



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2 00 9/2 010

Filipa Maria Dias Moreira  
Compreender o crime na esquizofrenia – factores de risco e prevenção

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Filipa Maria Dias Moreira

Compreender o crime na esquizofrenia – factores de risco e prevenção

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Psiquiatria**

**Trabalho efectuado sob a Orientação e co-orientação respectiva de:**

**Prof. Doutor Rui Coelho**

**Mestre Susana Almeida Cunha**

**Segundo a revista:  
Arquivos de Medicina**

**Abril, 2010**

**FMUP**

Eu, Filipa Maria Dias Moreira, abaixo assinada, nº mecanográfico 040801111, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Filipa Maria Dias Moreira

**Nome:** Filipa Maria Dias Moreira

**Endereço electrónico:** m04111@med.up.pt

**Título da Monografia:** Compreender o crime na esquizofrenia – factores de risco e prevenção

**Nome completo do Orientador:** Rui Manuel Bento Almeida Coelho

**Nome completo da Co-Orientadora:** Susana Maria Pinto Almeida Leitão da Cunha

**Ano de conclusão:** 6º

**Designação da área do projecto de opção:** Psiquiatria

É autorizada a reprodução integral desta Monografia, apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Filipa Maria Dias Moreira

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Rui Coelho e à Mestre Susana Almeida Cunha, respectivamente orientador e co-orientadora deste projecto de opção, pela orientação, críticas e sugestões que muito contribuíram para o meu enriquecimento a nível pessoal e científico.

## **Título**

Compreender o crime na esquizofrenia – factores de risco e prevenção.

## **Resumo**

Apenas uma minoria dos esquizofrénicos comete crimes, contudo em comparação com a população geral, estão em risco aumentado de incorrer em actos criminais. Os objectivos deste estudo são, através da revisão da literatura, concluir acerca da relação entre crime e esquizofrenia, esclarecendo também os factores mediadores da mesma. Pretende-se ainda abordar a forma de prevenção deste tipo de situações. Recorreu-se a três bases bibliográficas electrónicas (MEDLINE, SCOPUS e ISI WEB OF KNOWLEDGE) e a outra literatura seleccionada no âmbito da psiquiatria. Confirmou-se que há um aumento da prevalência de crime na esquizofrenia, comparativamente com a população em geral. A explicação para este facto não comporta factores únicos, mas antes uma diversidade de variáveis que muitas vezes se interpenetram, e que operam antes, durante e após a doença activa.

A prevenção da ocorrência ou recorrência do acto criminal deve ser específica para o doente em questão, adequando-se ao factor etiológico mais substancial, sem nunca esquecer que na maioria dos casos há mais do que um mediador envolvido. O abuso de substâncias, as vulnerabilidades da personalidade e o contexto social necessitam, se não de uma prioridade igual à do controlo sintomático, pelo menos de ser uma parte importante do processo de abordagem destes pacientes.

*Palavras-chave:* “esquizofrenia”; “crime”; “violência”; “criminalidade”; “agressão”; “factores de risco”; “prevenção”.

**Title**

Understanding crime in schizophrenia - risk factors and prevention.

**Abstract**

Only a minority of schizophrenics shows criminal behavior, but in comparison with the general population, there is an increased risk of crime. The objectives of this study are, by reviewing the literature, conclude about the relationship between crime and schizophrenia and the factors mediating this association. The aim is also to demonstrate the preventive approach of situations. Resorted to three electronic bibliographic databases (MEDLINE, SCOPUS and ISI WEB OF KNOWLEDGE) and other selected literature in the context of psychiatry. It was confirmed that there is an increased prevalence of crime in schizophrenia, compared with the general population. The explanation for these criminal acts does not contain unique factors, but a variety of variables that are often inter-penetrate, and operating before, during and after the active disease.

The prevention of the occurrence or recurrence of the criminal act must be specific to the patient in question, adapting to the more substantial etiological factor, never forgetting that in most cases more than one factor are involved. Substance abuse, the vulnerabilities of the personality and the social context, if not equal priority with symptom control, at least to be a relevant part of the management process.

*Keywords:* "schizophrenia"; "crime"; "violence"; "criminality"; "aggression"; "risk factors"; "prevention".

## Índice

1. Introdução	6
2. Métodos	7
3. Definição e critérios de diagnóstico da esquizofrenia	8
4. Definições e classificações úteis	9
4.1 Agressividade e agressão	9
4.2 Violência	9
4.3 Crime e delinquência	10
5. Epidemiologia	11
5.1 Associação entre crime e esquizofrenia	11
5.2 Padrões de crime	12
5.3 Número de crimes/indivíduo	13
5.4 As vítimas	13
6. Factores implicados no risco de crime	14
6.1 Características demográficas, estratificação social e habitação	14
6.2 Composição do lar, contacto familiar e social	18
6.3 Características clínicas básicas, dano e funcionamento	19
6.4 Características relacionadas com o tratamento	24
6.5 Co-morbilidades	25
6.6 Vitimização e história criminal	28
6.7 Características pré-mórbidas	29
7. Tipologia de criminosos	35
7.1 Iniciadores precoces	35
7.2 Iniciadores intermédios	36
7.3 Iniciadores tardios	36
8. Como prevenir o crime	37
8.1 Identificação precoce dos esquizofrénicos com elevado risco de crime futuro	37

8.2 Princípios gerais de abordagem	38
8.3 Medidas farmacológicas	39
9. Conclusão	41
10. Referências bibliográficas	42
11. Quadros e Tabelas	46

## **1. Introdução**

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais graves, caracterizada por sintomatologia psicótica do tipo positivo (como alucinações, delírios) e negativo (como apatia, avolição). Com a progressão da doença pode surgir a deterioração cognitiva, a qual torna o indivíduo cada vez mais incapacitado.

Apenas uma minoria dos esquizofrénicos comete crimes (1-10), contudo em comparação com a população geral, estão em risco aumentado de incorrer em actos criminais (1,2). As consequências deste facto são devastadoras para o doente, para a sua família e sociedade em geral.

Torna-se imperativo perceber quais os factores que potenciam a ocorrência de crime nestes doentes, incluindo outros factores para além daqueles exclusivamente relacionados com a psicose. É importante abarcar toda a dimensão do indivíduo, incluindo factores demográficos, familiares, sociais e co-morbilidades, entre outros. O conhecimento destas variáveis permitirá a prevenção mais eficaz da ocorrência de delitos nesta população.

Os objectivos deste estudo são, através da revisão da literatura, concluir acerca da relação entre crime e esquizofrenia e dos factores mediadores desta associação. Pretende-se ainda demonstrar a abordagem preventiva deste tipo de situações.

## 2. Métodos

### 2.1 Estratégia de pesquisa

Este trabalho foi realizado com recurso a três bases bibliográficas electrónicas (MEDLINE, SCOPUS e ISI WEB OF KNOWLEDGE) e a outra literatura seleccionada no âmbito da psiquiatria.

As palavras-chave utilizadas na pesquisa nas três bases de dados foram ("schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[All Fields]) AND ("crime"[MeSH Terms] OR "crime"[All Fields]); “violence”; “criminality”, “aggression”, “risk factors”. A pesquisa foi limitada para artigos publicados entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2009.

### 2.2 Critérios de inclusão e de exclusão

Os estudos foram incluídos se:

- a) Estivessem publicados em Inglês ou Português;
- b) Avaliassem a associação existente entre crime e esquizofrenia;
- c) Aferissem factores de risco para ocorrência de crime, em esquizofrénicos;
- d) Investigassem formas de prevenção de crime na esquizofrenia.

Os estudos foram excluídos se:

- a) Não estivesse explícito o diagnóstico dos indivíduos estudados ou se não exibisse resultados específicos para a esquizofrenia;
- b) A amostra estudada se limitasse a esquizofrénicos inimputáveis ou “*not guilty by reason of insanity*” ou “*without fitness to stand trial*”, ou o estudo aferisse apenas as condenações impostas a esquizofrénicos;
- c) Comparassem a prevalência de crime na esquizofrenia com a encontrada noutras doenças psiquiátricas, e não com a população saudável.

### 3. Definição e critérios de diagnóstico para esquizofrenia

Segundo a DSM IV (quadro 1), a esquizofrenia caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas característicos que estiveram presentes no indivíduo numa importante parte de tempo durante o período de um mês, sendo que alguns sinais da perturbação persistem durante pelo menos 6 meses, associando-se a marcada disfunção social ou ocupacional (11).

Os sintomas característicos dividem-se em duas categorias: positivos e negativos. Os sintomas positivos parecem reflectir um excesso ou distorção de funções normais, incluindo do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), da percepção (alucinações), da linguagem e dos processos do pensamento (discurso desorganizado), bem como do autocontrolo do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico). Por sua vez, os sintomas negativos parecem já reflectir uma diminuição ou perda de funções normais, com restrições na variedade e intensidade de expressões emocionais (embotamento afectivo), da fluência e produtividade do pensamento e do discurso (alogia) e na iniciação de um comportamento dirigido com objectivo (avolição) (11).

Contudo, nenhum destes sintomas isolados faz o diagnóstico de esquizofrenia, podendo dois doentes esquizofrénicos ter uma apresentação clínica diferente. Neste sentido, o DSM IV tenta estabelecer determinados subtipos de esquizofrenia (a referir, esquizofrenia de tipo paranóide, desorganizado, catatónico, e residual), conforme a predominância de determinado tipo de sintomas (11).

Também a ICD-10 reconhece que nenhum sintoma é estritamente patognomónico, mas para fins práticos divide os sintomas em grupos (quadro 2) com importância especial para o diagnóstico. Frequentemente, estes sintomas manifestam-se em conjunto (12). A exigência normal para um diagnóstico de esquizofrenia é que no mínimo um sintoma claro (e em geral dois ou mais, se menos claros) pertencente a qualquer um dos grupos listados como (a) a (d), ou sintomas de pelo menos dois dos grupos referidos como (e) a (h) estejam claramente presentes pela maior parte do tempo durante o período de um mês ou mais (12). Esta classificação divide a esquizofrenia, de igual forma, em diversos subtipos, nomeadamente paranóide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual e simples (12). Também contempla a depressão pós-esquizofrénica (12).

## **4. Definições e classificações úteis**

### **4.1 Agressividade e Agressão**

Não existe um tipo ou classe único/a de comportamento que se possa chamar de agressivo, nem existe nenhum processo que por si só represente a “agressividade” (13).

Na verdade, a agressividade pode ser definida como qualidade do que é agressivo; tendência ou predisposição para agredir (14). A agressividade conceptualiza um estado, uma tendência, uma qualidade de todos os seres vivos, sobretudo do Homem quando sujeito a certos tipos de ameaças (13).

Em psiquiatria forense considera-se a agressividade como uma tendência presente em determinadas formas de comportamento, que leva à produção de dano, à destruição ou eliminação de pessoas, animais ou coisas. Esta tendência pode dar origem à realização de actos concretos (agressividade expressa) ou impregnar a atitude geral da pessoa (agressividade latente) (13). A agressividade pode ser auto-dirigida ou hetero-dirigida, contudo esta monografia só abordará factos relativos à heteroagressividade.

A agressão é, por sua vez, entendida como acto ou efeito de agredir; ataque violento (14). É a nível jurídico-penal, um acto contrário ao direito do outro (13).

### **4.2 Violência**

A violência é a qualidade ou estado do que é violento; acto de violentar; força empregada contra o direito natural de outrem; acção em que se faz uso de força bruta (14). É uma força brutal (não apenas força física) que é infligida a alguém ou algo, e também o acto pelo qual se exerce essa força (13).

A violência denota agressividade entre humanos, caracterizando as formas mais extremas de comportamento agressivo (13).

Ao longo desta monografia, os termos agressivo e violento terão o mesmo significado, apesar de não haver concordância na sua utilização no que se refere a comportamentos humanos. O termo agressivo é, em geral, mais utilizado para estudos de investigação biomédica ou na psicologia;

enquanto o termo violência é vulgarmente mais utilizado na criminologia, sociologia, jurisprudência e polícia criminal (13).

Assim, pretende-se que se entenda acto agressivo ou violento como aquele que ofende os bens jurídicos penalmente protegidos (13).

#### **4.3 Crime e delinquência**

Um crime é qualquer transgressão de um preceito legal. É todo o delito previsto e punido por lei penal (14).

