Universidade do Porto

Faculdade de Medicina

Esquizofrenia e Crime

Contributo para o estudo da agressividade dos Inimputáveis Perigosos

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre sob orientação do Professor António Pacheco Palha

Susana Maria Pinto Almeida Leitão da Cunha

2003

"Sufficit furiosum ipso furore puniri"
("É suficiente castigo para o louco a sua própria loucura")

Modestinus, *Herennius*
(Jurisconsulto romano, Séc. III d. C.)

Ao Professor António Pacheco Palha, pela assertiva confiança que sempre soube transmitir

Ao Fernando, à Matilde e ao Guilherme

A todos os esquizofrénicos inimputáveis a cumprir medida de segurança

AGRADECIMENTOS

Correndo o esperado *risco* de omissão, pelo que desde já agradeço aos que sabem ter estado directa ou indirectamente presentes neste trabalho, gostaria de formular os seguintes agradecimentos:

À Direcção Geral dos Serviços Prisionais–Ministério da Justiça, pela autorização concedida para a realização do trabalho de campo no Estabelecimento Prisional (EP) de Santa Cruz do Bispo,

Ao Director, Ex.mo Sr. Dr. Jorge Morais e à Ex.ma Sr.ª Dr.ª Gina Rodrigues, Adjunta do Director, do EP de Santa Cruz do Bispo, pela disponibilidade imediata e contínua,

Aos médicos Psiquiatras da Clínica Psiquiátrica do EP de Santa Cruz do Bispo, pelo apoio demonstrado,

Ao Chefe Moura e todos os guardas da Clínica e do EP, à D. Sofia e a todas e funcionárias administrativas da Secção de Reclusos do EP de Santa Cruz do Bispo, pela paciência ilimitada,

A todos os colegas do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São João, que sabem ter tido um papel importante, e determinante, ao longo das várias fases de elaboração deste longo trabalho,

À Rosa, pelo apoio e amizade,

À Cristina pela (ainda assim) agradável incursão no mundo da reclusão,

Ao Serviço de Biostatística da Faculdade de Medicina do Porto, na pessoa do Ex.mo Sr Professor Altamiro, pelo incitamento a prosseguir.

PREAMBULO 5

INTRODUÇÃO 7

CAPITULO I 7

AGRESSIVIDADE HUMANA, AGRESSÃO E VIOLENCIA : DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES POSSIVEIS 7

1. AGRESSÃO E AGRESSIVIDADE: DEFINIÇÕES POSSIVEIS 8

2. IMPULSIVIDADE E HOSTILIDADE: CONCEITOS (IN)DEPENDENTES ? 13

3. DEFINIÇÃO DE VIOLENCIA 14

4. PROBLEMAS NA DEFINIÇÃO DE AGRESSIVIDADE E VIOLENCIA 15

5. SINTESE 16

CAPITULO II 17

EPIDEMIOLOGIA DA VIOLENCIA NA ESQUIZOFRENIA 17

1. PRINCIPAIS ESTUDOS E SUA METODOLOGIA 18

1.1 ESTUDOS DE PREVALENCIA DE ACTOS VIOLENTOS EM INDIVIDUOS ESQUIZOFRENICOS 19

1.2 ESTUDOS DE PREVALENCIA DA ESQUIZOFRENIA EM INDIVIDUOS QUE COMETERAM ACTOS VIOLENTOS 23

1.3 ESTUDOS DE PREVALENCIA NA COMUNIDADE 25

2. LIMITAÇÕES METODOLOGICAS DOS ESTUDOS DE VIOLENCIA 26

2.1 DEFINIÇÃO E DETERMINAÇÃO DO DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA 27

2.2 DEFINIÇÃO E DETERMINAÇÃO DE VIOLENCIA 27

2.3 VIESES E VARIAVEIS DE CONFUNDIMENTO 29

3. RISCO DE VIOLENCIA NA SOCIEDADE 30

4. SINTESE 31

CAPITULO III 33

ESQUIZOFRENIA: A PERTURBAÇÃO MENTAL PARA ALEM DA ANOMALIA PSIQUICA 33

1. DA *DEMENTIA PRAECOX* A ESQUIZOFRENIA: DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTORICA 33

1.1. DEMENCIA 34

1.2. ESQUIZOFRENIA 35

1.3. ESQUIZOFRENIA: UMA ENTIDADE DO SEC. XIX? 37

2. CARACTERISTICAS CLINICAS 38

2.1. DELIRIOS, ALUCINAÇÕES E SINTOMAS DE 1ª ORDEM DE KURT SCHNEIDER 38

2.2. PERTURBAÇÕES DA FORMA E FLUXO DO PENSAMENTO 41

2.3. INSIGHT 42

2.4. LIMITAÇÕES COGNITIVAS 43

2.5. ALTERAÇÕES DAS EMOÇÕES 43

2.6. ALTERAÇÕES MOTORAS, SOMATOFORMES E DA VONTADE 44

3. DIMENSÕES DA PSICOPATOLOGIA NA ESQUIZOFRENIA 45

4. PSICOPATOLOGIA E SUA RELEVANCIA PARA O RISCO DE COMPORTAMENTO CRIMINAL 48

4.1 SINTOMATOLOGIA PSICOTICA 48

4.2 ABUSO DE SUBSTANCIAS 49

4.3 AGRESSÃO E VIOLENCIA EM DOENTES COM DUPLO DIAGNOSTICO 51

5. SINTESE 53

CAPITULO IV 56

ENQUADRAMENTO JURIDICO-PENAL DA ESQUIZOFRENIA 56

1. IMPUTABILIDADE: A INTERFACE PSIQUIATRIA/DIREITO PENAL 56

2. VIOLENCIA CRIMINAL E NÃO CRIMINAL: A TENUE DIFERENÇA 57

3. COMPORTAMENTO VIOLENTO NA ESQUIZOFRENIA E A JURISPRUDENCIA 58

4. COMPORTAMENTO VIOLENTO NA ESQUIZOFRENIA E AS CLASSIFICAÇÕES EM PSIQUIATRIA 59

5. ESQUIZOFRENIA, CRIME E INIMPUTABILIDADE 61

6. APLICAÇÃO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA A INIMPUTAVEIS PERIGOSOS 64

7. PERIGOSIDADE 66

8. REINSERÇÃO SOCIAL DE INIMPUTAVEIS 68

9. DA PERIGOSIDADE AO RISCO 72

9.1. LIMITES NA DETERMINAÇÃO DO RISCO PELOS PROFISSIONAIS DE SAUDE MENTAL 74

9.2. UTILIDADE PRATICA DA PREDIÇÃO DO RISCO 75

10. SINTESE 76

TRABALHO PRÁTICO 78

1. OBJECTIVO 78

2. MATERIAL E METODO 79

2.1. CRITERIOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA 79

2.2. INSTRUMENTOS 80

3. METODO ESTATISTICO 85

4. RESULTADOS 86

4.1 ENTREVISTA CLINICA 86

4.2 ESCALAS 96

5. DISCUSSÃO 130

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 152

ANEXOS 163

PREÂMBULO

Seria hoje em início de século, e sempre, tão arbitrário supor que todo o crime é sinal inequívoco de doença psíquica, como deixar de considerar o crime de um doente mental relacionado com a sua patologia. Os crimes dos doentes convertem-se em sintomas psicopatológicos que têm a sua própria *patomorfia*, coincidente com a *patomorfia* da perturbação em causa (Aranzadi, 1999). Então colocam-se duas questões essenciais:

- Existirão crimes cujas características transportam um carácter patológico, como um sinal patognomónico de carácter patognóstico, que possa indiciar por si só a doença subjacente?
- Possuirão os crimes dos doentes mentais um carácter patológico geral? Existirão perturbações que, pelas suas especificidades psicopatológicas, possam determinar maior probabilidade de delinquir?

