., 2016), o que desde já sugere que os preditores de recidiva podem muito bem ser os mesmos preditores presentes nos ofensores mentalmente saudáveis. Nesse sentido, a redução da recidiva criminal deve focar-se mais na literatura criminológica psicossocial e menos dependência de modelos de psicopatologia (Andrews & Bonta, 2010a)

A verdade é que os profissionais vêm sendo treinados para pensar que a simples fragilidade da saúde emocional e psicológica leva a comportamentos desviantes, ou seja, que todo e qualquer desajuste psicológico está associado a condutas criminosas, mas o foco na instabilidade psicológica, não é, porém, de grande utilidade para a redução da recidiva criminal, pois o distúrbio psicológico não está correlacionado com o comportamento criminoso. A avaliação da instabilidade psicológica para a avaliação do risco de recidiva criminal é, na verdade, irrelevante (Bonta, 2006). À semelhança da relação entre doença mental e violência, a compreensão da relação entre doença mental e recidiva deve considerar as várias características do ofensor, sendo as características clínicas ou psicopatológicas as menos relevantes para a compreensão da recidiva criminal (Bonta et al., 1998).

Sucedem que os inimputáveis em razão de anomalia psíquica conjugam, muitas vezes, não só uma doença mental maior, mas também um histórico de abuso de álcool ou substâncias, este que é extremamente relevante do ponto de vista da intervenção e redução do risco de recidiva. As intervenções específicas devem, por isso, ser dirigidas em especial, a ofensores que, além de uma doença mental, apresentem comportamentos aditivos, privilegiando-se a prevenção do consumo de substâncias em doentes com psicose, sem descuidar da necessidade de avaliação do risco como forma de prevenir a recidiva (Alves & Almeida, 2011).

1.3. Inimputabilidade e aplicação de medida de segurança de internamento

Algumas doenças mentais podem diminuir ou anular a capacidade de um ofensor formular uma intenção, pelo que o que está inerente ao conceito de inimputabilidade é uma incapacidade do ofensor em avaliar a ilicitude do facto ou de se determinar de acordo com essa avaliação. Nem todas as perturbações mentais são suscetíveis de gerar uma situação de inimputabilidade e nem aquelas que o são significam, de forma automática, a inimputabilidade do ofensor. O legislador não fez equivaler a doença mental à anomalia psíquica que gera inimputabilidade, pelo contrário, criou um conceito diferenciado.

Nesse sentido, estabelece o artigo 20º, n.º 1 do Código Penal que “é inimputável quem, por força de anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação”. Assim, alguns ofensores com doença mental grave são declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica.

A consequência jurídica do facto ilícito praticado por inimputável – como refere Dias (1993) -, por definição, incapaz de culpa - não é uma pena, mas uma medida de segurança, que só pode ser aplicada se for proporcional à gravidade do facto e à perigosidade presente e futura do agente (artigo 40º, n.º 3 do Código Penal; Antunes, 2002). A medida de segurança surge então como resposta ou reação jurídica à especial perigosidade criminal, sendo esta perigosidade o principal pressuposto da aplicação de uma medida de segurança que, nos casos mais graves, leva ao internamento (Antunes, 2013, 2020; Silva, 2008).¹

Em alternativa ao internamento, devem ser ponderadas outras medidas menos gravosas, como é o caso da suspensão da execução do internamento (art.º 98º e ss. do CP), uma vez que o internamento, pela inerente privação da liberdade, constitui uma medida de última *ratio* (art.º 18º, n.º 2 da CRP), obedecendo a requisitos rígidos: (i) o agente tem de ter “praticado um *facto ilícito típico*”; (ii) tem de ser *declarado inimputável* nos termos do artigo 20º; e (iii) tem de haver “fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie”, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado (art.º 91º do CP).

Desde logo, é considerado facto ilícito todo aquele que se encontrar expressamente previsto e seja punido pela lei penal. Na senda de Antunes (2002), o facto que determina a

¹ Sem prejuízo da existência de outras medidas de segurança não privativas da liberdade, alternativas ao internamento (arts. 97º, 98º, 100º, 101º e 102º do CP e 508º do CPP), a aplicação de uma medida de segurança deve obedecer aos princípios básicos do direito penal, em especial, ao disposto nos arts. 18º, n.º 2, 29º e 30 da CRP e 1º, 2º, 91º, 92º, 124º do CP (Antunes, 2013).

medida de segurança de internamento é o mesmo que determina a inimputabilidade do agente em razão de anomalia psíquica.

Por sua vez, é declarado inimputável, nos termos do art.º 20 do CP, o indivíduo que, no momento da prática do facto, não tiver capacidade ou tiver capacidade diminuída para avaliar a ilicitude do mesmo ou para se determinar de acordo com essa avaliação, por virtude de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina. Não basta, porém, uma qualquer doença mental para que o ofensor seja declarado inimputável em razão de anomalia psíquica. Esta anomalia (pressuposto biológico) deve ser acompanhada da incapacidade de autodeterminação face ao facto ilícito, pelo que terá sempre de se sujeitar o ofensor a uma perícia médico-legal, para avaliar essa (in)capacidade (Vieira et al., 2017).

É necessária então uma cooperação entre profissionais e uma análise casuística, até porque a declaração de inimputabilidade não opera fora do processo onde foi proferida, nem vale para todo e qualquer crime (STJ, 2021)², tem de ser apreciada segundo as circunstâncias do caso concreto. O diagnóstico de doença mental não é por si só suficiente para que um indivíduo seja declarado inimputável, é necessário que o seu estado psicopatológico o incapacite de avaliar a sua conduta ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

Os conceitos de inimputabilidade e de anomalia psíquica são conceitos puramente jurídicos, incluindo não só as doenças mentais, mas “qualquer “anomalia psíquica”, como psicoses, psicopatias, perturbações de consciência e personalidades com reações anómalas” (Calheiros, et al., 2019, p. 52). A anomalia psíquica não é um diagnóstico médico, é uma linguagem jurídico-penal que abarca uma realidade mais ampla, pois “equivale a qualquer motivo que prive o agente o exercício das suas faculdades intelectuais ou de autodeterminação no momento da prática dos factos”, tendo de ser “grave o suficiente de tal modo que torne o agente incapaz de aferir da ilicitude do seu ato, no momento da prática dos factos” (Calheiros, et al., 2019, pp. 54 e 55).

O fundando receio de que o agente venha a cometer outros factos da mesma espécie diz respeito ao estado de perigosidade criminal verificado pericialmente. A perigosidade é também um constructo jurídico (Lourenço & Vieira, 2017), que deve ser ponderado judicialmente, se necessário, com o auxílio das perícias previstas nos artigos 159º e 160º do CPP. Este juízo de perigosidade é referente ao passado, ao presente e de prognose quanto ao futuro comportamento

² Acórdão proferido em 16/06/2021, no processo n.º 35/20.7PJOER.L1.S1, pelo relator Nuno Gonçalves. Disponível em <https://www.dgsi.pt>

do agente, apontando um fundado receio de que o indivíduo, por virtude da anomalia psíquica de que padece, venha a praticar novo crime.

O juízo de prognose reconduz-se, por isso, à avaliação do risco. Se o juízo, emitido pelo Tribunal, após informação de perito médico-legal, fizer prever que o agente virá a praticar outros factos ilícitos da mesma natureza, então o juízo será de prognose desfavorável e o indivíduo será sujeito a medida de internamento (Vieira et al., 2017).

Verificados estes pressupostos, a decisão de aplicação da medida de segurança de internamento tem ainda de indicar o tipo de instituição em que será cumprida e a sua duração máxima e mínima, nos termos permitidos pelo Código Penal (Silva, 1994). O limite máximo aplicável corresponde ao limite máximo da pena aplicável ao crime praticado pelo ofensor (art.º 92º do CP), no entanto, quando um inimputável pratica vários crimes, o limite máximo da medida de segurança corresponde ao limite máximo da pena aplicável ao crime mais grave (TRC, 2023)³. Quanto ao limite mínimo, o Código Penal prevê, no n.º 2 do art.º 91º, que “quando o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime contra as pessoas ou a crime de perigo comum puníveis com pena de prisão superior a cinco anos, o internamento tem a duração mínima de três anos”.

A medida de segurança de internamento é, preferencialmente, executada em unidade de saúde mental não prisional e, sempre que se justificar, em estabelecimentos prisionais ou unidades especiais, cabendo ao diretor-geral dos Serviços Prisionais a decisão de afetação (artigo 126º, n.º 2 e 3 do CEPML e artigo 252º, n.º 2 do RGEP).

Portugal dispõe atualmente de três unidades de saúde não integradas no sistema prisional, que pertencem ao Sistema Nacional de Saúde, tendo sido estabelecidas através do Despacho n.º 12406/2019, de 27 de Dezembro: o Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, pertencente ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; o Hospital Júlio de Matos, pertencente ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; e o Hospital de Magalhães Lemos, no Porto. Por sua vez, existem duas clínicas sob o domínio do Ministério da Justiça: a Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, em Matosinhos, e a Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental do Hospital Prisional de São João de Deus, em Caxias.

Segundo o INE, em 31 de dezembro de 2024, 348 inimputáveis estavam a cumprir medida de segurança de internamento, sendo que 183 estavam adstritos a clínicas psiquiátricas

³ Acórdão proferido em 11/10/2023, no processo n.º 679/19.5PBCLD.C1, relatora Cristina Branco. Disponível em <https://www.dgsi.pt>

prisões e 165 a clínicas e hospitais não prisionais, sendo o total de ofensores privados da liberdade (imputáveis e inimputáveis), na mesma data, de 9645.

A execução da medida de internamento é acompanhada pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), um serviço central da administração direta do Estado, com autonomia administrativa e que tem por missão desenvolver políticas de prevenção criminal, de execução das penas e medidas e de reinserção social e gestão articulada e complementar dos sistemas tutelar educativo e prisional, assegurando a dignidade humana e a defesa da ordem e da paz social (cfr. arts. 1º e 2º da Lei Orgânica da DGRSP - DL n.º 215/2012, de 28 de Setembro; art.º 3º, n.º 6 do Decreto-Lei n.º 70/2019, de 24 de Maio).

Na área geográfica de Coimbra, a Equipa de Coimbra da DGRSP, acompanha, atualmente, tanto os inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento, como os condenados adstritos ao Estabelecimento Prisional ou em meio livre (Decreto-Lei 12063/2024, de 14 de Outubro, em vigor desde 1 de janeiro de 2025).

A instituição onde é cumprido o internamento organiza um processo individual do internado e, pelo menos, anualmente é elaborado um relatório de acompanhamento que é remetido ao Tribunal de Execução das Penas (Silva, 1994).

É obrigatória ainda a elaboração de um plano terapêutico e de reabilitação, estruturado em função das necessidades, aptidões individuais e avaliação do risco, o qual requer a participação de especialistas em saúde mental e a homologação pelo Tribunal de Execução das Penas, sendo depois atualizado periodicamente, em função das necessidades do internado (arts. 128º, n.º 1, 3 e 4 do CEPML e 11º do DL n.º 70/2019, de 24 de maio). Este plano deve incluir um conjunto de intervenções clínicas e de reabilitação psicossocial e respeitar a individualidade e dignidade do internado, promover o seu envolvimento e dos seus familiares, compreender atividades ocupacionais e terapias individuais ou grupais, privilegiar a sua integração em programas de reabilitação e criar as condições necessárias para a continuidade do tratamento após a libertação (arts. 11º, n.º 2 do DL n.º 70/2019 e 128º, n.º 2 do CEPML).

O RGEP prevê algumas especificidades da execução da medida de segurança de internamento no seu art.º 252º e ss., entre as quais encontramos o acompanhamento médico permanente. Todavia, a execução de uma medida de internamento em razão de anomalia psíquica orienta-se não apenas para o tratamento psiquiátrico, mas também para a reabilitação do internado e sua reinserção no meio familiar e social, com uma finalidade preventiva quanto à prática de outros factos criminosos e de defesa da sociedade (art.º 126º, n.º 1 do CEPML).

Os inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento podem beneficiar da designada liberdade para prova (arts. 91º, 92º e 94º do CP). Esta possibilidade é agora obrigatoriamente apreciada anualmente, ressaltando-se o limite mínimo de internamento e reexaminando-se a subsistência dos pressupostos que o fundamentaram (arts. 93º e 96º do CP; arts. 158º e 504º do CEPMPL). Além disso, a qualquer momento, pode ser requerida uma revisão da medida, desde que fundada numa causa para a sua eventual cessação.

Neste reexame da situação do internado, o Tribunal analisa os relatórios periciais, bem como os relatórios do estabelecimento de internamento (evolução clínica e comportamental) e dos serviços de reinserção social (enquadramento sociofamiliar e profissional, perspetivas e necessidades de reinserção social) (art.º 158º, n.º 2 e 3 do CEPMPL). É ouvido o Ministério Público, o defensor e o internado, sendo que a presença deste último só pode ser dispensada se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável (Silva, 1994).

Feita esta revisão, o internado é colocado em liberdade para prova se dela resultarem razões para esperar que a finalidade da medida de segurança pode ser alcançada em meio aberto, mostrando-se a libertação compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social (Art.º 40 do CP; Antunes, 2013). O período de liberdade para prova é então fixado entre um mínimo de dois anos e um máximo de cinco, jamais podendo, porém, ultrapassar o limite máximo que for fixado judicialmente (art.º 94º, n.º 3 do CP).

Decorrido o período de liberdade para prova sem que se verifiquem motivos para a sua revogação, a medida de internamento é declarada extinta (art.º 94º, n.º 4 do CP). Pelo contrário, o ofensor será reinternado quando o seu comportamento revelar que o internamento é indispensável ou quando for condenado em pena privativa da liberdade e não se verificarem os pressupostos da suspensão da execução, nos termos do n.º 1 do art.º 50º (art.º 95º do CP).

O instituto da liberdade para prova é um verdadeiro incidente da execução da medida de segurança de internamento (Antunes, 2013) e, como tal, constitui uma verdadeira flexibilização da execução.

Existe uma outra forma de flexibilização da medida de segurança aplicável aos casos específicos de crimes de incêndio florestal, que permite que a medida de segurança de internamento seja restrita aos meses de maior ocorrência de incêndios. Da mesma forma, tanto a suspensão da execução do internamento (art.º 98º do CP), como a liberdade para prova podem subordinar-se à obrigação de permanência na habitação, com vigilância eletrónica, durante o mesmo período de risco de incêndio (art.º 274º-A, n.º 2 e 3 do CP).

Para todos os efeitos, a medida de segurança cessa quando for atingida a duração máxima fixada judicialmente ou, antecipadamente, quando se considerar cessado o estado de perigosidade. Todavia, antes da entrada em vigor da Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho, quando o facto ilícito correspondia a crime punível com pena superior a 8 anos, era possível a prorrogação do internamento por períodos sucessivos de 2 anos até o tribunal entender que efetivamente cessou a perigosidade criminal, o que já não sucede.

Note-se que tem sido dada cada vez mais importância à continuidade do acompanhamento dos inimputáveis após a libertação, mediante contactos estreitos com os serviços locais de saúde e com os serviços de reinserção social (Cfr. art.º 20º do DL n.º 70/2019, de 24 de maio), estando atualmente a ser desenvolvidas sinergias nesse sentido, como é o caso do Grupo de Análise, Monitorização e Acompanhamento (GAMA), criado pelo Despacho n.º 3625/2024, de 4 de abril, que une a DGRSP com o Serviço Nacional de Saúde, serviços de Saúde Mental e Instituto de Segurança Social, com vista à sinalização, avaliação e identificação de respostas sociais e de saúde em casos de libertação de inimputáveis, seja em sede de liberdade para prova ou de cessação da medida de segurança de internamento.

CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DO RISCO

2.1. Avaliação do risco em geral

A avaliação do risco ocupa-se essencialmente da probabilidade de recidiva dos ofensores e sempre foi uma tarefa central para a gestão dos ofensores na justiça criminal e nos sistemas de saúde mental, mas nunca foi fácil (Hanson, 2005). Os estudos nesta matéria têm como finalidade gerir o risco, de modo a potenciar a intervenção, com vista a diminuir o risco e, consequentemente, a recidiva criminal.

Importa desde já definir o risco como o conjunto de características das pessoas e suas circunstâncias que se associam a uma maior chance de atividade criminosa futura (Andrews & Bonta, 2010a). Quer isto dizer que, por exemplo, as atitudes favoráveis à criminalidade se encontram relacionadas ao aumento das chances de comportamento criminoso em comparação com atitudes desfavoráveis à atividade criminosa (Andrews & Bonta, 2010a). Assim sendo, é a ligação das atitudes criminais com a chance de recidiva que as permite definir como um dos fatores de risco. Cumulativamente, o conjunto de fatores de risco para a recidiva criminal são

primordiais para uma cuidada avaliação do risco, sendo habitualmente considerados em cada instrumento de avaliação que a literatura científica tem estabelecido.

Conforme definida por Cunha & Pinheiro (2021), a avaliação do risco é a “análise da probabilidade de ocorrência de determinado acontecimento” (p. 133). Assim, a avaliação do risco de violência ou recidiva tem como objeto a probabilidade de ocorrência de um comportamento violento ou criminal, valendo-se de instrumentos de avaliação previamente criados. A maioria da investigação sobre avaliação do risco, com foco na predição do comportamento criminal (Palmer, 2001), tem especial importância para as decisões de concessão da liberdade condicional ou para prova e de aplicação de outras medidas de flexibilização da execução da pena ou medida de segurança, procurando os melhores preditores e os melhores métodos de intervir nos mesmos para reduzir a recidiva criminal.

De entre mais de uma dezena de princípios que já foram identificados por investigadores, o estudo em avaliação do risco tem assinalado um núcleo fundamental constituído por três princípios a seguir: o princípio do risco (direcionar a intensidade da intervenção ao nível de risco do ofensor); o princípio das necessidades (focar a intervenção nas necessidades criminógenas); e o princípio da responsividade (o tratamento deve ir ao encontro da aprendizagem do ofensor) (Andrews et al., 1990). Estes princípios formam o designado Modelo RNR, fortemente ligado à personalidade geral e às perspetivas de aprendizagem social cognitiva sobre o comportamento humano (Andrews & Bonta, 2010a).

Segundo o princípio do risco, o nível de supervisão a exercer junto de um ofensor dever ser proporcional ao seu nível de risco, pelo que as intervenções mais intensivas devem ser direcionadas aos ofensores com maior risco de recidiva, enquanto os ofensores com menor risco devem ter intervenções mínimas (Andrews et al., 1997; Navalho & Neves, 2017). Assim, o ponto de partida para o cumprimento deste princípio é diferenciar os casos de baixo risco dos casos de maior risco, o que será mais confiável com recurso a um julgamento profissional estruturado (Andrews & Bonta, 2010a).

A consideração deste princípio é importante, porque existem estudos que demonstram que a intervenção junto de ofensores de baixo risco, na verdade, aumenta a probabilidade de um resultado negativo (Andrews & Dowden, 2006). Neste aspeto, a literatura recomenda que sejam evitadas interações entre indivíduos de baixo e de alto risco (Andrews & Bonta, 2010a). Na verdade, a base deste princípio é o facto de o comportamento criminoso ser suscetível de predição e de ser possível alcançar melhores resultados combinando os níveis de intervenção

com os níveis de risco do ofensor, ou seja, para um ofensor de baixo risco, nenhuma ou a mínima intervenção será suficiente (Andrews & Bonta, 2010a).

Por outro lado, é imprescindível o tratamento dos fatores de risco conhecidos como causas do crime, exigindo-se, então, uma avaliação das necessidades criminógenas, de maneira a que a intervenção seja dirigida a estas (Andrews et al., 1990; Navalho & Neves, 2017), para o que são fundamentais instrumentos de avaliação do risco atuariais (que incluem fatores de risco estáticos e dinâmicos). Como veremos adiante, as necessidades criminógenas são fatores de risco dinâmico e servem como alvos intermediários, ou seja, são parâmetros de previsão e que devem ser tratados, pois são, no fundo, os aspetos ou características de uma pessoa ou de uma sua situação que, quando sofrem uma alteração, se associam a mudanças no comportamento criminoso (Andrews et al., 1990).

Os ofensores têm muitas necessidades, algumas totalmente relacionadas ao comportamento criminoso (ou seja, fatores de risco dinâmicos ou necessidades criminógenas) e outras que têm uma relação causal diminuta com o comportamento criminoso (necessidades não criminógenas) (Andrews & Bonta, 2010a). São necessidades criminógenas as atitudes pro-criminais (pensamentos, valores e sentimentos), a personalidade antissocial (baixo autocontrolo, hostilidade, desconsideração pelos outros, insensibilidade), a falta de ambição, a instabilidade conjugal, o abuso de substâncias, a falta de atividades pro-sociais de lazer/recreação. Por sua vez, são necessidades não criminógenas: a autoestima, os sentimentos vagos de desconforto emocional (ansiedade, tristeza), a doença mental maior (esquizofrenia, depressão maníaca), o medo da punição e a falta de atividade física (Andrews & Bonta, 2007). A intervenção nas necessidades criminógenas deve ser movida no sentido de tornar estes fatores de risco em fatores de proteção (Andrews & Bonta, 2010a).

Os autores identificaram então vários fatores de risco e constataram que a maioria (à exceção da história criminal) são dinâmicos, os quais designaram necessidades criminógenas. Assim, se a maioria dos fatores de risco são dinâmicos, obviamente, os ofensores de maior risco têm mais necessidades criminógenas. Nesse sentido, as avaliações dinâmicas de risco/necessidade são cruciais, porque identificam essas necessidades, as quais, por sua vez, servem de alvos para a reabilitação. Além disso, a literatura demonstra que a redução das necessidades criminógenas está intimamente relacionada com a redução da recidiva (Andrews et al., 1990; Andrews & Bonta, 2010b). Por outro lado, a redução das necessidades não criminógenas normalmente pode servir para fins motivacionais, mas não significa uma redução da probabilidade de praticar um ato criminoso. O tratamento clínico, como a redução da

ansiedade ou melhoria da empatia emocional, por exemplo, não demonstram validade preditiva dinâmica (Andrews & Bonta, 2010a).

O Modelo RNR determina ainda que o conteúdo dos programas deve ser articulado com as características individuais de aprendizagem e reconhece a importância da relação terapêutica, mas também da intervenção cognitivo-comportamental estruturada para o tratamento correccional eficaz (Andrews et al., 1990). É o princípio da responsividade que reconhece a importância de individualizar a reabilitação de acordo com as características cognitivas, de personalidade e socioculturais do ofensor, reconhecendo a relevância da intervenção baseada em métodos com eficácia demonstrada na mudança do comportamento (Navalho & Neves, 2017). Quer isto dizer que a análise do concreto ofensor é tão importante quando o ofensor é portador de doença mental como quando não padece de qualquer patologia, sendo que, quando se está perante doentes mentais, é necessário detetar as características da doença mental capazes de gerar um comportamento violento. Conforme assinalam Andrews & Bonta (2010a), uma doença mental pode constituir um importante fator específico de responsividade no seio do modelo RNR.

A literatura distingue ainda a responsividade geral da responsividade especial, enquanto métodos que se mostram eficazes na mudança e prevenção da recidiva. A primeira diz respeito ao uso de técnicas cognitivas e comportamentais de aprendizagem social, de modo a promover o desenvolvimento de competências, enquanto a segunda, considerando as características individuais, como a idade, o género e a raça, visa adaptar as intervenções às concretas características das pessoas, motivando-as à mudança, ou seja, a estratégia de intervenção é adaptada às características do ofensor (Andrews & Bonta, 2007, 2010b).

A conjugação do risco, necessidades e responsividade, pode, assim, constituir um grande contributo para a redução da recidiva criminal pretendida com a avaliação do risco.