A delinquência pode ser entendida como sinónimo de crime, sendo que se define como a qualidade ou estado de delinquente, sendo que o delinquente é aquele que cometeu falta(s) ou delito(s). Comportamento prejudicial à sociedade relacionado com faltas ou delitos (14).

Os crimes podem ser violentos ou não violentos.

## **5. Epidemiologia**

### **5.1 Associação entre crime e esquizofrenia**

Foram encontrados dois tipos de abordagens para avaliar a associação entre esquizofrenia e crime. A primeira refere-se ao estudo da prevalência de actos criminosos em doentes esquizofrénicos e a segunda à prevalência de esquizofrenia entre aqueles que cometeram crime.

#### **a) Estudos de prevalência de crime em doentes esquizofrénicos**

Independentemente da metodologia utilizada, e como se pode ver na tabela 1, apesar da maioria dos esquizofrénicos não cometer crime, a prevalência deste acto é elevada (1,2,4-6,8), sendo superior àquela encontrada na população geral (1,2).

Comparativamente com os estudos acima referidos, registou-se uma prevalência de crime mais baixa num outro trabalho (15), podendo este resultado ser uma consequência da idade mais velha da amostra e do facto de alguns crimes menos sérios terem sido eliminados do registo (15).

#### **b) Estudos de prevalência de esquizofrenia em criminosos**

Foram encontrados vários estudos acerca da prevalência de esquizofrenia em diferentes tipos de crime, tal como se evidencia na tabela 2.

De entre os indivíduos que cometeram furto, a esquizofrenia foi o diagnóstico psiquiátrico mais comum (16), verificando-se o mesmo em relação à agressão contra a equipa prestadora de cuidados de saúde (17) e aos filicídios (18). Esta perturbação mostrou-se mais prevalente entre homicidas e condenados por fogo posto do que na população em geral (19,20).

Em suma, há uma tendência para prevalência acrescida de esquizofrenia entre a população criminal.

É de referir que a maioria dos estudos se basearam em dados de registos criminais, e portanto em crimes que resultaram em condenações, o que poderá subestimar os verdadeiros valores de criminalidade, uma vez que alguns crimes não são denunciados, não chegando à fase de condenação.

Não se encontrou nenhum estudo na comunidade (independentemente dos antecedentes psiquiátricos e/ou criminais), o que constitui uma limitação desta monografia, uma vez que estes estudos evitam a maioria dos viéses de selecção ou de tratamento, associados a outro tipo de trabalhos, como os citados acima (13).

Várias revisões foram realizadas acerca da relação entre esquizofrenia e violência, e confirmaram a associação positiva entre ambos (21-25).

## **5.2 Padrões de crime**

Mesmo tendo em conta os diferentes tipos de crime abordados por cada estudo, e a divergência relativamente à classificação do mesmo em violento ou não violento, a tabela 1 resume os achados principais.

A prevalência de crime violento em esquizofrénicos é significativa (1,3-10), sendo superior à encontrada na população em geral (1-4,6). Exceptuam-se quatro estudos, nos quais se encontrou uma menor prevalência de crime violento (2,15,26), ou então uma menor gravidade do mesmo (26,27), sendo que um dos autores justifica este facto pela idade mais velha da população e pela possibilidade de alguns crimes menos sérios terem sido afastados do registo (15). *Wallace et al* evidenciaram que apesar da prevalência de crime violento na população esquizofrénica ser inferior à verificada na maioria dos estudos, esta continua a ser superior em relação à população geral (2). Os resultados dos outros dois trabalhos podem ser explicados pelo cumprimento da medicação anti-psicótica pelos doentes em estudo (26,27).

De entre o crime violento, verificou-se que o crime sexual é raro em pacientes esquizofrénicos (1,2,4,5).

Apesar de frequente, o crime violento não é o mais comum entre a população de doentes, ocupando o crime contra propriedade (1,2), particularmente o furto (4,6), e o crime relacionado com drogas (5) os lugares cimeiros. Na verdade, o que se verifica é que enquanto os números de crime

contra propriedade ou relacionados com drogas são similares entre a população em geral e a população de esquizofrénicos, os crimes violentos tais como a agressão física são mais frequentes em esquizofrénicos (5).

### **5.3 Número de crimes/indivíduo**

Observou-se que os criminosos doentes cometem em geral mais de um crime, variando entre 3.1 (4) a 5.2 (5) crimes /criminoso esquizofrénico, sendo este número superior ao verificado para a população em geral (4,6). Verifica-se a mesma tendência em relação ao crime violento, variando entre 1.52 (5) a 2.21 (26) crimes/criminoso esquizofrénico.

### **5.4 As vítimas**

Um estudo de coortes seleccionadas determinou a prevalência de violência em 4 amostras de doentes esquizofrénicos, analisando também as vítimas deste tipo de actos, verificando que em 48% estas eram familiares dos agressores, e cerca de 27% pertenciam ao staff médico, sendo o segundo grupo mais agredido (10).

## **6. Factores implicados no risco de crime**

É importante avaliar o risco de realização de crime nos indivíduos esquizofrénicos, uma vez que esta atitude trará consigo a prevenção do mesmo. Contudo, a avaliação do risco não deixa de ter um carácter probabilístico, uma vez que o comportamento humano não se sujeita a leis dedutivas ou preditivas de certeza (28). Por outras palavras, um factor de risco aumenta a probabilidade para a realização de crime, sem contudo se afirmar como causa necessária do mesmo.

### **6.1 Características demográficas, estratificação social e habitação**

#### **a) Idade**

A idade jovem tem sido considerada um factor de risco demográfico major para a ocorrência de violência (13).

Nesta revisão, verificou-se que não houve concordância entre os estudos, relativamente a este facto. Dois trabalhos demonstraram que a idade jovem se associa a um maior risco de violência (27,29). Contudo, *Flannery et al* evidenciaram que eram os esquizofrénicos mais velhos, os que mais agrediam a equipa prestadora de cuidados de saúde (17,30), sendo estes resultados confirmados por *Soyka et al* (5). Este último verificou que a idade média dos indivíduos que haviam cometido crime (violento ou não violento) era superior à daqueles sem este tipo de comportamento (5).

Um terceiro conjunto de estudos não encontrou associação significativa entre a idade e o risco de violência (31), nomeadamente com a intenção/ideação homicida (32).

#### **b) Género**

##### **b1) Género em maior risco de cometer crime**

A maioria dos estudos demonstra que os indivíduos do género masculino têm uma maior probabilidade de cometer crime (1,4-6,10,15,17,33,30,32,34), numa distribuição de cerca de três (4,5) ou dois (33) homens por mulher.

A discrepância entre géneros é semelhante à que ocorre na população em geral (9,21). *Schwartz et al* consideraram que esta se deve ao facto de existir uma probabilidade aumentada de consumo de substâncias no género masculino (32).

Um estudo transversal associou uma maior probabilidade de violência ao sexo feminino. *Swanson et al* concluíram que o comportamento violento minor, assim como violência em geral, foi significativamente mais associado ao sexo feminino (27). Segundo os autores, este efeito deveu-se a um subgrupo de mulheres jovens com problemas de abuso de substâncias e história de prisão. As mulheres da amostra tinham maior probabilidade de morar com a família, tendo presumivelmente mais oportunidades para agressões físicas com membros da sua rede social (27).

Alguns estudos não encontraram diferenças significativas entre géneros, relativamente à ocorrência de violência (9,26), incluindo a violência séria (27).

Em suma, a tendência é para o género masculino ser considerado o segundo factor demográfico major para ocorrência de crime, sobretudo crime violento, como já considerado em outros estudos (13).

### **b2) Tipo de crime cometido**

São evidentes diferenças relativamente ao tipo de crime cometido, uma vez que as mulheres se distinguem pelas condenações por fogo posto, crime relacionado com drogas, furtos e outras ofensas contra propriedade. À parte do crime de fogo posto, as mulheres são menos propensas para crime violento, comparativamente com os homens (6).

### **b3) Momento de realização do crime**

No que diz respeito ao momento de realização do crime, verifica-se que a maioria da actividade criminal, nos homens, é cometida antes do primeiro contacto com o sistema hospitalar psiquiátrico, verificando-se o mesmo em relação ao crime violento. Já as mulheres cometem crime de uma forma uniforme nos 3 períodos avaliados (antes do primeiro contacto hospitalar psiquiátrico, entre o primeiro contacto hospitalar psiquiátrico e o diagnóstico de esquizofrenia, e após o diagnóstico de esquizofrenia), apesar de haver uma ligeira tendência para cometerem crime após o diagnóstico de

esquizofrenia. Isto indica que o homem estabelece uma carreira criminal cedo, sem estar a receber tratamento psiquiátrico, e que a mulher começa uma carreira criminal, mesmo apesar de estar inserida no sistema de tratamento (8).

### **c) Educação**

Na maioria dos casos, não se evidenciou associação significativa entre o tipo de educação (frequência de uma escola privada, estatal, ensino de educação especial ou ensino de educação normal) e a ocorrência de violência em esquizofrénicos (5,27,31,34,35).

Apenas um estudo demonstrou que indivíduos que cometerem agressão física contra outras pessoas tinham uma maior probabilidade de terem recebido uma educação especial, comparativamente com aqueles que não se mostraram agressivos (9). Este achado pode ser suportado pelo facto dos pacientes esquizofrénicos com propensão para a violência terem maior probabilidade de insucesso escolar (*vide infra*) (9).

### **d) Profissão**

Maioritariamente, não se encontrou associação significativa entre a situação profissional e a realização de actos violentos em esquizofrénicos (9,32,35,36), incluindo violência séria (27). Contudo, dois estudos demonstraram que o desemprego ou actividade profissional limitada aumentam a probabilidade de ocorrência de violência (27,34), particularmente violência minor (27). Também uma revisão encontra no desemprego um mediador entre a esquizofrenia e a ocorrência de crime (37), que por sua vez pode ser causado por pior performance escolar ou pela estigmatização social inerente à própria doença (37).

### **e) Estatuto sócio-económico**

A maioria dos estudos concluíram não haver diferenças estatisticamente significativas entre esquizofrénicos violentos e não violentos, no que diz respeito ao estatuto sócio-económico (9,15,27,31,34), assim como relativamente ao crime em geral (15).

Dois estudos evidenciaram resultados contrários, demonstrando que a privação económica (35) favorece a ocorrência de violência, tal como uma classe social baixa de origem (38) promove o desenvolvimento de comportamento criminal. Também em trabalhos de revisão, o estatuto sócio-económico desfavorecido já tinha sido considerado um factor de risco para a ocorrência de crime (13,37).

#### **f) Habitação**

O facto de se ser sem-abrigo (9) ou viver em habitações extremamente restritivas (hospital psiquiátrico ou prisão) não mostrou associação significativa com a ocorrência de violência em esquizofrénicos (34,35), incluindo violência séria (27). Exceptua-se um estudo transversal, no qual o comportamento violento, particularmente a violência minor, foi significativamente mais associada ao facto de se viver numa habitação extremamente restrictiva (27).

É de referir, no entanto, que o local da habitação pode influenciar a ocorrência de crime. Assim, habitar num local em que há uma alta prevalência de crime, com uma vizinhança socialmente desorganizada aumenta o risco de crime (37). Muitas vezes, viver nestes locais é o resultado do desemprego (37).

#### **g) Qualidade de vida**

*Swanson et al* demonstraram que o nível de qualidade de vida não afecta a probabilidade de desenvolver comportamento violento, assim como a satisfação com a vida (35,34). O mesmo acontece relativamente à ocorrência de violência séria (27).

Exceptua-se ao dito anteriormente, o facto do funcionamento prejudicado na área das actividades de lazer ter sido significativamente associado com maior risco de violência (27,34), inclusivé de violência minor (27).

## **h) Outros**

Os factores demográficos como a raça (9,27,34,35), renda alta (27,34,35), estado civil (5,9,31,36) não evidenciaram qualquer tipo de relação com a ocorrência de crime, incluindo o crime violento.

## **6.2 Composição do lar, contacto familiar e social**

### **a) Composição do lar**

*Swanson et al* concluíram que viver com a família (27,34,35) ou outras pessoas não aparentadas (35) constitui um maior risco de violência do que viver sozinho. Viver com a família foi considerado factor de risco para violência menor, mas não para violência séria (27).