Embora a resposta à primeira questão (tal qual está formulada) seja negativa, já no que respeita à segunda não existem certezas em resposta. Considera-se que determinados crimes, embora não sendo específicos, são típicos de determinadas perturbações (Arazandi, 1999). A moderna Criminologia concede escasso relevo às alterações psicopatológicas como causa de crime, pelo que parece importante retomar uma abordagem destes casos no âmbito da psicopatologia criminal, sendo crescente a importância da Psiquiatria Forense. A perturbação psiquiátrica de base a este estudo – a esquizofrenia – é, sem dúvida, aquela que mais se afasta da norma (Matos e col., 2003a). É o paradigma psiquiátrico, que atribui a quem dela padece um carácter único de não pertença do pensamento e desde logo, a privação da liberdade psíquica do indivíduo (Vieira, 2002), com todas as implicações legais inerentes a esse facto, mais concretamente ao nível criminal.

Este trabalho encontra-se contextualizado, sendo que o seu principal objectivo consiste em estudar, em doentes esquizofrénicos inimputáveis perigosos a cumprir medida de segurança, as características do crime e a psicopatologia relativa a cada doente e a possível relação entre ambas. Pretende-se compreender melhor estes actos agressivos, quando relativos a uma descompensação psicopatológica esquizofrénica, que constituem actos ilícitos tipificados como crimes no Código Penal Português, sobre os quais não se pode formular um

juízo de culpa mas apenas um juízo de perigosidade. Por este facto é-lhes decretado o internamento para tratamento até *extinção* do perigo, por vezes durante uma vida, derivando daí o que se denomina de "duplo estigma" (louco e perigoso).

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I

AGRESSIVIDADE HUMANA, AGRESSÃO E VIOLÊNCIA : DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES POSSÍVEIS

"Encontramo-nos então, subitamente, na presença
de um acto verdadeiramente estranho e que tanto
nos surpreende pela fria crueldade que revela
como pela ausência total de motivos penetráveis e
acessíveis à nossa compreensão.
Há que renunciar a explicar estes crimes – como
a tudo que é tipicamente esquizofrénico – pelo fogo
natural dos afectos e das tendências humanas."

Sobral Cid, Psicopatologia Criminal, 1934.

O medo e suspeição existentes na população geral relativamente aos doentes mentais, no que respeita à sua perigosidade, tem tido a sua sede em casos isolados. Em tempos idos publicitados pela tradição oral, nos tempos modernos pela literatura e comunicação social. A grande maioria destes indivíduos tem antecedentes de perturbação mental, provavelmente psicótica, no momento da prática do crime, não se encontrando à data do mesmo a receber qualquer tipo de tratamento (Volavka,1995a). A questão que domina o público em geral é a seguinte: serão os doentes mentais perigosos? Ou reformulando a questão: qual será, se existir, a relação entre perturbação mental e violência? Mas para os profissionais de saúde mental o interesse foca-se num outro aspecto: poder-se-á predizer quais, e quando, indivíduos com perturbação mental serão violentos? Este interesse tem-se tornado cada vez mais óbvio com o aumento das solicitações, nomeadamente por parte dos Tribunais Judiciais, para que os psiquiatras tomem decisões práticas baseadas na determinação, implícita ou explícita, do risco de violência de doentes com perturbações mentais, estejam ou não detidos por prática de crime. E neste caso a questão é outra: é *ou não este indivíduo perigoso?*

Neste contexto têm surgido cada vez mais estudos sobre a agressividade e violência nas perturbações psiquiátricas. Um dos principais problemas deste tipo de investigação prende-se com a definição das variáveis dependentes. Existe actualmente um número crescente de novos dados relativamente à neuroquímica, psicofarmacologia, neurofisiologia, e outros aspectos biológicos do comportamento violento (Stein e col., 1998). A definição destas variáveis biológicas independentes é bastante mais explícita e óbvia do que a definição e classificação das variáveis dependentes, que determinam a violência ou a agressividade no homem, mais concretamente no doente psiquiátrico. Pelo facto do comportamento violento ou agressivo poder ter inúmeras causas, manifestações, impactos e consequências, não surpreende que peritos de áreas tão díspares como antropólogos, sociólogos, psicólogos, psiquiatras, criminologistas, juristas, advogados e autoridades policiais tenham tentado definir e classificar este fenómeno.

Violência poderá ser definida como uma força brutal que é infligida a alguém e também o acto pelo qual se exerce essa força. Esta definição introduz o conceito de *agressão*, o qual se reporta em primeiro lugar à terminologia jurídica e às suas implicações práticas e clínicas. Por outro lado, a *agressividade* conceptualiza um estado, uma tendência, uma qualidade de todos os seres vivos sobretudo do Homem quando sujeito a certos tipos de ameaças. Mas serão consensuais, a existirem como *unas*, as definições de agressão, agressividade e violência?

1. AGRESSÃO E AGRESSIVIDADE: DEFINIÇÕES POSSÍVEIS

A agressão é, ao nível jurídico-penal, *um acto contrário ao direito do outro*. Tem-se tentado defini-la com maior precisão, embora tal definição seja tão abrangente que se poderiam escrever livros sobre ela (Medina, 1994). De um ponto de vista académico, a agressividade, sendo considerada uma componente de actos criminais, refere-se a um comportamento *agonista* - de luta, combate - ou *injurioso, lesivo* - de ultraje, ofensa.

A agressão pode ser definida como uma resposta que liberta estímulos nocivos direccionados a outros organismos (Buss, 1961 cit. Medina, 1994). No entanto é também um termo utilizado para definir o comportamento adoptado com a finalidade de lesar um objecto (Berkowitz, 1962 cit. Medina, 1994). Por outro lado, é também passível a distinção entre *"agressão violenta"* e *"agressão instrumental"*, sendo que a primeira é referida ao

comportamento agressivo reforçado pela dor ou dano causado à vítima, reconduzindo-se a segunda ao comportamento violento como meio de atingir outros fins que não aqueles (Buss, 1961, op. cit.). Atendendo a esta dicotomia, poder-se-á inferir a não necessidade de descrição do estado emocional e cognitivo do agressor, ao cometer um acto agressivo ou criminal, ou seja, a finalidade da agressão é que a qualifica. Desta forma, se alguém agredir outro indivíduo com a finalidade de causar a morte encontrar-nos-emos perante um *agressor violento*; se a agressão se consubstancia com o objectivo de conseguir dinheiro ou outros bens então entramos na categoria do *agressor instrumental*.