2.1.1. Principais abordagens na avaliação do risco

Os estudos sobre avaliação risco podem adotar uma abordagem clínica – segundo a qual a avaliação é feita com base na experiência de profissionais e clínicos (Harris & Lurigio, 2007) –, ou atuarial – em que a avaliação é feita através de modelos estatísticos (Jaber & Mahmoud, 2015).

A literatura está marcada pela importância dos modelos atuariais que, por empregarem modelos estatísticos numa avaliação estruturada, são mais objetivos, mas os métodos clínicos

de avaliação do risco (estruturados e não estruturados) coexistem e continuam a ser aplicados em exclusivo, sobretudo quando estão em causa ofensores com doenças mentais, já que, em relação a estes, inicialmente, só eram aplicados métodos clínicos.

O modelo clínico passa sempre pela análise da personalidade, apreciando, por exemplo, o controlo dos impulsos, a regulação dos afetos, o egoísmo ou narcisismo e, sobretudo, no caso dos doentes mentais, a doença e o seu nível de controlo ou remissão. Neste modelo encontramos, desde logo, a avaliação clínica não estruturada, que se baseia em exclusivo na opinião clínica e no predomínio dos aspetos psicopatológicos.

Os estudos têm demonstrado que os julgamentos profissionais de risco realizados por profissionais da área clínica altamente treinados não são muito precisos, sendo que entre os principais pontos fracos encontramos o facto de os motivos da decisão serem subjetivos e de não serem validados empiricamente, mostrando-se imprescindível a consideração dos fatores de risco validados empiricamente de maneira estruturada (Andrews & Bonta, 2010a).

Assim, quando se usam ferramentas atuariais para apoiar a avaliação clínica, as previsões de comportamentos violentos ou criminosos são mais precisas, permitindo saber se o indivíduo se tornará ou não violento no futuro. Foi nesse sentido que surgiu o Juízo Profissional Estruturado (JPE), possibilitando uma análise sistemática e objetiva das necessidades criminógenas do indivíduo (Cunha & Pinheiro, 2017).

O JPE beneficia da avaliação estruturada dos fatores de risco oriundos dos existentes instrumentos de avaliação do risco, embora estes sejam conjugados com os dados clínicos, realizando-se um julgamento profissional (Lourenço & Vieira, 2017).

Por sua vez, os métodos atuariais fazem a avaliação a partir de fatores de risco estáticos (como os antecedentes criminais, o histórico de abuso de drogas) ou fatores de risco dinâmicos (necessidades criminógenas). Existem fortes evidências de que a combinação destes dois tipos de fatores é melhor para a avaliação, conferindo-lhe maior validade preditiva (Andrews & Bonta, 2010a).

Não obstante, os instrumentos de avaliação de risco atuariais não estão isentos de críticas, destacando-se o facto de a grande maioria não apresentar uma base teórica e de serem constituídos essencialmente por itens estáticos e históricos, ignorando fatores teóricos relevantes, como a relação com pares antissociais (Andrews & Bonta, 2010a).

O modelo atuarista demonstrou o poder preditivo da idade e dos antecedentes criminais, enquanto o modelo clínico, com variáveis como os sintomas e diagnósticos, falhou na previsão da violência. Para obter avaliações do risco mais concretas, a literatura aborda a possibilidade

de combinar os métodos clínicos com os atuariais (Jaber, F. S., & Mahmoud, K. F., 2015), designadamente, através do designado Juízo Profissional Estruturado.

A utilidade do modelo clínico de avaliação do risco tem sido questionada por causa da fraqueza que apresenta na identificação de fatores de risco relevantes (Bonta, Law & Hanson, 1998; Phillips et al., 2005), sendo que as abordagens atuariais fornecem uma melhor precisão preditiva, pois são estruturadas, quantitativas e empiricamente vinculadas a um critério relevante. Baseados na literatura científica, Andrews & Bonta (2010a) não hesitam em afirmar que as avaliações clínicas têm um péssimo desempenho no âmbito da saúde mental forense, visto que as avaliações são feitas com base na gravidade do transtorno psiquiátrico e do crime, sendo que estes fatores não estão correlacionados com a recidiva criminal.

Atualmente, já é possível prever a recidiva violenta de longo prazo com precisão moderada a alta, no entanto, continuam a debater-se os melhores métodos de avaliação do risco. Por exemplo, Harris, Rice & Quinsey (1993), partindo de instrumentos atuariais para prever a recidiva criminal geral, documentaram combinações derivadas empiricamente de variáveis clínicas comuns que podem ser usadas para prever a recidiva violenta de longo prazo. Por outro lado, Andrews, Bonta & Gendreau distinguiram entre outros fatores de risco (Andrews & Bonta, 1998; Gendreau, Little & Goggin, 1996). Andrews & Bonta (2010a) apontam como principais diretrizes para a avaliação do risco a utilização de medidas atuariais de risco, com base teórica relevante, o foco na avaliação das necessidades criminógenas e da responsividade, na validade preditiva do instrumento e na sua relevância para a reabilitação dos ofensores, recomendando ainda a utilização de vários métodos de avaliação e várias amostras distintas.

A década de 90 viu crescer rapidamente as ferramentas de avaliação de risco com base empírica, tanto considerando elementos clínicos e históricos, como medidas totalmente atuariais, mas sempre reunindo aqueles que foram sendo considerados fatores de risco de recidiva (Hanson, 2005).

2.1.2. Fatores preditivos da recidiva

Por razões de ordem prática, os preditores do comportamento criminoso são chamados fatores de risco (Andrews & Bonta, 2010a). Desde cedo que a literatura distinguiu os fatores estáticos dos dinâmicos. São estáticos quando se relacionam com as características do indivíduo, do seu passado e não são passíveis de mudança (como a idade da primeira condenação) ou mudam apenas numa direção (a idade, por exemplo) e são dinâmicos quando

são passíveis de mudança, correspondendo às necessidades criminógenas (Andrews & Bonta, 2010b). Alguns fatores de risco dinâmico são relativamente estáveis, ocorrendo a sua mudança em semanas, meses ou anos, como é o caso dos relacionamentos interpessoais, enquanto outros mudam de forma instantânea ou imediata (preditores dinâmicos agudos), como é o caso do estado emocional de raiva ou desejo de vingança (Andrews & Bonta, 2010a).

A literatura refere-se ainda a alguns fatores de proteção, ou seja, pontos fortes, fatores resilientes, características dos indivíduos que estão associadas a probabilidades mais reduzidas de adotarem uma conduta criminosa, como é o caso da ausência de antecedentes criminais, das relações pro-sociais e da parentalidade normativa (apoio social e familiar), bem como da satisfação com atividades anti-criminais (Andrews & Bonta, 2010a).

Segundo o Modelo de Aprendizagem Social (Andrews & Bonta, 1998), o comportamento criminoso é aprendido por meio de interações complexas entre o cognitivo, o emocional, a personalidade, os fatores biológicos e as contingências ambientais de custo-recompensa, de onde se destacam quatro grandes correlatos do crime - os *Big Four*: história criminal, padrão de personalidade antissocial, atitudes antissociais ou pro-criminais e suporte social para o crime.

Os principais indicadores de uma história de comportamento criminoso incluem a prisão em idade jovem ou a prática de uma grande quantidade de crimes, englobando violações de liberdade condicional. Por sua vez, o padrão de personalidade antissocial afere-se a partir de características como a impulsividade, a busca de prazer e o desrespeito pelos outros. As atitudes antissociais correspondem a “valores, crenças, racionalizações e uma identidade pessoal favorável ao crime”, marcando-se por uma ideia de justificação do crime ou de que este produz uma recompensa. Por fim, a associação a pares pro-criminais corresponde ao designado “suporte social para o crime” (Andrews & Bonta, 2010a, pp. 58-59).

Ainda assim, relevam outras variáveis que Andrews & Bonta (1998) designaram *Moderate Four*: falta de supervisão e relacionamento familiar (facilitador de atitudes e comportamentos antissociais ou inibidor de comportamentos convencionais), problemas de satisfação laboral ou escolar, falta de atividades recreativas pro-sociais e abuso de substâncias.

Neste último conjunto de fatores constata-se a importância das relações familiares, afetivas e interpessoais, constituindo um maior risco as relações de baixa qualidade, os menores níveis de desempenho no trabalho ou na escola, bem como de envolvimento e satisfação em atividades pro-sociais ou anti-criminais.

Conforme explicam Andrews & Bonta (2010a), a relação parental positiva numa família monoparental pode constituir um fator de proteção face à delinquência, mas não será um fator de proteção tão forte quanto a relação positiva numa família com ambos os pais.

Por sua vez, o abuso de substâncias inclui o abuso de álcool e de drogas e representa um maior risco quando o mesmo é atual do que quando o indivíduo tem um histórico de anterior de abuso. Por sua vez, cumpre salientar que a relação entre o abuso álcool e o crime é tendencialmente mais fraca do que a relação entre o abuso de drogas e o crime, isto porque, enquanto o álcool é legal, as drogas em causa neste abuso são ilegais, o que faz com que este abuso aproxime o indivíduo de outros criminosos, acabando de alguma forma por sofrer uma pressão para se envolver noutras atividades criminosas além da droga. Além disso, existem drogas que levam à adoção de um comportamento antissocial e até a ideias paranoicas. Por isso, nas avaliações de risco, mostra-se importante separar o abuso de álcool do abuso de drogas, ainda que nem todos os instrumentos o façam (Andrews & Bonta, 2010a).

Estes dois conjuntos de fatores apresentados formam os designados *Central Eight*, constituindo os principais fatores de risco capazes de predizer a recidiva criminal, sendo todos fatores de risco dinâmico, à exceção da história criminal. Há quem prefira dizer que estes *Central Eight* são expressão de um único fator, ao qual Hirschi (2004) chamou “baixo auto-controlo” (Andrews & Bonta, 2010a).

Não obstante, deve ser dada primazia aos *Big Four*, sobretudo num estudo como o presente, pois os estudos mais recentes demonstraram que a validade preditiva dos *Central Eight* não foi totalmente testada nos ofensores portadores de doença mental. Os fatores biossociais, como a família de origem, raça, etnia e doença mental, são considerados pela literatura fatores de risco menores (Bonta et al., 2014b).

A meta-análise de Bonta, Law & Hanson (1998) mostrou que as variáveis sociológicas e sociopsicológicas são mais preditivas do risco de recidiva do que as variáveis psicológicas em ofensores com doenças mentais. Nesse estudo, as variáveis preditivas foram divididas em quatro domínios: a demografia pessoal, a história criminal, o estilo de vida desviante e os fatores clínicos. Os dois primeiros são vistos como fatores de risco estático, enquanto os dois últimos são considerados fatores dinâmicos e designados “necessidades criminógenas”.

No domínio demográfico pessoal, concluiu-se que três variáveis foram capazes de prever a recidiva geral: a idade, o sexo (masculino) e o estado civil solteiro. A idade foi um melhor preditor que o estado civil. Os ofensores de raças minoritárias e de classes sociais inferiores não demonstraram ter qualquer relação com a recidiva. Quase todas as variáveis

referentes a antecedentes criminais revelaram ser preditores significativos da recidiva geral, sendo que os participantes que já tinham cometido crimes anteriormente foram os mais propensos a praticar novos crimes (Bonta et al., 1998).

Não obstante a correlação positiva entre antecedentes criminais e recidiva, um subconjunto de variáveis relacionadas com a gravidade do delito demonstrou estar inversamente relacionado com a recidiva geral. Assim, a gravidade da ofensa foi geralmente associada a menor recidiva, mas o histórico de comportamento violento foi positivamente correlacionado com a recidiva geral (Bonta et al., 1998).

A maioria das variáveis relativas ao estilo de vida desviante mostrou uma relação bastante moderada com a recidiva. A disfunção familiar, por exemplo, demonstrou ser um fator preditivo muito significativo para a recidiva, assim como o abuso de substâncias (Bonta et al., 1998). Por sua vez, os problemas de educação e emprego não revelaram ser os fatores mais significativos para a recidiva. Do mesmo modo, os únicos fatores clínicos relevantes foram o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial e o histórico de internamentos psiquiátricos. Ainda assim, o transtorno de personalidade antissocial revelou ser um preditor significativamente melhor do que qualquer outro transtorno, como a esquizofrenia, a depressão maníaca e paranoia (Bonta et al., 1998).

Entre os melhores preditores da recidiva encontramos os antecedentes criminais, sendo que, na literatura geral, é dada pouca importância às variáveis clínicas enquanto preditores de risco, sendo a personalidade antissocial a única exceção.

Na mais recente meta-análise de Bonta et al. (2014), os problemas com o emprego foram considerados preditores significativos da recidiva violenta, mas o nível de educação não foi significativo. Os transtornos de personalidade (não especificados) e a personalidade antissocial ou psicopatia revelaram ser preditores moderados da recidiva violenta. O abuso de drogas foi considerado um melhor preditor da recidiva geral, enquanto o abuso de álcool demonstrou ser um melhor preditor da recidiva violenta, no entanto, estes últimos resultados podem derivar do simples facto de os crimes de tráfico de estupefacientes não serem classificados como crimes violentos (Bonta et al., 2014).

O conhecimento destes preditores provém de vários estudos longitudinais, nos quais foram examinadas as hipotéticas variáveis preditivas em relação ao comportamento criminal futuro, os quais têm a vantagem, face aos estudos transversais, de observar a variação dos correlatos do crime, distinguindo “causas” de “efeitos” do crime (Andrews & Bonta, 2010a).

2.2. Avaliação do risco em ofensores com doença mental

Tem-se discutido até que ponto os ofensores com doenças mentais têm (ou não) fatores de risco específicos que os distingam dos demais ofensores. A coocorrência de doença mental e comportamento violento é amplamente reconhecida, mas as causas continuam incertas, sendo evidente o estigma existente em torno dos ofensores com doença mental, vistos como perigosos incuráveis, ainda que sem sólida base empírica.

O comportamento violento pode ter inúmeras causas e manifestações. Por isso, é importante identificar os verdadeiros fatores de risco dos ofensores com doença mental, uma vez que acaba por existir uma atitude socialmente discriminatória face aos doentes mentais enquanto potenciais agressores violentos, ainda que não sejam considerados perigosos e declarados inimputáveis. Acresce que a avaliação do risco em inimputáveis é importante em situações de revisão da medida de internamento, bem como nas decisões de colocação ou não colocação do internado em liberdade para prova, ainda que a validação dos métodos de avaliação do risco em doentes mentais acarrete inerentes dificuldades metodológicas.

Para a avaliação do risco de recidiva criminal, desde cedo foram analisadas variáveis como a idade, antecedentes criminais, pares antissociais e abuso de substâncias, considerados preditores da conduta criminoso. Não obstante, a certa altura, quando em causa estava um ofensor com doença mental, os preditores considerados válidos para ofensores mentalmente saudáveis pareciam não ser suficientes para a avaliação do risco, mostrando-se necessária a análise de variáveis clínicas, como sintomas psicóticos (paranoia e delírios envolvendo alvos pessoais, alucinações), mas também o abuso de álcool e drogas, os problemas familiares (em especial, o abuso no seio familiar nos casos de delinquência juvenil em doentes mentais) e as circunstâncias socioculturais precárias. Os resultados alcançados com base nesta perspetiva foram piores do que esperado e, por isso, muitos investigadores começaram a incluir outros fatores não psicopatológicos, encontrando resultados surpreendentes, particularmente, que, tratando-se de um ofensor com ou sem doença mental, os preditores da recidiva são os mesmos (Bonta et al., 1998), pelo que o foco num modelo clínico pode mostrar-se inadequado à avaliação do risco em ofensores com doença mental (Bonta et al., 2014).

Na verdade, os estudos que comparam os dados clínicos obtidos de ofensores não portadores de doenças mentais com os obtidos de ofensores portadores de doenças mentais permitem-nos concluir que o risco de recidiva é geral, sendo que os portadores de doenças mentais não representam por si só um fator de risco (Bonta et al., 2014).

A doença mental parece ser um fator de risco menor (Andrews & Bonta, 2010a). Como supra referido, os únicos fatores clínicos relevantes são o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial e o histórico de internamentos psiquiátricos. Ainda assim, o transtorno de personalidade antissocial revelou ser um preditor significativamente melhor do que qualquer outro transtorno (Bonta et al., 1998).

A variável “ofensor com doença mental” foi avaliada em estudos que compararam ofensores com e sem doença mental, os quais concluíram que ter uma doença mental está associado a menor recidiva. Quando comparados com os ofensores mentalmente saudáveis, os ofensores com doença mental revelaram ser menos propensos à recidiva geral e violenta. Também o histórico de tratamento não mostrou estar relacionado com a recidiva geral, não obstante, no que concerne à recidiva violenta, um estudo detetou existir uma relação entre o tratamento e a recidiva (Bonta et al., 1998, 2014).

Ficou claro nas meta-análises de Bonta et al. (1998, 2014) que a avaliação do risco objetivo superou as avaliações clínicas do risco e perigosidade. A maioria das variáveis capazes de prever a recidiva geral também demonstraram ser capazes de prever a recidiva violenta. Os preditores de recidiva encontrados entre os ofensores com doença mental foram praticamente idênticos aos preditores encontrados entre os ofensores sem doença mental. Entre os melhores preditores da recidiva encontramos os antecedentes criminais.

A literatura relacionada aos ofensores com doença mental, sejam ou não considerados inimputáveis em razão de anomalia psíquica, tende a considerar fatores clínicos, tendo presente a sintomatologia psicopatológica (Bonta et al., 2014). Porém, das meta-análises de Bonta et al. (1998, 2014) conclui-se que a maioria desses fatores clínicos e psicológicos pouco releva para a avaliação do risco de recidiva a longo prazo. A maioria das variáveis clínicas não revelou qualquer relação com a recidiva. As doenças mentais graves, como as psicoses e a esquizofrenia, relacionaram-se até de forma inversa com a recidiva geral e violenta e os transtornos de humor, como a depressão, não mostraram qualquer relação com a recidiva.

Com a construção do Violence Risk Assessment Guide (VRAG; Quinsey et al., 1998), foi possível constatar que, de entre ofensores com doença mental, os principais preditores não foram a história psiquiátrica, os diagnósticos ou sintomas clínicos, mas sim a idade precoce no primeiro crime, os antecedentes criminais, o abuso de álcool, a agressividade, a impulsividade, os problemas na escola e no trabalho, a psicopatia e outros transtornos de personalidade, bem como as pontuações no LSI-R (Andrews & Bonta, 2010a, p. 81).

Os estudos que compararam a recidiva de ofensores com doença mental com a de ofensores mentalmente saudáveis concluíram que os ofensores com doença mental têm até menor probabilidade de recidiva (Bonta et al., 1998, 2014). Os ofensores com doença mental apresentam, em média, taxas de recidiva mais baixas, em comparação com os ofensores comuns (Bonta et al., 1998). Tais resultados podem até ser interpretados no sentido em que os ofensores com doença mental estão a ser encaminhados para o sistema de saúde mental e não para os estabelecimentos prisionais, ou, por outro lado, esses resultados podem dever-se ao facto de o conjunto de preditores considerados melhores medidas para a avaliação do risco de recidiva ser formado por variáveis relativas à história criminal, pois com isso é de esperar que os ofensores com doença mental tenham taxas mais baixas de recidiva, quando comparados com ofensores comuns, porque estes são mais propensos a ter antecedentes criminais.

Podemos então desde já afirmar que a avaliação do risco de recidiva de inimputáveis em razão de anomalia psíquica deve considerar a literatura geral, uma vez que a maioria dos preditores é comum. Muitos dos comportamentos violentos praticados por inimputáveis em razão de anomalia psíquica podem ser explicados pelos mesmos fatores que determinam o comportamento antissocial de pessoas mentalmente saudáveis.

Um estudo em meio hospitalar concluiu que a recidiva foi mais comum nos casos de ofensores mais jovens, internados por um período mais curto e que tinham delírios mais frequentes na admissão, com menos registos de internamento (Phillips et al., 2005). O número de infrações anteriores e a idade de admissão foram os fatores que mais fortemente se relacionaram com a recidiva, seguidos da quantidade de dias internamento, da idade da prática do primeiro crime e do diagnóstico de transtorno de personalidade. A idade jovem e o número de ofensas anteriores foram os fatores que se revelaram preditivos mais fortes da taxa de recidiva. Quase todas as variáveis demonstraram que a prática dos novos crimes ocorreu cerca de 3 anos após a alta (Phillips et al., 2005).

Este estudo veio suportar os resultados da meta-análise de Bonta et al. (1998), ao concluir que a história criminal representa o mais forte fator preditivo da recidiva geral em ofensores com doenças mentais maiores, assim como corrobora a afirmação de que a maioria das variáveis preditivas da recidiva geral também são preditivas da recidiva violenta.

Estudos mais recentes revelaram que, com adequado tratamento, os sintomas da doença mental diminuíram, mas a recidiva criminal ocorreu na mesma, por isso, os sintomas das doenças mentais não parecem desempenhar um papel importante na avaliação do risco de recidiva. Aliás, a ineficácia do tratamento para reduzir a recidiva criminal pode mesmo ser

atribuída a uma negligência do Modelo RNR (Andrews & Bonta, 2010a). Por outras palavras, podemos afirmar que o foco num modelo clínico não é adequado para a avaliação do risco e reabilitação dos ofensores com doença mental (Bonta et al., 2014).

A meta-análise mais recente de Bonta et al. (2014) veio reforçar a conclusão de que a maioria das variáveis decorrentes do modelo clínico não são preditores significativos da recidiva geral, excetuando-se, porém, a deficiência intelectual, que revelou agora uma pequena relação positiva com a recidiva. À semelhança de estudos anteriores, esta meta-análise incluiu apenas estudos sobre ofensores com doença mental (cuja amostra engloba 51,6% de ofensores que já foram submetidos a internamento) e respetivas taxas de recidiva quando comparadas com as dos ofensores em geral. A recidiva geral (qualquer recidiva, inclusive violenta) e a recidiva violenta foram especificadas como medidas de resultado, sendo o foco de análise os fatores que constituem os *Central Eight*.

Os resultados mostraram que apenas duas variáveis clínicas são moderada e significativamente preditivas da recidiva geral e violenta: os transtornos de personalidade (não especificados) e a personalidade antissocial ou psicopatia. Ter um transtorno de personalidade antissocial ou um transtorno psicopático revelou ser um dos preditores mais fortes para a recidiva geral, assim como a personalidade antissocial revelou ser o preditor mais forte para a recidiva violenta (Bonta et al., 2014).

A recidiva assinala-se previsivelmente na personalidade antissocial e na psicopatia, pelo que, numa perspetiva de avaliação de risco forense, a personalidade antissocial ou psicopatia são os únicos fatores de risco clínicos relevantes. As demais variáveis clínicas, como psicoses, esquizofrenia, transtornos de humor, somente revelaram ser importantes para identificar a sintomatologia individual e o sofrimento pessoal imprescindíveis ao tratamento dos ofensores com doenças mentais (Bonta et al., 2014).

Por sua vez, as patologias relacionadas com o abuso de substâncias constituem fator de risco mais significativo para o comportamento violento entre portadores de doença mental (Alves & Almeida, 2011). Resulta ainda da literatura que os ofensores com doença mental e com transtorno de abuso de substâncias (álcool e drogas) apresentam taxas mais elevadas de violação da liberdade condicional e de recidiva criminal (Bonta et al., 2014).

Em suma, ter uma doença mental não é mais preditivo da recidiva do que não ter uma doença mental. Os estudos mais recentes apontam no sentido em que a doença mental não representa um preditor significativo da recidiva geral. Quanto à recidiva violenta, os preditores mais fortes são o padrão de personalidade antissocial, as atitudes e crenças pro-criminais e a

história criminal. Não podemos ainda esquecer as várias evidências que indicam que os ofensores sem doença mental são até mais propensos a voltar a praticar uma conduta criminosa do que os ofensores portadores de doença mental (Bonta et al., 1998).