Estas evidências podem ser justificadas pelo facto dos indivíduos que vivem com alguém, terem presumivelmente mais oportunidades para agredirem fisicamente os membros da sua rede social (27).

### **b) Contacto familiar**

O contacto frequente com família e amigos, assim como sentir que se “é ouvido a maioria do tempo” pela família, não mostraram associação significativa com a ocorrência de violência (32,34,35), incluindo violência séria (27), em esquizofrénicos.

Contudo, um estudo evidenciou que o comportamento violento menor, e a violência em geral ocorrem mais provavelmente em indivíduos que não se sentem ouvidos pela família (27). De facto, este último trabalho verificou que os doentes que se “sentem ouvidos” pela família a maioria do tempo, têm apenas metade da probabilidade de se comportarem violentamente, comparativamente àqueles que não se “sentem ouvidos” pela família (27).

Em suma, as relações familiares podem afectar o risco de violência de forma complexa, podendo ser um factor de prevenção ou de risco de comportamento violento, dependendo se o ambiente familiar serve de matriz protectora ou de oportunidade para interacções agressivas (27).

### **c) Contacto social**

As pessoas com esquizofrenia muitas vezes falham no desenvolvimento de papéis sociais característicos da idade adulta. Como já se viu anteriormente, uma vez reconhecida, a esquizofrenia está associada ao desemprego, que usualmente traz consigo a insegurança financeira e o declínio social. Isto tende a encorajar a entrada numa existência marginal, caracterizada por pior habitação, com vizinhanças socialmente desorganizadas, onde o abuso de substâncias, o conflito interpessoal e o crime são comuns (37). Um estudo não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre esquizofrénicos fisicamente agressivos e aqueles sem este comportamento, relativamente ao grau de isolamento social (9). Concluiu-se então que o principal mediador de crime não é o isolamento social, mas antes a disfunção social (37).

## **6.3 Características clínicas básicas, dano e funcionamento**

### **a) Idade de aparecimento da doença (entenda-se como início da sintomatologia psicótica)**

Os pacientes violentos mostraram uma idade mais precoce de início da doença do que os não violentos (9,13,39). Apesar disso, há estudos que revelam não haver diferenças estatisticamente significativas entre esquizofrénicos criminosos e não criminosos (15), incluindo crime violento (31).

### **b) Subtipo de esquizofrenia**

Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre esquizofrénicos violentos e não violentos, relativamente ao subtipo de esquizofrenia (paranóide, hebefrénica, residual ou não especificada) (31).

### **c) Sintomatologia**

Os estudos diferem nos meios utilizados para caracterizar a sintomatologia, o que dificulta uma abordagem conclusiva.

**c1) Avaliação com AMDP** (*Psychopathological syndrome scales in the Association for Methodology and Documentation in Psychiatry*)

Esta escala é constituída por mais de 200 itens, contudo foram apenas avaliados os itens correspondentes às síndromes paranóide-alucinatória, depressiva, psico-orgânica, obsessivo-compulsiva, maníaca, apática, de hostilidade, catatónica/estuporosa e autonómica (5).

Verificou-se um risco aumentado de crime violento e não violento em indivíduos com síndrome de hostilidade, quer no momento da admissão, quer no momento da alta hospitalar, verificando-se o inverso em relação à síndrome depressiva (5).

Não existiram diferenças estatisticamente significativas relativamente às outras síndromes avaliadas (5).

**c2) Avaliação com PANSS** (*Positive and Negative Syndrome Scale*)

A PANSS é uma escala clínica de sintomas individuais psicóticos que varia de uma pontuação de 0 a 7 desde “sintoma ausente” até “extremo”. É composta por 3 subescalas: sintomas psicóticos positivos (delírios, desorganização conceptual, alucinações, hiperactividade, grandiosidade, desconfiança/perseguição, e hostilidade) e sintomas psicóticos negativos (afecto embotado, retraimento emocional, retraimento social apático/passivo, comunicação pobre, dificuldade no pensamento abstracto, falta de espontaneidade e do fluxo da conversa e pensamento estereotipado), e psicopatologia geral (inquietação somática, ansiedade, sentimentos de culpa, tensão, maneirismos e postura, depressão, atraso motor, falta de cooperação, conteúdo incomum do pensamento, desorientação, atenção diminuída, falta de julgamento e insight, perturbação da vontade, pobre controlo de impulso, preocupação, evitamento social activo) (40).

De entre os itens avaliados pela subescala de psicopatologia geral, concluiu-se que um controlo de impulso mais pobre, tensão, falta de cooperação (36) se associavam significativamente, e de forma positiva, a violência.

A sintomatologia positiva, como ideação persecutória, aumentam o risco de violência minor e séria, ocorrendo o oposto em relação aos sintomas negativos, como o retraimento social, que diminuem o risco de violência séria (27).

De uma forma pormenorizada, dos sintomas que constituem a subescala de sintomas positivos, apenas a hostilidade (27,36) e a hiperactividade (27,36) foram associadas à ocorrência de violência em geral, sendo a desconfiança/perseguição, alucinações e a grandiosidade significativamente associados à ocorrência de violência séria (27). Os dois sintomas restantes não demonstraram associação com risco de violência (27).

Relativamente à sintomatologia negativa, 5 sintomas estavam significativamente associados com a diminuição da violência séria (falta de espontaneidade e fluxo da conversa, retraimento social apático/passivo, afecto embotado, comunicação pobre, e dificuldade no pensamento abstracto (27). Os dois sintomas restantes não demonstraram associação com risco de violência (27).

Outros estudos corroboraram estes achados, de onde se concluiu que a sintomatologia positiva está associada a maior risco de violência (7,34), sendo a sintomatologia negativa um factor de protecção para a mesma (35). Contudo, nem sempre se registaram diferenças estatisticamente significativas, relativamente à presença de sintomatologia negativa (34).

### **c3) Avaliação com CPRS (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale*)**

*Walsh et al* não encontraram diferença significativa entre doentes violentos e não violentos, no que diz respeito aos sintomas de “*threat/control override*” (9).

### **c4) Avaliação com CDPS (*Calgary Depression Scale for Schizophrenia*)**

A violência minor (27) e violência em geral (34,35) não mostraram qualquer tipo de associação com a sintomatologia depressiva, já a violência séria diminui na presença de sintomas depressivos (27).

### **c5) Avaliação com BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*)**

Não encontraram diferenças entre os dois grupos (violentos e não violentos), no que diz respeito a sintomas positivos e negativos (29,31). Contudo, a hostilidade revelou ser preditora de risco de violência (29,31).

#### **c6) Avaliação com FARS** (*Functional Assessment of functioning*)

Quando se tentou estabelecer quais os factores de risco para ideação e intenção homicida em indivíduos esquizofrénicos, verificou-se que há uma correlação positiva significativa com sintomatologia psicótica positiva (delírios e alucinações) (41). A sintomatologia depressiva ou ansiosa não demonstrou qualquer tipo de associação com intenção/ideação homicida (32). Os sintomas maníacos foram significativamente associados, e de forma positiva, ao risco de ideação e intenção homicida (32,41).

#### **c7) Avaliação com DIGS** (*Diagnostic Interview for Genetic Studies*)

A incidência de delírios com teor paranóide ou de grandiosidade não diferiram significativamente entre o grupo de pacientes violento e não violento, contudo os delírios de controlo foram significativamente mais comuns no grupo violento (36).

Não há concordância em associar a presença e qualidade da sintomatologia ao risco de crime. Há variações de acordo com o tipo de crime, da amostra em questão e ainda de acordo com a escala utilizada.

Verifica-se no entanto uma tendência para considerar que indivíduos com mais sintomas positivos (alucinações; delírios, sobretudo de controlo) têm uma maior probabilidade de crime. Também a síndrome de hostilidade e maníaca foram associadas a maior risco de crime, inversamente à sintomatologia depressiva e negativa. De facto, verificou-se que estados extremamente ansiosos e hiperactivos se associam a actos de violência contra os outros, enquanto que a tristeza se relaciona sobretudo com actos de violência contra o próprio (41). Por outro lado, a sintomatologia negativa pode proteger de certa forma da realização de actos criminosos, uma vez que um certo nível de iniciativa, organização, activação psicomotora e contacto social podem ser necessários para levar a cabo este tipo de actos (27).

As revisões que existem acerca do tema concluem que a violência em esquizofrénicos pode ser devida a sintomas positivos (42), sendo que sobretudo as alucinações e delírios com teor persecutório, acusatório ou síndrome de influência estranha podem elevar o risco de comportamento agressivo.

Também um maior grau de convicção do delírio pode levar a maior criminalidade (25,28). Apesar disto, tal como na revisão presente, concluem que há uma grande heterogeneidade entre os estudos. É fundamental a uniformização de critérios de definição do tipo de crime, do conteúdo da sintomatologia avaliada e da forma como se avalia, para que se chegue a resultados mais coerentes.

#### **d) Insight e nível de funcionamento**

A maioria dos estudos não considera a falta de insight como factor de risco para a ocorrência de violência (27,34,35,43,44).

Dois estudos contrariam esta tendência. Ambos os estudos tinham como objectivo aferir a prevalência de crime após a alta. O primeiro demonstrou que a falta de insight se associa a taxas mais elevadas de crime e à sua recorrência, nos 7-12 anos após a alta (5), sendo que o segundo evidenciou a mesma associação em relação apenas à ocorrência de agressão física, nos 2 anos após a alta (7). Contudo, este último estudo afirma ainda que o comportamento agressivo é mais fortemente associado a altos índices de psicopatia e a sintomas positivos, do que à falta de insight (7). Por fim, já várias revisões consideraram a falta de insight como factor de risco para a ocorrência de crime (13,37).

Verificou-se que um pior funcionamento global prediz a intenção e ideação homicida (32,41).

#### **e) Severidade e duração da doença**

A maioria dos estudos não revelaram diferenças entre a severidade da doença encontrada em indivíduos violentos, comparativamente com a de esquizofrénicos não violentos (9,27,29,31,34,35). Apenas um estudo demonstrou que 50% dos pacientes com episódios de violência recente, em ambulatório, evidenciaram níveis elevados de severidade clínica, concluindo que esta é ainda um factor de risco importante para violência (26).

Também no que diz respeito à duração da doença, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre violentos e não violentos (9,31).

#### **f) Recaídas na doença**

Verificou-se que um maior número de recaídas na doença estava associado ao aparecimento de comportamentos agressivos (26,34), apesar de haver estudos que não apoiam este achado (27,35,36).

### **6.4 Características relacionadas com o tratamento**

#### **a) Duração do tratamento e da hospitalização**

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à duração do tratamento (34,35), duração da primeira hospitalização ou duração cumulativa de todas as hospitalizações subsequentes entre o grupo sem história de crime e aquele com história de crime (violento ou não violento) (5,10).

Apenas um estudo evidenciou que a violência minor e a violência em geral se associavam significativamente a maior duração (mais anos) de tratamento, não representando contudo qualquer risco relativamente à violência séria (27).

#### **b) Adesão à terapêutica (refere-se à terapêutica anti-psiótica)**

A falta de adesão à terapêutica potencia a violência em indivíduos esquizofrénicos (28,35,44), sendo que apenas um estudo encontrado contraria esta afirmação (36). A interrupção do tratamento condiciona uma exacerbação dos sintomas da doença, particularmente os positivos (incluindo a hostilidade) o que por sua vez pode levar à agressão (42).

Um outro argumento a favor de que o tratamento reduz significativamente a ocorrência de crime, é o facto da maioria dos esquizofrénicos criminosos cometerem os actos ilícitos anteriormente ao primeiro contacto com o sistema de saúde psiquiátrico (1,2,8,33).

A discussão reside no elemento motivador para a falta de adesão à terapêutica, uma vez que esta é substancial na população doente (42). O abuso de substâncias foi apontado como uma causa possível. Também a hostilidade tem sido abordada não só como uma consequência da falta de medicação, mas também como possível causa. A relação de causalidade entre hostilidade e não adesão

pode ser bidireccional (42). A baixa satisfação com o tratamento (26), a falta de insight (13,37) e o desconhecimento da doença por falta de informação e medo de efeitos secundários podem também impedir a *compliance* terapêutica do doente (13).