Trata-se quanto a nós de uma categorização demasiado reducionista. A agressão é comum a ambos os casos e o que se altera é a finalidade da mesma, não entrando, necessariamente, em linha de conta com os pré-determinantes psicológicos. Não obstante, para a jurisprudência, preocupada com a objectividade, o mais importante são os comportamentos observados e a motivação subjacente. A *intencionalidade*, ou seja, o motivo que induz a agressão representa um componente psicológico difícil de esclarecer, e, como tal, não suficientemente estudado nem susceptível de ser adequadamente tipificado. Mas uma vez que o componente psicológico é inerente a todo o comportamento humano, seria inadequado não o ter em devida conta na prática dos delitos. A propósito da dificuldade de uma definição *una* de agressão, concluir-se-á que o mais importante que se pode dizer sobre a definição de agressividade é que não existe um tipo (ou classe) único de comportamento que se possa chamar de agressivo nem existe nenhum processo (único) que represente a "agressividade", sendo que esta se pode reconduzir à qualidade, carácter ou condição daquele que é agressivo.

Existem várias definições de agressividade. Para alguns autores consiste no "comportamento explícito, assente na intenção de infligir estímulos nocivos ou no comportamento destrutivo relativamente a outro organismo" (Moyer, 1976a). Esta definição, onde está excluída a auto-agressão, encontra-se relacionada com a tipologia da agressividade animal e exclui a agressividade dirigida a objectos inanimados. Posteriormente, foi considerado que o comportamento destrutivo, dirigido a objectos inanimados, só seria considerado agressivo se estivessem envolvidos estímulos aversivos ou um sentimento de frustração (Moyer, 1976b). Frustração é entendida por Moyer como uma condição que bloqueia ou evita a realização da *intenção* (sendo esta um conceito difícil de compreender e definir). Esta definição implica que a agressividade seja explícita; não entram fantasias, sonhos, planos ou outras formas onde a agressividade possa estar encoberta, dissimulada. É

necessário também que a agressividade envolva agressão física, verbal ou ambas, e não inclui comportamentos autodestrutivos como a auto - mutilação ou o suicídio. Também ignora o contexto competitivo da agressividade, desprezando o seu papel positivo como mecanismo promotor de evolução.

No seio da psicanálise, sobretudo freudiana, a agressividade ocupa uma função de relevo, pois ela começa a operar cedo no desenvolvimento do indivíduo e interfere com a vida sexual (Fernandes, 1987). A sua origem pode estar ligada tanto ao instinto de vida como ao de morte. Segundo Freud, é a disjunção entre estes dois instintos que provoca a agressividade. As atitudes agressivas observam-se na primeira infância e aumentam de frequência com a idade para em seguida mudarem de expressão: parte é gasta em actividades laborais, desportivas e de passatempos e parte recalcada no inconsciente. Freud acreditava que há uma parte infantil da nossa personalidade que exige gratificação imediata de todos os desejos, sendo a agressividade o resultado da frustração. A frustração ocorre quando um indivíduo, altamente motivado, encontra algum tipo de barreira física, psicológica ou simbólica que o impede de alcançar o objecto desejado e não a pode contornar. Este sentimento de frustração desencadeia a agressividade, a qual é variável segundo os sujeitos. Além da frustração, as carências afectivas, o sentimento de insegurança, as dificuldades escolares e os sentimentos de inferioridade são causas potenciais de agressividade. Na perspectiva psicopatológica, o patamar da agressividade depende da liberdade interior do sujeito e da sua capacidade em libertar-se dos seus conflitos intrapsíquicos, mas em psicanálise, as relações entre as diferentes instâncias psíquicas (conflitos entre o *Supereu* e o *Eu*) também podem estar repletas de agressividade. Freud estudou as relações que podem existir entre o narcisismo e a agressão. A violência natural ou fúria narcísica primitiva corresponderia ao potencial imaginário reparador devido ao seu poder vivencial (Bénézech e col., 2002). As perturbações ao nível da negociação relacional constituiriam um perigo ulterior. Poder-se-á, assim, supor que o aparecimento de um episódio de fúria narcísica, durante o tratamento, pode corresponde a uma progressão do trabalho analítico. O *acting-out* agressivo deve ser temido quando se torna impossível a negociação imaginária. A perspectiva analítica trouxe uma contribuição interessante para o estudo do tema da violência, mas trata-se apenas de uma das várias teorias psicológicas para a compreensão deste fenómeno.

Para Ey (1975), a discussão acerca da agressividade ilustra a diferença entre a socioantropologia e a psicanálise. Para esta trata-se de um instinto "primário", ligado ao

campo biológico e exprimindo-o, tese que para a maioria dos antropólogos e sociólogos é no mínimo discutível. Para estes levanta-se a dúvida sobre se a agressividade não seria de origem fundamentalmente social, uma resposta à frustração causada pela vida social e suas necessidades. Este autor considerava que a discussão sobre agressividade teria que assentar no culturalismo, e que qualquer ponto de vista adoptado teria que reconhecer as contribuições da antropologia para o conhecimento dos comportamentos agressivos. Classificava vários tipos de manifestações de agressividade: *canalizada* (utilização que os grupos propõem, habitualmente: trabalho, ambição, etc.), *desviada* (comportamentos projectivos; constituição de um inimigo ou de um bode expiatório; também sob a forma de ritos ou mitos, crença de espíritos, etc.) ou *reprimida* (comportamentos responsáveis por repelir a agressividade). Entendia que muitos comportamentos sociais generalizados como os regidos pela instituição jurídica ou a ritualização religiosa e costumes de "boa educação", não são senão precauções tomadas pelos grupos contra a agressividade individual, desaprovada, temida e retribuída; o papel social da piedade, da cortesia, da "bondade", ou ainda da actividade, da curiosidade, da preocupação com a eficácia. Desta forma revelar-se-ia a *capacidade cultural da agressividade* dirigida contra o próximo.

Existem, também, os que advogam a agressividade como sendo o resultado dos traços de personalidade, os quais são produzidos tanto pela hereditariedade biológica de cada um como pelo que aconteceu em determinados estadios críticos do desenvolvimento inicial da pessoa. Segundo esta escola, que se inspira nas investigações do etólogo Lorenz todos nascemos com um instinto agressivo, que nem sempre aprendemos a controlar, tendo a tendência para a violência alcançado o máximo nos seres humanos (Raymond, 1990). A análise da violência no indivíduo implicaria uma dupla distinção entre agressividade e agressão. Segundo ele, a agressividade é um instinto normal do ser humano ao serviço da sua vida individual e da sobrevivência da espécie como qualquer outro instinto. Deste modo, permite ao homem contemporâneo a progressão na hierarquia profissional e social. É uma disposição útil e reguladora do ser humano enquanto ser social. Em contraste, a agressão é um acto caracterizado pela violência que lhe está implícita. A agressividade só é perigosa quando se converte em agressão, existindo a vontade de prejudicar o outro. A segunda diferença essencial refere-se ás *lutas interespécies* onde, segundo Lorenz, não se pode falar em actos de violência: o predador que mata uma presa de outra espécie utiliza a sua agressividade e o acto de agressão ao serviço do instinto de conservação, enquanto que a violência é a luta entre

representantes de uma mesma espécie. Uma das características da espécie humana é a violência, mais precisamente o *homicídio ou assassinato intraespécie*: o homem ataca o homem e não unicamente o animal, o qual mata para satisfazer as suas necessidades básicas. Bergeret (1998) reforça esta ideia referindo-se à existência de violência na natureza humana pela simples razão do homem ser o que é, ou seja, um ser dotado de sentimentos como a paixão, a cólera e o ciúme.