A abordagem na avaliação do risco deste tipo de ofensores tem ocupado a literatura científica, tendo os modelos puramente clínicos falhado na mais recente previsão da violência. Por esse motivo, alguns investigadores passaram a afirmar que os fatores de risco atuariais operam da mesma forma tanto em ofensores com doença mental, como em ofensores mentalmente saudáveis e que, na verdade, os fatores clínicos pouco contribuem para o risco de violência e de recidiva criminal.

As avaliações atuariais de risco existentes na literatura internacional são significativamente superiores às avaliações clínicas, mesmo quando se destinam a ofensores portadores de doenças mentais. Ainda assim, subsistem as avaliações clínicas com base no juízo profissional estruturado, mas sempre partindo da aplicação de instrumentos de base empírica teórica, que vêm sendo criados pela literatura científica, com o fito de avaliar o risco, seja de violência, seja de recidiva criminal geral.

Contrariamente, em Portugal continuam a avaliar-se os ofensores para efeitos de sentença condenatória/absolutória e de liberdade condicional/para prova através de um julgamento clínico não estruturado, baseado em entrevistas e impressões subjetivas. Mesmo nos casos de inimputáveis em razão de anomalia psíquica, as avaliações da periculosidade são feitas através dos métodos tradicionais da psicologia clínica e não através destes instrumentos de avaliação do risco (Neves et al., 2011). Pouco se ouve falar em avaliação do risco no meio forense e a legislação nacional também não exige esse cuidado.

2.3. Instrumentos de avaliação do risco

Existem centenas de instrumentos de avaliação do risco desenvolvidos a partir dos estudos empíricos realizados ao longo dos anos, que permitiram apurar os fatores preditores antes referidos e compreender aquilo que deve ser considerado para avaliar o risco de recidiva. Com isso, os autores foram construindo instrumentos, uns com base em métodos exclusivamente estatísticos (atuariais), outros com base no Juízo Profissional Estruturado (clínicos), mas sempre partindo da importância da necessidade de avaliar o risco de recidiva.

Nesse sentido, os investigadores procuraram avaliar o risco sobretudo em ofensores mais perigosos, que cometeram crimes mais graves. Com vista à construção de um instrumento

específico, veja-se que Harris et al. (1993) optaram por conduzir um estudo longitudinal numa instituição psiquiátrica de máxima segurança, na qual, aproximadamente 1/3 da amostra era constituída por ofensores que foram absolvidos da prática do crime por virtude da declaração de inimputabilidade, sendo que as relações entre as variáveis mostraram não ser diferentes entre imputáveis e inimputáveis. Processos como este são morosos e implicam a análise e validação cruzada dos diversos fatores, de modo a restringirem o instrumento aos melhores preditores, terminando com a verificação da sua confiabilidade.

A literatura é clara, quanto menos comum é um certo comportamento numa dada população, menos concretas são as predições do mesmo, o que pode justificar a escassez de estudos portugueses sobre inimputáveis em razão de anomalia psíquica, pois veja-se os dados do INE supra referidos quanto à população de imputáveis em cumprimento de pena de prisão e de inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento.

A verdade é que a evolução das técnicas de avaliação do risco tem reduzido a associação direta e automática entre doença mental e recidiva criminal. Considerando-se comuns os preditores da recidiva, então os instrumentos a utilizar na respetiva avaliação podem ser aplicados tanto a ofensores imputáveis como inimputáveis. Ainda assim, tal conclusão advém da aplicação destas ferramentas em populações de doentes mentais graves.

Entre vários instrumentos criados e utilizados em todo mundo, constatamos que o *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (Harris, Rice & Quinsey, 1993) e a *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) (Hare, 1990) são das medidas de risco atuariais mais bem validadas, mas a verdade é que ainda não estão a ser utilizados no meio forense.

Por sua vez, o *Historical-Clinical-Risk-20* (HCR-20; Webster, Eaves, Douglas & Wintrup, 1995) é um dos modelos clínicos mais bem validados, que, de aparente base atuarial, ao estruturar uma categorização de fatores de risco a considerar na avaliação do risco, não representa um modelo estritamente atuarial, pois independentemente da cotação total obtida, a avaliação é conjugada com um juízo profissional estruturado (Lourenço & Vieira, 2017).

Os estudos empíricos em ofensores com doença mental têm utilizado sobretudo estes três instrumentos para realizar a avaliação do risco nesta população: o VRAG, o HCR-20 e a PCL-R. Embora esta última não seja estritamente considerada um instrumento de avaliação do risco, é uma medida de avaliação da psicopatia que tem sido associada a riscos elevados de violência, sendo, por isso, utilizada na avaliação do risco a partir de outros instrumentos como o VRAG e o HCR-20.

O risco é, normalmente, expresso em termos de probabilidades, pelo que a falibilidade e variabilidade da predição constituem limitações teóricas e práticas para uma previsão eficaz. Todos os instrumentos de avaliação do risco requerem uma utilização apropriada, o que remete para uma série de cuidados a ter na sua administração, cotação e interpretação, bem como no uso a dar à informação obtida, uma vez que nenhum instrumento permite prever com certeza o comportamento futuro dos indivíduos avaliados. É imprescindível a formação específica em avaliação do risco e especialmente na cotação e interpretação das cotações totais obtidas nos instrumentos, com vista à maior precisão (Simões et al., 2017).

Difícilmente se consegue alcançar um nível de previsão livre de erros, pelo que a investigação científica não estagnou assim que encontrou instrumentos com forte validade preditiva, pelo contrário, a literatura tem-se dedicado ao constante aperfeiçoamento dos instrumentos existentes, em especial, já foram alcançadas três versões do HCR-20 e uma versão revista do VRAG (VRAG-R), mais fácil de pontuar e com uma melhor adequação dos preditores a ofensores com doença mental grave.

O VRAG-R, o HCR-20 e a PCL-R estão amplamente difundidos e validados, tendo em comum a elevada fiabilidade, os baixos enviesamentos e a capacidade para considerar vários fatores preditivos. Enquanto o VRAG-R e o HCR-20 são mais adequados à previsão do risco de violência no curto prazo, a PCL-R mostra-se melhor para prever a violência no longo prazo, sendo que apenas o VRAG-R se restringe à população masculina (Jaber & Mahmoud, 2015). Por outro lado, o VRAG-R é o único que inclui fatores de proteção (além dos fatores de risco), o que os autores têm apontado como de importante incorporação, por exemplo, no HCR-20 (Belfrage, et al., 2004).

Como sugere Douglas et al. (1999), é necessária mais investigação científica que compare a precisão preditiva dos vários instrumentos de avaliação do risco existentes, pois isso representará sempre uma mais-valia para a avaliação e para a ciência.

Os estudos em populações de indivíduos com doença mental têm mostrado que o HCR-20 tem apresentado uma maior capacidade preditiva, em comparação com a PCL-R e o VRAG-R (Jaber & Mahmoud, 2015), sendo que os estudos comparativos que incluem o HCR-20 e a PCL demonstram que aquele acrescenta validade preditiva a esta (entre outros, Douglas et al., 1999, comparando HCR-20 e PCL:SV). Um estudo português demonstrou que tanto o HCR-20, como a PCL-R têm boa validade preditiva, apesar do primeiro tender a superar o segundo tanto em relação à recidiva geral, como violenta e não violenta (Neves et al., 2011).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1.1. Objetivos e questões de investigação

A necessidade de avaliar o risco de recidiva dos inimputáveis em razão de anomalia psíquica, na expectativa de potenciar decisões judiciais concertadas de colocação em liberdade para prova e/ou de cessação da medida de segurança de internamento, motivou a realização deste estudo. Acresce que as recentes alterações legislativas no âmbito da Lei de Saúde Mental Portuguesa, designadamente os desafios decorrentes da eliminação da possibilidade de prorrogação da medida de segurança, tornam ainda mais premente esta necessidade de uma correta avaliação dos inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento.

O presente estudo visa, assim, conhecer os níveis de risco de uma amostra de pessoas declaradas inimputáveis em razão de anomalia psíquica, e também saber quais são os fatores de risco mais presentes na amostra. Acresce que se inclui uma perspetiva de comparação do risco de recidiva criminal dos inimputáveis com o apresentado por indivíduos condenados em penas de prisão, bem como se procurará estabelecer uma análise diferencial dos fatores de risco presentes nesses indivíduos. Espera-se, por fim, que a identificação desses perfis de risco, em particular os do grupo de inimputáveis, permita guiar as intervenções, designadamente nos fatores de risco dinâmicos e, assim, promover a diminuição das probabilidades de os indivíduos virem a praticar novos atos ilícitos após a libertação para prova ou a cessação da medida de segurança de internamento.

Na prossecução desses objetivos, procura-se na presente dissertação testar o uso de instrumentos de avaliação do risco em indivíduos inimputáveis em razão de anomalia psíquica, considerando que esta é uma matéria muito pouco abordada e analisada empiricamente no território nacional e que inexistem estudos que permitam prever especificamente a probabilidade de inimputáveis voltarem a praticar crimes.

Pretende-se testar três hipóteses: 1) os inimputáveis em razão de anomalia psíquica em cumprimento de medida de segurança de internamento apresentam níveis de risco de recidiva criminal inferiores aos condenados em cumprimento de pena de prisão; 2) existem diferentes perfis de risco de recidiva criminal nesses dois grupos, sendo esperados resultados mais elevados no grupo de inimputáveis quanto a todos os fatores estritamente clínicos ou que de

alguma forma se relacionem com a condição psiquiátrica dos participantes, bem como quanto ao deficiente controlo comportamental, à falta de apoio pessoal, à maior história de abuso de álcool ou drogas, de crimes sexuais e de crimes violentos, e sendo esperada uma menor história de crimes não violentos neste grupo, em contrapartida com uma maior história de crimes não violentos no grupo de imputáveis, acompanhada de resultados mais elevados quanto à idade precoce na prática dos crimes, à delinquência juvenil, às admissões anteriores em instituições correcionais, às falhas em anteriores medidas alternativas ou flexibilizadoras da sanção, bem como quanto à versatilidade criminal; 3) existe uma diferenciação dos níveis de risco de recidiva criminal em função das próprias características demográficas (como a idade e a situação de emprego), clínicas (consoante o nível de remissão da sintomatologia) e jurídicas (por exemplo, ter ou não ter antecedentes criminais ou falhas em medidas anteriores), mas também em função da existência de outros fatores considerados de risco (como os consumos abusivos de álcool ou drogas, a falta de apoio social ou familiar).

1.2. Procedimentos

Foi previamente solicitado e obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Direito da Universidade do Porto e da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (Anexo 1). O desenho bastou-se com a consulta de dossier da DGRSP e, à semelhança de estudos como Olver & Sewall (2018), nenhuma entrevista foi realizada, sendo os dados recolhidos totalmente anonimizados. O estudo empírico foi realizado na Equipa de Coimbra da DGRSP, que colocou à disposição todos os dossiers de acompanhamento de internados e reclusos e consentiu na recolha e condução deste estudo em conformidade com os princípios éticos da investigação científica, sendo todos os dados tratados de forma confidencial e utilizados exclusivamente para os fins da presente dissertação de mestrado.

A recolha de dados decorreu entre o início de março e o final de abril de 2025, mediante análise documental dos processos individuais de internados e reclusos sob a esfera de acompanhamento da Equipa de Coimbra. A análise de dossier foi feita com recurso a grelha de análise previamente elaborada, testada inicialmente com três participantes-teste e do qual resultou a adaptação da grelha inicial, por insuficiência dos dados recolhidos e irrelevância de outros, alcançando-se a grelha final (Anexo 2).

A análise documental de dossier foi realizada pela investigadora, procurando com a informação constante dos dossiers preencher a grelha de informação, que contém dados

sociodemográficos, clínicos, jurídico-penais e de histórico de álcool e drogas, bem como aplicar os instrumentos de avaliação do risco de recidiva HCR-20 e VRAG-R e, ainda, a faceta 4 do instrumento de avaliação da psicopatia – PCL-R, imprescindível ao VRAG-R.

A análise de dados decorreu em várias etapas e foi efetuada com recurso à ferramenta estatística IBM SPSS – versão 30. Em primeiro lugar, foram realizadas as estatísticas descritivas, de modo a caracterizar a amostra, tendo-se analisado as frequências, apurado medidas de tendência central e de dispersão e comparado os grupos de inimputáveis e de imputáveis através da aplicação de estatística paramétrica – teste t (em relação às variáveis numéricas) - e não paramétrica - teste qui-quadrado (em relação às variáveis categóricas).

No que concerne aos instrumentos de avaliação do risco, foi feita uma análise global, seguida de uma análise por item, comparando-se entre grupos de inimputáveis e de imputáveis através do teste de t. Para melhor compreendermos a relação entre os instrumentos aplicados, complementamos a análise com a aplicação da medida de correlação de Spearman entre o total de cada um dos instrumentos, bem como entre grupos de comparação, e testamos a significância estatística dos coeficientes de correlação obtidos.

Por fim, procedemos aos testes de hipóteses através dos coeficientes de correlação entre as cotações totais obtidas com o HCR-20 e com o VRAG-R e cada uma das variáveis de escala selecionadas (idade, pena/medida em cumprimento e idade no primeiro crime), bem como através da comparação das médias das cotações totais obtidas com os instrumentos face a cada uma das variáveis categóricas selecionadas (emprego, remissão da sintomatologia, antecedentes criminais, falhas em medidas alternativas ou de flexibilização da pena ou medida, álcool, drogas, apoio social e apoio familiar).

1.3. Instrumentos e medidas

Entre as medidas recolhidas encontramos as características demográficas (como a idade, nacionalidade, estado civil, empregabilidade), sociofamiliares (como o agregado familiar e as relações sociais), clínicas (como o diagnóstico psiquiátrico, a impulsividade, o estado de remissão da sintomatologia e a adesão ao tratamento), jurídico-penais (como o tipo de crime praticado, a idade na prática dos crimes, a duração da medida de segurança ou pena, o histórico de comportamento antissocial e criminal, de cumprimento de sanção penal e de falhas em medidas alternativas ou de flexibilização), de reinserção social (como a recetividade familiar,

as perspectivas ocupacionais e de exposição a stressores) e o histórico de consumos abusivos de álcool e drogas dos participantes.

A análise documental permitiu também explorar a informação necessária para a aplicação de dois instrumentos de avaliação do risco internacionalmente reconhecidos e empiricamente validados: o *Violence Risk Appraisal Guide – Revised* (VRAG-R) e o *Historical-Clinical-Risk-20* (HCR-20) (cfr. Tabelas 2 e 3). A escolha destes instrumentos teve em consideração a sua validade empírica, fiabilidade e adequação à população de inimputáveis em razão de anomalia psíquica, tendo ambos em comum a aplicação, ainda que parcial, de um instrumento de avaliação da psicopatia, a PCL-R.

A *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) foi criada por Hare (1991) e constitui um instrumento de avaliação do grau de psicopatia, embora seja muito utilizada no sistema de justiça criminal para avaliação do risco (Gonçalves & Cunha, 2017). É usada na avaliação do risco sempre que seja aplicado o VRAG-R e o HCR-20. A psicopatia não é sinónimo de doença mental nem de sociopatia, mas constitui um padrão comportamental caracterizado por uma série de fatores que foram conjugados neste instrumento, como é caso evidente da falta de empatia e o estilo manipulativo (Gonçalves & Cunha, 2017).

Este instrumento é constituído por 20 itens apresentados na Tabela 1. Conforme explicam Gonçalves & Cunha (2017), a literatura tem estruturado os seus itens de diferentes formas, encontrando-se o modelo dos dois fatores (Anexo 3), o modelo dos três fatores (Anexo 4) e o modelo dos quatro fatores (Anexo 5).

Tabela 1: Itens da PCL-R, segundo Hare (1991), citado por Gonçalves & Cunha (2017)

Item 1	Loquacidade/Encanto superficial	Item 11	Comportamento comportamental promíscuo
Item 2	Sentido grandioso do valor de si próprio	Item 12	Comportamento problemático precoce
Item 3	Necessidade de estimulação/ Tendência para o tédio	Item 13	Ausência de objetivos realistas a longo prazo
Item 4	Mentir patológico	Item 14	Impulsividade
Item 5	Estilo manipulativo	Item 15	Irresponsabilidade
Item 6	Ausência de remorsos ou sentimentos de culpa	Item 16	Não acatamento de responsabilidades pelas suas ações
Item 7	Superficialidade afetiva	Item 17	Relacionamentos conjugais numerosos e de curta duração
Item 8	Insensibilidade/ausência de empatia	Item 18	Delinquência juvenil
Item 9	Estilo de vida parasita	Item 19	Revogação de medidas alternativas ou de flexibilização da pena de prisão
Item 10	Deficiente controlo comportamental	Item 20	Versatilidade criminal

O preenchimento da PCL-R é feito através da pontuação dos fatores numa escala de 0 a 2, cujo sistema de cotação inclusive serviu de inspiração ao HCR-20, originando graus de psicopatia entre 0 e 40 pontos. Sempre que não haja informação suficiente para pontuar um determinado item, o mesmo pode ser omitido, ainda que tal só possa ocorrer com um máximo de cinco itens (Gonçalves & Cunha, 2017). O total de pontos origina três níveis, sendo um total de 30 ou mais pontos indicador da existência de psicopatia, entre 20 e 29 pontos significa a existência moderada de psicopatia e menos de 20 não existe psicopatia (Gonçalves & Cunha, 2017; Vieira et al., 2017). Além do resultado total, é importante neste instrumento considerar as diferenças entre escalas para melhor direcionar as intervenções aos concretos fatores que se mostrem mais elevados (Gonçalves & Cunha, 2017).

Conforme afirma Hare (1998), a PCL-R fornece avaliações fiáveis da psicopatia, sendo um forte preditor da recidiva e da violência em ofensores, atenta a considerável validade preditiva. No entanto, existem algumas preocupações que lhe são inerentes, designadamente: a confusão existente entre psicopatia e o transtorno de personalidade antissocial, quando é possível um indivíduo ter esse transtorno e não ter psicopatia (não são sinónimos), sendo errado usar-se este instrumento sob essa visão; os viés; o designado *labelling* ou rotulagem que gera nos indivíduos com pontuações altas; o uso não autorizado ou indevido em situações judiciais; a violação de direitos de autor e as questões éticas; a impugnação do seu resultado e o modo de preenchimento como forma de defesa dos ofensores; a influência das decisões judiciais, nomeadamente, ao nível da liberdade condicional, quando muitas vezes o instrumento é aplicado de forma incorreta, com informação insuficiente para o seu preenchimento ou cujo preenchimento foi feito por profissional não qualificado e sem formação. Acontece, por exemplo, o instrumento ser aplicado com informações exclusivas de arquivo e preenchido sem informação consistente, quando o investigador deve usar múltiplas evidências para o preenchimento de um item, privilegiando-se a cotação através de uma entrevista semiestruturada, complementada com a consulta de dossier (Hare, 1998).

O instrumento foi traduzido e validado em Portugal por Gonçalves (1999), tendo-se reavaliado as suas qualidades psicométricas em 2014 e demonstrado a sua importância para a eficácia das avaliações da perigosidade.

O *Violence Risk Appraisal Guide – Revised* (VRAG-R) foi desenvolvido por Rice, Harris & Lang (2013), podendo ser aplicado em indivíduos com e sem patologias mentais, sendo, por isso, uma boa medida de comparação entre os dois grupos de indivíduos seleccionados

no presente estudo. Foi o primeiro instrumento atuarial capaz de prever a recidiva violenta (Jaber, F. S., & Mahmoud, K. F., 2015). É apenas aplicado em populações do sexo masculino e tem por base o *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG), desenvolvido por Harris, Rice & Quinsey (1993), sendo também atuarial, mas mais fácil de pontuar.

Este instrumento foi criado para auxiliar o sistema de justiça na tomada de decisões como a concessão ou não concessão de liberdade condicional, mas também para auxiliar os profissionais da área da saúde mental no tratamento e compreensão das patologias. Na esteira de Harris et al. (2015), o VRAG-R tem um grande enfoque na história do ofensor, considerando 12 itens muito concretos apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Itens do VRAG-R, segundo Rice, Harris & Lang (2013)

Item 1	Viveu com ambos os pais biológicos até aos 16 anos	Item 7	Idade na data do crime de referência
Item 2	Desajuste no ensino básico – até ao 9º ano ou 14 anos	Item 8	Cotação da história criminal violenta
Item 3	História de problemas com álcool ou drogas	Item 9	Admissões anteriores em instituições correcionais
Item 4	Estado civil na data do crime de referência	Item 10	Desordem de conduta antes dos 15 anos
Item 5	Cotação da história criminal não violenta	Item 11	História de crimes sexuais
Item 6	Falha em medidas alternativas ou de flexibilização da pena ou medida de segurança	Item 12	Antissocialidade – Faceta 4 do PCL-R

Estes itens resultam da extensa literatura científica que identificou de maneira empírica os preditores da recidiva criminal, abrangendo essencialmente fatores históricos, que devem ser avaliados pela concreta ordem apresentada na Tabela 2. Cada item apresenta uma ponderação própria, a efetuar com base no sistema de ponderação de Nuffield (1982) e com cotações que variam entre -7 e +6. A cotação do último item resulta da conjugação da cotação dos itens 10, 12, 18, 19 e 20 do PCL-R, correspondentes à faceta 4 segundo Hare (2003).

O preenchimento deste instrumento deve ser feito preferencialmente por profissional qualificado e experiente em avaliação do risco, com base em dados recolhidos a partir de entrevista com os participantes e complementados com a consulta dos respetivos dossiers.

A cotação total obtida com o VRAG-R corresponde ao somatório das cotações atribuídas a cada um dos 12 itens, a qual pode variar entre -34 e +46 e resulta numa certa probabilidade de o indivíduo avaliado vir a praticar um novo ato violento, considerando que quanto maior a cotação total maior é o nível de risco do indivíduo. A literatura tem identificado 9 categorias de risco do menor para o maior: (i) cotação total ≤ -25 ; (ii) cotação total entre -24 e -19; (iii) cotação total entre -18 e -14; (iv) cotação total entre -13 e -8; (v) cotação total entre

-7 e 5; (vi) cotação total entre 6 e 12; (vii) cotação total entre 13 e 18; (viii) cotação total entre 19 e 27; (ix) cotação total ≥ 28 (Olver & Sewall, 2018).

Embora o VRAG-R não esteja transcrito e validado em Portugal, a sua escolha para o presente estudo justifica-se no facto de este ter sido criado e ser utilizado noutros países sobretudo quando estão em causa ofensores portadores de doença mental, sendo a sua facilidade de pontuar uma evidente mais-valia. Procedeu-se então à tradução da folha de cotação do VRAG-R (Anexo 6), a qual requereu uma adaptação em conformidade com o ordenamento jurídico português, designadamente no que respeita ao item 6, que engobou a falha em medidas alternativas ou de flexibilização da pena de prisão ou da medida de segurança de internamento, no mesmo sentido descrito no Capítulo 1 da Parte I.

Ainda que fosse recomendada a realização de entrevista, foi possível obter toda a informação adequada ao preenchimento do instrumento através da análise do dossier, até porque os itens estão desenhados para serem cotados desse modo (Helmus & Quinsey, 2020).

Por sua vez, o *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20) foi criado por Webster, Eaves, Douglas & Wintrup (1995), para uso clínico e aplicação a uma variedade de populações, com o intuito de avaliar o risco em ofensores adultos com história de violência, doenças mentais maiores e/ou transtornos de personalidade, tendo os autores aperfeiçoado o instrumento através de sucessivas versões do mesmo publicadas em 1997 e em 2013 (Neves & Gonçalves, 2017). Além das várias revisões deste instrumento, o mesmo foi validado e traduzido para dezenas de línguas, incluindo a portuguesa (Taborda, 2009, citado por Vieira et al., 2017). A finalidade dos autores do HCR-20 foi desenvolver normas profissionais para avaliação do risco de violência, formando um guião para avaliação na área forense que inclui preditores de risco do passado, presente e futuro (Douglas et al., 2005).