No entanto, apesar de diminuir a severidade do comportamento violento, há evidência de que por si só a adesão à terapêutica não anula este tipo de acto, como demonstraram *Bobes et al* (26) e *Swanson et al* (27). Verificou-se ainda que em esquizofrénicos com história de perturbação de conduta anti-social na infância, a adesão à terapêutica não diminui o risco de violência (35).

Isto revela que apesar do tratamento reduzir a prevalência da violência em esquizofrénicos, não é suficiente para a anular, existindo outros factores para além da psicose em si mesma a contribuir para este comportamento, como se pode constatar nesta monografia.

### **c) Tratamento em ambulatório vs em internamento**

Não há evidência de que a mudança no padrão de tratamento tenha contribuído para o aumento de crime na esquizofrenia (21,45).

Dois estudos concluíram que o aumento de crime verificado na população esquizofrénica nos últimos 25 anos (2) ou últimos 20 anos (1) é consistente com o aumento verificado na população em geral, não tendo sido motivado pela mudança do padrão de tratamento, de predominantemente institucional para predominantemente ambulatorial (1,2).

## **6.5) Co-morbilidades**

### **a) Psicopatia**

A psicopatia é definida como um conjunto de traços afectivos e interpessoais tais como egocentrismo, mentira, afecto superficial, manipulação, egoísmo, e falta de empatia, culpa ou remorso (42). A psicopatia pode coexistir com a esquizofrenia, e é diferente de Perturbação da Personalidade anti-social (DMS IV), cujo comportamento se define pela violação persistente das normas sociais. A maioria dos psicopatas cumprem os critérios de perturbação da personalidade anti-social, mas a maioria dos indivíduos com perturbação da personalidade anti-social não são psicopatas (42).

A co-existência de psicopatia aumenta a probabilidade de ocorrência e recorrência de violência em esquizofrénicos (46,42). A principal diferença em relação aos crimes cometidos por esquizofrénicos sem esta co-morbilidade, é o planeamento do acto e a falta de remorsos (42).

Mesmo não cumprindo os critérios de psicopatia, uma pontuação total mais alta na escala PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*) foi demonstrada em esquizofrénicos violentos, comparativamente com os não violentos, estando fortemente associada a comportamento agressivo (7,31,42). Apesar disso, um outro estudo verificou que apesar de ambos os componentes da PCL-R (emocional/interpessoal e o comportamental) serem mais elevados no grupo de esquizofrénicos violentos, apenas o componente comportamental foi significativamente associado a violência em homens com esquizofrenia (31).

## **b) Abuso de substâncias (álcool e drogas ilícitas)**

### **b1) O risco conferido pelo abuso de substâncias**

O abuso de substâncias tem um papel determinante no risco de realização de crime (1,2,33), particularmente no crime relacionado com drogas (1), crime violento (1,3,9,17,29-32,34-36) e crime contra propriedade (1).

*Swanson et al* apresentam uma variação destes resultados, evidenciando que o abuso de substâncias se associa a um aumento de risco de violência em geral e de violência menor, mas não de violência séria (27).

Dois estudos contrariaram a tendência anterior, demonstrando não existir associação significativa entre o abuso de substâncias e crime (5), de entre os quais crime violento (5,10). Num deles, apesar de não se conseguir demonstrar diferença estatisticamente significativa, o número de pacientes que consumiam substâncias era mais elevado no grupo que mais tarde cometeu crime (5).

Todas as revisões encontradas concluíram que o abuso de substâncias mostrou consistentemente ser um factor de risco significativo para violência, representando uma via importante para a agressão nestes doentes (21,22,24,25,47,42).

## **b2) Tipo de substâncias estudadas**

Relativamente ao tipo exacto de substâncias estudadas, a maioria dos estudos não distingue entre o álcool e as drogas ilícitas, apesar da contribuição do abuso de álcool estar mais firmemente estabelecida do que do abuso de drogas ilegais (9). Um estudo refere ainda que, de facto há uma associação muito forte entre o abuso de álcool e a realização de crime, que pode ainda ser exacerbada pelo abuso concomitante de cannabis (36), que por si só é também um factor independente de risco (36).

## **b3) Abuso de substâncias – factor único vs uma parte da história**

Há controvérsia relativamente ao papel do abuso de substâncias na realização de crime, nestes doentes. Alguns estudos defendem que a esquizofrenia não adiciona qualquer risco ao já conferido pelo abuso de substâncias (21), ou se adicionar, é um risco mínimo (3); enquanto outro grupo de estudos concluem que a esquizofrenia está associada com altas taxas de crime, independentemente do abuso de substâncias, sugerindo que este factor é apenas uma parte da história (2,9).

## **b4) Factores mediadores**

Vários factores mediadores foram colocados como hipótese. Há evidência de que relação entre o abuso de substâncias e a violência, na esquizofrenia, pode ser mediada por características da personalidade e/ou problemas sociais e não ser simplesmente um efeito aditivo (37).

Um outro estudo, refere que o abuso de substâncias por pacientes esquizofrénicos coloca-os em risco de violência por variadas razões: contribui para limitar o funcionamento psicossocial geral e aumenta o dano cognitivo, que por sua vez podem aumentar o risco de crime. Por outro lado, as consequências das diferentes substâncias num cérebro já com algum dano, particularmente em sistemas dopaminérgico e serotoninérgico frágeis podem baixar o limiar para o comportamento agressivo (45).

A falta de adesão à medicação também foi considerada como mediador entre abuso de substâncias e violência, particularmente se o abuso de substâncias preceder o não cumprimento da medicação, na via causal para a violência (21,42,45).

## **6.6) Vitimização e história criminal**

### **a) Vitimização**

A vitimização é o acto ou efeito de tornar alguém vítima, sendo que uma vítima se trata de uma pessoa sacrificada às paixões e aos interesses de outrem; pessoa ludibriada; tudo o que sofre qualquer dano (14). A vitimização violenta é aquela que envolve agressão física ou verbal a outro indivíduo; a não violenta é a que é feita sem recurso à agressão, como o dano contra propriedade. Neste caso quando se refere vitimização, considera-se o esquizofrénico como a vítima.

*Swanson et al* consideraram a vitimização violenta como um factor de risco de violência, em esquizofrénicos, ao contrário da vitimização não violenta (34,35).

A vitimização violenta e não violenta foi considerada como factor predisponente para violência séria, apesar de apenas os antecedentes de vitimização não violenta terem contribuído para violência menor, assim como violência em geral (27). Noutro estudo, concluiu-se que vitimização em geral aumenta a probabilidade de risco de agressão contra a equipa prestadora de cuidados de saúde, por parte de esquizofrénicos (17).

Em suma, apesar de não haver consenso sobre qual o tipo de vitimização que predispõe para o comportamento agressivo, esta pode ser considerada um factor de risco para violência. As razões para que isto ocorra são ainda desconhecidas, mas várias teorias têm sido propostas. Uma delas defende que o desenvolvimento de comportamento criminal, com ponto de partida na vitimização, é mediado pelo abuso de substâncias (17). Uma outra teoria sugere que a vitimização repetida leva a uma superestimulação do sistema límbico e leva a vítima a estar mais facilmente hiperactiva num conflito interpessoal subsequente (17).

### **b) História criminal**

Há evidência de que antecedentes de crime violento (5,9,17,20,26,30,35) ou não violento (9,33) predizem a ocorrência de mais comportamentos violentos (9).

Relativamente aos antecedentes de prisão não há concordância, uma vez que foi considerado como facto de risco de crime num estudo (34), mas não o foi em outro (35). Já *Swanson et al*

concluíram que o comportamento violento minor ocorre mais provavelmente em indivíduos com história de contacto recente com a polícia, tal como a violência séria e violência em geral (27).

## **6.7 Características Pré-mórbidas**

### **a) Características perinatais**

Alto peso ao nascimento e perímetro cefálico aumentado foram significativamente associados a risco de crime na fase adulta, em indivíduos esquizofrénicos (15). Uma associação significativa entre a ocorrência de complicações durante o trabalho de parto e crime violento tardio em esquizofrénicos do sexo masculino foi também encontrada (15).

### **b) História familiar**

O comportamento criminal por parte dos pais, a perda de um dos progenitores, um novo cuidador que faça lembrar o progenitor perdido, o crescimento em famílias de acolhimento ou em lares durante a infância e adolescência, ou ser o irmão mais velho têm sido associados ao desenvolvimento de comportamento criminal (38). Dos indivíduos esquizofrénicos, aqueles com antecedentes de crime, têm maior probabilidade (cerca do dobro) de ter familiares com a mesma doença (38).

A falta de uma relação estável pai-filho pode contribuir para uma estrutura de personalidade disfuncional, o que por sua vez poderá ser um factor de risco para comportamento criminal. O filho mais velho em geral tem uma duração da adolescência mais curta, pela pressão de se tornar independente mais cedo, o que diminui o potencial de formação de uma personalidade madura, sendo facilmente influenciável. Por fim, relativamente à história de esquizofrenia na família, podem existir pelo menos duas interpretações: pode-se assumir que a criminalidade é uma expressão da severidade da doença, apontando para uma relação mais directa entre a doença e o acto criminoso; ou então que viver com um pai esquizofrénico aumenta a probabilidade de negligência e exposição a factores criminogénicos gerais (38).

### **c) Problemas de conduta/ Perturbação de conduta**

A perturbação de conduta é uma doença psiquiátrica marcada por um padrão de comportamento repetitivo, onde os direitos dos outros ou as normas sociais são violadas. Os sintomas incluem agressão física e verbal, comportamento cruel contra pessoas ou animais, comportamento destructivo, mentira, absentismo, vandalismo e roubo. Após os 18 anos, a perturbação de conduta pode transformar-se numa perturbação de personalidade anti-social (34,45).

*Hodgins et al* concluíram que de entre os esquizofrénicos, aqueles com problemas ou perturbação de conduta na infância, têm uma maior probabilidade de cometer crime (45). *Swanson et al* corroboraram os resultados anteriores, demonstrando que a prevalência de violência foi mais elevada em pacientes esquizofrénicos com história de problemas de conduta na infância (27,35), sendo duas vezes mais frequente (28.2% vs 14.6%), comparativamente com aqueles sem este passado (34). Os dois grupos também diferiram significativamente nas proporções de violência séria (27,34), tendo o grupo com perturbação de conduta apresentado percentagens superiores. Não há concordância relativamente à associação com violência menor, sendo que num estudo é demonstrado uma associação positiva (34), mas noutra não há qualquer tipo de associação (27). De referir que no grupo de esquizofrénico com antecedentes de problemas/perturbação de conduta, a existência de sintomatologia positiva não mostrou associação com a ocorrência de violência, apesar do abuso de substâncias continuar a exercer o seu efeito (34).

Estes achados podem ser interpretados como se a perturbação de conduta fosse uma co-morbilidade distinta e não uma consequência de anomalias associadas ao desenvolvimento de esquizofrenia. Contudo, a evidência robusta de que a prevalência de perturbação de conduta é mais elevada em esquizofrénicos do que na população em geral indica que pode haver uma relação entre as duas perturbações. Esta última hipótese pode assentar em dois pressupostos: o primeiro tem que ver com o facto dos indivíduos com risco genético de desenvolver esquizofrenia terem um risco aumentado de exposição a factores ambientais conhecidos que contribuem para um início precoce e estável de um padrão de comportamento anti-social; o segundo prende-se com anormalidades cerebrais e neuroendócrinas presentes entre as crianças que irão desenvolver esquizofrenia, que as torna mais vulneráveis para comportamento anti-social e agressivo (45).

#### **d) Abuso sexual e físico**

Um doente esquizofrénico que tenha sido vítima de abuso sexual e/ou físico na infância, em geral não evidencia uma maior probabilidade de comportamento violento na idade adulta, do que os doentes não abusados (27,35). Um estudo mostrou, no entanto, que apesar do abuso físico não aumentar o risco de ocorrência de violência, o abuso sexual foi considerado como factor de risco de violência, já na idade adulta (34).

#### **e) Ajustamento pré-mórbido**

O ajustamento pré-mórbido foi definido como funcionamento psicossocial nas áreas educacional, ocupacional, social e relação interpessoal, anterior à evidência de sintomatologia positiva característica (48).