A agressividade é, portanto, um elemento essencial da personalidade e engloba as apetências de descoberta, de acção generalizada e de posse, um poder de facto sobre determinada coisa (Fernandes, 1987). É um fenómeno conatural a toda a natureza animal, multiforme e universal. Sendo uma tendência, a sua negatividade ou positividade depende da sua canalização. Para a maioria dos autores que a procuraram definir, engloba todo o pensamento, toda a impulsão e toda a acção que tem por finalidade prejudicar alguém (heteroagressividade) ou a si mesmo (autoagressividade), tanto no domínio físico como psíquico, real ou simbólico, humilhando o outro, constrangendo-o ou destruindo-o. A agressividade humana distingue-se da animal por esta ser essencialmente defensiva: o homem não raras vezes encontra prazer na agressividade. Segundo Fernandes (1987) a agressividade pode ser classificada em vários tipos: *directa* (contra uma pessoa ou um objecto que provocou a frustração); *deslocada* (contra uma pessoa ou um objecto que foi ou é a origem da frustração); *destruidora*; *violenta*; *simbólica* (como a ironia); *recalcada*; *comercial*, etc.

A ausência de interdisciplinaridade nos estudos sobre a agressividade levou os autores, conforme o domínio do saber, a elaborar dicotomias paralelas, a negligenciar ou favorecer este ou aquele aspecto da agressividade. Tendo a mesma sido objecto de estudos de uma multidisciplinaridade indiscutível, a sua génese permanece ainda ambígua. Para uns não constitui um fenómeno unicamente psíquico. Tem fundamentos neurobiológicos, neuroquímicos e neuroendócrinos (Moyer, 1976a; Volavka, 1995b; Coccaro, 1998). Para outros, tem origem em causas intrapsíquicas e sociais (Berkowitz, 1962 cit. Medina, 1994; Moor & Krupat, 1978; Raymond, 1990). A nível do ser humano agressivo ou agressor, os factores sociais são geralmente considerados os mais importantes. Em Psiquiatria Forense considera-se a agressividade como a *tendência presente em determinadas formas de comportamento que leva à produção de dano, à destruição ou eliminação de pessoas, animais ou coisas* (Gisbert e col., 1995a, Taborda e col., 2003). Esta tendência pode dar lugar

à realização de actos concretos (agressividade expressa) ou impregnar a atitude geral da pessoa (agressividade latente).

2. IMPULSIVIDADE E HOSTILIDADE: CONCEITOS (IN)DEPENDENTES ?

Impulsividade pode definir-se como o tipo de comportamento no qual as reacções perante os estímulos ou situações se realizam de forma imediata, sem reflexão e sem avaliação das consequências dessa resposta (Gisbert e col., 1995b). Uma vez que não existe esse tempo de reflexão entre o estímulo e a resposta, os indivíduos com este tipo de comportamento tem maior probabilidade de cometer erros nas suas decisões. Este comportamento tem sido relacionado com certos défices de atenção: a informação que se recebe é incompleta e por isso a análise da mesma é incorrecta (Coccaro, 1998). 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 da acção de um estímulo externo, dando lugar a uma resposta rápida ou de intensidade desproporcionada; pode pelo contrário ser expontâneo, sendo a manifestação de uma tensão interior.

Os impulsos são classificados classicamente segundo o objecto ao qual se dirigem: impulso para o acto sexual, para a ingestão de alimentos, para as substâncias tóxicas que criam adição, para incêndios, para fuga, jogo, etc. Podem diferenciar-se os chamados impulsos primários que não causam ansiedade quer se realize ou não o acto, dos impulsos secundários ou compulsões, que se caracterizam por criar uma sensação muito desagradável que só desaparece após realização do acto (Gisbert e col., 1995b).

Para Ey (1975) nas perturbações do comportamento dos doentes esquizofrénicos eram frequentes os impulsos, os quais ele classificava como descargas motoras súbitas, enigmáticas, absurdas. Tratam-se com frequência, segundo este autor, de descargas agressivas (verbais, gestuais) que vão "*da litania obscena à brusca cólera clástica, às vezes homicida*". Se agressividade é também a "*qualidade do que é hostil, violento, agressivo; é a tendência instintiva ou capacidade para atacar, para agredir; sinónimo de hostilidade, provocação, violência*" (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001) então hostilidade é um termo com múltiplos significados. Além de agressividade explícita pode incluir irritabilidade, recusa em cooperar, desconfiança, inveja, ciúme e muitas outras atitudes e comportamentos

negativos. É aplicada apenas em relação ao comportamento humano, sendo um termo muito utilizado ao descrever atitudes humanas pouco amistosas.

3. DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA

Violência, do latim *violentia*, que deriva de *vis*, força (Logos, 1997). A violência consiste no uso da força (não apenas na força física) que se opõe a algo ou alguém (dinamismo natural, tendência, vontade). Por outro lado é a "força física ou moral que se emprega abusivamente contra alguém ou contra um direito natural de outrem; acto violento; brutalidade", sendo violento aquele que "age ou se comporta de um modo *agressivo*, coagindo física ou psicologicamente; aquele que tem ou denota violência, que é a*gressivo*, colérico, feroz, tempestuoso" (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001). Segundo as finalidades, os meios utilizados, etc., podem distinguir-se diversos tipos de violência. Alguns autores admitem a existência de violência legítima ou pelo menos legal, na qual o Estado é definido como o detentor do monopólio da violência legítima, mas talvez seja preferível usar nesse caso o termo *força,* - no legítimo recurso à força para fazer vingar um direito consiste a coactividade do mesmo direito - uma vez que o núcleo da problemática da violência se situa precisamente no *binómio força-razão* (Macedo, 1987).

A noção de violência como realidade social, a certeza da sua utilização imediata como processo usado por uns, sobre outros, para imporem um objectivo, é tão antiga como a existência histórica do Homem e reveste uma extensa graduação de amplitude e área. Os meios de a exercer são também variáveis, assim como os efeitos, conforme as civilizações e os conceitos de medo, pressão, subserviência, ou os recursos disponíveis que nela se formulam ou se ordenam. São também diversas as justificações a que recorrem, embora a necessidade destas últimas nem sempre se verifiquem. Decerto que a violência pressupõe interesses ou causas imediatas, que a usam para se imporem no campo onde se verifica qualquer desafio. No domínio prático, a ideia de violência, como explicação do comportamento humano, deu resultados que a revelavam como uma mera justificação ideológica de actos que visavam a conquista do poder imediato. Violência é pois, primeiro que tudo, a intervenção a partir do exterior, de uma vontade humana – *individual ou de grupo* – que procura sobrepor-se a uma outra ordem de existência, de forma a alterar uma situação, modificar um comportamento de uma pessoa ou conjunto de pessoas, ou, simplesmente, para

as coagir ou suprimir (Macedo, 1987). Envolve assim, não um processo de convencimento mas de *coacção*. Violência é uma forma de solução de um confronto, tomado como impossível de deslindar de outro modo e incapaz de permanecer sem solução.