A designação “HCR-20” provém da organização dos 20 itens que compõem o instrumento, que são dispostos em três escalas (Tabela 3): H - itens históricos; C - itens clínicos; e R - itens de gestão do risco. A escala “H” engloba 10 fatores de risco estáticos, que avaliam a ocorrência de episódios de violência no passado, problemas psicossociais, registos de patologias mentais, psicopatia e perturbações de personalidade, enquanto as escalas “C” e “D” são compostas por fatores de risco dinâmicos, privilegiados nas intervenções, sendo que a primeira inclui fatores referentes à situação comportamental atual do avaliado e a segunda inclui fatores individuais relevantes para o futuro, como os seus planos, as suas expectativas pessoais (Douglas et. al, 2005; Neves & Gonçalves, 2017; Vieira et al., 2017).

Tabela 3: Itens do HCR-20, segundo Neves & Gonçalves (2017)

Itens Históricos		Itens Clínicos		Itens de gestão do Risco	
H1	Violência prévia	C1	Falta de insight	R1	Planos com pouca viabilidade
H2	Idade precoce no primeiro incidente violento	C2	Atitudes negativas	R2	Exposição a fatores desestabilizadores
H3	Instabilidade nos relacionamentos amorosos	C3	Sintomas ativos de doença mental grave	R3	Falta de apoio pessoal
H4	Problemas de emprego	C4	Impulsividade	R4	Não adesão ao tratamento/a medidas remediativas
H5	Problemas com o uso de substâncias	C5	Ausência de resposta ao tratamento	R5	Stress
H6	Doença mental grave				
H7	Psicopatia				
H8	Desajuste precoce				
H9	Perturbação da personalidade				
H10	Fracasso em medidas de supervisão anterior				

No preenchimento deste instrumento, cada um dos itens é pontuado com uma cotação de 0 e 2, sendo de cotar com 0 quando as informações disponíveis contraindicam a presença do item, com 1 quando sugerem uma possibilidade de presença do item ou presença leve do mesmo e com 2 quando as informações disponíveis indicam definitivamente a presença do item (Douglas, et al., 1999; Neves & Gonçalves, 2017, Vieira et al., 2017). A cotação está sujeita a alguma discricionariedade, mas a formação específica e o manual elucidam as suas regras. Quando não existe informação para cotar certo item, o mesmo não é cotado, sendo, nesse caso, a cotação final retificada, excluindo-se os itens que não foram avaliados. Assim como no VRAG-R, este instrumento inclui a PCL-R, sendo que o item H7, relativo à psicopatia, implica a aplicação da escala específica da PCL-R.

A soma das cotações atribuídas em cada item resulta então num valor entre 0 e 40, o que significaria uma avaliação atuarial quantitativa, todavia, os autores do HCR-20 não definiram um *cut-off*, ou seja, não definiram qual o valor limite a partir do qual se deve considerar que o indivíduo manifesta perigosidade (Vieira et al., 2017), pelo que os resultados são interpretados através de um juízo clínico, por virtude da exacerbação de alguns fatores poder não se refletir na cotação total obtida.

Os resultados encontrados a partir deste instrumento são meros indicadores do risco, apresentando-se como baixo, moderado e alto consoante a conjugação da respetiva cotação final com o juízo clínico ponderado. Isto significa que este instrumento tem metodologicamente inserto um Juízo Profissional Estruturado (JPE), o que faz com que a avaliação não se baste com a cotação para determinar o nível de risco, como sucede nos instrumentos atuariais. Isto é, o HCR-20 depende de uma interpretação clínica dos resultados obtidos, ponderando não só o total obtido, mas cada fator de risco individualmente (Neves & Gonçalves, 2017).

O HCR-20 tem a vantagem de permitir a comparação entre as suas três escalas, com uma boa utilidade preditiva, porém, tem a desvantagem da inerente subjetividade do JPE, apontada sobretudo pelos autores e defensores dos instrumentos atuariais.

Embora já exista uma terceira versão do HCR-20, na qual a cotação de 0, 1 e 2 foi substituída pelo uso da codificação Y (*yes*) para presença do item, N (*no*) para a ausência, P para possível ou parcial presença e O para omissão, em Portugal continua a ser utilizada a versão 2, até por ser mais bem entendida por parte dos juristas (Lourenço & Vieira, 2017).

O primeiro estudo empírico realizado em Portugal com o HCR-20-V2 não teve foco nos ofensores portadores de doenças mentais, apenas 8 participantes tinham um diagnóstico de doença mental grave e 3 de perturbação da personalidade (Neves et al., 2011), sem que esses participantes tenham sido declarados inimputáveis em razão de anomalia psíquica.

O HCR-20 foi aplicado no presente estudo com a folha de cotação da Versão Portuguesa do HCR-20-V2, que foi previamente solicitada e disponibilizada pelos autores da sua tradução (Neves & Gonçalves, 2006). A avaliação através deste instrumento contou com a exclusão do item relativo à psicopatia (H7) para todos os participantes, por virtude da ausência de dados suficientes e formação especializada para a sua obtenção e preenchimento deste item. Esta prática é comum na literatura, que inclusive concluiu que a validade preditiva do instrumento não é afetada com a exclusão deste concreto item (Guy et al., 2010). Assim, no presente estudo, a cotação máxima para este instrumento é de 38, em vez de 40.

1.4. Amostra

A população alvo deste estudo é constituída por indivíduos que foram absolvidos por sentença que declarou a sua inimputabilidade em razão de anomalia psíquica nos termos do art.º 20º do Código Penal e decretou o cumprimento de medida de segurança de internamento.

Procurou-se ainda estabelecer uma comparação com uma amostra de pessoas condenadas em pena de prisão efetiva.

Os dados publicados pelo INE (2024) reportam que, em 31 de dezembro, o número de inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento, em todo o território nacional, era de 348. Contudo, os meios e tempo disponível para esta dissertação impedem uma tentativa de obter uma amostra representativa desta população em Portugal e, secundariamente, também da população de pessoas condenadas em reclusão. Procurou-se, alternativamente, escolher intencionalmente a área territorial de Coimbra onde existe um estabelecimento de internamento de inimputáveis, bem como um estabelecimento prisional que alberga especialmente condenados em pena de prisão. Foi feito um levantamento prévio junto da Equipa de Reinserção Social de Coimbra, onde se apurou a viabilidade de um plano amostral, composto por dois grupos (inimputáveis; e imputáveis), com indivíduos em cumprimento de medida de segurança de internamento no Hospital Sobral Cid e outros em cumprimento de pena de prisão no Estabelecimento Prisional de Coimbra.

Optando então por uma amostra de conveniência restrita à Equipa de Coimbra, foram selecionados de forma aleatória sistemática 20 indivíduos para integrar o grupo de inimputáveis, considerando os seguintes critérios de admissão cumulativos: ter sido absolvido em processo-crime, por declaração de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica; ter-lhe sido aplicada e estar em cumprimento da medida de segurança de internamento; e ser acompanhado pela Equipa de Coimbra da DGRSP. De igual forma, foram selecionados 20 indivíduos para formar o grupo de imputáveis, segundo os seguintes critérios cumulativos: ter sido condenado pela prática de, pelo menos, um crime; estar a cumprir pena de prisão; e ser acompanhado pela Equipa de Coimbra. O sexo feminino foi considerado critério de exclusão.

No total foram consultados 43 dossiers, tendo sido excluídos 3 indivíduos, dois por falta de dados imprescindíveis ao estudo e um porque não reunia os critérios de admissão (atingiu o fim da pena antes do início do estudo).

Ainda que composta por apenas 40 indivíduos, conseguimos alcançar uma homogeneidade na amostra ($p>,05$) em todas as variáveis demográficas, permitindo-nos comparar o grupo de inimputáveis com o grupo de imputáveis, visto que as características dos elementos são próximas, não existindo uma grande dispersão de dados (Tabela 4).

A média de idades dos participantes é de 45 anos ($DP=12,53$), sendo os inimputáveis ligeiramente mais velhos ($M=47,55$; $DP=12,37$), mas essa diferença não é significativa ($t=1,27$;

p=,211). A maioria dos participantes são portugueses (85%), sendo que apenas 6 participantes têm outra nacionalidade, 4 no grupo de inimputáveis e 2 no grupo de imputáveis.

Tabela 4: Características demográficas da amostra

Variável	Medida	Total		Inimputáveis		Imputáveis	
Idade	M (DP)	45,00 (12,53)		47,55 (12,37)		42,55(12,49)	
	Min.-Máx.	25-67		25-64		26-67	
	t (p)	1,27 (,211)					
Variável	Categoria	N	%	N	%	N	%
Estado Civil	Solteiro	26	65	13	65	13	65
	Casado/U.Facto	7	17,5	1	5	6	30
	Divorciado	6	15	5	25	1	5
	Viúvo	1	2,5	1	5		
	χ^2 (p)	7,24 (,065)					
Nacionalidade	Portuguesa	34	85	16	80	18	90
	Outra	6	15	4	20	2	10
	χ^2 (p)	6,12 (,376)					
Emprego	Empregado	18	45	7	35	11	55
	Desempregado	17	42,5	8	40	9	45
	Reformado	5	12,5	5	25		
	χ^2 (p)	5,95 (,051)					

Cerca de 2 em cada 3 (65%) dos participantes são solteiros e há um padrão de equilíbrio entre indivíduos empregados e desempregados (valor elevado de 42,5% no total), inexistindo diferenças significativas entre grupos nessas variáveis.

Tabela 5: Características clínicas da amostra

Variável	Categoria	Total	
		N	%
Diagnósticos Principais	Perturbações do espectro da esquizofrenia	15	75
	Debilidade/Deficiência mental	2	10
	Psicose tóxica associada a politoxicod dependência	1	5
	Outras psicoses	2	10
Diagnósticos Secundários	Deficiência mental não especificada	1	25
	Perturbação afetiva bipolar	1	25
	Perturbação da personalidade paranoide	1	25
	Síndrome cerebral orgânico	1	25
Remissão da sintomatologia	Não	4	20
	Moderada	6	30
	Sim	10	50
Antecedentes familiares psiquiátricos	Sim	4	20
	Não	16	80

Apenas dois elementos do grupo de imputáveis possuem uma perturbação psiquiátrica, sendo ambas perturbações da personalidade. Por esse motivo, as características clínicas da amostra foram analisadas apenas quanto ao grupo de inimputáveis, onde encontramos uma grande maioria (75%) de diagnósticos do espectro da esquizofrenia (Tabela 5), sendo que

apenas 4 têm comorbilidade. Metade dos inimputáveis em estudo registam uma total remissão da sintomatologia, enquanto apenas 20% ainda mantém os seus sintomas ativos e os restantes registam uma remissão moderada. (Tabela 5). Apenas 20% da amostra é constituída por ofensores inimputáveis com antecedentes familiares psiquiátricos.

Os crimes que levaram ao cumprimento da pena ou medida de segurança na amostra são muito variados. Ainda assim, denota-se uma grande quantidade de homicídios (16), tanto no grupo de inimputáveis (56%) como no grupo de imputáveis (44%), seguindo-se dos crimes contra a liberdade pessoal (ameaças, coação e sequestro), com 38% no grupo de inimputáveis e 63% no grupo de imputáveis e, de igual forma, dos crimes de uso e detenção de arma (uso e detenção de arma proibida e uso e porte de arma sob efeito de álcool), que registam 25% no grupo de inimputáveis e 75% no grupo de imputáveis (Tabela 6).

Tabela 6: Categorias de crimes na amostra

Categoria	Total			Inimputáveis		Imputáveis	
	N	N	%	N	%	N	%
Furtos	16	1	6	15	94		
Homicídios	16	9	56	7	44		
Contra a liberdade pessoal	8	3	37,5	5	62,5		
Uso e detenção de arma	8	2	25	6	75		
Roubos	7			7	100		
Tráfico de estupefacientes	7			7	100		
Incêndios	6	6	100				
Contra a segurança de transportes	6	2	33	4	67		
Ofensas à integridade física	5	2	40	3	60		
Danos	4	2	50	2	50		
Contra a autoridade	4			4	100		
Crimes contra a honra	3	1	33	2	67		
Contra a liberdade e autodeterminação sexual	2	2	100				
Contra a vida em sociedade	2	1	50	1	50		
Contra a realização da justiça	1			1	100		
Violência doméstica	1			1	100		
Totais	95	31	32	65	68		

Como podemos observar na tabela 6, os crimes de furto apresentam uma grande frequência no grupo de imputáveis (15), assim como os crimes de roubo (7) e de tráfico de estupefacientes (7). Este grupo apresenta uma maior variedade de crimes, com 15 furtos, 7 homicídios, 7 roubos e 7 crimes de tráfico de estupefacientes. Por sua vez, o grupo de inimputáveis sofreu mais condenações por homicídios (9) e incêndios (6). Em menores quantidades, assinalam-se os crimes contra a segurança de transporte (atentado à segurança de transporte, condução sem habilitação legal, condução perigosa e condução sob efeito de álcool), com 33% no grupo de inimputáveis e 67% no grupo de imputáveis, bem como os crimes de

ofensas à integridade física, com 40% no grupo de imputáveis e 60% no grupo de inimputáveis. Ainda em menores quantidade, encontramos os crimes de dano (4) e os crimes contra a vida em sociedade (profanação de cadáver e subtração de documento) (2), equitativos entre grupos (50%), ao contrários dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual (coação sexual e abuso sexual de crianças), praticados apenas no grupo de inimputáveis, e dos crimes contra a autoridade (resistência e coação sob funcionário e evasão), contra a realização da justiça (falsidade de testemunho) e violência doméstica, praticados apenas no grupo de imputáveis.

Os grupos são homogêneos ao nível da medida da pena de prisão/medida de segurança de internamento ($p=,147$), dos registos de antecedentes criminais ($p=,144$) e de falhas em medidas alternativas ou de flexibilização da pena ou medida ($p=,342$) (Tabela 7).

Tabela 7: Características jurídicas da amostra

Variável	Medida	Total	Inimputáveis		Imputáveis		
Pena/ Medida	M (DP)	146,04 (70,68)	129,75 (66,39)		162,32 (72,71)		
	Min.-Max.	33 - 300	33 - 300		36-288		
	t (p)	-1,48 (,147)					
Idade no 1º crime	M (DP)	26,95 (11,70)	32,45 (12,34)		21,45 (8,08)		
	Min.-Max.	16-56	16-56		16-46		
	t (p)	3,34 (,002)					
Variável	Categoria	N	%	N	%	N	%
Antecedentes Criminais	Não	10	25	7	35	3	15
	Sim	30	75	13	65	17	85
	χ^2 (p)	2,13 (,144)					
Falhas em medidas alter. ou de flexibi.	Não	21	52,5	12	60	9	45
	Sim	19	47,5	8	40	11	55
	χ^2 (p)	,90 (,342)					

Como verificamos na Tabela 7, aos elementos integrantes do grupo de inimputáveis foram aplicadas medidas de segurança entre 2 anos e 9 meses (33 meses) e 25 anos (300 meses), enquanto aos integrantes do grupo de imputáveis foram aplicadas penas de prisão entre os 3 anos (36 meses) e os 19 anos (228 meses). As respetivas médias não são significativamente diferentes, ainda que superiores nos imputáveis (cerca de 162 meses) relativamente aos inimputáveis (cerca de 130 meses).

A percentagem de participantes que regista antecedentes criminais é maior no grupo de imputáveis (85%), ainda que o grupo de inimputáveis apresente também mais de metade de participantes com antecedentes criminais (65%), não sendo a diferença encontrada estatisticamente significativa. Em relação às falhas em medidas alternativas ou de flexibilização da pena ou medida de segurança, mais de metade dos participantes do grupo de inimputáveis

não regista falhas (60%), enquanto mais de metade dos participantes do grupo de imputáveis regista (55%), mas a diferença também não é significativa (Tabela 7).

A amostra é bastante homogénea também relativamente a outros fatores considerados de risco pela literatura, designadamente, quanto ao consumo abusivo de álcool e drogas ($\chi^2=,96$; $p=,327$), ainda que registando resultados inversos (Tabela 8). Isto é, 25 indivíduos não registam consumos abusivos de álcool e 15 registam, enquanto 25 registam hábitos abusivos de drogas e 15 não registam. Ainda que exista uma diferença entre grupos, a mesma não é significativa, sendo que tanto inimputáveis (55%) como os imputáveis (70%) apresentam mais consumos abusivos de drogas do que de álcool. Também o apoio social mostrou ser uma variável homogénea na amostra ($\chi^2=1,13$; $p=,288$), com 29 dos 40 participantes (72,5%) sem apoio familiar, sendo 16 do grupo de inimputáveis (80%) e 13 do grupo de imputáveis (65%).

Contrariamente, a amostra é heterogénea em relação ao apoio familiar, existindo uma diferença estatisticamente significativa entre grupos ($\chi^2=8,53$; $p=,003$), que varia em função inversa, sendo que 75% da amostra tem apoio familiar, mas, enquanto no grupo de imputáveis, 95% dos participantes tem apoio familiar, no grupo de inimputáveis, a percentagem é de apenas 55% (Tabela 8).

Tabela 8: Outras características relevantes da amostra

Variável	Categoria	Total		Inimputáveis		Imputáveis	
		N	%	N	%	N	%
Álcool	Não	25	62,5	11	55	14	70
	Sim	15	37,5	9	45	6	30
	χ^2 (p)	,96 (,327)					
Drogas	Não	15	37,5	9	45	6	30
	Sim	25	62,5	11	55	14	70
	χ^2 (p)	,96 (,327)					
Apoio social	Não	29	72,5	16	80	13	65
	Sim	11	27,5	4	20	7	35
	χ^2 (p)	1,13 (,288)					
Apoio familiar	Não	10	25	9	45	1	5
	Sim	30	75	11	55	19	95
	χ^2 (p)	8,53 (,003)					

CAPÍTULO 2 – RESULTADOS

2.1. Risco de recidiva criminal e respetivos perfis na amostra

Globalmente, os inimputáveis tendem a apresentar valores mais elevados no HCR-20 e, portanto, um maior risco total (M=24,40), particularmente devido à incidência dos fatores

clínicos (falta de insight, atitudes negativas, impulsividade e ausência de resposta ao tratamento), bem como alguns fatores históricos (instabilidade nos relacionamentos amorosos, doença mental grave e perturbação da personalidade), embora também haja fatores que, em menor quantidade, são significativamente mais comuns no grupo de imputáveis (idade precoce no primeiro incidente violento e desajuste precoce).

Tabela 9: Teste de independência das cotações do HCR-20

Itens/Total	Inimputáveis M (DP)	Imputáveis M (DP)	t	p
H1. Violência prévia	1,55 (.69)	1,60 (.68)	-,23	,818
H2. Idade precoce no 1º incidente violento	,95 (.69)	1,60 (.60)	-3,19	,003
H3. Instabilidade nos relacionamentos amorosos	1,15 (.67)	,35 (.75)	3,57	,001
H4. Problemas de emprego	1,15 (.88)	1,10 (.79)	,19	,85
H5. Problemas com o uso de substâncias	1,20 (.95)	1,30 (.92)	-,34	,738
H6. Doença mental grave	2,00 (.00)	,25 (.64)	12,25	<,001
H8. Desajuste precoce	,65 (.75)	1,15 (.88)	-1,95	,059
H9. Perturbação da personalidade	,80 (.70)	,25 (.64)	2,60	,013
H10. Fracasso em medidas de superv. anteriores	,75 (.97)	1,10 (.97)	-1,14	,26
Itens Históricos	10,20 (3,14)	8,75 (3,82)	1,31	,198
C1. Falta de insight	1,55 (.69)	1,10 (.64)	2,14	,039
C2. Atitudes negativas	1,45 (.51)	1,00 (.86)	2,02	,053
C3. Sintomas ativos de doença mental grave	,75 (.85)	,10 (.45)	3,03	,005
C4. Impulsividade	1,70 (.57)	1,05 (.83)	2,90	,007
C5. Ausência de resposta ao tratamento	1,30 (.57)	,50 (.89)	3,39	,002
Itens Clínicos	6,75 (2,12)	3,75 (2,47)	4,12	<,001
R1. Planos com pouca viabilidade	1,45 (.61)	1,05 (.76)	1,843	,074
R2. Exposição a fatores destabilizantes	1,70 (.47)	1,45 (.61)	1,459	,153
R3. Falta de apoio pessoal	1,15 (.99)	,80 (.89)	1,174	,248
R4. Não adesão ao tratamento/ medidas remed.	1,50 (.61)	1,25 (.85)	1,07	,291
R5. Stress	1,65 (.67)	1,45 (.83)	,841	,406
Itens Gestão de Risco	7,45 (2,82)	6,00 (3,40)	1,468	,151
HCR-20	24,40 (5,58)	18,50 (8,33)	2,63	,013

A cotação média total no HCR-20 é então mais elevada no grupo de inimputáveis do que no grupo de imputáveis, apresentando uma significância estatística de ,013 (Tabela 9), o que significa que este resultado, provavelmente, não resulta do acaso, mas da concreta avaliação efetuada e dos fatores de risco presentes em cada um dos grupos. Os totais médios obtidos, em concreto nos itens históricos ($p=,198$) e nos itens de gestão de risco ($p=,151$) demonstram uma homogeneidade na amostra (Tabela 9), permitindo uma comparação dos resultados entre os dois grupos. Na amostra em estudo e segundo o HCR-20, os inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento apresentam um maior risco de recidiva criminal (24,40) do que os imputáveis em cumprimento de pena de prisão (18,50).

Encontramos algumas diferenças entre grupos quanto aos principais fatores de risco com significância estatística, pois no grupo de inimputáveis assinala-se como principal fator a

existência de doença mental grave (H6: $M=2,00$; $DP=,00$; $t=12,25$; $p=<,001$), seguida da impulsividade (C4: $M=1,70$; $DP=0,57$; $t=2,90$; $p=,007$), da falta de insight (C1: $M=1,55$; $DP=,69$; $t=2,14$; $p=,039$), da ausência de resposta ao tratamento (C5: $M=1,30$; $DP=,57$; $t=3,39$; $p=,002$), da instabilidade nos relacionamentos amorosos (H3: $M=1,15$; $DP=,67$; $t=3,57$; $p=,001$) e dos sintomas ativos de doença mental grave (C3: $M=,75$; $DP=,85$; $t=3,03$; $p=,005$); enquanto no grupo de inimputáveis se destacam apenas a idade precoce no primeiro incidente violento (H2: $M=,1,60$; $DP=,60$; $t=-3,19$; $p=,003$) e o desajuste precoce (H8: $M=1,15$; $DP=,88$; $t=-1,95$; $p=,059$) (Tabela 9).

A significância estatística encontrada sobretudo nos itens clínicos (Tabela 9) traduz a principal diferença entre grupos, uma vez que aí residem as variáveis distintivas entre grupos: a existência de uma patologia mental grave que determinou a inimputabilidade dos indivíduos que integram o primeiro grupo, o que faz com que o item respeitante à doença mental grave (H6) seja o único a registar uma cotação máxima de 100% num dos grupos, em concreto, no grupo de imputáveis (Anexo 7). No mesmo sentido, os itens H6 e H9, apesar de incluídos nos itens históricos do HCR-20, também são relativos à doença mental, registando os mesmos resultados. Desta marcada tendência excluem-se as atitudes negativas (C2), que, apesar de constituírem um item clínico, com maior frequência no grupo de inimputáveis, apresentam pouca diferença entre grupos ($t= 2,02$; $p=,053$), sendo que apenas 7 integrantes do grupo de imputáveis não registam atitudes negativas, apresentado um resultado, ainda assim, muito próximo da significância estatística (Anexo 7 e Tabela 9).