*Fresán et al* levaram a cabo um estudo de caso-controlo, em que mostraram que pacientes esquizofrénicos violentos tiveram um ajustamento pré-mórbido global pior durante a infância, comparativamente aos doentes sem antecedentes violentos. Os doentes violentos mostraram ainda pior performance em áreas de ajustamento pré-mórbido específicas, tal como a área da relação entre pares na infância, adolescência precoce e adolescência tardia. Estes resultados demonstraram que dificuldades nas relações sociais durante estádios precoces da vida podem aumentar o comportamento violento futuro em pacientes esquizofrénicos (39).

Relativamente à performance escolar, os pacientes violentos demonstraram piores resultados na infância, apesar de na adolescência e em geral, as diferenças entre os dois grupos de pacientes não serem significativas (39). Um outro estudo verificou também existir um progresso escolar pior, durante a infância, nos indivíduos com história de crime na fase adulta; em associação a piores índices de atenção escolar (15). Os motivos para esta falha escolar são ainda desconhecidos (9). De registar que esta falha escolar leva a desemprego, que por sua vez pode condicionar a ocorrência de crime (37). Mais nenhuma diferença emergiu entre os dois grupos de pacientes (48).

## **f) Personalidade pré-mórbida**

Algumas características da personalidade pré-mórbida são factores importantes na avaliação de risco de crime: impulsividade elevada, descontrole impulsivo e hostilidade persistente são traços que aumentam o risco de comportamento violento ou infractor (28).

Um estudo investigou uma variedade de características, acerca do temperamento e carácter, e o seu possível papel como factor de risco de crime, em indivíduos esquizofrénicos. Utilizaram para isso questionários, segundo o conceito de temperamento e carácter de Cloninger, realizados a esquizofrénicos com história de crime e àqueles sem antecedentes deste tipo de acto (49).

A média dos resultados não foi significativamente diferente entre esquizofrénicos criminosos e não criminosos no que diz respeito apenas à dimensão da auto-transcendência. A auto-transcendência, é segundo Cloninger, o aspecto espiritual ou religioso da personalidade e auto-sensibilização. Esta é a dimensão na qual se baseia o conceito de si mesmo e a relação com a realidade. Dada a igualdade do diagnóstico, e o facto da doença depender de uma relação específica com a realidade, nesta dimensão não era de esperar diferenças entre os dois grupos (49).

Todas as outras dimensões do carácter (auto-direccionamento; cooperativismo) e do temperamento (busca de novidades, evitamento do dano, persistência e dependência de recompensa) foram significativamente diferentes para os dois grupos (49). O grupo dos esquizofrénicos que não tinham cometido crime, mostrou resultados significativamente elevados de auto-direccionamento e cooperatividade, comparativamente com aqueles que tinham cometido crime. De acordo com Cloninger, os indivíduos que têm baixos resultados de auto-direccionamento são menos responsáveis, menos integrados, e com menor auto-estima e adaptação. Relativamente à cooperatividade, aqueles com resultados mais elevados são mais tolerantes, têm mais empatia, e menor tendência para a crítica, oportunismo e vingança (49).

No que diz respeito à busca de novidades, os esquizofrénicos criminosos tiveram níveis mais elevados, o que está relacionado com a impulsividade (*referida abaixo*), menor tolerância e desorganização (49).

Um outro estudo relativo apenas a crimes violentos, chegou à mesma conclusão para as dimensões cooperatividade e busca de novidades (50).

Indivíduos com resultados elevados no evitamento de dano podem ser descritos como assustados, tensos, suspeitos, incertos, passivos, pessimistas e sensíveis à crítica e à punição. Resultados mais elevados foram encontrados no grupo de criminosos (49).

A dimensão de persistência, descrita como a ambição que excede a nossa capacidade, persistência e perfeccionismo, pode originar rigidez e inflexibilidade. Os criminosos tiveram níveis mais elevados desta dimensão (49).

O grupo de criminosos tiveram níveis mais baixos no que diz respeito à dimensão da dependência. Cloninger interpreta estes resultados como o distanciamento, fraca sensibilidade e comunicação social (49).

A evidência preliminar mostra que os traços de personalidade são importantes na probabilidade de realização do comportamento criminal (49), nomeadamente do tipo violento (50), em esquizofrênicos. Uma vez que apenas alguns pacientes com esquizofrenia mostram um risco aumentado de crime e violência, o risco pode ser considerado dinâmico, variando em função de certas dimensões de personalidade e da forma como eventos ambientais moderam ou exacerbam a sua expressão (49,50).

### **f1) Impulsividade**

Há evidência de que a violência está associada a resposta impulsiva (51), pelo que esta última foi considerada um dos subtipos etiológicos de violência em esquizofrênicos (42).

Na impulsividade, não existe tempo de reflexão entre o estímulo e a resposta, daí que os indivíduos com este tipo de comportamento tenham uma maior probabilidade de cometer erros nas suas decisões. O impulso será assim a força súbita ou tendência à execução de um acto, que deriva de uma necessidade imperiosa, que surge de forma brusca, e leva à sua realização, sem que tenha sido suficiente e adequadamente elaborado. Pode aparecer como consequência de um estímulo externo, dando lugar a uma resposta rápida e de intensidade desproporcionada; pode pelo contrário ser espontâneo, sendo a manifestação de uma tensão interior (13).

Um estudo avaliou a associação entre traços de personalidade impulsiva, especialmente sugestivos de impulsividade disfuncional (isto é resposta rápida e inadequada) e comportamento

violento sério, em esquizofrénicos. Os pacientes esquizofrénicos com história de violência demonstraram impulsividade disfuncional aumentada, comparativamente com controlos saudáveis e esquizofrénicos sem história de violência, o que predispõe para violência repetitiva (51). O substrato neural da impulsividade disfuncional pode envolver o córtex órbito-frontal, e adicionalmente o hipocampo, uma vez que os esquizofrénicos violentos e com altos índices de impulsividade disfuncional revelaram volumes reduzidos de córtex órbito-frontal e hipocampo (51).

A predição do risco de violência e estratégias de avaliação da esquizofrenia pode beneficiar de medidas específicas incluindo traços de impulsividade disfuncional (51), uma vez que não há razão para que a agressividade impulsiva não seja uma co-morbilidade da agressão que é devida directamente aos sintomas psicóticos da esquizofrenia (52).

Assim, há indivíduos esquizofrénicos que actuam violentamente em resposta a sintomas psicóticos algumas vezes, mas não noutras vezes, enquanto outros indivíduos esquizofrénicos podem nunca actuar agressivamente. A probabilidade de actuar perante uma motivação psicótica pode dever-se a impulsividade ou fraco controlo do impulso naquele momento. Por outro lado, muitos actos violentos cometidos por esquizofrénicos não são psicoticamente motivados, particularmente quando estes estão controlados medicamente, sendo que aí a agressão impulsiva pode tomar um papel singular (52).

## **7. Tipologia de criminosos**

A população de esquizofrénicos que cometem crime é heterogénea, tal como os factores de risco que potenciam a criminalidade.

Pode considerar-se a existência de 3 (45) tipos de criminosos esquizofrénicos, consoante o início dos actos criminosos e a persistência de comportamento anti-social (45).

### **7.1) Iniciadores precoces (crime antes dos 18 anos)**

Os iniciadores precoces mostram um padrão de comportamento anti-social que começa na infância ou adolescência precoce e continua estável para toda a vida. São normalmente condenados por crime, anteriormente aos primeiros sintomas da doença (45,53).

Em comparação com outros tipos de criminosos esquizofrénicos, estes são condenados por uma maior quantidade de crimes (violentos e não violentos) (45,53), apresentado melhor função executiva, maiores habilidades verbais e grande impulsividade (45).

Relativamente às grandes co-morbidades que aumentam o risco de crime na esquizofrenia (abuso de substâncias e psicopatia), verifica-se que este grupo de criminosos apresenta maior probabilidade para abusar de substâncias e de forma mais precoce; obter uma pontuação mais alta na escala PCL-R, e até mesmo cumprir todos os critérios para perturbação de conduta e psicopatia, do que os outros tipos de criminosos (53).

É comum existirem antecedentes familiares de abuso de substâncias, separação precoce dos pais biológicos e ainda habitar em lares durante a infância e adolescência (53). Relativamente ao desempenho escolar, é habitual a ocorrência de problemas comportamentais na escola primária, o recurso a educação especial, pior performance escolar e menores habilitações literárias (53).

Em geral, estes indivíduos têm mais dificuldade em arranjar emprego, beneficiando mais de subsídios sociais (53). Estão, em geral, mais vezes institucionalizados, sendo referenciados para serviços psiquiátricos de infância e adolescência mais frequentemente do que os outros tipos de criminosos (53).

### **7.2) Iniciadores intermédios (crime depois dos 18 anos)**

Em contraste, há um grande grupo de criminosos violentos com esquizofrenia que não mostram comportamento anti-social anterior ao aparecimento do pródromo ou da doença activa, e depois apresentam comportamento agressivo contra outrem. Alguns estudos sugerem que estes doentes são particularmente susceptíveis ao abuso de substâncias (45). Entender as ligações entre abuso de substâncias e violência em pessoas esquizofrénicas sem história de comportamento anti-social prévio ao aparecimento da doença, é a prioridade de estudos futuros (45).

### **7.3) Iniciadores tardios**

Um pequeno grupo de indivíduos que exhibe um percurso crónico de esquizofrenia não mostra comportamento agressivo antes dos trinta ou quarenta anos, e depois iniciam um comportamento violento sério (45). Neste caso, uma deficiente experiência afectiva pode ser um estado que flutua tal como os sintomas psicóticos, e quando presentes aumentam a vulnerabilidade para comportamento agressivo (45).

## **8. Como prevenir o crime?**

O sistema de Saúde Mental é essencial para a prevenção de crime na esquizofrenia (33,37). Uma vez que o número de criminosos esquizofrénicos não aumentou com a desinstitucionalização (1), a prevenção primária da violência deve passar por se assegurar um acesso adequado ao tratamento em ambulatório para todos aqueles com esquizofrenia (54).

São muitos os factores que podem mediar a relação entre a esquizofrenia e violência. Assim, num mundo ideal, o insucesso escolar deveria ser identificado precocemente, tal como as crianças com perturbação de conduta e/ou com factores familiares inadequados (37). Identificar os estados pré-psicóticos e os indivíduos esquizofrénicos com elevado risco de violência leva a uma intervenção precoce, o que é mandatório na prevenção do crime (37).

### **8.1) Identificação precoce dos esquizofrénicos com elevado risco de crime futuro**

Tem como objectivo melhorar os factores de risco, exercício que deve ser simples, clínico, multidisciplinar e sistemático (37). O grupo de alto risco deverá incluir homens jovens com história de perturbação de conduta, abuso de substâncias, desempregados e com uma vida desorganizada (37), muitas vezes já com antecedentes de crime (33). Clinicamente, o risco é elevado em todos aqueles que são irritados, desconfiados, ameaçadores e irresponsáveis, com falta de insight e que rejeitam o tratamento (37). A multidisciplinariedade tem que ver com o tomar em conta todos os planos da vida do indivíduo desde o comportamento actual, contexto social, estado mental, avaliação da personalidade, e acima de tudo a história completa do indivíduo, pois será esta a ter um papel muito importante no risco de crime (37). Deve haver sistematização na avaliação do risco, o que pode ser conseguido com a utilização das mesmas escalas de avaliação por todos os profissionais (37).

Certamente que entrevistas repetidas, nas quais os pacientes são questionados acerca de pensamentos violentos, alucinações de comando, delírios persecutórios, e acesso a armas são recomendadas (54). É também importante recolher informação colateral dos membros da família, professores, e outras pessoas que têm contacto frequente com adolescentes ou adultos jovens (54).

## **8.2) Princípios gerais de abordagem**

A maioria dos indivíduos de alto risco são jovens que abusam de substâncias, e que rejeitam o tratamento (37). Neste caso, a solução depende de um período longo de abstinência (37), portanto é por aqui que se deve iniciar a abordagem terapêutica. Em geral, a hospitalização contribui para o paciente poder afastar-se do local de venda de droga e/ou álcool. Neste grupo, poucos doentes aderem à medicação após a alta, a menos que sejam supervisionados. Uma medicação com longa duração de acção e poucos efeitos colaterais é preferível, daí que a risperidona de longa duração de acção seja o ideal, até que outros anti-psicóticos de 2ª geração apresentem esta formulação. A curto prazo, estes indivíduos irão necessitar de suporte regular por parte de profissionais, com quem desenvolvam uma relação positiva, de forma a tomarem consciência do seu valor e iniciarem novas actividades de estruturação das suas vidas. A médio prazo, os programas que têm como objectivo a interacção social, o treino de tarefas relacionadas com trabalho e recreacionais podem dar o seu contributo. A longo prazo, se estes indivíduos não adquirirem uma existência satisfatória e estruturada, rodeada de actividades de trabalho, recreação e grupos de auto-ajuda, irão permanecer num risco constante de abuso de substâncias, que motivará a queda social e o crime (37).