4. PROBLEMAS NA DEFINIÇÃO DE AGRESSIVIDADE E VIOLÊNCIA

Violência denota agressividade entre humanos, caracterizando as formas mais extremas de comportamento agressivo. Não é usada para descrever o comportamento animal, contudo o comportamento humano pode ser descrito como *violento ou agressivo*. O termo *agressivo* tende a ser mais utilizado nos estudos de investigação biomédica ou psicológica, enquanto que *violência* é mais vulgarmente usada na criminologia, sociologia, jurisprudência e pela policia criminal. Agressividade pode ter conotações positivas (contexto de comportamentos sociais desejáveis de competitividade) e violência parece ser restrito devido a possíveis implicações forenses. A agressividade pode, também, ser considerada como o "estado de irritabilidade nervosa muito avançado e que leva os doentes à *violência* contra aqueles que o rodeiam" (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001). Foi proposto o termo *destrutivo* para substituir *agressivo* e *violento*. A definição de comportamento destrutivo seria: *"comportamento do qual resulta uma lesão parcial ou total da integridade física ou psíquica de uma pessoa ou objecto"* (Eichelman & Hartwig, 1990 cit. Medina, 1994). Foi uma definição designada pela nosologia psiquiátrica e não engloba a intenção do indivíduo em causar dano, nem se refere à questão da lesão acidental.

Todo um debate possível à volta da violência pode ser um sinal de mudança de orientação geral do pensamento contemporâneo sobre o Homem e sobre a dimensão que a violência nele representa (Macedo, 1987). Não se pode ignorar a sua ocorrência, nem o seu abuso, contudo, a sua colocação como eixo do processo natural e humano é uma herança antropomórfica, por um lado, e uma simplificação arbitrária de raiz e intenção determinista, quanto às sociedades humanas, por outro. O Homem, ser consciente, responsável, racionalizador, observador e necessitado de sobrevivência, no seu mais profundo sentido cria, nesse conjunto, regras eficazes e pondera-as. A violência envolve-se, inevitavelmente, na sua ponderação, assim como a moral geral, a existência de valores, a afectividade, a verificação dos resultados, a sua inteligência, a sua capacidade técnica e tantas outras dimensões.

Os principais problemas subsistem à volta do conceito da *intencionalidade*. O conceito de *intenção* foi introduzido nas várias definições existentes para excluir acções deletérias que ocorrem incidental ou acidentalmente. Contudo, as perturbações mentais podem distorcer, reduzir ou abolir a capacidade de formular uma intenção. Quem lida com as várias perturbações mentais sabe que a definição de agressão assente na intenção não é útil ou sequer viável nalguns casos (Medina, 1994). A esquizofrenia, ao condicionar a liberdade psíquica do indivíduo, torna-se um exemplo paradigmático destes casos.

5. SÍNTESE

Pela breve revisão que efectuámos, podemos considerar a agressividade como sendo um conjunto de comportamentos com uma etiopatogenia que está, indubitavelmente, associada a uma multiplicidade de factores. Como reflexo da sua natureza multidimensional tem sido definida como: um traço de personalidade, um hábito aprendido, um processo biológico, um reflexo estereotipado, uma resposta física ou verbal observável. A sua origem pode ser constitucional ou adquirida, encontrando-se, neste último caso, entre os factores condicionantes mais frequentes a existência de perturbações emocionais e a acção de substâncias tóxicas, como álcool e drogas (Bergeman & Seroczynski, 1998). Mas também pode ser um sintoma de perturbações psiquiátricas, sobretudo de diversas formas de psicoses (Medina, 1994; Gisbert e col., 1995a; Skodal, 1998; Taborda e col., 2003). A maioria dos autores distingue entre autoagressividade (dirigida contra o próprio), e heteroagressividade (dirigida contra os outros) (Medina, 1994; Gisbert e col., 1995a; Skodol, 1998).

Agressividade, hostilidade e impulsividade são conceitos inegavelmente interpenetráveis, e dependendo da contextualização que lhes é dada, indissociáveis, Optámos, no entanto, por considerá-las entidades independentes pois, contrariamente à primeira, as duas últimas não implicam necessariamente um comportamento violento. Os termos *agressivo* e *violento* terão o mesmo significado ao longo deste trabalho, embora subsista a ausência de aquiescência acerca da sua utilização no que refere aos comportamentos humanos. Interessa-nos sobretudo a violência no sentido ético-jurídico. É o não razoável, irredutível ao discurso. Consideramos que o acto agressivo, *ou* violento, é aquele que ofende bens jurídicos penalmente protegidos. No entanto, definir agressão e violência torna-se um exercício frustrante e desconhece-se como existente a definição perfeita ou mesmo consensual.

CAPÍTULO II

EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA NA ESQUIZOFRENIA

"A loucura é (...) tão tratável como muitas outras enfermidades
que são igualmente terríveis e obstinadas e não são,
no entanto, consideradas incuráveis; estas infelizes figuras
não devem ser de forma alguma abandonadas, menos ainda
encarceradas em repugnantes prisões como se fossem
criminosos ou incómodos públicos para a sociedade."

William Battie, *Treatise on Madness*, 1758.
(cit. in *Uma História da Psiquiatria*, Edward Shorter, 2001)

A existência de uma relação entre patologia mental e violência é conhecida e tem sido debatida ao longo da história da Psiquiatria. No entanto, como área de investigação é recente, complexa e controversa (Asnis e col., 1997; Monahan, 1992). A imagem do louco que comete um crime violento, sem razão aparente, tem sido muito difundida pelos meios de comunicação social de alguns países nomeadamente Inglaterra e EUA que fazem eco de alguns crimes espectaculares, entre eles os denominados "White House Case Studies" sobre indivíduos que atentam sobre a vida de Presidente e outras figuras da política americana (Shore e col., 1988; Wessely, 1997; Soyka, 2000). Contudo, e até há relativamente pouco tempo, muitos autores não aceitavam que pudesse existir uma correlação positiva entre violência e perturbação mental. As conclusões dos estudos que têm tentado estabelecer uma relação entre esquizofrenia e comportamento violento alteraram-se ao longo das últimas décadas do século vinte. Até á primeira metade da década de 80 do século XX, o consenso era que os indivíduos com o diagnóstico de perturbação mental *major* (esquizofrenia, perturbações afectivas major, outras perturbações psicóticas), não tinham maior probabilidade de praticar um acto criminal violento relativamente à população geral, argumentando que ao serem utilizados grupos de controlo estatisticamente apropriados para as variáveis sócio-demográficas, esse vínculo de imediato desapareceria (Monahan, 1992). Até então, e devido à metodologia que, além de ser exclusivamente utilizada em estudos de doentes violentos ou indivíduos detidos, primava pela

ausência do controle de variáveis importantes, a subsequente extrapolação dos resultados para a comunidade dava origem a viéses grosseiros e falsas interpretações (Beck, 1994). Deste modo, não era geralmente aceite a existência de relação entre perturbação mental e violência, embora esta associação fosse frequentes vezes observada principalmente em indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia (Bénézech e col., 2002).

Considera-se a década de 90 do século transacto, como um marco para a investigação na área da Psiquiatria Forense e da Criminologia, com o aparecimento de inúmeros estudos epidemiológicos. Com o progresso metodológico têm sido obtidos dados recentes, mais fiáveis e válidos, acerca da possível associação entre violência e perturbação mental em geral, e esquizofrenia em particular (Walsh e col., 2002; Bénézech e col., 2002). É actualmente aceite que certos indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, com características de um subgrupo, têm significativamente maior probabilidade de exercer um acto violento criminal do que os indivíduos da população geral (Modestin, 1998; Eronen e col., 1998). As várias razões prováveis para esta mudança gradual no pensamento sobre a relação perturbação mental/violência/crime, além do contributo da *revolução epidemiológica* da última década, com estudos utilizando metodologias mais avançadas e rigorosas, são: a evolução no conhecimento das perturbações mentais; a crescente incidência das chamadas perturbações mentais que poderíamos designar de "alto risco", como as relacionadas com o abuso de substâncias; e um aumento real do número de indivíduos com perturbações mentais *major* (esquizofrenia, outras perturbações psicóticas e perturbações afectivas *major*) que cometem crimes.