Os grupos apresentam outros fatores fortemente cotados, mas que igualmente não apresentam relevância estatística para efeitos de comparação entre grupos, sendo de ressaltar que existe uma tendência de cotação média acima de 1 nos itens de gestão do risco, com valores totais médios elevados em ambos os grupos (7,45 no grupo de inimputáveis e 6,00 no grupo de imputáveis) (Tabela 9 e Anexo 7).

Ainda que o grupo de inimputáveis apresente cotações médias mais elevadas no total dos itens históricos (10,20) e de gestão de risco (7,45) do que aquelas que regista o grupo de imputáveis (8,75 e 6,00, respetivamente), as mesmas não representam uma diferença estatística relevante, sendo que essa apenas se verifica quanto à cotação média obtida no total dos itens clínicos, que é maior no grupo de inimputáveis (6,75) do que no grupo de imputáveis (3,75) (Tabela 9).

As cotações totais obtidas no HCR-20 são especialmente dispersas entre imputáveis ($DP=8,33$), estando mais próximas do limite máximo no grupo de inimputáveis e mais próximas

do limite mínimo no grupo de imputáveis. No grupo de inimputáveis há uma menor dispersão (DP=5,58), a cotação total mais baixa obtida é de 16, enquanto 7 participantes do grupo de imputáveis registaram cotações totais abaixo dessa (Tabela 9 e Anexo 8).

Como podemos observar na Tabela 10, as cotações totais obtidas no VRAG-R são dispersas (DP=16,02), mas não se aproximam dos limites mínimos (-34) e máximos (+46) em nenhum dos grupos, sendo o intervalo de cotações muito maior no grupo de imputáveis [-25; 30], ainda que o grupo de inimputáveis registre o total mais baixo (-27) de entre todos os participantes (Anexo 9).

Tabela 10: Teste de independência das cotações do VRAG-R

Itens/Total	Inimputáveis	Imputáveis	t	p
	M (DP)	M (DP)		
1. Viveu com os pais biológicos até aos 16 anos	-,20 (2,04)	,00 (2,05)	-,31	,759
2. Desajuste no ensino básico	-,50 (2,48)	,50 (2,48)	,00	,000
3. História de problemas com álcool ou drogas	-1,45 (1,00)	-,25 (2,10)	-2,31	,029
4. Estado civil na data do crime referência	,30 (0,98)	-,10 (1,02)	1,27	,214
5. Cotação da história criminal não violenta	-1,00 (2,83)	1,90 (3,14)	-3,07	,004
6. Falhas em medidas alternativas ou flexíveis	,40 (3,02)	1,30 (3,06)	-,94	,355
7. Idade na data do crime de referência	-3,85 (3,57)	-1,35 (3,27)	-2,31	,026
8. Cotação da história criminal violenta	,55 (2,65)	1,60 (2,74)	-1,23	,225
9. Admissões anteriores em insti. correcionais	-,30 (2,52)	1,25 (2,86)	-1,82	,077
10. Desordem de conduta antes 15 anos	,55 (2,59)	2,20 (2,78)	-1,94	,06
11. História de crimes sexuais	-1,75 (1,12)	-2,00 (0,00)	1,00	,333
12. Antissocialidade	1,35 (3,20)	2,60 (3,63)	-1,16	,256
VRAG-R	-5,80 (13,20)	6,65 (16,02)	-2,68	,011

Apenas dois participantes registam um risco médio máximo de recidiva integrado na categoria 9, sendo ambos pertencentes ao grupo de imputáveis, enquanto os dois participantes que registam um risco mínimo integrado na categoria 1 são um de cada grupo (Tabela 11). As categorias de risco mais comuns na amostra são a 4, 5, 6 e 7, existindo mais inimputáveis inseridos na categoria 4 e 5 e mais imputáveis inseridos nas categorias 6 e 7 (Tabela 11).

Tabela 11: Categorias de Risco na amostra segundo o VRAG-R

Categorias de Risco	Amostra		Inimputáveis		Imputáveis	
	N	%	N	%	N	%
1	2	5	1	5	1	5
2	4	10	3	15	1	5
3	2	5	1	5	1	5
4	6	15	4	20	2	10
5	10	25	7	35	3	15
6	5	12,5	1	5	4	20
7	6	15	2	10	4	20
8	3	7,5	1	5	2	10
9	2	5			2	10

As cotações totais obtidas com o VRAG-R em cada um dos grupos estudados situam-se em categorias de risco distintas, com o grupo de imputáveis a registar um risco médio mais elevado (6,65) do que o grupo de inimputáveis (-5,80), sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p=,011$), ainda que isso represente uma diferença de apenas uma categoria de risco, pois o risco médio no grupo de imputáveis situa-se na categoria 6 e o risco médio no grupo de inimputáveis corresponde à categoria 5 (Tabelas 10 e 11).

Na amostra em estudo, segundo o VRAG-R, os imputáveis em cumprimento de pena de prisão têm um maior risco de recidiva criminal ($M=6,65$) do que os inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internamento ($M=-5,80$), sendo que este resultado, muito provavelmente, não resulta do acaso, mas dos concretos fatores que foram avaliados, em especial, dos itens 3 (história de problemas com álcool ou drogas), 5 (história criminal não violenta) e 7 (idade na data do crime de referência) (Tabela 10).

Da análise dos itens do VRAG-R resultou uma proximidade das cotações entre grupos, com resultados globalmente mais dispersos no grupo de imputáveis e tendencialmente mais elevados no grupo de imputáveis, embora a significância estatística se assinale apenas nos itens relativos à história de problemas com álcool ou drogas (item 3: $M=-,25$; $DP=2,10$; $t=-2,31$; $p=,029$), à história criminal não violenta (item 5: $M=1,90$; $DP=3,14$; $t=-3,07$; $p=,004$) e à idade na data do crime de referência (7) (item 7: $M=-1,35$; $DP=3,27$; $t=-2,31$; $p=,026$). (Tabela 10 e Anexo 10).

A história de problemas com álcool ou drogas (item 3) regista cotações médias mais elevadas no grupo de imputáveis ($-,25$), face ao grupo de inimputáveis ($-1,45$), sendo que 75% do grupo de inimputáveis foi cotado com a pontuação mínima neste item (-2) e no grupo de imputáveis tal pontuação regista apenas 45% (Tabela 10 e Anexo 10).

À semelhança do resultado obtido com o HCR-20 quanto ao primeiro incidente violento, o VRAG-R permitiu-nos constatar que os imputáveis na amostra praticaram o(s) crime(s) numa idade mais precoce, uma vez que apresentam uma cotação média de $-1,35$ no item 7, enquanto a cotação média dos inimputáveis nesse item é de $-3,85$, estes últimos que registam uma percentagem de 50% de participantes com idade superior a 45 anos no momento da prática do crime (Tabela 10 e Anexo 10).

Os itens relativos à cotação da história criminal não violenta (item 5) e violenta (item 8) distinguem-se neste estudo pela significância estatística alcançada apenas no primeiro ($t=-3,07$; $p=,004$), com uma cotação média de $1,90$ no grupo de imputáveis, face à cotação média de $-1,00$ no grupo de inimputáveis, o que significa que os imputáveis apresentam um maior

histórico de crimes não violentos, com 60% a registar 9 ou mais acusações ou condenações anteriores por crimes não violentos e apenas 20% a não registar qualquer história criminal não violenta (Tabela 10 e Anexo 10). Ainda que os imputáveis apresentem uma maior história de crimes violentos, a diferença entre grupos não tem relevância estatística ($t=-1,23$; $p=,225$) (Tabela 10), o que significa que pode, simplesmente, resultar do acaso.

Os fatores que registam cotações médias mais elevadas no VRAG-R são a antissocialidade (item 12), seguindo-se a desordem de conduta antes dos 15 anos (item 10), ainda que sem diferenças estatisticamente relevantes entre grupos (Tabela 10).

Por fim, do teste de independência efetuado ao total das cotações obtidas na faceta 4 da PCL-R resulta, em média, uma maior antissocialidade no grupo de imputáveis e com resultados ligeiramente mais dispersos ($M=5,65$; $DP=3,15$) do que no grupo de inimputáveis ($M=3,85$; $DP=2,56$), ainda que sem significância estatística ($t=-1,98$; $p=,055$), corroborando o resultado supra apresentado quanto ao item 12 do VRAG-R (Tabelas 12 e 10 e Anexo 11).

Tabela 12: Teste de independência das cotações da faceta 4 da PCL-R

Total	Inimputáveis M (DP)	Imputáveis M (DP)	t	p
10. Deficiente controlo comportamental	1,55 (,51)	1,60 (,60)	-,28	,778
12. Comportam. problemático precoce	,50 (,61)	,55 (,76)	-,23	,819
18. Delinquência juvenil	,45 (,76)	1,10 (,91)	-,25	,019
19. Revogação de medidas alter. ou de flexibi.	,70 (,92)	1,10 (1,02)	-,13	,202
20. Versatilidade criminal	,65 (,88)	1,30 (,87)	-2,36	,023
Faceta 4 da PCL-R	3,85 (2,56)	5,65 (3,15)	-1,98	,055

Da análise dos itens da Faceta 4 da PCL-R utilizados para o preenchimento do item 12 do VRAG-R, constatamos que apenas os itens 18 (delinquência juvenil) e 20 (versatilidade criminal) apresentam diferenças estatisticamente relevantes entre grupos, ambos com cotações superiores no grupo de imputáveis (item 18: $M=1,10$, $DP=,91$, $t=-0,25$, $p=,019$; item 20: $M=1,30$, $DP=,87$, $t=-2,36$, $p=,023$) (Tabela 12).

Assim, os indivíduos imputáveis na amostra têm uma maior versatilidade criminal e mais registos de delinquência juvenil do que os indivíduos inimputáveis, sendo que 70% dos inimputáveis não apresenta registos de delinquência juvenil (item 18) e mais de metade (60%) não apresenta versatilidade criminal (item 20) (Tabela 12 e Anexo 12).

O HCR-20 e o VRAG-R apresentam uma correlação positiva moderada ($r_s=,440$) segundo Cohen (1988) e que é estatisticamente significativa ($p=,004$), o que significa que não é uma associação fraca, mas também não podemos dizer que os instrumentos são equivalentes.

Há, de facto, uma relação estatística entre os dois instrumentos que é moderadamente positiva, ou seja, é improvável que resulte do acaso. Podemos ainda dizer, com uma confiança de 95%, que a correlação entre os dois instrumentos se situa entre ,14 e ,67, o que significa que a correlação encontrada é estatisticamente significativa. Assim, o nível de risco varia no mesmo sentido em ambos os instrumentos, ou seja, quanto maior o risco apurado com um instrumento, maior tende a ser no outro.

Todavia, estes resultados alteram quando analisamos a correlação entre instrumentos dentro de cada grupo, passando a apresentar uma correlação forte. No grupo de inimputáveis os instrumentos registam uma correlação de ,592 (r_s) e uma significância estatística de ,006 (p), encontrando-se o intervalo de confiança entre ,189 e ,824. Quando consideramos apenas o grupo dos imputáveis, a correlação entre os instrumentos é ainda superior, com r_s = ,760 e p = <,001, encontrando-se o intervalo de confiança entre ,467 e ,902. A correlação entre instrumentos é, assim, mais forte quando considerado apenas o grupo de imputáveis.

Apuramos ainda uma forte correlação positiva entre o total do VRAG-R e o total da faceta 4 da PCL-R (r_s = ,899), que é estatisticamente significativa (p = <,001), o que significa que à medida que um aumenta o outro tende também a aumentar. Podemos dizer, com uma confiança de 95%, que o verdadeiro valor da correlação entre o VRAG-R e a faceta 4 da PCL se situa entre ,813 e ,947. Ao contrário do que sucede entre o VRAG-R e o HCR-20, a correlação encontrada entre o VRAG-R e a faceta 4 da PCL-R diminui ligeiramente entre grupos, ainda que se mantenha a forte correlação positiva e a mesma significância estatística (p = <,001). Assim, quando é considerado apenas o grupo de imputáveis, a correlação entre o VRAG-R e a faceta 4 da PCL-R é de ,850, sendo o intervalo de confiança entre ,665 e ,945. Por sua vez, quando consideramos apenas o grupo de inimputáveis, a correlação baixa para ,832, sendo o intervalo de confiança entre ,609 e ,934.

2.2. Comparação do risco em função dos fatores presentes na amostra

A idade dos participantes na prática do primeiro crime é o fator de risco que mais fortemente se relaciona com o risco obtido, sobretudo o que foi obtido com o VRAG-R (r_s = -,700; p = <,001). Em contrapartida, o risco obtido com o HCR-20 apresenta uma associação moderada com a idade dos participantes no momento da prática do primeiro crime apenas dentro de cada grupo (Tabela 13). A correlação negativa encontrada significa que a idade no 1º crime e a cotação total obtida, sobretudo no VRAG-R, se movimentam de forma inversa na

amostra e altamente significativa do ponto de vista estatístico. Isto é, quanto mais cedo for praticado o crime, maior o risco, segundo o VRAG-R e, quanto mais tarde for praticado, menor o risco. Assim, o risco é tanto maior na amostra quanto menor a idade no 1º crime.

Tabela 13: Comparação das variáveis de escala face às cotações totais obtidas

	HCR-20			VRAG-R		
	Amostra	Inimputáveis	Imputáveis	Amostra	Inimputáveis	Imputáveis
	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)	r_s (p)
Idade	,253 (,116)	,206 (,006)	,160 (,501)	-,011 (,945)	,023 (,923)	,052 (,828)
Pena/Medida	-,128 (,432)	-,184 (,437)	,086 (,718)	-,017 (,919)	-,433 (,057)	,021 (,930)
Idade no 1º crime	-,103 (,527)	-,350 (,130)	-,324 (,163)	-,700 (,001)	-,595 (,006)	-,508 (,022)

A idade dos participantes apresenta uma correlação muito fraca com o risco obtido com o HCR-20, ($r_s=,253$; $p=,116$), que tende a diminuir dentro de cada grupo, sendo ainda menor a correlação que essa variável apresenta face ao risco obtido com o VRAG-R ($r_s=-,011$; $p=,945$), que é praticamente nula. Inexiste também relação entre a pena de prisão ou medida de segurança de internamento aplicadas aos participantes e as cotações totais obtidas, tanto com o HCR-20 ($r_s=-,128$; $p=,432$), como com o VRAG-R ($r_s=-,017$; $p=,919$), apresentando coeficientes de correlação muito próximos de 0, tanto na amostra geral como dentro de cada grupo estudado (Tabela 13).

Da comparação de médias das variáveis categóricas resultou que a única variável que mostrou não se relacionar, de nenhuma forma, com a cotação total obtida do VRAG-R e do HCR-20, foi a única variável clínica selecionada – a remissão da sintomatologia. As médias obtidas da relação da remissão total, remissão moderada e não remissão, com a cotação total obtida nos instrumentos, são muito próximas, sendo que a diferença encontrada não apresenta significância estatística (HCR-20: $F=3,08$ $p=,072$; VRAG-R: $F=,11$ $p=,898$) (Tabela 14), o que significa que o risco apurado não está associado à remissão da sintomatologia.

A variável emprego não mostrou estar significativamente relacionada com a cotação total obtida com o HCR-20, pois ainda que os desempregados tenham apresentado sempre um risco médio mais elevado, a diferença de médias entre empregados e desempregados não é estatisticamente significativa, tanto na amostra global ($t=-1,46$; $p=,154$), como no grupo de inimputáveis ($t=-1,55$; $p=,135$) e no grupo de imputáveis ($t=,67$; $p=,497$) (Tabela 14).

Contrariamente, a comparação das cotações totais obtidas com o VRAG-R face à situação de emprego ou desemprego demonstrou a existência de diferenças significativas,

sugerindo que esta variável se relaciona com o risco obtido com o VRAG-R na amostra em geral ($t=-2,44$ $p=,020$) e no grupo de inimputáveis, ainda que a diferença encontrada no grupo de imputáveis não seja estatisticamente significativa ($t=-1,55$; $p=,133$) (Tabela 14). Nesse sentido, veja-se que os participantes desempregados na amostra cotaram, em média, 7,67, enquanto os empregados cotaram, em média -4,72, o que significa uma diferença de -12,37 ($t=-2,44$ e $p=,020$), sendo que tal diferença de médias aumenta dentro do grupo de inimputáveis para -17,13, com os desempregados a cotarem, em média 2,13 e os empregados -15,00 ($t=-3,13$ e $p=,008$) (Tabela 14).

Quer isto dizer que os indivíduos desempregados apresentam um risco maior segundo o VRAG-R, sendo esse resultado estatisticamente significativo, principalmente no grupo dos inimputáveis, o que indica uma associação estatística relevante entre o desemprego e o maior risco de recidiva criminal segundo este instrumento.

Quanto aos antecedentes criminais, constatamos que a diferença entre médias é igualmente maior quando relacionamos esta variável com os totais obtidos com o VRAG-R do que com os totais obtidos com o HCR-20, sendo altamente significativa na amostra ($t=-5,40$; $p<,001$) (Tabela 14), o que demonstra que existe uma forte associação entre as variáveis. Quando se relacionam os antecedentes criminais com a cotação total obtida no VRAG-R, a média de cotação dos participantes com antecedentes criminais é de 5,57 e dos participantes sem antecedentes criminais é de -15,00 (Tabela 14), o que significa que aqueles que têm antecedentes criminais têm maior risco segundo o VRAG-R. Este mesmo resultado encontramos tanto no grupo de inimputáveis ($t=2,22$; $p=,040$), como no grupo de imputáveis ($t=-5,51$; $p=,006$) (Tabela 14).

A falha em medidas alternativas ou de flexibilização da pena ou medida apresentam a associação mais forte com os níveis de risco mais elevados, com grande significância estatística, excetuando-se o grupo de inimputáveis e quando comparada com as cotações totais obtidas com o HCR-20 ($t=-1,51$; $p=,176$) (Tabela 14). A falha em medidas alternativas ou de flexibilização mostrou relacionar-se com cotações mais elevadas em ambos os instrumentos, sendo maior a diferença de médias de participantes com falha e sem falha quando considerado o VRAG-R do que quando está em causa o HCR-20. Neste último, registam-se diferenças médias significativas de -5,16 na amostra global ($t=-2,26$; $p=,029$) e de -8,59 no grupo de imputáveis ($t=-2,61$; $p=,019$), enquanto no VRAG-R, a diferença das cotações médias obtidas quando comparados os participantes com e sem registos de falha é de -20,85 na amostra global ($t=-$

5,54; $p < ,001$), de -16,13 no grupo de inimputáveis ($t = -3,20$; $p = ,007$) e de -22,60 no grupo de imputáveis ($t = -4,17$; $p < ,001$) (Tabela 14).

Tabela 14: Comparação das variáveis categóricas face às cotações totais obtidas

Variável	Categ.	HCR-20			VRAG-R		
		Amostra M	Inimputáveis M	Imputáveis M	Amostra M	Inimputáveis M	Imputáveis M
Emprego	Empreg.	19,61	23,14	17,63	-4,72	-15,00	1,82
	Desemp.	23,53	27,63	19,89	7,67	2,13	12,56
	t	-1,46	-1,55	,67	-2,44	-3,13	-1,55
	p	,154	,135	,497	,020	,008	,133
Remissão dos sintomas	Não		27,00			-5,00	
	Moderada		27,33			-4,00	
	Sim		21,60			-7,20	
	F		3,078			,108	
	p		,072			,898	
Antece. criminais	Não	19,40	24,00	8,67	-15,00	-13,14	-19,33
	Sim	22,13	24,62	20,24	5,57	-1,85	11,24
	t	-,98	-,23	-5,51	-5,40	-2,22	-5,51
	p	,415	,818	,116	<,001	,040	,006
Falha em medidas alterna. ou flexibili.	Não	19,00	22,92	13,78	-9,48	-12,25	-5,78
	Sim	24,16	26,63	22,36	11,37	3,88	16,82
	t	-2,26	-1,51	-2,61	-5,54	-3,20	-4,17
	p	,029	,176	,019	<,001	,007	<,001
Álcool	Não	21,16	23,91	19,00	-1,88	-11,55	5,71
	Sim	21,93	25,00	17,33	4,27	1,22	8,83
	t	,31	,43	,40	-1,20	-2,44	-,39
	p	,760	,671	,704	,222	,026	,722
Drogas	Não	19,93	23,78	14,17	-5,60	-10,44	1,67
	Sim	22,36	24,91	20,36	4,04	-2,00	8,79
	t	-,98	-,44	-1,58	-1,93	-1,47	-,91
	p	,346	,648	,185	,058	,159	,372
Apoio social	Não	24,31	25,81	22,46	2,52	-4,63	11,31
	Sim	13,91	18,75	11,14	-5,09	-10,50	-2,00
	t	4,91	4,98	3,94	1,38	0,79	1,9
	p	<,001	<,001	,001	,192	,310	,130
Apoio familiar	Não	27,80	27,67		-1,30	-3,22	
	Sim	19,33	21,73		1,00	-7,91	
	t	4,12	2,70		-,39	,782	
	p	<,001	,016		,704	,467	

Os consumos abusivos de álcool e drogas não apresentaram, em geral, resultados estatisticamente relevantes, sendo a única associação significativa a encontrada na comparação do consumo de álcool com as cotações totais obtidas com o VRAG-R dentro do grupo de inimputáveis ($t = -2,44$; $p = ,026$), uma vez que os participantes que não têm consumos abusivos de álcool cotaram, em média, -11,55 no VRAG-R, enquanto os que têm cotaram, em média, 1,22 (Tabela 14). Quer isto dizer que os indivíduos inimputáveis que consomem álcool de forma abusiva apresentam um maior risco de recidiva criminal, ainda que os resultados não situem esse risco num nível muito elevado, mas apenas uma categoria de risco acima daquela em que se inserem os que não apresentam tais consumos.

Ao contrário da tendência encontrada em relação às demais variáveis, a comparação do apoio social e familiar com as cotações totais obtidas com o HCR-20 trouxe resultados bastante significativos, enquanto a comparação das mesmas variáveis com as cotações totais obtidas com o VRAG-R não apresenta qualquer significância estatística. Os participantes que não têm apoio social e familiar apresentaram genericamente cotações totais mais elevadas no HCR-20, quando comparados com aqueles que têm esse apoio. Na amostra geral, os participantes que não têm apoio social apresentaram, em média, um risco de 24,31 no HCR-20, assim como os participantes que não tem apoio familiar apresentaram, em média, um risco de 27,80, ambos com diferenças altamente significativas face às cotações registadas pelos participantes com apoio social e familiar (social: $t=4,91$, $p<,001$; familiar: $t=4,12$, $p<,001$). Quanto ao apoio social, a comparação efetuada é semelhante dentro de cada grupo, também com diferenças médias altamente significativas tanto no grupo de inimputáveis ($t=4,98$; $p<,001$), como no grupo de imputáveis ($t=3,94$; $p=,001$). Relativamente ao apoio familiar, a diferença de médias é significativa na amostra global ($t=4,12$; $p<,001$) e no grupo de inimputáveis ($t=2,70$; $p=,016$), sendo que no grupo de imputáveis não foi encontrada variabilidade com relevância para a comparação (apenas um participante não tem apoio familiar) (Tabela 14).

CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO

Considerando a amostra estudada e segundo a avaliação do risco efetuada a partir do VRAG-R, percebemos que os inimputáveis em razão de anomalia psíquica em cumprimento de medida de segurança de internamento apresentam níveis de risco de recidiva criminal inferiores aos condenados em cumprimento de pena de prisão. O grupo de inimputáveis registou um risco médio de -5,80, o que equivale ao nível 5 segundo Olver & Sewall (2018), enquanto o grupo de imputáveis registou um risco médio de 6,65, equivalente ao nível 6.