Noutros pacientes de alto risco, os sintomas psicóticos agudos são os mediadores centrais do risco. Muitas vezes, a desconfiança é um traço destes doentes, pelo que podem também não aderir à terapêutica. Neste caso, é necessário sobretudo o tratamento anti-psicótico, necessitando também depois de ajuda nas tarefas sociais, sensibilidade interpessoal e sobretudo reintegração social afectiva (37).

No caso dos traços ou perturbação da personalidade serem o principal factor de risco para ocorrência de crime, o acompanhamento psicológico é fundamental (37).

Naturalmente em todos os indivíduos é essencial uma abordagem social e ocupacional, que os coloque fora de locais de elevada criminalidade e os torne profissionalmente activos (37).

Como resumo, o que se quer transmitir é a necessidade de mudança de mentalidades, no sentido que o abuso de substâncias, as vulnerabilidades da personalidade e o contexto social necessitam, se não de igual prioridade à do controlo sintomático, pelo menos de ser uma parte

substancial do processo de abordagem destes pacientes (37). Obviamente que o controlo sintomático farmacológico continua a ter um papel importante, sendo abordado seguidamente.

### **8.3) Medidas farmacológicas**

Uma vez que há heterogeneidade nos factores que potenciam o risco de crime, o tratamento farmacológico deve adequar-se à etiologia do comportamento criminal (42). O tratamento actual assenta nos anti-psicóticos e estabilizadores do humor (42).

#### **a) Anti-psicóticos**

##### **a1) Anti-psicóticos de 2ª geração vs Anti-psicóticos clássicos**

Vários estudos compararam a eficácia dos anti-psicóticos atípicos com os neurolépticos. Contudo, não há consenso.

*Swanson et al* examinaram a redução do risco de violência após 6 meses de tratamento com um dos quatro anti-psicóticos de 2ª geração (olanzapina, risperidona, quetiapina ou ziprasidona), comparativamente com a perfenazina (anti-psicótico de 1ª geração) (35). Ocorreu diminuição da violência com todos os fármacos, contudo a perfenazina mostrou maior redução de violência do que a quetiapina, não diferindo da olanzapina, risperidona ou ziprasidona (35). Daqui se concluiu que os novos anti-psicóticos não reduzem mais a ocorrência de violência do que a perfenazina (35).

De forma contraditória, outro estudo revelou uma eficácia superior dos anti-psicóticos atípicos (clozapina, risperidona e olanzapina) relativamente aos neurolépticos (55).

De entre os anti-psicóticos atípicos, a clozapina tem sido salientada como a melhor substância na prevenção de actos violentos (42,51,52), tendo um papel na diminuição da hostilidade (42). Uma evidência empírica sugere também que a risperidona é útil na diminuição da agressividade, por diminuir a hostilidade (52), mas não há estudos que o demonstrem (42).

Apesar das diferenças no risco de violência não estarem comprovadas, a primeira abordagem de tratamento deve ser com anti-psicóticos de 2ª geração, uma vez que apresentam menos efeitos colaterais (37).

### **b) Estabilizadores do humor e anticonvulsivantes**

A agressividade impulsiva muitas vezes responde à farmacoterapia com anticonvulsivante ou estabilizador do humor (42). Por conseguinte, os anticonvulsivantes e o lítio são muitas vezes prescritos em combinação com anti-psicóticos (42). Contudo, não há dados certos que imponham o uso destes fármacos, nomeadamente do valproato de sódio, lamotrigina, carbamazepina e lítio (42).

### **c) Ácidos gordos essenciais**

É possível identificar estratégias para reduzir a impulsividade em esquizofrénicos e melhorar a segurança. Nos últimos anos, os ácidos gordos essenciais atraíram a atenção pelos seus efeitos benéficos em perturbações caracterizadas pela impulsividade, suportados pelos resultados de um número de ensaios clínicos, que mostravam a melhoria da violência em condições psiquiátricas com a suplementação com ácidos gordos. Foi demonstrado que grupos seleccionados de pacientes esquizofrénicos com história de comportamento violento e alta impulsividade disfuncional têm défices significativos de ácidos gordos essenciais (51).

Em suma, admite-se que em termos farmacológicos, a violência devido substancialmente à psicose deva ser prevenida com recurso a anti-psicóticos, enquanto naquela associada à impulsividade se deva recorrer também a anticonvulsivantes, podendo ainda haver suplementação com ácidos gordos essenciais. Não há forma de prevenir farmacologicamente a violência, na qual a perturbação de personalidade é o mediador principal (42). É importante avaliar criticamente o tratamento de cada indivíduo logo após estar instituído, e descontinuí-lo se este não estiver a funcionar (42).

## 9. Conclusão

Os estudos demonstram que há um aumento da prevalência do crime na esquizofrenia, comparativamente com a população em geral.

A explicação para estes actos criminosos não comporta factores únicos, mas antes uma diversidade de variáveis que muitas vezes se interpenetram, e que operam antes, durante e após a doença activa. De referir que determinadas características perinatais, da infância ou da história familiar, assim como traços de personalidade, perturbação de conduta/personalidade anti-social e abuso de substâncias com início precoce, são exemplos de factores que operam antes do início da doença. Como vulnerabilidades adquiridas durante a doença activa são de considerar a sintomatologia psicótica aguda e outras características clínicas da doença. Já a disfunção familiar e/ou social, abuso de substâncias, desemprego e falta de adesão à terapêutica são coincidentes ou posteriores à doença activa. Outros elementos como a vitimização e antecedentes criminais podem surgir em qualquer um dos períodos, contribuindo de igual forma para o aumento de crime. O género masculino e a idade jovem são os factores demográficos major na predição de risco de actos criminais.

O sistema de Saúde Mental exerce um papel preponderante na prevenção de crime, que deve ser específica para o doente em questão, adequando-se ao factor etiológico mais substancial, sem nunca esquecer que na maioria dos casos há mais do que um factor envolvido. O abuso de substâncias, as vulnerabilidades da personalidade e o contexto social necessitam, se não de prioridade igual à dada ao controlo sintomático, pelo menos de ser uma parte substancial do processo de abordagem destes pacientes.

## 10. Referências bibliográficas

1. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*. 2000 Fev 19;355(9204):614-617.
2. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004 Abr;161(4):716-727.
3. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009 Mai 20;301(19):2016-2023.
4. Soyka M, Morhart-Klute V, Schoech H. Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Out;254(5):289-294.
5. Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr. Res*. 2007 Ago;94(1-3):89-98.
6. Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P. Registered criminality and sanctioning of schizophrenia patients. *Nord J Psychiatry*. 2009 Ago 17;:1-8.
7. Lincoln TM, Hodgins S. Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community? *J. Nerv. Ment. Dis*. 2008 Jan;196(1):62-66.
8. Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P. The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003 Jul;38(7):347-353.
9. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr. Res*. 2004 Abr 1;67(2-3):247-252.
10. Vevera J, Hubbard A, Veselý A, Papezová H. Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. *Br J Psychiatry*. 2005 Nov;187:426-430.
11. Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. Em: DMS IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2005. p. 297-317.
12. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes. Em: International Statistical Classification of Diseases and Related health problems; 2007.
13. Susana Maria Pinto Almeida Leitão da Cunha. Esquizofrenia e Crime - Contributo para o estudo da agressividade de Inimputáveis Perigosos; 2003.
14. Em: Dicionário da Língua Portuguesa. Porto Editora; 2006.

15. Cannon M, Huttunen MO, Tanskanen AJ, Arseneault L, Jones PB, Murray RM. Perinatal and childhood risk factors for later criminality and violence in schizophrenia. Longitudinal, population-based study. *Br J Psychiatry*. 2002 Jun;180:496-501.
16. Woo BS, Parker G, Loh MI. A comparison of male and female theft offenders remanded to a state psychiatric hospital. *Singapore Med J*. 2001 Jul;42(7):304-307.
17. Flannery RB, Juliano J, Cronin S, Walker AP. Characteristics of assaultive psychiatric patients: fifteen-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q*. 2006;77(3):239-249.
18. Karakus M, Ince H, Ince N, Arican N, Sozen S. Filicide cases in Turkey, 1995-2000. *Croat. Med. J*. 2003 Out;44(5):592-595.
19. Anwar S, Långström N, Grann M, Fazel S. Is Arson the Crime Most Strongly Associated With Psychosis?--A National Case-Control Study of Arson Risk in Schizophrenia and Other Psychoses. *Schizophr Bull [Internet]*. 2009 Out 22 [citado 2009 Nov 18]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19850668>
20. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*. 2006 Nov;57(11):1648-1651.
21. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009 Ago;6(8):e1000120.
22. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*. 2002 Jun;180:490-495.
23. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000;(407):63-67.
24. Kooyman I, Dean K, Harvey S, Walsh E. Outcomes of public concern in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007 Ago;50:s29-36.
25. Teixeira E, Pereira M, Rigacci R, Dalgalarondo P. Schizophrenia, psychopathology and violent crime: A review of the empirical evidences. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56(2):127-133.
26. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Mar;119(3):218-225.
27. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006 Mai;63(5):490-499.
28. Filho RBM, Morana HCP. Transtornos psicóticos. Em: *Psiquiatria Forense*. São Paulo: Artmed; 2004. p. 223-227.

29. Abu-Akel A, Abushua'leh K. 'Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2004 Jul 1;69(1):45-53.
30. Flannery RB, Peterson B, Walker AP. Precipitants of elderly psychiatric patient assaults on staff: preliminary empirical inquiry. *Psychiatr Q.* 2005;76(2):167-175.
31. Abushua'leh K, Abu-Akel A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2006 Ago 30;143(2-3):205-211.
32. Schwartz RC, Reynolds CA, Austin JF, Petersen S. Homicidality in schizophrenia: a replication study. *Am J Orthopsychiatry.* 2003 Jan;73(1):74-77.
33. Munkner R, Haastrup S, Joergensen T, Kramp P. Incipient offending among schizophrenia patients after first contact to the psychiatric hospital system. *Eur. Psychiatry.* 2005 Jun;20(4):321-326.
34. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav.* 2008 Jun;32(3):228-240.
35. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, Stroup TS, et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2008 Jul;193(1):37-43.
36. Koen L, Kinnear CJ, Corfield VA, Emsley RA, Jordaan E, Keyter N, et al. Violence in male patients with schizophrenia: risk markers in a South African population. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004 Abr;38(4):254-259.
37. Mullen PE. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Adv Psychiatr Treat.* 2006 Jul 1;12(4):239-248.
38. Stompe T, Strnad A, Ritter K, Fischer-Danzinger D, Letmaier M, Ortwein-Swoboda G, et al. Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006 Jul;40(6-7):554-560.
39. Fresán A, Apiquian R, de la Fuente-Sandoval C, García-Anaya M, Loyzaga C, Nicolini H. Premorbid adjustment and violent behavior in schizophrenic patients. *Schizophr. Res.* 2004 Ago 1;69(2-3):143-148.
40. Positive and Negative Syndrome Scale. [www.lunbeck.com](http://www.lunbeck.com).
41. Schwartz RC, Petersen S, Skaggs JL. Predictors of homicidal ideation and intent in schizophrenia: an empirical study. *Am J Orthopsychiatry.* 2001 Jul;71(3):379-384.
42. Volavka J, Citrome L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int. J. Clin. Pract.* 2008 Ago;62(8):1237-1245.
43. Yen C, Yeh M, Chen C, Chung H. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry.* 2002 Dez;43(6):443-447.