1. PRINCIPAIS ESTUDOS E SUA METODOLOGIA

Têm sido utilizadas três tipos de abordagens para avaliar a associação entre esquizofrenia e violência (Walsh e col., 2002), que se consubstanciam em estudos de prevalência de:

a) actos violentos nos doentes esquizofrénicos;
b) diagnóstico de esquizofrenia em indivíduos que praticaram um acto violento;
c) violência e esquizofrenia na comunidade (independentemente dos antecedentes psiquiátricos e/ou criminais).

1.1 ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DE ACTOS VIOLENTOS EM INDIVÍDUOS ESQUIZOFRÉNICOS

Têm sido utilizados dois tipos de estudos: transversais e de coorte (seleccionados ou de nascimentos).

ESTUDOS TRANSVERSAIS

Utilizam, como critério principal de admissão no estudo, a ocorrência de actos violentos praticados previamente à hospitalização, durante a mesma ou após a alta. Humphreys e col. (1992) estudaram a violência **prévia à hospitalização**. Estimaram que 20% dos doentes esquizofrénicos num primeiro internamento tinham tido um comportamento heteroagressivo ameaçador à vida, previamente à admissão. Volavka e col. (1997) calcularam em 20 % o valor da percentagem de doentes que contactaram pela primeira vez com os serviços de Psiquiatria e Saúde Mental por agressão a outra pessoa nalgum período da sua vida. A frequência de actos violentos contra terceiros cometidos por doentes mentais, nas duas semanas anteriores à sua hospitalização, varia entre 10 e 40% segundo os diversos estudos (Davis e col., 1991; Wessely e col., 1991; Monahan, 1992; Otto, 1992). Relativamente a estes tipo de estudos não deverá ser descurada a influência do fenómeno denominado *"psiquiatrização do comportamento violento criminal"*, ou seja, muitos doentes infringem a lei cometendo actos violentos com dignidade penal, muito embora não sejam detidos são no entanto internados em hospitais psiquiátricos (Modestin, 1998). Das perturbações observadas, a esquizofrenia surge como a perturbação psiquiátrica mais frequentemente responsável por tais comportamentos (Bénézech e col., 2002).

Os estudos efectuados **durante a hospitalização** têm sugerido um risco relativamente elevado de agressividade nos esquizofrénicos internados. No entanto, estes resultados tem que ser interpretados com cautela devido ao facto da violência poder ser devida à resposta a um contexto de restrição e limitação do espaço físico a uma enfermaria, e não a alterações psicopatológicas e ao estado mental do indivíduo (Karson & Bigelow, 1987; Walker & Seifert, 1994). O mais recente estudo prospectivo, efectuado em doentes internados numa unidade psiquiátrica de agudos ao longo de 5 anos, teve como objectivo caracterizar os actos de violência ocorridos durante o tempo de hospitalização (Grassi e col., 2001). Verificou-se que, dos 1534 doentes admitidos na unidade durante o período do estudo, 116 foram responsáveis por 329 episódios agressivos (prevalência de violência nos doentes internados de 7,5%, sendo 2,8% incidentes/doente). A maioria dos doentes violentos tinha um diagnóstico,

segundo a CID-9, de esquizofrenia ou perturbações delirantes (55,1%), história de violência (80,7%) e antecedentes de internamentos psiquiátricos anteriores (92%). Para cerca de metade dos incidentes não foi identificada causa específica, tendo os mesmos ocorrido durante o dia e na primeira semana de internamento. Na grande maioria, os actos violentos foram contra pessoas (77,8%), e embora se confirme a baixa incidência de violência entre os doentes internados, a esquizofrenia é o diagnóstico mais comum nos doentes agressivos. Este estudo também reforça a necessidade de uma maior atenção para o problema da agressividade em unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

Dois dos estudos mais exaustivos publicados até à data sobre o risco de violência **após a alta** não conseguiram dados individualizados relativamente à esquizofrenia (Link e col., 1992; Steadman e col., 1998). Recentemente, Monahan & Applebaum (2000) calcularam a prevalência da violência na comunidade, de doentes após a alta, por diagnóstico. Este estudo foi parte integrante do "MacArthur Risk Assessment Study" (Monahan e col., 2001) e foi elaborado com o objectivo de determinar o maior número de factores de risco (clínicos e criminológicos) de comportamento violento, em indivíduos com perturbações mentais na comunidade, e de "construir" um instrumento baseado na evidência que informasse o clínico da existência, ou não, de *perigosidade*. A violência foi estimada recorrendo à utilização de múltiplos métodos, cada 10 semanas, durante um período de 1 ano. Dos 175 dos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, 9% foram violentos durante as primeiras 20 semanas após a alta. Este número é comparado com uma prevalência de 19% para os doentes com o diagnóstico de depressão, 15% para a perturbação bipolar, 17,2% para outras perturbações psicóticas, 29% para as perturbações por abuso de substâncias e 25% para as perturbações da personalidade. O diagnóstico de esquizofrenia foi associado a menor incidência de actos violentos do que as outras perturbações referidas, no entanto estes valores são referidos a doentes sem comorbilidade com abuso ou dependência de substâncias (factor de risco de comportamento violento na esquizofrenia), e o tipo de actos violentos não é especificado sabendo-se apenas que se tratam de actos heteroagressivos que resultam em lesões físicas (independentemente da gravidade), violações e actos que envolvem o uso e porte de arma (incluindo apenas ameaças). Também não foram referidos os actos violentos letais.

ESTUDOS EM COORTES SELECCIONADOS (CASE LINKAGE)

Lindqvist & Allebeck (1990) efectuaram o *follow-up* de 644 doentes com esquizofrenia, durante 15 anos, através de registos policiais. Foi o primeiro estudo coorte na comunidade sobre criminalidade em doentes esquizofrénicos. Envolveu todos os doentes da cidade de Estocolmo com o diagnóstico de esquizofrenia (DSM-III), nascidos entre 1920 e 1959. Os autores determinaram o risco relativo de ofensa criminal nos doentes esquizofrénicos comparado com a população geral sueca, sendo este 1,2 para os homens e 2,2 para as mulheres. Verificaram também que estes doentes cometeram 4 vezes mais crimes violentos que a população geral, e que 55% dos condenados por esses delitos tinham história de abuso de substâncias. Concluíram que estes tinham uma probabilidade quatro vezes superior de cometer um crime violento do que a população geral.

Um segundo estudo compara a incidência de crimes averbados no registo criminal de 538 casos de esquizofrenia com os de indivíduos não psicóticos do grupo controlo, equiparados para as variáveis idade e sexo. Wessely e col. (1994) procederam à identificação de todos os doentes observados no Maudsley Hospital, pertencentes à área de Camberwell, entre 1965 e 1984 com o diagnóstico de esquizofrenia (CID-9). Reavaliaram o diagnóstico utilizando os critérios do DSM-III-R e calcularam o tempo em risco para uma condenação criminal: tempo passado em instituições subtraído ao tempo de *follow-up.* Os homens esquizofrénicos apresentaram o triplo da probabilidade de ter uma condenação por crime violento do que os indivíduos com outra perturbação mental, embora a incidência total de condenações criminais fosse semelhante nos dois grupos (*relative risk* =1,03; IC:95%; $p<0.001$). Este facto foi observado apesar do grupo controlo ter uma minoria substancial de indivíduos com perturbação mental e associação a um crime. As mulheres com esquizofrenia também tinham uma probabilidade significativamente superior de serem condenadas por um crime violento, do que as do grupo controle (*relative risk* =3,3; IC:95%; $p<0.001$).