Contudo, não obtivemos os mesmos resultados na avaliação efetuada a partir do HCR-20, pois nesta o grupo de inimputáveis registou um risco médio de 24,40, enquanto o grupo de imputáveis registou um risco médio de 18,50, demonstrando que, na amostra estudada, os inimputáveis apresentam um risco de recidiva criminal superior aos imputáveis.

A diferença encontrada entre os instrumentos pode explicar-se no facto de o VRAG-R não dispor de nenhum item relacionado à doença mental, ao contrário do que sucede no HCR-20, que, dos 19 itens cotados, 7 são relacionados a perturbação psiquiátrica. Acresce que o mesmo dispõe de dois itens históricos referentes a doença mental (H6 - doença mental grave e

H9 - perturbação da personalidade), o que faz com que este instrumento aumente o risco de recidiva criminal de forma estática no grupo de inimputáveis. Bonta et al. (1998, 2014) já demonstraram que a maioria desses fatores clínicos não são relevantes para a avaliação do risco de recidiva e que o foco num modelo clínico não é, por isso, adequado para a avaliação do risco de ofensores com doenças mentais.

Não obstante os resultados aparentemente contraditórios (maior risco médio no grupo de inimputáveis segundo o HCR-20; e maior risco médio no grupo de imputáveis segundo o VRAG-R), a verdade é que os resultados do VRAG-R corroboram a literatura científica que afirma que o foco num modelo clínico pode mostrar-se inadequado à avaliação do risco de ofensores com doença mental (Bonta et al., 2014), pois os fatores de risco são gerais. Estudos futuros nesta população, com uma amostra robusta e follow-up, são importantes para compreender a capacidade preditiva dos instrumentos aplicados, de modo a concluir qual dos instrumentos dá resultados mais precisos em populações de inimputáveis.

Estes resultados divergentes nos níveis de risco de cada grupo não afastam, porém, a evidência encontrada quanto à associação entre o VRAG-R e o HCR-20, que é moderadamente positiva, sendo mais forte dentro de cada grupo, especialmente no grupo de imputáveis. Nesse sentido, ainda que o VRAG-R seja muito mais próximo da faceta 4 da PCL-R do que do HCR-20 - o que pode justificar-se na própria natureza atuarial dos primeiros e da natureza clínica do último -, a verdade é que a correlação entre os dois instrumentos é um resultado relevante, pois significa que os instrumentos se comportam no mesmo sentido e, por isso, o risco será tanto maior num como no outro, não existindo tendências inversas de um qualquer indivíduo poder apresentar uma cotação mínima num instrumento e máxima no outro.

Como vemos da própria caracterização dos instrumentos, o HCR-20 e o VRAG-R não medem exatamente a mesma coisa, o primeiro é direcionado à recidiva violenta e inclui específicos fatores clínicos, enquanto o VRAG-R visa prever a recidiva criminal (violenta e não violenta), foca-se na história criminal do ofensor, sendo, por isso, constituído essencialmente por itens históricos, enquanto os itens históricos no HCR-20 são apenas metade. A relação estatística encontrada leva-nos a concluir que estes instrumentos têm simultaneamente aspetos semelhantes e distintos, podendo ser usados em conjunto, para enriquecer a avaliação do risco, uma vez que se complementam, e não, simplesmente, duplicam os resultados, visto que consideram diferentes fatores de risco.

Além disso, a avaliação efetuada com o VRAG-R terá exatamente os mesmos resultados durante todo o cumprimento da pena ou medida de segurança, considerando que se avaliam

fatores essencialmente históricos, enquanto a avaliação com o HCR-20 é uma avaliação dinâmica, que vai sofrendo alterações em função da intervenção específica realizada no ofensor, visto que os fatores clínicos e de gestão do risco são mutáveis.

Nesse sentido, podemos constatar que o VRAG-R se trata de um instrumento extremamente útil para a avaliação do risco de recidiva num momento prévio à determinação da sanção, uma vez que se baseia em fatores essencialmente históricos. Por sua vez, o HCR-20, ainda que possa ser um bom instrumento de avaliação nesse mesmo momento, torna-se mais útil para monitorizar o cumprimento da pena ou medida de segurança, permitindo compreender os itens clínicos e de gestão do risco em que o ofensor necessita de algum tipo de intervenção individualizada e, ao fim dessa intervenção, verificar se a mesma surtiu o efeito pretendido.

A partir da análise dos itens dos três instrumentos aplicados, foi possível perceber que os indivíduos integrantes do grupo inimputáveis e do grupo de imputáveis têm, de facto, diferentes perfis de risco. A par disso, a análise específica dos itens vai ao encontro dos resultados obtidos com cada um dos instrumentos quanto ao risco de recidiva criminal em cada um dos grupos, pois os inimputáveis pontuaram de forma mais elevada nos vários itens do HCR-20, enquanto os imputáveis apresentam cotações mais elevadas nos itens do VRAG-R.

Os inimputáveis apresentam um maior risco na instabilidade nos relacionamentos amorosos (variável que se esperava equitativa entre grupos), na doença mental grave, na perturbação da personalidade, na falta de insight, nos sintomas ativos de doença mental grave, na impulsividade e na ausência de resposta ao tratamento (HCR-20). Pelo contrário, os imputáveis têm um maior risco quanto à idade precoce no primeiro incidente violento, quanto ao desajuste precoce (HCR-20), bem como quanto à história de problemas com álcool, à cotação da história criminal não violenta, à idade na data do crime de referência (VRAG-R), à delinquência juvenil e à versatilidade criminal (PCL-R).

Deste modo, os principais preditores encontrados no grupo de inimputáveis são os que advêm da avaliação efetuada com o HCR-20, sendo que nenhum item do VRAG-R foi mais fortemente cotado entre os inimputáveis. Em contrapartida, os principais preditores assinalados no grupo de imputáveis derivam dos três instrumentos aplicados. Isto quer dizer que a diferença encontrada quanto ao risco de recidiva criminal apurado com o HCR-20 e o VRAG-R advém dos concretos fatores considerados pelos instrumentos e que deram origem aos diferentes perfis de risco entre inimputáveis e imputáveis.

Da comparação entre grupos constatámos então que os imputáveis começaram a praticar crimes e incidentes violentos mais cedo, têm mais registos de delinquência juvenil e de

desajuste precoce, apresentando maior versatilidade criminal. Em contrapartida, os inimputáveis são mais impulsivos e têm uma maior falta de insight, só apresentando um preditor que não se relaciona com a doença mental: a instabilidade nos relacionamentos amorosos. Como vimos, a literatura científica aponta a doença mental como um fator de risco menor (Andrews & Bonta, 2010a), ao contrário da perturbação da personalidade e da impulsividade, que estão entre os principais preditores dos ofensores com doença mental (Quinsey et al., 1993).

Os resultados apurados permitem-nos concluir que os inimputáveis estudados não são criminosos de carreira, têm uma menor história criminal e verifica-se uma tendência para começarem a praticar crimes mais tarde, possivelmente, com o evoluir da doença (esquizofrenia, na sua grande maioria).

Paralelamente, os resultados demonstram que existe uma diferenciação dos níveis de risco de recidiva criminal em função de algumas características dos participantes, sendo que essas diferenças se assinalam de forma mais significativa quanto aos níveis de risco apurados com o VRAG-R. De entre todos os fatores (11) comparados com as cotações médias obtidas em cada um dos instrumentos, apenas três mostraram alguma associação estatisticamente relevante com o risco obtido com o HCR-20 (falha em medidas alternativas ou de flexibilização, apoio social e apoio familiar), enquanto cinco mostraram uma associação com o maior risco obtido com o VRAG-R (idade no 1º crime, desemprego, antecedentes criminais, falha em medidas alternativas ou de flexibilização, abuso de álcool).

As únicas variáveis que se relacionam em exclusivo com o risco obtido com o HCR-20 são a falta de apoio social e a falta de apoio familiar, que se traduzem em riscos de recidiva criminal elevados, sendo que a primeira se verifica na amostra em geral e em ambos os grupos e a segunda apenas na amostra em geral e no grupo de inimputáveis. As relações familiares e sociais são importantes na compreensão do risco de recidiva de recidiva criminal, funcionando como fatores de proteção. Pelo contrário, a falta de apoio verificada na amostra funciona como um inibidor de comportamentos convencionais, levando a um maior risco, conforme decorre da evidência empírica dos *Moderate Four* (Andrews & Bonta, 1998).

O risco obtido com o HCR-20 mostrou estar associado também à variável falha em medidas alternativas ou de flexibilização da pena ou medida, representando uma tendência ao risco mais elevado quando os indivíduos têm registos desse tipo de falha, que é significativa na amostra global e no grupo de imputáveis. Do mesmo modo, esta variável apresentou resultados altamente relevantes quando comparada com o risco obtido com o VRAG-R, sendo este significativamente maior quando os indivíduos têm falhas em medidas alternativas ou de

flexibilização da pena de prisão ou da medida de segurança de internamento. Quer isto dizer que a dificuldade em cumprir com uma sanção criminal constitui uma característica dos indivíduos com maior risco de recidiva criminal na amostra e, sobretudo, entre os imputáveis.

A idade mais jovem no momento da prática primeiro crime e a existência de antecedentes criminais estão também fortemente associadas a níveis de risco mais elevados, ainda que a relevância estatística deste resultado se restrinja ao risco apurado a partir do VRAG-R. A diferenciação dos níveis de risco face aos antecedentes criminais apenas é estatisticamente relevante na amostra em geral e no grupo de inimputáveis. Da associação do risco com a idade no primeiro crime, constatamos que os inimputáveis apresentam um risco ligeiramente menor do que os imputáveis, reafirmando o facto de não serem criminosos de carreira, por começarem a praticar crimes mais tarde, pois o risco é tanto maior quanto menor a idade no 1º crime.

A situação de emprego/desemprego apresenta relevância estatística apenas face ao risco apurado com o VRAG-R, pelo menos na amostra global e, especialmente, no grupo de inimputáveis, verificando-se níveis de risco mais elevados quando os indivíduos se encontram em situação de desemprego. De facto, os problemas de satisfação laboral integram *os Moderate Four* (Andrews & Bonta, 1998), constituindo fortes preditores do risco, associando-se a probabilidades mais elevadas de recidiva criminal.

Por outro lado, constatamos que não existe uma diferenciação dos níveis de risco em função das características clínicas dos participantes inimputáveis, uma vez que os resultados obtidos da comparação com a variável remissão da sintomatologia são muito próximos, sendo que não podemos afirmar que o risco alcançado com qualquer um dos instrumentos de avaliação aplicados se comporta consoante a maior ou menor remissão da sintomatologia.

Embora a comparação efetuada com esta variável inclua apenas os 20 casos de inimputáveis estudados, não se podendo excluir a hipótese de os resultados refletirem a escassez da amostra, a verdade é que este resultado vai ao encontro da literatura científica, que tem mostrado que o tratamento da doença mental, apesar de diminuir a sintomatologia do paciente, não diminui o risco de recidiva criminal, sendo a instabilidade psicológica irrelevante para a avaliação do risco (Bonta, 2006). Não só a variável em questão, mas a grande maioria dos fatores clínicos pouco releva para a avaliação do risco de recidiva (Bonta et al., 1998, 2014).

Surpreendentemente, não podemos afirmar, em geral, a existência de diferentes níveis de risco em função dos consumos abusivos de álcool e drogas, não se verificando uma grande disparidade da cotação total obtida com o HCR-20 quando estão em causa participantes com ou sem consumos abusivos de álcool e drogas. Todavia, a comparação dessas variáveis com os

níveis de risco obtidos com o VRAG-R trouxe-nos resultados mais próximos do esperado, com os participantes que não têm consumos abusivos de álcool a registarem níveis de risco mais baixos, em especial, no grupo de inimputáveis. Os consumos abusivos de drogas, porém, não estão significativamente associados ao risco de recidiva criminal apurado, tanto com o HCR-20, como com o VRAG-R.

O abuso de substâncias como o álcool e as drogas está entre os designados *Moderate Four* (Andrews & Bonta, 1998), sendo extensa a literatura que reconhece a sua relação com o maior risco de recidiva criminal. Ainda assim, este resultado pode compreender-se no facto de as variáveis em questão terem considerado o histórico abusivo e não o atual consumo de álcool e de drogas, pois a literatura é clara a referir que o abuso de substâncias representa um maior risco quando é atual (Andrews & Bonta, 2010a). Todavia, não podemos excluir a hipótese destes resultados se deverem ao facto de o presente estudo ter sido conduzido apenas a partir da recolha de dados com base em dossier, devendo, estudos futuros, conjugar a análise de dossier com a entrevista aos participantes.

Em suma, podemos dizer que existe, de facto, uma diferenciação dos níveis de risco de recidiva criminal em função das próprias características demográficas, jurídicas, mas também em função de outros fatores considerados de risco pela literatura. Todavia, os níveis de risco de recidiva criminal não se distinguem em função das características clínicas dos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perceção pública, a doença mental, o comportamento violento e a recidiva criminal permanecem interligados, sendo que muito do estigma associado à doença mental pode estar relacionado ao facto de comumente se confundir a doença mental com o conceito de perigosidade. Na verdade, os ofensores portadores de doença mental são vistos como perigosos, independentemente da declaração de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica. Os estudos existentes partem sempre do pressuposto de que a doença mental é um agente causador de violência e preditor da recidiva criminal, mas as conclusões atuais são contrárias a essa premissa inicial. A esquizofrenia é das doenças mais estudadas na relação com o crime, sobretudo com a violência pessoal, e chegou inclusive a ser considerada um fator de proteção face à recidiva violenta. Por outro lado, a personalidade antissocial é um dos melhores preditores do comportamento criminoso (Andrews & Bonta, 2010a).

Os estudos mais recentes têm concluído que os fatores de risco dos ofensores com doença mental são os mesmos dos ofensores mentalmente saudáveis, destacando-se os designados *Big Four*, que se encontram validados e revelaram uma maior eficácia na avaliação do risco de recidiva criminal em ofensores com doenças mentais: história criminal, personalidade antissocial, atitudes e cognições pro-criminais e apoio social ao crime.

Por sua vez, os fatores psicológicos ou clínicos não demonstram ser preditores da recidiva criminal, com exceção dos transtornos de personalidade (não especificados) e da personalidade antissocial ou da psicopatia. As avaliações clínicas tradicionais não deixam de ser valiosas para entender os problemas de saúde mental, mas são amplamente irrelevantes para fins de avaliação de risco e desenvolvimento de estratégias para a respetiva redução. Ainda que as evidências não sejam inequívocas, os estudos têm demonstrado que o tratamento da doença mental diminui efetivamente a sintomatologia, mas não reduz o risco de recidiva criminal, por isso, somos desde logo forçados a concluir que as avaliações que se restringem ao modelo clínico são inadequadas para a avaliação do risco e reabilitação de inimputáveis em razão de anomalia psíquica.

No presente estudo, optámos por efetuar a avaliação do risco com base em dois instrumentos que se adequam à avaliação tanto de ofensores imputáveis como de inimputáveis em razão de anomalia psíquica: um puramente atuarial – o VRAG-R; e outro baseado num Juízo Profissional Estruturado – o HCR-20.

Do estudo realizado, constatámos uma diferença entre os resultados que poderá relacionar-se com os fatores clínicos da amostra, uma vez que comparámos dois instrumentos de avaliação do risco que estão empiricamente testados para serem usados em indivíduos com doença mental, sendo que, daquele que não considera fatores de risco específicos relacionados à doença mental (VRAG-R), resultou um maior risco médio no grupo de imputáveis, enquanto do HCR-20, contrariamente, implicando a análise de fatores clínicos relacionados à doença, resultou um risco médio de recidiva maior no grupo de inimputáveis. Isto não quer dizer, de forma automática, que a existência de doença mental constitui um fator de risco relevante, o que só seria possível concluir através de um estudo longitudinal, acompanhando os participantes por todo o remanescente de cumprimento de pena ou medida e posterior constatação de recidiva ou não recidiva, verificando-se, assim, a validade preditiva dos instrumentos. Na verdade, o foco nos fatores clínicos poderá ter levado a um risco mais elevado dos inimputáveis segundo o HCR-20, sendo que o VRAG-R, criado especificamente para ser usado em populações de ofensores portadores de doença mental, poderá eventualmente suportar

uma melhor previsão do risco numa amostra como a presente, o que se espera verificar em estudos futuros que envolvam a precisão preditiva dos instrumentos.

O estudo realizado padece desde logo das limitações inerentes ao prazo de entrega, pois seria imprescindível a realização de um estudo longitudinal, de maneira a indagar da eficácia da avaliação do risco realizada com cada um dos instrumentos. O tamanho da amostra (apenas 20 inimputáveis, numa população de mais de 300) também não permite fazer generalizações, sendo que apenas foram incluídos inimputáveis em cumprimento de medida de segurança no Hospital Sobral Cid, devendo estender-se o estudo a outras unidades psiquiátricas, prisionais e não prisionais. Acresce o facto de a recolha de dados ter decorrido apenas a partir da análise de dossier, devendo incluir-se a realização de entrevista com os participantes.

Considerando que a literatura tem demonstrado que os principais preditores do risco de recidiva criminal não são a história psiquiátrica, os diagnósticos ou sintomas psiquiátricos, mas a idade precoce no primeiro crime, a história criminal, o abuso de álcool, entre outros (Andrews & Bonta, 2010a), os perfis de risco encontrados entre os grupos estudados mostram que o único fator de risco relevante que está mais presente entre os inimputáveis face aos imputáveis é a instabilidade nos relacionamentos amorosos, enquanto os imputáveis apresentam um perfil marcado pela versatilidade criminal, pela idade precoce no primeiro incidente violento e no crime em cumprimento, pelo desajuste precoce e delinquência juvenil, bem como pela maior história criminal não violenta e de problemas com álcool ou drogas.

Em geral, os fatores que mais se relacionaram com o maior risco de recidiva criminal foram os antecedentes criminais, a falha em anteriores medidas alternativas ou de flexibilização da sanção, os consumos abusivos de álcool e a falta de apoio social e familiar. No entanto, note-se que os fatores diferem segundo o risco apurado com cada um dos instrumentos utilizados, pois os únicos fatores que se relacionaram com o maior risco obtido com o HCR-20 foram a falta de apoio social e familiar e a falha em medidas alternativas ou de flexibilização. Esta falha relaciona-se também com o maior risco de recidiva criminal apurado com o VRAG-R, assim como outros fatores relevantes apontados pela literatura como preditores do risco: os antecedentes criminais, a situação de desemprego e sobretudo os consumos abusivos de álcool.

Com o estudo realizado, concluímos que os fatores clínicos não têm uma relação estatisticamente relevante com o risco de recidiva criminal obtido, tanto com o VRAG-R, como com o HCR-20. A redução da sintomatologia psiquiátrica parece, na verdade, irrelevante para o risco de recidiva, ainda que tenha a sua importância do ponto de vista psicopatológico. A avaliação do risco de recidiva criminal em inimputáveis em razão de anomalia psíquica deve,

por isso, ser individualizada, da mesma forma que o é a avaliação do risco de imputáveis, considerando os mesmos fatores, com o intuito de diminuir as suas necessidades criminógenas.

A divulgação destes resultados é muito importante para acabar com os estereótipos que associam a criminalidade aos doentes mentais, e que continuam a fomentar a intolerância face a estes ofensores e a reforçar o estigma que, de certa forma, dificulta a sua reinserção social. O estudo fornece indicadores relevantes para direcionar as intervenções aos preditores gerais, mostrando a importância de avaliações específicas do risco em inimputáveis.

A verdade é que não se procede à avaliação do risco através de um concreto instrumento padronizado, particularmente, nas situações de revisão ou reexame da medida de segurança, o que seria relevante instituir junto dos serviços clínicos ou através de perícias convocadas oficiosamente pelos magistrados na instrução do respetivo processo de liberdade para prova - o que implicaria, na verdade, uma alteração legislativa cuja proposta não seria nada descabida. Considerando a despesa pública que tal avaliação técnica especializada acarretaria para o Estado, tal não significa que se deva fazer essa avaliação anualmente, mas seria importante uma avaliação empiricamente estruturada, para monitorizar a evolução do tratamento reabilitativo dos inimputáveis durante a execução do internamento, sem descurar do facto de tal investimento poder vir a contribuir para a diminuição dos gastos com o internamento dos inimputáveis.

Na verdade, a avaliação dos inimputáveis em razão de anomalia psíquica não se basta com uma avaliação clínica do seu estado psicopatológico, tendo fatores de risco de recidiva comuns aos demais ofensores, é imprescindível avaliar todos os fatores considerados de risco. Uma avaliação do risco padronizada seria uma mais-valia para a adequação do plano de reabilitação destes ofensores, tendo em vista a eficaz diminuição da perigosidade criminal e a prolação de decisões concertadas de colocação em liberdade para prova ou de cessação da medida de segurança, baseadas na ciência.

Nesse sentido, são necessários mais estudos, mais avaliações do risco, sendo que, para trabalhos futuros, recomenda-se um estudo prolongado no tempo, uma vez que o estudo transversal realizado não permite concluir com adequada precisão qual dos instrumentos aplicados mede de forma mais precisa o risco de recidiva criminal, ainda que os instrumentos manifestem uma forte correlação. Seria necessário, pelo menos, um follow-up para averiguar a validade preditiva dos instrumentos e verificar quais os participantes que vieram efetivamente a praticar um novo crime após a libertação. De igual forma, não é possível extrapolar os resultados alcançados para a população, pelo que o presente estudo constitui somente um contributo para o estudo destes ofensores em Portugal.

REFERÊNCIAS

- Adjorlolo, S., Chan, H. C. O., & DeLisi, M. (2019). Mentally disordered offenders and the law: research update on the insanity defense, 2004–2019. *International journal of law and psychiatry*, 67, 101507. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101507>
- Almeida, J., Graça, O., Vieira, F., Almeida, N., & Santos, J. C. (2010). Characteristics of offenders deemed not guilty by reason of insanity in Portugal. *Medicine, Science and the Law*, 50(3), 136-139. <https://doi.org/10.1258/msl.2010.10000>
- Almeida, F., Moreira, D., Moura, H., & Mota, V. (2013). Psicose Esquizofrénica e Recidiva Criminal—a importância dos programas de acompanhamento em ambulatório dos inimputáveis—um estudo de caso. Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 1212-1220.
- Alves, A. P., & Almeida, F. (2011). Anomalia psíquica grave e criminalidade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça*, 111-125.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). *DSM-IV-TRTM: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Ed. João Cabral Fernandes. Trad. José Nunes de Almeida. 4ª Ed, rev. Lisboa: Climepsi.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). *Level of Service Inventory–Revised (LSI–R)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal justice and Behavior*, 17(1), 19-52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010a). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). Anderson Publishing Co.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010b). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39–55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52(1), 7–27. <https://doi.org/10.1177/0011128705281756>
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment: A Meta-Analytic Investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(1), 88–100. <https://doi.org/10.1177/0306624X05282556>

- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does Correctional Treatment Work? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis. *Criminology*, 28:3, 369-404. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>
- Antunes, M. J. (2002). *Medida de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica*. Coimbra Editora.
- Antunes, M. J. (2013). *Consequências Jurídicas do Crime*. Coimbra Editora.
- Antunes, M. J. (2020). *Penas e Medidas de Segurança*. Almedina.
- Bénézech, M., Le Bihan, P., & Bourgeois, M. L. (2002). *Criminologie et psychiatrie*. EMC Psychiatr, 37906, A10.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123–142. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6(1), 1-22.
- Bonta, J. (2002). Offender Risk Assessment: Guidelines for Selection and Use. *Criminal Justice and Behavior*, 29(4), 355-379. <https://doi.org/10.1177/0093854802029004002>
- Bonta, J., Blais, J. & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.014>
- Belfrage, H., Fransson, G., & Strand, S. (2004). Management of violent behaviour in the correctional system using qualified risk assessments. *Legal and criminological psychology*, 9(1), 11-22. <https://doi.org/10.1348/135532504322776825>
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General psychiatry*, 57(5), 494-500. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.494>
- Calheiros, M. C., Lipel, A. G., Mello, M. B. C. de, Lourenço, M. J., Pazos, R. & Cardoso, É. (2019). *Estudos de direito, ciência e prova*. Escola de Direito da Universidade do Minho.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd Ed.). *Lwrence Erlbaum Editors*.
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological assessment*, 13(2), 171.

- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Côté, G., Charette, Y., & Caulet, M. (2015). The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 1: context and methods. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 98-105. <https://doi.org/10.1177/070674371506000304>
- Cunha, O. & Pinheiro, M. (2021). Análise de risco, perigosidade e reincidência. In Nunes, L. M. & Sani, A. (Coords), *Manual de Criminologia e Vitimologia* (pp. 130-137). Pactor Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Dahlin, M. K., Gumpert, C. H., Torstensson-Levander, M., Svensson, L. & Radovic, S. (2009). Mentally disordered criminal offenders: Legal and criminological perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(6), 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.09.007>
- Davies, S. T., Helmus, L. M., & Quinsey, V. L. (2022). Improving risk communication: Developing risk ratios for the VRAG-R. *Journal of interpersonal violence*, 37(1-2), 835-862. <https://doi.org/10.1177/0886260520914555>
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R., Nicholls, T. L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 917. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.67.6.917>
- Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal justice and behavior*, 26(1), 3-19. <https://doi.org/10.1177/0093854899026001001>
- Douglas, K. S., Guy, L. S., Reeves, K. A., & Weir, J. (2005). HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography (current up to January 12, 2005).
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. & Wilson, C. M. (2014). Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13:2, 93-108. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519>
- Dias, J. de F. (1993). *Direito Penal Português Parte Geral II: As Consequências Jurídicas do Crime*. Aequitas Editorial Notícias, 413-499
- Edens, J. F., Penson, B. N., Ruchensky, J. R., Cox, J., & Smith, S. T. (2016). Interrater reliability of Violence Risk Appraisal Guide scores provided in Canadian criminal proceedings. *Psychological Assessment*, 28(12), 1543. <https://doi.org/10.1037/pas0000278>

- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*, 66(2), 152-161. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537>
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A Meta-Analysis Of The Predictors Of Adult Offender Recidivism: What Works! *Criminology*, 34, 575-608. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1996.tb01220.x>
- Glover, A. J., Churcher, F. P., Gray, A. L., Mills, J. F., & Nicholson, D. E. (2017). A cross-validation of the Violence Risk Appraisal Guide—Revised (VRAG–R) within a correctional sample. *Law and Human Behavior*, 41(6), 507-518. <https://doi.org/10.1037/lhb0000257>
- Gonçalves, R. A. (1999). Psychopathy and offender types: Results from a Portuguese prison sample. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3-4), 337-346. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(99\)00013-8](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(99)00013-8)
- Gonçalves, R. A. (2017). Psicopatia. In Vieira, F., Cabral, A. S., & Saraiva, C. B., *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 449-461), Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Gonçalves, R. A. & Cunha, A. (2017). Escala de Psicopatia de Hare – Versão Revista. (PCL-R). In Simões, M. R., Almeida, L. S., & Gonçalves, M. M., *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 25-41), Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2006). *Empirical Support for the HCR-20: An Annotated Bibliography of the 20 Items (1997-2005)*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2007). *Empirical Support for the HCR-20: A Critical Analysis of the Violence Literature*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Guy, L. S., Douglas, K. S., & Hendry, M. C. (2010). The role of psychopathic personality disorder in violence risk assessments using the HCR-20. *Journal of personality disorders*, 24(5), 551-580. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.5.551>
- Hanson, R. K. (2005). *Twenty Years of Progress in Violence Risk Assessment*. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 212–217. <https://doi.org/10.1177/0886260504267740>
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto Multi-Health Systems.

- Hare, R. D. (1998). The Hare PCL-R: Some issues concerning its use and misuse. *Legal and criminological psychology*, 3(1), 99-119. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.1998.tb00353.x>
- Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, ON, 412.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). *Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders: The Development of a Statistical Prediction Instrument*. *Criminal Justice and Behavior*, 20(4), 315–335. <https://doi.org/10.1177/00938548930200040>
- Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L., & Cormier, C. A. (2015a). Mentally disordered and other violent offenders. In G. T. Harris, M. E. Rice, V. L. Quinsey, & C. A. Cormier, *Violent offenders: Appraising and managing risk* (3rd ed., pp. 63–91). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14572-004>
- Harris G. T., Rice M. E., Quinsey V. L., Cormier C. (2015b). *Violent offenders: Appraising and managing risk* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/14572-001>
- Helmus, L. M., & Quinsey, V. L. (2020). Predicting violent reoffending with the VRAG-R: Overview, Controversies, and Future Directions for Actuarial Risk Scales. *The Wiley handbook of what works in violence risk management: Theory, research and practice*, 119-144.
- Hirschi, T. (2004). Self-control and crime. In Baumeister, R. F. & Voss, K. D., *Handbook of self-regulation* (pp. 537-552), The Guildford Press.
- Howells, K., Day, A., & Thomas-Peter, B. (2004). Changing violent behaviour: Forensic mental health and criminological models compared. *Journal of Forensic Psychiatry*, 15(3), 391-406. <https://doi.org/10.1080/14788940410001655907>
- Jaber, F. S., & Mahmoud, K. F. (2015). Risk tools for the prediction of violence: ‘VRAG, HCR-20, PCL-R’. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(2), 133-141. <https://doi.org/10.1111/jpm.12102>
- Lourenço, B. & Vieira, F. (2017). Da Avaliação do Risco de Violência à Prognose Jurídica da Perigosidade. In Vieira, F., Cabral, A. S., & Saraiva, C. B., *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 175-196), Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1983). Crime and mental disorder: An epidemiological approach. *Crime and justice*, 4, 145-189. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/449088>

- Monahan, J. (1993). *Limiting therapist exposure to Tarasoff liability: Guidelines for risk containment*. *American Psychologist*, 48(3), 242–250. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.3.242>
- Monahan, J. & Steadman, H. J. (1996). *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. The University of Chicago Press/ Chicago and London.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Palmela, C. R., Edward, P. M., Loren, H. R., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press.
- Navalho, F. & Neves, A. C. (2017). Inventário de Nível de Supervisão/Gestão de Caso (LS/CMI). In Simões, M. R., Almeida, L. S., & Gonçalves, M. M., *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 195-210), Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Nestor, P. G. (2002). Mental Disorder and Violence: Personality Dimensions and Clinical Features. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 1973-1978. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.1973>
- Neves, A., Gonçalves, R., & Palma-Oliveira, J. (2011). 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. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(2), 137-149. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.577290>
- Neves, A. C. & Gonçalves, R. A. (2017). Guião da Avaliação Histórica, Clínica e de Gestão do Risco: HCR-20 Versão 2 (HCR-20V2). In Simões, M. R., Almeida, L. S., & Gonçalves, M. M., *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 102-144), Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Nuffield, J. (1982). Parole Decision-Making in Canada: Research towards Decision Guidelines. *Solicitor General of Canada*.
- Nunes, L. M. & Sani, A. I. (2021). *Manual de Criminologia e Vitimologia*. Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Olver, M. E., & Sewall, L. A. (2018). Cross-validation of the discrimination and calibration properties of the VRAG-R in a treated sexual offender sample. *Criminal Justice and Behavior*, 45(6), 741–761. <https://doi.org/10.1177/0093854818762483>
- Palmer, E. J. (2001). Risk assessment: Review of psychometric measures. In Farington, D. P., Hollin, C. R., & McMurrin, M. (Eds.), *Sex and violence: The psychology of crime and risk assessment*, (pp. 7-22). Routledge Taylor & Francis Group.

- Phillips, H. K., Gray, N. S., MacCulloch, S. I., Taylor, J., Moore, S. C., Huckle, P., & MacCulloch, M. J. (2005). Risk Assessment in Offenders With Mental Disorders: Relative Efficacy of Personal Demographic, Criminal History, and Clinical Variables. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(7), 833–847. <https://doi.org/10.1177/0886260504272898>
- Pinto, I. H. (2020). A Posição Jurídica do Internado em Estabelecimento Destinado a Inimputáveis. *Anomalia Psíquica e Direito. Colóquio Comemorativo dos 20 anos da Entrada em Vigor da Lei de Saúde Mental*, 221-230.
- Pogarsky, G., & Piquero, A. R. (2003). Can Punishment Encourage Offending? Investigating The “resetting” Effect. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40(1), 95–120. <https://doi.org/10.1177/0022427802239255>
- Quinsey, V. L. (2019). Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) and the Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R). *The SAGE Encyclopedia of Criminal Psychology*, 1637-1640. <http://doi.org/10.4135/9781483392240.n531>
- Rabkin, J. G. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients: A critical appraisal of the research. *Psychological bulletin*, 86(1), 1. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.1.1>
- Rice, M.E., Harris, G.T., & Lang, C. (2013). Validation of and revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R). *Psychological Assessment*, 25, 951-965. <https://doi.org/10.1037/a0032878>
- Silva, G. M. da (1994) *Curso de Processo Penal II*. Editorial Verbo, 403-405.
- Silva, G. M. da (2008). *Direito Penal Português - Parte Geral III - Teoria das Penas e das Medidas de Segurança*. Editorial Verbo.
- Silver, E. (2006). Understanding the Relationship Between Mental Disorder and Violence: The Need for a Criminological Perspective. *Law and Human Behavior*, 30, 685-706. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9018-z>
- Simões, M. R., Almeida, L. S. & Gonçalves, M. M. (2017). *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação*. Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Taylor, P., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence: A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172(3), 218-226. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.3.218>
- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 487-503. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0356-x>

- Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan V., Gupta, R. & Deb, K. S. (2016). Violence and mental illness: what is the true story?. *J Epidemiol Community Health*, 70, 223-225. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205546>
- Vieira, F., Cabral, S. C. & Saraiva, C. B. (2017). *Manual de Psiquiatria Forense*. Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Wirove, R.L., Olver, M.E. & Haag, A. (2022). Discrimination and Calibration Properties of the Violence Risk Appraisal Guide-Revised in a Not Criminally Responsible Provincial Population. *Assessment*, 30(5). 1672-1687. <https://doi.org/10.1177/10731911221116564>
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 490-495. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.490>

LEGISLAÇÃO

- Decreto de 10 de Abril de 1976, da Assembleia Constituinte, que aprovou a Constituição da República Portuguesa, na sua versão mais recente e atualmente em vigor, conferida pela Lei n.º 1/2005, de 12/08. (1976). Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacaoconstituicao/1976-34520775-43894075>
- Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, do Ministério da Justiça, que aprovou o Código Penal, na sua versão mais recente e atualmente em vigor, conferida pela Lei n.º 26/2025, de 19 de Março. (1995). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15, 1350 – 1416. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>
- Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de Abril, do Ministério da Justiça, que aprovou o Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais, em cumprimento do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, na sua versão mais recente e que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 58/2022, de 08 de setembro. (2011). Diário da República n.º 71/2011, Série I de 2011-04-11, 2180 – 2225. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/51-2011-276858>
- Decreto-Lei n.º 70/2019, de 24 de maio, da Presidência do Conselho de Ministros, na sua versão mais recente e atualmente em vigor, conferida pela Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho. (2019). Diário da República n.º 100/2019, Série I de 2019-05-24, 2599 – 2608. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70-2019-122393532>

Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro, do Ministério da Justiça, que aprovou o Código de Processo Penal, na sua versão mais recente e atualmente em vigor, conferida pela Lei n.º 52/2023, de 28 de Agosto. (1987). Diário da República n.º 40/1987, Série I de 1987-02-17, 617 – 699. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/78-1987-662562>

Decreto-Lei n.º 12063/2024, de 14 de Outubro, do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça. (2024). Diário da República n.º 199/2024, Série II de 2024-10-14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12063-2024-890791811>

Decreto-Lei n.º 215/2012, de 28 de Setembro, do Ministério da Justiça, que aprovou a Lei Orgânica da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, na sua versão mais recente e atualmente em vigor, conferida pelo Decreto-Lei n.º 13-A/2025, de 10 de março. (2012). Diário da República n.º 189/2012, Série I de 2012-09-28, páginas– 5480. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/215-2012-175545>

Despacho n.º 12406/2019, de 27 de Dezembro, dos Gabinetes das Ministras da Justiça e da Saúde. (2019). Diário da República n.º 249/2019, Série II de 2019-12-27, 61. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12406-2019-127504270>

Despacho n.º 3625/2024, de 4 de abril, dos Gabinetes dos Ministros das Finanças e dos Secretários de (2024). Diário da República n.º 67/2024, Série II de 2024-04-04. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3625-2024-859190943>

Lei n.º 115/2009, de 12 de Outubro, da Assembleia da República, que aprovou o Código de Execução das Penas e Medidas de Privativas da Liberdade, na sua versão mais recente e atualmente em vigor, conferida pela Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho. (2009). Diário da República n.º 197/2009, Série I de 2009-10-12, 7422 – 7464. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34515975>

Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho, da Assembleia da República, que aprovou a Lei de Saúde Mental (2023). Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21, 2 – 23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Portaria n.º 300/2019, de 11 de Setembro, dos Ministérios das Finanças e da Justiça. (2019). Diário da República n.º 174/2019, Série I de 2019-09-11, 68 – 77. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/300-2019-124609264>

WEBGRAFIA

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (s.d.). *HCR-20 V3*. The Mental Health, Law, and Policy Institute (MHLPI). Simon Fraser University. <http://hcr-20.com/>

Helmus, M., Judd, B., Lalumière, M., Quinsey, V., & Rettenberger, M. (s.d.) *Violence Risk Appraisal Guide-Revised Official Website*. VRAG-R. <http://www.vrag-r.org/>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000852&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=PT

Supremo Tribunal de Justiça (2021) Acórdão proferido no processo n.º 35/20.7PJOER.L1.S. <https://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/f24636053d3c109b802586fe00488d7b?OpenDocument>

Tribunal da Relação de Coimbra. (2023). Acórdão proferido no processo n.º 676/19.5PBCLD.C1. <https://www.dgsi.pt/jtrc.nsf/c3fb530030ea1c61802568d9005cd5bb/a0feb6cfbbca850080258a520032ffbc?OpenDocument>

ANEXOS

Anexo 1: Requerimento para realização de estudo na DGRSP



Mariana Esteves Duarte
Rua da Indústria 56 3º
3420-316 Tábua - Coimbra

Centro de Competências de Comunicação
e Relações Externas
Travessa da Cruz do Torel, 1
1150-122 Lisboa

Coimbra, 31 de Outubro de 2024

Assunto: Requerimento para realização de estudo em Equipas de Reinserção Social.

Exmo. Sr. Diretor-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais,

Mariana Esteves Duarte, estudante do 2º ano do 2º Ciclo de Estudos em Criminologia, da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, com o nº 202203463, encontrando-se a realizar a sua dissertação de mestrado em Criminologia, sob a orientação do Professor Doutor Jorge Quintas Oliveira, vem pelo presente requerer a V.ª Ex.ª autorização para realizar a sua investigação nas Equipas do Baixo Mondego 1 e Baixo Mondego 2, onde necessitará de recolher dados através da consulta de dossier, conforme sumariamente descrito no projeto que anexa.

Anexa: Projeto de dissertação de mestrado.

Pede deferimento.

A Requerente,

Mariana Esteves Duarte
(c.c. nº 14610553 2 ZW7, válido até 01/05/2031)

PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CRIMINOLOGIA

Mestranda: Mariana Esteves Duarte

Orientador: Professor Doutor Jorge Quintas Oliveira

Tema: Avaliação do Risco em Inimputáveis em Razão de Anomalia Psíquica.

Objetivos do estudo: O primeiro objetivo a que nos propomos é aplicar instrumentos de avaliação do risco em indivíduos inimputáveis em razão de anomalia psíquica. Posto isto, pretendemos testar as hipóteses de os inimputáveis em razão de anomalia psíquica em cumprimento de medida de segurança terem níveis de riscos inferiores aos condenados em pena de prisão, bem como de diferenciação dos níveis de risco em função das próprias características demográficas, clínicas e jurídicas. São duas as questões de investigação em que assenta a dissertação: (i) saber quais os níveis de risco na população; e (ii) quais os fatores de risco presentes.

Metodologia: população, instrumentos e procedimentos

Pretende-se uma amostra 20 indivíduos absolvidos em processo-crime, por declaração de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, em cumprimento medida de segurança de internamento, acompanhados pela Equipa do Baixo Mondego 1. Paralelamente, será formado um grupo de controlo, também com 20 indivíduos, em cumprimento de pena de prisão, acompanhados pela Equipa do Baixo Mondego 2.

A avaliação do risco será realizada apenas através da análise documental, com a utilização do dossier individual dos participantes da DGRSP, em cuja consulta será recolhida a informação necessária com o auxílio de grelha de análise (em anexo), incluindo dados demográficos, sociofamiliares, clínicos, de histórico de álcool e drogas, jurídicos e de reinserção social, os quais serão imprescindíveis à apresentação dos resultados relacionando os níveis de risco com as variáveis independentes.

Recolhidos os dados, serão aplicados dois instrumentos, o Violence Risk Appraisal Guide – Revised (VRAG-R), desenvolvido por Harris, Rice & Lang (2013) e

o Historical Clinical Risk-20 (HCR-20), criado por Webster et al. (1995), na sua versão mais recente e traduzida para português por Tabora (2009).

Uma vez que o estudo incide sobre população sensível (portadores de patologias do foro mental) e por virtude das questões éticas que se levantam para a investigação pretendida, foi previamente solicitado parecer à Comissão de Ética da Faculdade de Direito do Porto, cuja resposta se aguarda.

Cronograma – Ano Letivo 2024/2025:

1. Redação e submissão de pedidos de autorização: 16/09/2024 - 31/10/2024;
2. Revisão da literatura: 01/11/2024 - 31/12/2024;
3. Recolha de dados: 01/01/2025 - 13/04/2025;
4. Análise de dados: 14/04/2025 - 15/06/2025;
5. Redação dos Resultados e Considerações Finais: 16/06/2025 - 31/07/2025.

Anexo 2: Grelha de análise

Categoria	Subcategoria	Dados	Notas
Identificação	ID do Participante	Código do participante	Proteção de dados pessoais
Grupo	Experimental/Controlo	Absolvido (Inimputável) / Condenado (Imputável)	Grupo a que pertence
Dados Demográficos	Idade	Idade em anos	
	Género	Masculino/Feminino/Outro	
	Nacionalidade	Portuguesa ou outra, qual?	
	Estado Civil	Solteiro, Casado, Divorciado, Viúvo, União de facto	Referir estabilidade ou instabilidade nas relações
	Habilitações literárias	Nível de educação (básico, secundário, superior)	Referir eventuais fugas, desistências do ensino ou não frequência
	Profissão	Tipo de atividade atual, passadas e situação laboral antes do crime (empregado/desempregado/ reformado/outro)	Referir eventual histórico de problemas laborais
	Zona de proveniência	Residências anteriores e crescimento	Indicação genérica do contexto de desenvolvimento

Categoria	Subcategoria	Dados	Notas
Dados sócio-familiares	Agregado Familiar	Viver só / Com família / Com cônjuge / Com outros	Mencionar estrutura familiar e situações especiais (e.g. emigração, internamento)
	Condições económicas	Rendimentos do agregado e profissões	
	Antecedentes familiares psiquiátricos	Sim/não	
	Relações sociais	Qualidade e intensidade das relações sociais	Avaliar grau de isolamento ou rede social
	Apoio social	Sim/não	
Dados Clínicos	Patologia Mental	Diagnóstico(s) principal e secundário	
	Diagnóstico de transtorno de personalidade	Sim/não	
	Impulsividade ou instabilidade emocional	Sim/não e gravidade	
	História de Internamentos	Número de internamentos psiquiátricos ou hospitalares	
	Tratamento Psiquiátrico Atual	Sim/Não e tipo de tratamento (medicação, terapia)	
	Adesão ao Tratamento	Regular / Irregular / Não aderente	Avaliar insight
	Remissão da sintomatologia	Sim/Não	Referir tipo de sintomas ativos e repercussões
Histórico de Álcool e Drogas	Consumo de Álcool	Sim/Não / Frequência / Duração/	Tipo de substância e padrão de uso. Anterior aos 18 anos?
	Criminalidade sob efeito de álcool	Sim/Não/Qual crime	Especificar quanto a crime anterior e mais recente
	Consumo de Drogas	Sim/Não / Tipo de droga / Frequência	Tipo de substância e padrão de uso. Anterior aos 18 anos?
	Criminalidade sob efeito de drogas	Sim/Não/Qual crime	Especificar quanto a crime anterior e mais recente
Dados Jurídicos	Tipo de Crime	Tipo e natureza do crime (violento, não violento, sexual, etc.)	
	Outros crimes	Acusações e condenações anteriores	Evitar dupla contagem. Entre acusação e condenação sobre os mesmos factos, indicar o mais grave.
	Número de Crimes	Número de crimes cometidos	
	Idade no primeiro crime	Idade em anos	
	Idade no mais recente crime		
	Problemas de conduta na infância	Sim. Quais?/Não	Especificar idade
	Comportamento antissocial antes dos 16 anos	Sim. Quais?/Não	Especificar idade
	Antecedentes criminais	Sim/não, tipos de crime	

Categoria	Subcategoria	Dados	Notas
	Histórico de internamento/prisão	Sim/Não e duração de medidas/penas anteriores	
	Falhas em Liberdade para prova/condicional ou noutras medidas alternativas ou flexibilizadoras	Sim/Não / Frequência	
	Duração da Reclusão/Internamento	Duração total	
	Incidentes de Violência em ambiente institucional	Sim / Não / Número de incidentes	Avaliação a partir de relatórios
	Participação em Programas de Reabilitação	Sim / Não / Tipo de programa	
	Comportamento na Prisão/Hospital	Exemplar / Mediano / Problemático	
Dados de reinserção social	Recetividade familiar	Sim/não, condições	
	Visitas	Sim/não, quem, com que regularidade	
	Saídas ao exterior	Sim/não, quantas	
	Perspetivas ocupacionais	Sólidas/ frágeis/ medianas	Descrever sumariamente
	Exposição a stressores	Provável/Não provável	Referir capacidade de gestão do stress
	Perspetivas de continuidade de acompanhamento clínico	Sim/não, onde	
Pontuações nos instrumentos de avaliação do risco	Pontuação HCR-20 [0-40]	Valor numérico total e total dos itens históricos, clínicos e de gestão do risco	Determina o risco de violência
	Pontuação VRAG-R [-34-46]	Valor numérico total	Determina o risco de violência
Avaliação de Risco	Risco de Violência Atual	Baixo / Médio / Alto	Referir eventual avaliação anterior
	Prognóstico de Reincidência	Favorável / Desfavorável / Indeterminado	

Anexo 3: Organização dos itens da PCL-R segundo Hare (1991)

Fator 1 Clínico		Fator 2 Estilo antissocial	
Item 1	Loquacidade/volubilidade/encanto superficial	Item 3	Necessidade de estimulação/tendência para o tédio
Item 2	Sentido grandioso do valor de si próprio	Item 9	Estilo e vida parasita
Item 4	Mentir patológico	Item 10	Deficiente controle comportamental
Item 5	Estilo manipulativo	Item 12	Comportamento problemático precoce
Item 6	Ausência de remorsos ou sentimentos de culpa	Item 13	Ausência de objetivos realistas
Item 7	Superficialidade afetiva	Item 14	Impulsividade
Item 8	Frieza/ausência de empatia	Item 15	Irresponsabilidade
Item 16	Não acatamento e responsabilidades pelas suas ações	Item 18	Delinquência juvenil
		Item 19	Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras da pena de prisão
Item 11 Comportamento sexual promíscuo			
Item 17 Relacionamentos conjugais numerosos e de curta duração			
Item 20 Versatilidade criminal			