44. Arango C, Bombín I, González-Salvador T, García-Cabeza I, Bobes J. Randomised clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. *Eur. Psychiatry*. 2006 Jan;21(1):34-40.
45. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos. Trans. R. Soc. Lond., B, Biol. Sci.* 2008 Ago 12;363(1503):2505-2518.
46. Tengström A, Grann M, Långström N, Kullgren G. Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law Hum Behav*. 2000 Feb;24(1):45-58.
47. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000 Abr;176:345-350.
48. Cannon-Spoor E., Potkin S. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 8:470-474. *citado por* Fresán A, Apiquian R, de la Fuente-Sandoval C, García-Anaya M, Loyzaga C, Nicolini H. Premorbid adjustment and violent behavior in schizophrenic patients. *Schizophr. Res.* 2004 Ago 1;69(2-3):143-148.
49. Jengiđ VS, Jonovska S, Bosković G, Pavelić MS. The influence of temperament and character of psychotic individuals on the possibility of committing criminal offences. *Coll Antropol.* 2008 Dez;32(4):1179-1187.
50. Fresán A, Apiquian R, Nicolini H, Cervantes JJ. Temperament and character in violent schizophrenic patients. *Schizophr. Res.* 2007 Ago;94(1-3):74-80.
51. Kumari V, Barkataki I, Goswami S, Flora S, Das M, Taylor P. Dysfunctional, but not functional, impulsivity is associated with a history of seriously violent behaviour and reduced orbitofrontal and hippocampal volumes in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2009 Jul 15;173(1):39-44.
52. Felthous AR. Schizophrenia and impulsive aggression: a heuristic inquiry with forensic and clinical implications. *Behav Sci Law.* 2008;26(6):735-758.
53. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early- versus late-start offender typology. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):205-218.
54. McNamara NK, Findling RL. Guns, adolescents, and mental illness. *Am J Psychiatry.* 2008 Feb;165(2):190-194.
55. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr Bull.* 2004;30(1):3-20.

## 11. Quadros e Tabelas

### **Quadro 1** – Critérios de diagnóstico para esquizofrenia segundo o DSM IV-TR (11)

*A* – Sintomas característicos da fase aguda: dois (ou mais) dos seguintes, cada um presente por um período significativo de tempo durante um mês (ou menos se tratado com êxito):

(1): ideias delirantes

(2): alucinações

(3): discurso desorganizado

(4): comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico

(5): sintomas negativos, isto é, embotamento afectivo, alogia ou avolição

Nota: só é necessário um sintoma do critério A, no caso das ideias delirantes possuírem carácter bizarro; ou se as alucinações consistirem numa voz que comenta o comportamento ou pensamento da pessoa; ou ainda se existirem 2 ou mais vozes conversando entre elas.

*B* – Disfunção social/ocupacional: desde o início da perturbação e por um período significativo de tempo, uma ou mais áreas principais de funcionamento, tais como o trabalho, o relacionamento interpessoal ou o cuidado com o próprio, estão marcadamente abaixo do nível atingido antes do início (ou quando se inicia na infância ou na adolescência, a incapacidade para atingir o nível interpessoal, académico ou ocupacional esperado).

*C* – Duração: os sinais contínuos da perturbação persistem pelo menos durante 6 meses. Neste período de 6 meses deve estar incluído pelo menos um mês de sintomas (ou menos se o tratamento tiver êxito) que preencham o critério A (isto é, sintomas de fase activa) e podem estar incluídos períodos de sintomas prodrómicos ou residuais. Durante estes períodos prodrómicos ou residuais, os sinais da perturbação podem manifestar-se apenas por sintomas negativos, ou se estiverem presentes de forma atenuada dois ou mais dos sintomas enumerados no critério A (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptivas pouco habituais).

*D* – Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou de Perturbação de Humor: a Perturbação Esquizoafectiva ou a Perturbação do Humor com Características Psicóticas foram excluídas devido ao facto de não terem ocorrido simultaneamente com os sintomas da fase activa, os episódios de Depressão Major, Maníacos ou Mistos; ou caso os episódios de humor tenham ocorrido durante os sintomas da fase activa, mas a sua duração total tenha sido mais curta do que a duração dos períodos activos e residuais.

*E* – Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias/estados físicos gerais: a perturbação não é devida aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas ou medicamentos) ou a um estado físico geral.

*F* – Relação com uma Perturbação Global do Desenvolvimento: caso exista história de Perturbação Autística ou de outra Perturbação Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia só é realizado se estiverem presentes ideias delirantes ou alucinações proeminentes pelo período mínimo de um mês (ou menos, se tratadas com êxito).

**Quadro 2 – Sintomas com importância especial para o diagnóstico, segundo a ICD-10 (12)**

(a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento.

(b) delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações, percepção delirante.

(c) vozes alucinatórias que comentam o comportamento do paciente ou discutem entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias de alguma parte do corpo.

(d) delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas.

(e) alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afectivo, ou por ideias sobrevalorizadas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente.

(f) intercepções ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente, irrelevante ou neologismos.

(g) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cética, negativismo, mutismo e estupor.

(h) sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência e respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social; deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroléptica.

(i) uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objectivos, inactividade, uma atitude ensimesmada e retraimento social.

Tabela 1. Prevalência de crime em esquizofrênicos

Autores	Ano	País	Amostra (n=número de indivíduos)	Gêneros (EZ*; n= número de indivíduos)	Crime estudado	Período de ocorrência de crime avaliado;	Fonte de informação	Prevalência de crime (n=número de indivíduos)	População geral:	Tipo de crime cometido (n= ao número de indivíduos ou ao número de casos cometidos – ver nota para cada caso)	Nº de crime/indivíduo	Tratamento anti-psicótico	Conclusões	
<b>Estudos transversais</b>														
<i>Munkner et al</i> (8)†	2003	Dinamarca	EZ (n=4619)	M (n=3121; 68%) F (n=1498; 32%)	Violento e não violento	1) Antes da hospitalização (do 1º contacto hospitalar) 2) Entre o 1º contacto hospitalar e o diagnóstico da doença 3) Após o diagnóstico da doença (follow-up de 5.5 anos)	Registo de pesquisa central psiquiátrico dinamarquês Registo criminal nacional Registo civil	EZ: Crime (n=1877; 41%) Prévio ao 1º contacto hospitalar (n=1240; 28%) Cometido entre o 1º contacto e o diagnóstico (n=241; 5.2%) Após o diagnóstico (n=396; 8.6%) Sem crime (n=2742; 59%)	População geral: Sem informação	EZ: Crime violento (n=781; 16.9%) Prévio ao 1º contacto hospitalar (n=422; 9.1%) Cometido entre o 1º contacto e o diagnóstico (n=144; 3.1%) Após o diagnóstico (n=215; 4.7%) Crime não violento (valor total, sem discriminação para os diferentes períodos) (n=1096; 24%)	População em geral: Sem informação	Sem informação	Sem informação	Elevada prevalência de crime, incluindo crime violento, em esquizofrênicos.  A maioria da actividade criminal em esquizofrênicos é cometida antes do seu primeiro contacto hospitalar. Ocorrendo o mesmo em relação ao crime violento. Verificou-se esta tendência sobretudo em relação ao género masculino, sendo que as mulheres cometem crimes mais distribuídos pelos três períodos avaliados, sendo o crime violento cometido sobretudo após o diagnóstico.
<i>Soyka et al</i> (4)‡	2004	Alemanha	EZ (n=1705) População geral (dos 25 aos 65 anos) (n=46.531.700)	M (n=697; 40.9%) F (n=1008; 59.1%)	Violento e não violento	7 a 12 anos após a alta	Registo hospitalar Registo criminal nacional	EZ: Crime (n=224; 13.1%) Sem crime (n=1418; 86.9%)	População geral: Sem informação	EZ: Grande diversidade de crimes Crime mais frequente: Furto (n=89; 12.68%) Crime violento: Agressão física (n=68; 9.69%); Homicídio na forma consumada ou tentada (n=5; 0.71%) Violação (n=3; 0.42%)	População em geral: Crime mais frequente: Furto (n=1485863; 23.35%) Crime violento: Agressão física (n=419186; 6.59%); Homicídio na forma consumada ou tentada (n=5358; 0.076%) Violação (n=7891;	Crime em geral: 3.1/ Criminoso esquizofrênico 0.41/esquizofrênico 0.137/indivíduo da população geral	Sem informação	Elevada prevalência de crime, incluindo crime violento, em esquizofrênicos.  Padrão de crime diferente da população em geral: O furto é ainda mais frequente na população em geral; enquanto a agressão física ou homicídio é mais frequente no grupo de esquizofrênicos. Os crimes sexuais são raros em ambos.  O número de crime/pessoa é mais elevado em esquizofrênicos do que na população em geral.



Estudos em coortes seleccionadas

<i>Mullen et al (1)**</i>	2000	Austrália	<p><b>2 coortes:</b> -Primeira Admissão em 1975 – antes da desinstitucionalização (n=507)</p> <p>-Primeira admissão em 1985 – depois da desinstitucionalização (n=577)</p> <p>Amostra da população geral (emparelhados para idade, género e local de residência): (n=507; n=577 dependendo da <i>coorte</i>)</p>	<p><b>Coorte de 1975</b> M (n=301) F (n=206)</p> <p><b>Coorte de 1985</b> M (n=331) F (n=246)</p>	Violento e não violento	Toda a vida	<p>Registo de casos psiquiátricos do Estado de Vitória</p> <p>Base de dados policial</p>	<p><b>EZ:</b></p> <p><b>Coorte de 1975</b></p> <p><b>Crime</b> (n=21; 7.6%)</p> <p><b>Sem crime</b> (n=486; 92.4%)</p> <p><b>Coorte de 1985</b></p> <p><b>Crime</b> (n=70; 23.3%)</p> <p><b>Sem crime</b> (n=437; 76.7%)</p> <p><b>Coorte de 1985</b></p> <p><b>Crime</b> (n=102; 30.8%)</p> <p><b>Sem crime</b> (n=475; 69.2%)</p>	<p><b>Amostra da população geral:</b></p> <p><b>Coorte de 1975</b></p> <p><b>Crime mais comum</b> Contra propriedade (n=44; 14.6%)</p> <p><b>Crime menos comum</b> Crime sexual (n=5; 1.7%)</p> <p><b>Crime violento</b> (n=24; 10.6%)</p> <p><b>Sem crime</b> (n=553; 89.4%)</p> <p><b>Coorte de 1985</b></p> <p><b>Crime mais comum</b> Contra propriedade (n=56; 16.9%)</p> <p><b>Crime menos comum:</b> Crime sexual (n=6; 1.8%)</p> <p><b>Crime violento</b> (n=36; 10.9%)</p>	<p><b>EZ:</b></p> <p><b>Coorte de 1975</b></p> <p><b>Crime mais comum</b> Contra propriedade (n=10; 3.6%)</p> <p><b>Crime menos comum</b> Relacionado com drogas (n=0)</p> <p><b>Crime violento</b> (n=4; 1.4%)</p> <p><b>Coorte de 1985</b></p> <p><b>Crime mais comum</b> Contra propriedade (n=11; 5.0%)</p> <p><b>Crime menos comum</b> Crime sexual (n=2; 0.5%)</p> <p><b>Crime violento</b> (n=4; 1.8%)</p>	Sem informação	Sem informação	<p>Os doentes esquizofrénicos tinham uma maior probabilidade de serem condenados criminalmente em qualquer momento da vida, por qualquer um dos vários tipos de crime, do que a população geral, com excepção do crime de ofensas sexuais.</p> <p>O número elevado de condenações nos indivíduos com esquizofrenia em 1985, comparado com o grupo de 1975, reflectiria muito provavelmente o aumento global das ofensas criminais em indivíduos da população geral, controlados para a idade, género e local de residência. Portanto, a desinstitucionalização não foi evidenciada como causa de nenhuma alteração significativa na incidência de condenações criminais na esquizofrenia.</p>
			<i>Wallace et al(2)††</i>	2004	Austrália	<p>EZ (n=2861, em 4 <i>coortes</i> que tiveram a sua 1ª admissão por esquizofrenia em 1975, 1980, 1985,</p>	<p>M (n=1698; 59.3%)</p> <p>F (n=1163; 40.7%)</p>	Violento e não violento	Toda a vida	<p>Registo de casos psiquiátricos do estado Australiano de Vitória</p> <p>Cadernos eleitorais do Estado</p>	<p><b>EZ:</b></p> <p><b>Crime</b> (n= 618; 21.6%)</p> <p><b>Sem crime</b> (n= 2234; 78.4%)</p> <p><b>Grupo de controlo da população geral:</b></p> <p><b>Crime</b> (n= 224; 7.8%)</p> <p><b>Sem crime</b></p>	<p><b>EZ:</b></p> <p><b>Crime mais comum</b> Contra propriedade (n=414; 14.5%)</p> <p><b>Crime</b></p>	<p><b>Grupo de controlo da população geral:</b></p> <p><b>Crime mais comum</b> Contra propriedade</p>