Num terceiro e mais recente estudo, efectuado na Austrália, (cit. Mullen, 2000) estudaram dois grupos de doentes com esquizofrenia que tinham tido uma primeira admissão em unidades de internamento em 1975 (antes da desinstitucionalização) e em 1985 (quando a política de saúde mental na comunidade foi implementada), respectivamente. Compararam estes grupos com uma amostra da população geral, no que respeita à probabilidade de condenação por ofensa criminal. Concluíram que os grupos de caso-estudo eram

significativamente mais prováveis de terem uma condenação criminal, por qualquer um dos vários tipos de ofensas, do que a população geral, com excepção do crime de ofensas sexuais. 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, sexo e local de residência. Assim a focalização das atenções na comunidade, no que respeita à saúde mental, não foi assinalada por qualquer alteração significativa na incidência de condenações criminais na esquizofrenia.

ESTUDOS DE COORTE DE NASCIMENTOS (UNSELECTED BIRTH COHORT)

Hodgins (1992), num *follow-up* de 30 anos, de um coorte sueco, randomizado através da data de nascimento, verificou que quando comparando as amostras de indivíduos com e sem perturbação mental, os homens e as mulheres do primeiro grupo (com perturbação mental) apresentavam um risco de 4 e 27,5 vezes superior, respectivamente, para a prática de ofensas violentas. Neste estudo não foram discriminadas as várias perturbações mentais. Num estudo posterior (Hodgins e col., 1996), no qual foi usado metodologia semelhante, foram verificados resultados sobreponíveis. O primeiro estudo coorte prospectivo, sugerindo o risco quantitativo de comportamento violento para categorias psicóticas específicas, efectuou o *follow-up* prospectivo de 12 058 indivíduos durante 26 anos de uma coorte randomizada através da data de nascimento (Tiihonen e col., 1997). Os autores verificaram que o risco de ofensas violentas entre os doentes com esquizofrenia era 7 vezes superior ao risco para os indivíduos do grupo controlo, sem perturbação mental, mas o risco para outro tipo de crimes não foi significativo. A prevalência de ofensas criminais foi superior nos homens com psicoses induzidas pelo consumo de álcool, e nos esquizofrénicos com a mesma dependência.

Brennan e col. (2000), identificaram todas as detenções por violência e as hospitalizações por doença psiquiátrica num coorte, até à idade de 44 anos. A esquizofrenia foi a única perturbação mental associada com o aumento do risco de crime violento, quer em homens como em mulheres, após controle das variáveis: estatuto sócio - económico, estado civil e abuso de substâncias. Arseneault e col. (2000), estudaram a prevalência dos actos de violência, no ano anterior, de 961 jovens adultos que constituíam 94% do coorte de nascimento de uma cidade. Três perturbações do eixo I (DSM-IV), entre elas as perturbações do espectro esquizofrénico, foram inequivocamente associadas com violência após o controle

de factores de risco sócio-demográficos e outras perturbações comórbidas, nomeadamente dependência de álcool e de marijuana.

1.2 ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DA ESQUIZOFRENIA EM INDIVÍDUOS QUE COMETERAM ACTOS VIOLENTOS

Alguns trabalhos realizados com amostras representativas de detidos nos EUA e Canadá mostraram um predomínio importante de perturbações mentais graves, como a esquizofrenia ou as perturbações afectivas *major*, em comparação com a população geral (Hodgins & Côte, 1990; Teplin, 1990; Teplin e col., 1994; Teplin e col., 1996). A maioria destas perturbações psiquiátricas *major* já estavam estabelecidas previamente à detenção. Lamb e Weinberger (1998), numa análise recente da literatura internacional envolvendo 110 estudos publicados nos últimos 30 anos, salientam que 6 a 15% dos detidos e 10 a 15% dos condenados apresentam alterações psiquiátricas graves, agudas ou crónicas. De facto, a morbilidade psiquiátrica alcança, para as perturbações da personalidade, cerca de 25 a 60% da população penal, em função de estudos publicados e da ênfase colocada pelos respectivos autores (Lamb & Weinberger, 1998; Macheret-Christe & Gravier, 2001).

Existe um grande número de estudos sobre a prevalência da esquizofrenia em indivíduos detidos. Apesar da inexistência de diagnósticos standardizados e da frequente ausência de dados comparativos na população geral, a evidência é que os esquizofrénicos se encontram sobre-representados entre a população criminal. Taylor & Gunn (1984), através de diagnósticos validados, efectuaram o exame mental e estudaram o estado psíquico dos presos do sexo masculino de um Estabelecimento Prisional no Sul de Londres. Tinham o diagnóstico de esquizofrenia 9% dos sentenciados na sequência de crime violento não fatal e 11% dos sentenciados por crime violento fatal (homicídio), números esses que eram significativamente superiores à prevalência esperada na população geral da mesma área (0,1-0,4%).

Uma das mais completas investigações foi realizada por Teplin nos EUA (1990). Comparou a prevalência de esquizofrenia em 728 indivíduos presos do sexo masculino, com a da população geral. Cerca de 6,4% apresentavam um diagnóstico de esquizofrenia, uma perturbação afectiva bipolar ou uma perturbação depressiva *major* (perturbações psiquiátricas major). Neste estudo foi utilizada a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), que permite comparar os dados obtidos com os da amostra do *Epidemiologic Catchment Area* (ECA),

realizada na população geral (Robins & Regier, 1991). A prevalência da esquizofrenia nos detidos surge estimada em 2,7%, sendo este um número 3 vezes superior ao da população geral (0,91%), após controle das variáveis sócio-demográficas, enquanto que a prevalência da depressão *major* foi 3,5 vezes superior e a da mania ou da perturbação bipolar foi 14 vezes superior, em comparação com a população geral. O predomínio do conjunto das perturbações mentais graves era pelo menos 2 a 3 vezes mais elevada nos detidos que na população geral. No que respeita somente ao diagnóstico de psicose, os resultados dos estudos variam entre 3 e 5% no conjunto dos detidos, dependendo da associação dos sectores de psiquiatria no meio penitenciário e consequente inclusão de inimputáveis no estudo (Macheret-Christe & Gravier, 2001).