Anexo 4: Organização dos itens da PCL-R segundo Cooke & Michie (2001)

Fator 1 Interpessoal		Fator 2 Afetiva		Fator 3 Estilo de vida	
Item 1	Loquacidade/volubilidade/encanto superficial	Item 6	Ausência de remorsos ou sentimentos de culpa	Item 3	Necessidade de estimulação/tendência para o tédio
Item 2	Sentido grandioso do valor de si próprio	Item 7	Superficialidade afetiva	Item 9	Estilo e vida parasita
Item 4	Mentir patológico	Item 8	Frieza/ausência de empatia	Item 13	Ausência de objetivos realistas
Item 5	Estilo manipulativo	Item 16	Não acatamento e responsabilidades pelas suas ações	Item 14	Impulsividade
				Item 15	Irresponsabilidade
Item 10 Deficiente controle comportamental Item 11 Comportamento sexual promíscuo Item 12 Comportamento problemático precoce Item 17 Relacionamentos conjugais numerosos e de curta duração Item 18 Delinquência juvenil Item 19 Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras da pena de prisão Item 20 Versatilidade criminal					

Anexo 5: Organização dos itens da PCL-R segundo Hare (2003)

Fator 1 Clínico				Fator 2 Estilo antissocial			
Faceta 1 Interpessoal		Faceta 2 Afetiva		Faceta 3 Estilo de vida		Faceta 4 Antissocial	
Item 1	Loquacidade/ volubilidade/ encanto superficial	Item 6	Ausência de remorsos ou sentimentos de culpa	Item 3	Necessidade de estimulação/ tendência para o tédio	Item 10	Deficiente controle comportamental
Item 2	Sentido grandioso do valor de si próprio	Item 7	Superficialidade afetiva	Item 9	Estilo de vida parasita	Item 12	Comportamento problemático precoces
Item 4	Mentir patológico	Item 8	Frieza/ausência de empatia	Item 13	Ausência de objetivos realistas	Item 18	Delinquência juvenil
Item 5	Estilo manipulativo	Item 16	Não acatamento e responsabilidades pelas suas ações	Item 14	Impulsividade	Item 19	Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras da pena de prisão
				Item 15	Irresponsabilidade	Item 20	Versatilidade criminal
Item 11 Comportamento sexual promíscuo Item 17 Relacionamentos conjugais numerosos e de curta duração							

Anexo 6: Tradução da Folha de cotação do VRAG-R

FOLHA DE COTAÇÃO VRAG-R VERSÃO PORTUGUESA

Nome:
Data de Nascimento
Cotação na faceta 4 do PCL-R:

Nome:
E-mail:
Data:

Item	Descrição do item e observações	Sub Cotação	Cotação do Item
1	VIVEU COM AMBOS OS PAIS BIOLÓGICOS ATÉ AOS 16 ANOS Não = +2 Sim = -2 Refere-se à separação de um ou ambos os pais biológicos por mais de 1 mês. Pontue como NÃO se o ofensor não viveu continuamente com ambos os pais biológicos até os 16 anos, exceto por motivo de morte de um ou ambos os pais. Exemplos adicionais de NÃO: pai/mãe no exército, pais divorciados, medida de acolhimento residencial, separado devido a delinquência juvenil. Marque SIM se a separação se ficou a dever a uma experiência positiva (por exemplo, colégio interno, acampamento). Observações:		
2	DESAJUSTE NO ENSINO BÁSICO – ATÉ AO 9º ANO OU 14 ANOS Sem problemas = -3 Problemas leves/Moderados = +1 Problemas Graves = +4 Qualquer menção a problemas comportamentais qualifica-se como +1. Problemas que levem a suspensão ou ocorram em mais do que 1 ano qualificam-se como +1 ou +4. Exemplos de problemas leves/moderados: suspensão por fumar no espaço escolar, recusa em cooperar nas tarefas (detenção, presente ao diretor...), pequena agressão contra os pares, interferir na participação de outros alunos em sala de aula, responder de forma rude ao professor. Exemplos de problemas graves: ato grave de agressão contra outro aluno que resulte em suspensão, agressão ou tentativa de agressão do professor, qualquer problema comportamental que levou à expulsão ou persistiu durante o ensino básico. Observações:		

Item	Descrição do item e observações	Sub Cotação	Cotação do Item												
3	HISTÓRIA DE PROBLEMAS COM ÁLCOOL OU DROGAS ___ Problemas com álcool antes dos 18 anos ___ Problemas com drogas ilegais antes dos 18 anos ___ Crime anterior sob efeito de álcool ___ Crime anterior sob efeito de drogas ilegais ___ Crime corrente sob efeito de álcool ___ Crime corrente sob efeito de drogas ilegais CHAVE DE COTAÇÃO TOTAL < 3 pontos = -2 3 pontos = 0 4 pontos = +1 > 4 pontos = +4 Pode ser necessário ratear. Observações:														
4	ESTADO CIVIL NA DATA DO CRIME DE REFERÊNCIA Já foi casado com uma mulher (incluindo economia comum por mais de 6 meses) = -1 Nunca casou com uma mulher = +1, a menos que tenha sido casado com um homem (incluindo economia comum por mais de 6 meses), nesse caso, pontue com 0. Note-se que os casamentos entre pessoas do mesmo sexo não foram avaliados como um item no estudo original. Note-se que a qualidade do relacionamento não é considerada. Observações:														
5	COTAÇÃO DA HISTÓRIA CRIMINAL NÃO VIOLENTA: Inclua os registros de delinquência juvenil. Some todas as acusações e condenações de todas os crimes não violentos anteriores ao crime de referência. Não conte acusação e condenação caso se refiram ao mesmo incidente (dupla contagem). Em caso de discrepância entre a acusação e a condenação, use a mais grave (geralmente, a acusação). **Se a acusação não estiver na tabela A1, então não poderá ser cotada/usada, mesmo que tenha sido acusado da prática de um crime (por exemplo, condução perigosa, consumo de bebidas alcoólicas por menores, embriaguez ou abuso de substâncias, prostituição). <u>Anexo: Tabela A.1 – História de crimes não violentos de Cormier-Lang</u> <table><tr><th>Acusações/Condenações por crimes não violentos ANTES do crime de referência</th><th>Cotação</th></tr><tr><td>0</td><td>-3</td></tr><tr><td>1-2</td><td>-1</td></tr><tr><td>3-8</td><td>+1</td></tr><tr><td>9-17</td><td>+3</td></tr><tr><td>18+</td><td>+5</td></tr></table> Observações:	Acusações/Condenações por crimes não violentos ANTES do crime de referência	Cotação	0	-3	1-2	-1	3-8	+1	9-17	+3	18+	+5		
Acusações/Condenações por crimes não violentos ANTES do crime de referência	Cotação														
0	-3														
1-2	-1														
3-8	+1														
9-17	+3														
18+	+5														

Item	Descrição do item e observações	Sub Cotação	Cotação do Item														
6	FALHA EM MEDIDAS ALTERNATIVAS OU FLEXIBILIZADORAS DA PENA DE PRISÃO OU DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAMENTO: inclui violação ou revogação da liberdade condicional ou para prova, quebra/falha em cumprir com a supervisão, violação da caução, da suspensão da execução da pena ou medida de segurança, quaisquer acusações novas, incumprimento de penas de substituição como multa ou trabalho em favor da comunidade, falha em comparecer perante os serviços de reinserção social ou autoridades... Não conte situações relativas a supervisão pelas autoridades de saúde mental subsequente à libertação do hospital. Não = -2, Sim +4. Observações:																
7	IDADE NA DATA DO CRIME DE REFERÊNCIA (Considerando o aniversário mais recente) **Se houver uma onda de crimes num certo período de tempo que são julgados ao mesmo tempo, use a idade do indivíduo no início dessa onda. <table><tr><th>IDADE</th><th>COTAÇÃO</th></tr><tr><td>> 45</td><td>-7</td></tr><tr><td>39-45</td><td>-4</td></tr><tr><td>34-38</td><td>-2</td></tr><tr><td>31-33</td><td>-1</td></tr><tr><td>26-30</td><td>+1</td></tr><tr><td><26</td><td>+2</td></tr></table> Observações:	IDADE	COTAÇÃO	> 45	-7	39-45	-4	34-38	-2	31-33	-1	26-30	+1	<26	+2		
IDADE	COTAÇÃO																
> 45	-7																
39-45	-4																
34-38	-2																
31-33	-1																
26-30	+1																
<26	+2																
8	COTAÇÃO DA HISTÓRIA CRIMINAL VIOLENTA – ANEXO: TABELA B.1 Inclua os registos de delinquência juvenil. Some todas as acusações e condenações de todos os crimes violentos anteriores ao crime de referência. Não conte acusação e condenação caso se refiram ao mesmo incidente (dupla contagem). Em caso de discrepância entre a acusação e a condenação, use a mais grave (geralmente, a acusação). Exceto nos casos de tentativa de homicídio, os crimes na forma tentada são cotados como o crime na forma consumada. É necessária alguma adaptação consoante o Código Penal vigente no país. *Não aceite autorrelato que não possa ser verificado. <table><tr><th>Condenações/Acusações por crimes violentos ANTES do crime de referência</th><th>Cotação</th></tr><tr><td>0</td><td>-2</td></tr><tr><td>1-4</td><td>+2</td></tr><tr><td>5-18</td><td>+3</td></tr><tr><td>18+</td><td>+4</td></tr></table> Observações:	Condenações/Acusações por crimes violentos ANTES do crime de referência	Cotação	0	-2	1-4	+2	5-18	+3	18+	+4						
Condenações/Acusações por crimes violentos ANTES do crime de referência	Cotação																
0	-2																
1-4	+2																
5-18	+3																
18+	+4																

Item	Descrição do item e observações	Sub Cotação	Cotação do Item												
9	ADMISSÕES ANTERIORES EM INSTITUIÇÕES CORRECIONAIS – Refere-se a admissões de um dia ou mais em instituições correcionais (por exemplo, centros educativos, celas de detenção, prisões). Aplica-se apenas a crimes anteriores ao crime de referência. Não conte situações de transferências de uma instalação para outra. <table><tr><td>N.º de admissões anteriores</td><td>Cotação</td></tr><tr><td>0</td><td>-2</td></tr><tr><td>1</td><td>+2</td></tr><tr><td>2</td><td>+3</td></tr><tr><td>3 ou 4</td><td>+4</td></tr><tr><td>>4</td><td>+6</td></tr></table> Observações:	N.º de admissões anteriores	Cotação	0	-2	1	+2	2	+3	3 ou 4	+4	>4	+6		
N.º de admissões anteriores	Cotação														
0	-2														
1	+2														
2	+3														
3 ou 4	+4														
>4	+6														
10	DESORDEM DE CONDUTA ANTES DOS 15 ANOS: Absentismo repetido, suspensão ou expulsão escolar, delinquência reportada às autoridades, fuga de casa pelo menos duas vezes, mentira persistente, repetidas relações sexuais em relações causais, embriaguez recorrente ou abuso de substâncias, furtos, vandalismo, notas escolares marcadamente abaixo das expectativas em relação ao QI estimado ou conhecido, violações crónicas em casa e/ou na escola, envolvimento em desacatos... <table><tr><td>Situações de desordem de conduta</td><td>Cotação</td></tr><tr><td>0</td><td>-2</td></tr><tr><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>2-4</td><td>+4</td></tr><tr><td>4+</td><td>+5</td></tr></table> Observações:	Situações de desordem de conduta	Cotação	0	-2	1	0	2-4	+4	4+	+5				
Situações de desordem de conduta	Cotação														
0	-2														
1	0														
2-4	+4														
4+	+5														

Item	Descrição do item e observações	Sub Cotação	Cotação do Item																								
11	HISTÓRIA DE CRIMES SEXUAIS: Considere toda a história até ao crime de referência, inclusive, e conte todos os crimes para os quais há evidências convincentes que tenham ou não resultado numa acusação ou condenação. **Neste item pode usar informações de autorrelato caso as evidências sejam convincentes, mesmo que não tenham resultado numa condenação ou acusação. <table><tr><td>História de crimes sexuais</td><td>Cotação</td></tr><tr><td>Não é conhecida a prática de nenhum crime</td><td>-2</td></tr><tr><td>Todos os crimes sexuais conhecidos foram exclusivamente praticados contra crianças menores de 14 anos</td><td>-1</td></tr><tr><td>Praticou crime(s) sexual(ais), mas não se sabe se se enquadra noutra categoria (por exemplo, homem/homem, homem/homem preso, etc.)</td><td>+2</td></tr><tr><td>Pelos menos um crime sexual foi praticado contra vítima do sexo feminino com 14 anos ou mais.</td><td>+3</td></tr></table> Observações:	História de crimes sexuais	Cotação	Não é conhecida a prática de nenhum crime	-2	Todos os crimes sexuais conhecidos foram exclusivamente praticados contra crianças menores de 14 anos	-1	Praticou crime(s) sexual(ais), mas não se sabe se se enquadra noutra categoria (por exemplo, homem/homem, homem/homem preso, etc.)	+2	Pelos menos um crime sexual foi praticado contra vítima do sexo feminino com 14 anos ou mais.	+3																
História de crimes sexuais	Cotação																										
Não é conhecida a prática de nenhum crime	-2																										
Todos os crimes sexuais conhecidos foram exclusivamente praticados contra crianças menores de 14 anos	-1																										
Praticou crime(s) sexual(ais), mas não se sabe se se enquadra noutra categoria (por exemplo, homem/homem, homem/homem preso, etc.)	+2																										
Pelos menos um crime sexual foi praticado contra vítima do sexo feminino com 14 anos ou mais.	+3																										
12	ANTISSOCIALIDADE – FACETA 4 DO PCL-R <table><tr><th>ITEM</th><th>DESCRIÇÃO</th><th>COTAÇÃO DA FACETA</th><th>COTAÇÃO DO VRAG-R</th></tr><tr><td>10</td><td>Deficiente controlo comportamental</td><td>0</td><td>-6</td></tr><tr><td>12</td><td>Comportamento problemático precoce</td><td>≥1</td><td>-3</td></tr><tr><td>18</td><td>Delinquência juvenil</td><td>≥2,5</td><td>+2</td></tr><tr><td>19</td><td>Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras da pena de prisão ou medida de segurança de internamento</td><td>≥3,5</td><td>+3</td></tr><tr><td>20</td><td>Versatilidade criminal</td><td>≥7,5</td><td>+6</td></tr></table> Observações:	ITEM	DESCRIÇÃO	COTAÇÃO DA FACETA	COTAÇÃO DO VRAG-R	10	Deficiente controlo comportamental	0	-6	12	Comportamento problemático precoce	≥1	-3	18	Delinquência juvenil	≥2,5	+2	19	Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras da pena de prisão ou medida de segurança de internamento	≥3,5	+3	20	Versatilidade criminal	≥7,5	+6		
ITEM	DESCRIÇÃO	COTAÇÃO DA FACETA	COTAÇÃO DO VRAG-R																								
10	Deficiente controlo comportamental	0	-6																								
12	Comportamento problemático precoce	≥1	-3																								
18	Delinquência juvenil	≥2,5	+2																								
19	Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras da pena de prisão ou medida de segurança de internamento	≥3,5	+3																								
20	Versatilidade criminal	≥7,5	+6																								

COTAÇÃO DA FACETA 4:

INTERVALO:

PERCENTIL:

P AOS 5 ANOS:

P AOS 12 ANOS:

COTAÇÃO TOTAL:

Modelo criado por Melanie Dougherty, psicóloga e analista de comportamento – New York State Office for People with Developmental Disabilities.

Tradução e Adaptação: Mariana Duarte, Mestranda de Criminologia na Faculdade de Direito da Universidade do Porto.

Anexo 7: Análise dos itens do HCR-20

Itens	Cotação		Total		Inimputáveis		Imputáveis	
		N		%	N	%	N	%
H1. Violência prévia	0	4	10		2	10	2	10
	1	9	22,5		5	25	4	20
	2	27	67,5		13	65	14	70
H2. Idade precoce no 1º incidente violento	0	6	15		5	25	1	5
	1	17	42,5		11	55	6	30
	2	17	42,5		4	20	13	65
H3. Instabilidade nos relacionamentos amorosos	0	19	47,5		3	15	16	80
	1	12	30		11	55	1	5
	2	9	22,5		6	30	3	15
H4. Problemas de emprego	0	11	27,5		6	30	5	25
	1	13	32,5		5	25	8	40
	2	16	40		9	45	7	35
H5. Problemas com o uso de substâncias	0	13	32,5		7	35	6	30
	1	4	10		2	10	2	10
	2	23	57,5		11	55	12	60
H6. Doença mental grave	0	17	42,5		-	-	17	85
	1	1	2,5		-	-	1	5
	2	22	55		20	100	2	10
H8. Desajuste precoce	0	16	40		10	50	6	30
	1	12	30		7	35	5	25
	2	12	30		3	15	9	45
H9. Perturbação da personalidade	0	24	60		7	35	17	85
	1	11	27,5		10	50	1	5
	2	5	12,5		3	15	2	10
H10. Fracasso em medidas de supervisão anteriores	0	20	50		12	60	8	40
	1	3	7,5		1	5	2	10
	2	17	42,5		7	35	10	50
C1. Falta de insight	0	5	12,5		2	10	3	15
	1	17	42,5		5	25	12	60
	2	18	45		13	65	5	25
C2. Atitudes negativas	0	7	17,5		-	-	7	35
	1	17	42,5		11	55	6	30
	2	16	40		9	45	7	35
C3. Sintomas ativos de doença mental grave	0	29	72,5		10	50	19	95
	1	5	12,5		5	25	-	-
	2	6	15		5	25	1	5
C4. Impulsividade	0	7	17,5		1	5	6	30
	1	11	27,5		4	20	7	35
	2	22	55		15	75	7	35
C5. Ausência de resposta ao tratamento	0	16	40		1	5	15	75
	1	12	30		12	60	-	-
	2	12	30		7	35	5	25
R1. Planos com pouca viabilidade	0	6	15		1	5	5	25
	1	18	45		9	45	9	45
	2	16	40		10	50	6	30
R2. Exposição a fatores destabilizantes	0	1	2,5		-	-	1	5
	1	15	37,5		6	30	9	45
	2	24	60		14	70	10	50
R3. Falta de apoio pessoal	0	18	45		8	40	10	50
	1	5	12,5		1	5	4	20
	2	17	42,5		11	55	6	30

R4. Não adesão ao tratamento/ a medidas remediativas	0	6	15	1	5	5	25
	1	13	32,5	8	40	5	25
	2	21	52,5	11	55	10	50
R5. Stress	0	6	15	2	10	4	20
	1	6	15	3	15	3	15
	2	28	70	15	75	13	65

Anexo 8: Cotações totais no HCR-20

Total	Cotação total	Amostra (N)	Inimputáveis (N)	Imputáveis (N)
HCR-20	4	2	-	2
	9	2	-	2
	11	1	-	1
	14	1	-	1
	15	1	-	1
	16	2	1	1
	17	1	-	1
	18	4	2	2
	19	1	1	-
	20	2	2	-
	21	2	1	1
	22	2	2	-
	23	3	1	2
	24	2	2	-
	25	2	-	2
	26	1	1	-
	27	1	1	-
	28	1	1	-
	29	4	1	3
	30	1	1	-
	31	2	1	1
	34	1	1	-
	36	1	1	-

Anexo 9: Cotações totais no VRAG-R

	Amostra (N)	Inimputáveis (N)	Imputáveis (N)
-27	1	1	-
-25	1	-	1
-23	1	-	1
-22	2	2	-
-21	1	1	-
-17	1	1	-
-14	1	-	1
-13	1	1	-
-11	2	2	-
-10	1	-	1
-9	1	-	1
-8	1	1	-
-7	1	1	-
-5	1	1	-
-4	1	1	-
-3	2	2	-
-1	2	1	1
1	2	1	1
3	1	-	1
7	1	1	-
10	2	-	2
11	1	-	1
12	1	-	1
14	2	2	-
15	1	-	1
16	1	-	1
18	2	-	2
20	1	-	1
22	1	-	1
23	1	1	-
29	1	-	1
30	1	-	1

Anexo 10: Análise dos itens do VRAG-R

Itens	Cotação	Total		Inimputáveis		Imputáveis	
		N	%	N	%	N	%
1. Vive com ambos os pais biológicos até aos 16 anos	-2	21	52,5	11	55	10	50
	2	19	47,5	9	45	10	50
2. Desajuste no ensino básico – até ao 9º ano ou 14 anos	-3	18	45	9	45	9	45
	1	18	45	9	45	9	45
	4	4	10	2	10	2	10
3. História de problemas com álcool ou drogas	-2	24	60	15	75	9	45
	0	11	27,5	4	20	7	35
	1	2	5	1	5	1	5
	4	3	7,5	-	-	3	15
4. Estado civil na data do crime de referência	-1	18	45	7	35	11	55
	1	22	55	13	65	9	45
	-3	16	40	12	60	4	20
5. Cotação da história criminal não violenta	-1	3	7,5	1	5	2	10
	1	6	15	4	20	2	10
	3	6	15	1	5	5	25
	5	9	22,5	2	10	7	35
6. Falhas em medidas alternativas ou flexibiliz.	-2	21	52,5	12	60	9	45
	4	19	47,5	8	40	11	55
	-7	13	32,5	10	50	3	15
7. Idade na data do crime de referência	-4	5	12,5	2	10	3	15
	-2	4	10	1	5	3	15
	-1	6	15	3	15	3	15
	1	3	7,5	2	10	1	5
	2	9	22,5	2	10	7	35
	-2	17	42,5	10	50	7	35
8. Cotação da história criminal violenta	2	1	2,5	1	5	-	-
	3	13	32,5	7	35	6	30
	4	9	22,5	2	10	7	35
	-2	21	52,5	13	65	8	40
9. Admissões anteriores em instituições correcionais	2	7	17,5	4	20	3	15
	3	5	12,5	2	10	3	15
	4	5	12,5	-	-	5	25
	6	2	5	1	5	1	5
10. Desordem de conduta antes dos 15 anos	-2	11	27,5	7	35	4	20
	0	11	27,5	7	35	4	20
	4	13	32,5	5	25	8	40
	5	5	12,5	1	5	4	20
11. História de crimes sexuais	-2	39	97,5	19	95	20	100
	3	1	2,5	1	5	-	-
	-6	1	2,5	-	-	1	5
12. Antissocialidade	-3	9	22,5	6	30	3	15
	2	8	20	6	30	2	10
	3	12	30	5	25	7	35
	6	10	25	3	15	7	35

Anexo 11: Cotações totais na faceta 4 da PCL-R

Cotação Total	Amostra (N)	Inimputáveis (N)	Imputáveis (N)
0	1	-	1
1	6	4	2
2	3	2	1
3	8	6	2
4	2	2	-
5	4	1	3
6	5	2	3
7	1	-	1
8	3	1	2
9	5	2	3
10	2	-	2

Anexo 12: Análise dos itens da Faceta 4 da PCL-R

Itens	Cotação	Total		Inimputáveis		Imputáveis	
		N	%	N	%	N	%
10. Deficiente controle comportamental	0	1	2,5	-	-	1	5
	1	15	37,5	9	45	6	30
	2	24	60	11	55	13	65
12. Comportamento problemático precoce	0	23	57,5	11	55	12	60
	1	13	32,5	8	40	5	25
	2	4	10	1	5	3	15
18. Delinquência juvenil	0	21	52,5	14	70	7	35
	1	7	17,5	3	15	4	20
	2	12	30	3	15	9	45
19. Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras	0	21	52,5	12	60	9	45
	1	2	5	2	10	-	-
	2	17	42,5	6	30	11	55
20. Versatilidade criminal	0	17	42,5	12	60	5	25
	1	7	17,5	3	15	4	20
	2	16	40	5	25	11	55