			1990 ou 1995.					Registo criminal	(n= 2637; 92,2%)	<b>menos comum</b> Crime sexual: n= 52;1.8%)	(n=126; 4.4%)			população geral.	
			Amostra da população geral (emparelhados para a idade, género e local de residência) (n=2861)							<b>Crime violento</b> (n= 235; 8.2%)	<b>Crime menos comum</b> Crime sexual (n= 20; 0.7%)			A proporção de pacientes que cometeu crime aumentou de 14.8% em 1975, para 25.0% em 1995, mas ocorreu um aumento similar na população geral.	
<b>Vevera et al (10)††</b>	2005	República Checa	EZ (n=404, com 4 coortes, com diagnósticos de EZ em 1949, 1969, 1989 e 2000)	M (n=239; 59.2%) F (n=165, 40.8%)	Crime violento (definido como pontuação igual ou superior a 3, na escala MOAS).	Avaliou-se o período compreendido entre o 1º surto psicótico e a data da última informação clínica disponível	Registo médico	Registo central da população	<b>EZ:</b> <b>Crime</b> (n=154; 38.1%)	<b>População geral:</b> Sem informação	<b>EZ:</b> Sem informação	<b>População geral:</b> Sem informação	Sem informação	Sem informação	Prevalência elevada de violência na esquizofrenia.  Registou-se um aumento significativo da violência apenas no coorte de 2000, comparativamente ao coorte de 1949.
<b>Fazel et al (3)</b>	2009	Suécia	EZ (n= 8003, que tiveram alta hospitalar entre 1973 e 2006)  População geral (n= 80025)	M (n=5243, 65.5%) F (n=2760, 34.5%)	Crime violento (homicídio, agressão, roubo, fogo posto, crime sexual, ameaças ilegais, ou intimidação).	Após o diagnóstico de EZ (entre 1973-2006)	Registo hospitalar	Registo criminal	<b>EZ:</b> <b>Crime</b> (n=1054; 13.2%)  <b>Sem crime</b> (n=6949; 86.8%)	<b>População geral:</b> <b>Crime</b> (n=4276; 5.3%)  <b>Sem crime</b> (n=75749; 4.7%)	<b>EZ:</b> Sem informação	<b>População geral:</b> Sem informação	Sem informação	Sem informação	Prevalência de violência maior na amostra de esquizofrénicos, comparativamente à população geral.
<b>Estudos de coortes de nascimentos</b>															
<b>Cannon et al (15)§§</b>	2002	Finlândia	EZ (n=915, nascidos em Helsínquia, entre 1951 e 1960)	M/F (sem informação)	Violento e não violento	Toda a vida	Registo de saúde	Registo criminal	<b>EZ:</b> <b>Crime</b> (n= 86; 9.4%)  <b>Sem crime</b> (n= 829; 90.6%)	<b>População geral:</b> Sem informação	<b>EZ:</b> <b>Crime violento</b> (n= 39; 4.3%)  <b>Sem crime violento</b> (n=47; 95.7%)	<b>População geral:</b> Sem informação	Sem informação	Sem informação	Prevalência mais baixa de crime em esquizofrénicos, comparativamente com os outros estudos.  A baixa prevalência de crime encontrado pode dever-se à idade mais velha da população estudada e ao facto de alguns

crimes menos sérios  
poderem ter sido  
afastados do registo.

Munkner <i>et al</i> (6)	2009	Dinamarca	EZ (n=4619, nascidos entre Novembro de 1963 e Maio de 1999)	M (n=3121; 68%)	Violento e não violento	Toda a vida	Registos dinamarqueses psiquiátricos	EZ: Crime (n=1877; 41%)	População geral: Sem informação	<b>EZ:</b>	<b>População geral:</b>	Prevalência de crime elevada em esquizofrénicos.
			Comparação com a população em geral (n=5.300.000)	F (n=1498; 32%)			Registos criminais nacionais			Não crime (n=2472; 59%)	<b>Crime mais comum</b> Furto (n= 3190; 44.8%)	
							Sistema de registos civis			<b>Crime violento</b>	<b>Crime violento</b>	
										Homicídio (n=20; 0,27%)	Homicídio (n=11; 0.02%)	
										Homicídio na forma tentada (n=16; 0.47%)	Homicídio na forma tentada (n=25; 0.03%)	
										Fogo posto (n=130; 5.85%)	Fogo posto (n=133;0.15%)	

NOTA: \*EZ: ler como esquizofrénicos.

† Classificação dos crimes cometidos: violentos (homicídio, homicídio na forma tentada, violência e agressão particularmente brutal, fogo posto, outros actos violentos contra pessoas, violação consumada ou tentada, outros crimes sexuais, roubo) e não violentos (dano intencional contra propriedade, tráfico de droga, arrombamento e furto, outros crimes contra propriedade, homicídio ou dano corporal por negligência, outras secções do código penal). Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de pessoas que cometeram determinado tipo de crime.

‡ Classificação dos crimes cometidos: violentos (agressão física, agressão verbal, ameaça, homicídio ou tentativa de homicídio, fogo posto, violação ou tentativa de violação, abuso sexual de criança, agressão sexual) e não violentos (furto, tráfico de droga, conduzir sem licença, fraude, dano contra propriedade, conduzir enquanto intoxicado, recusa de identificação). Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de casos daquele tipo de crime, e não o número de pessoas que cometeram o crime.

§ Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de pessoas que cometeram determinado tipo de crime.

|| Classificação dos crimes cometidos: violentos (agressão física, agressão agravada, ameaça/invasão de privacidade, abuso sexual de criança, roubo, tentativa de homicídio, rapto, homicídio involuntário, homicídio, agressão sexual, violação) e não violentos (tráfico de drogas, furto, aquisição de falsos pertences, fraude, dano contra propriedade, agressão verbal, transgressão/violação da paz doméstica, conduzir sem licença/segurança, conduzir intoxicado, condução imprudente, desordem civil, fugir de um acidente, falsificação de documentos, prostituição, recusa de identificação, exibicionismo, posse de arma de fogo, fogo posto, desfalque, entrega de mercadoria roubada, ameaça de bomba. Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de casos daquele tipo de crime, e não o número de pessoas que cometeram o crime. Existem também dados relativamente ao número de indivíduos esquizofrénicos que cometeram crime violento (n=62; 3.73%).

¶ MOAS (Modified Overt Aggression Scale): mede 4 categorias de agressão: (1) agressão verbal; (2) agressão física contra o próprio; (3) agressão física contra objectos e (4) agressão física contra outras pessoas. Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de pessoas que cometeram determinado tipo de crime.

\*\*Classificação dos crimes cometidos: violentos (não diz quais os crimes considerados violentos) e não violentos (dano contra propriedade, tráfico de droga, ofensas sexuais). Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de pessoas que cometeram determinado tipo crime.

†† Classificação dos crimes cometidos: violentos (violência interpessoal, incluindo agressão que causa dano, e homicídio) e não violentos (dano contra propriedade, obtenção de vantagem financeira através de fraude, e furto, incluindo furto em lojas e de automóveis, posse ou tráfico de drogas, crime que envolva álcool). Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de pessoas que cometeram determinado tipo crime.

‡‡ MOAS (Modified Overt Aggression Scale) : mede 4 categorias de agressão: (1) agressão verbal; (2) agressão física contra o próprio; (3) agressão física contra objectos e (4) agressão física contra outras pessoas.

§§ Classificação dos crimes cometidos: violentos (homicídio, agressão, roubo, fogo posto, posse ilegal de arma, crime sexual e violação de paz doméstica) e não violentos (furto, chantagem, fraude, ofensas relacionadas com a condução). Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de pessoas que cometeram determinado tipo de crime.

||| Classificação dos crimes cometidos: violentos (homicídio, tentativa de homicídio, agressão física particularmente brutal (tentativa e ameaças inclusivé), fogo posto, outra violência contra pessoas, violação e tentativa de violação, outras ofensas sexuais, roubo) e não violentos (dano intencional de propriedade, crime com drogas agravado, furto, outras ofensas contra propriedade). Neste artigo, na coluna referente ao tipo de crime cometido, o n representa o número de pessoas que cometeram determinado tipo de crime.

Tabela 2. Prevalência de esquizofrenia em criminosos											
Autores	Ano	País	Amostra de criminosos (n = número de indivíduos)	Géneros (n = número de indivíduos)	Crime	Período de ocorrência do crime avaliado	Fonte de informação	Prevalência de Esquizofrenia (n = número de indivíduos)	Tratamento anti-psicótico	Conclusões	
<i>Woo et al</i> (16)	2001	USA	N=200	M (n= 100; 50%)	Furto	1996-1999	Registo hospitalar	<b>Criminosos</b> EZ *(n=79; 39.5%)	<b>População em geral</b>	Sem informação	Foi o diagnóstico psiquiátrico mais comum de entre os criminosos.
				F (n=100; 50%)			Registo criminal	Não EZ (n=121; 60.5%)	Sem informação		
<i>Karakus et al</i> (18)	2003	Turquia	N=85	M (n=41; 48.2%)	Filicídio	1995-2000	Registos criminais	<b>Criminosos</b> EZ (n=25; 29.4%)	<b>População em geral</b>	Sem informação	Foi o diagnóstico psiquiátrico mais comum de entre os criminosos.
				F (n=44; 51.8%)			Registos clínicos	Não EZ (n=60; 71%)	Sem informação		
<i>Meehan et al</i> (20)	2006	Inglaterra e País de Gales	N=1594	M (n=1434; 90%) F (n = 160; 10%)	Homicídio	1996-1999	Registos criminais Registos psiquiátricos e questionários	<b>Criminosos</b> EZ (n=85; 5%) Não EZ (n=1509; 95%)	<b>População em geral</b> 0.3-0.9%	Sem informação	A prevalência da esquizofrenia entre homicidas foi superior à prevalência da esquizofrenia na comunidade.
<i>Flannery et al</i> † (17)	2006	USA	N=2103	M (n=1047; 49.7%) F (n=1056; 50.3%)	Agressão (física, sexual, intimidação não verbal, ameaças verbais) ao staff	1990-2005	Registos médicos; informação por parte da equipa médica ou de enfermagem	<b>Criminosos</b> EZ (n=1027; 48.8%) Não EZ (n=1076; 51.2%)	<b>População em geral</b> Sem informação	Sem informação	Foi o diagnóstico psiquiátrico mais comum entre criminosos.
<i>Anwar et al</i> (19)	2009	Suécia	N=1689	M (n=1340; 79.3%) F (n=349; 20.7%)	Fogo posto	1988-2000	Registos criminais nacionais Registos hospitalares	<b>Criminosos</b> EZ (n=74; 4.4%) Não EZ (n=1615; 95.6%)	<b>População em geral</b> 0.3%	Sem informação	A prevalência de esquizofrenia foi entre os criminosos foi superior à encontrada na população geral.

\*EZ: ler como esquizofrénicos.

† Este estudo averiguou a prevalência de esquizofrenia e outras doenças mentais em doentes que agredem a equipa prestadora de cuidados de saúde. É importante notar que este tipo de violência, que ocorre em meio hospitalar pode não ser considerada violência criminal. Na verdade, a principal diferença entre actos violentos cometidos por doentes psiquiátricos e o cometido por não doentes é o diferente tratamento por parte das entidades de justiça criminal: algumas perturbações psiquiátricas condicionam uma ausência de intencionalidade ou uma dificuldade acrescida em fazer a sua prova. Suspeitos violentos que aparentem às entidades policiais estarem perturbados psicologicamente poderão não ser detidos, e as queixas retiradas. Doentes psiquiátricos internados não são, geralmente acusados, por actos violentos cometidos no hospital. De algum modo, a distinção entre violência criminal e não criminal é imposta por interações entre a justiça criminal e os sistemas de saúde mental. Estas interações (e as distinções entre os dois tipos de violência) não deverão tornar obscuras as semelhanças básicas entre comportamentos agressivos de doentes mentais e de indivíduos não doentes (13).