Um estudo de prevalência das perturbações mentais em homicidas que incluiu todos os indivíduos condenados por este crime no período de Junho de 1990 a Maio de 1991 (Tiihonen e col., 1993), verificou que a esquizofrenia era 6,5 vezes mais prevalente nos homens e 15 vezes mais na mulher e no que respeita às perturbações afectivas a prevalência era de 1,8 para os homens e idêntica na mulher, relativamente à população geral. Observou-se a existência de forte associação de alcoolismo e personalidade antisocial com homicídio. Eronen e col. (1996a), num estudo retrospectivo sobre perturbações mentais e comportamento homicida na Finlândia, examinaram os dados relativos a 693 homicídios de um total de 994 ocorridos num período de 8 anos. Verificaram que o diagnóstico de esquizofrenia estava associado com um risco de homicídio 8 vezes superior para os homens e 6,5 para as mulheres. A personalidade antisocial ou alcoolismo elevaram, nos homens, esta probabilidade para valores superiores a 10 (OR=11,7; OR=10,7, respectivamente). Nas mulheres com estes diagnósticos psicopatológicos, a probabilidade subiu para valores significativamente superiores (OR=53,8; OR=37,7). Estes dados têm que ser interpretados atendendo ao facto de, em geral, o risco de uma mulher cometer um homicídio ser francamente menor do que o risco para o mesmo acto violento associado ao homem. Não foi estabelecida associação estatística (OR<5,0) entre perturbação mental e homicídio nos doentes com os diagnósticos de perturbações afectivas *major*, distimia, perturbações da ansiedade e atraso mental. No que respeita aos valores encontrados nos doentes com esquizofrenia, os autores concluiram que estes não deverão ser, na globalidade, considerados violentos, embora realcem que em subgrupos de doentes com esta patologia o risco para actos de violência seja extremamente elevado (Eronen e col., 1996b). Daí a necessidade de identificar estes subgrupos, considerando que antecedentes de

violência, esquizofrenia paranóide e coexistente abuso de substâncias poderão elevar o risco de actos violentos no futuro.

1.3 ESTUDOS DE PREVALÊNCIA NA COMUNIDADE

São necessários mais estudos de amostras randomizadas na comunidade para reforçar, e apoiar, os dados já encontrados e referidos previamente. Os estudos de investigação com amostras de indivíduos da população geral são particularmente interessantes visto que evitam a maioria dos viéses de selecção ou de tratamento, associados a uma hospitalização (Monahan, 1992). O mais conhecido e importante estudo da violência na comunidade é o de Swanson e col. (1990). Através de uma amostra de 10 059 adultos residentes, incluídos no estudo ECA – *Epidemiological Catchment Area*, os autores examinaram a relação entre violência e perturbação psiquiátrica. Este estudo mostra que, comparativamente com as pessoas que não padecem de perturbações mentais, o predomínio de violência é 5 vezes maior para as pessoas que recebem um diagnóstico de perturbação mental *major*. O predomínio de comportamentos violentos durante um ano, para os indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, depressão *major*, mania ou perturbação bipolar, é notavelmente semelhante entre estes diagnósticos (8, 10 e 12%), e francamente superior ao do de indivíduos sem perturbações psiquiátricas (2%). O predomínio de violência é 12 vezes superior para os indivíduos que apresentavam abuso de álcool (24,6%), e 16 vezes superior para os que abusavam de substâncias (34,7%), inclusivamente após o controlo dos factores sócio-demográficos.

Dois outros estudos epidemiológicos na comunidade encontraram um aumento do risco de violência em doentes psiquiátricos (Link e col., 1992) e nos que foram considerados como tendo uma perturbação psiquiátrica *major* (Stuve & Link, 1997), mas não obtiveram dados especificamente relacionados com o diagnóstico de esquizofrenia. Consideraram trivial a contribuição que as perturbações mentais têm no total da violência na comunidade, embora mencionem a existência de dados convincentes estabelecendo uma relação entre os dois factores: quanto mais grave for a perturbação psiquiátrica (perturbação psiquiátrica *major* – eixo I) maior a probabilidade de ser violento. No entanto, a comunidade referida é os EUA onde o acesso a armas é facilitado e onde o abuso de álcool pontua um maior contributo para a criminalidade do que todas as outras perturbações mentais. A importância das mesmas no

total da violência na comunidade americana dilui-se devido ao elevado índice de criminalidade na população geral.

Link & Stuve (1994), num período de 5 anos, compararam o índice de detenções e de violência (auto-referida) numa amostra de 400 indivíduos adultos, sem antecedentes de hospitalização ou de consultas psiquiátricas, com o índice de violência em amostras de doentes mentais hospitalizados ou em ambulatório. Foram controlados vários factores, entre eles os sócio-económicos, os dados demográficos e étnicos e o índice de homicídios na comunidade. Embora certos factores demográficos como o sexo masculino, um baixo nível de escolaridade ou o facto de residir numa zona com um elevado índice de homicídios se associem ao risco de cometer um acto violento, o grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica apresentava maior risco que o grupo de não doentes. Quando era controlada a presença de sintomas psicóticos (excepto os indivíduos com ideias psicóticas em ambos os grupos) não se observava nenhuma diferença, para os antecedentes de comportamentos violentos recentes, entre doentes e não doentes. Este facto mantinha-se estável mesmo após o controlo dos dados sobre abuso de álcool ou de substâncias (excluindo os toxicómanos em ambos os grupos). Concluíram que a diferença nos índices de violência, entre doentes mentais e indivíduos que nunca consultaram os serviços de psiquiatria, se associava à presença de sintomas psicóticos. Numa análise mais recente dos dados do estudo ECA (Swanson e col., 1997), os autores verificaram que indivíduos com perturbação mental e sem tratamento nos últimos 6 meses, tinham uma probabilidade significativamente maior de praticarem actos violentos a longo prazo, e que níveis moderados de agitação e existência de sintomatologia psicótica aumentavam o risco de violência. Assim, advogam que este facto deverá constituir um forte argumento para a realização de intervenções específicas mais dirigidas a pessoas que, além da perturbação mental, apresentem comportamentos adictivos e, como tal, passíveis do não cumprimento em relação aos tratamentos convencionais em ambulatório.

2. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DOS ESTUDOS DE VIOLÊNCIA

A maioria dos estudos, ao longo das últimas duas décadas, tem demonstrado uma associação estatística entre esquizofrenia e violência. Embora utilizando diferentes metodologias, a consistência dos dados encontrados ao longo de estudos tão diversos impõe-se a uma eventual fraqueza metodológica de cada um (Walsh e col., 2002).

2.1 DEFINIÇÃO E DETERMINAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Alguns estudos incluem a esquizofrenia como fazendo parte de um grupo heterogéneo de perturbações psicóticas (Hodgkins, 1992; Hodgkins e col. 1996; Steadman e col. 1998) ou não informam qual é exactamente o diagnóstico dos doentes (Link e col. 1992). Poucos estudos avaliam a esquizofrenia como entidade isolada e os que o fazem utilizam técnicas e métodos de diagnóstico variados (Lindqvist & Allebeck, 1990; Wessley e col. 1994). O diagnóstico é maioritariamente adquirido através de registos clínicos psiquiátricos, notas dos processos individuais de doente e entrevistas clinicas. As notas clínicas nos processos são dependentes de juízos clínicos individuais além de, na sua maioria, se referirem principalmente ao momento de admissão ou alta clínica. No entanto, os diagnósticos efectuados desta forma são inegavelmente mais válidos do que aqueles baseados numa única entrevista clínica. Isto porque são baseados, normalmente, num período de observação em meio hospitalar, informações colaterais e história prévia, o que aumenta a validade diagnóstica. No entanto, se o método de avaliação fosse o mesmo utilizado em todos os estudos, a comparação entre eles seria equitativa, o que não acontece actualmente.

2.2 DEFINIÇÃO E DETERMINAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A forma como é definido o conceito de violência varia grandemente, bem como o modo como são dadas as informações relativamente aos actos violentos, dependendo destes o nível de violência determinado. Assim, e não surpreendentemente, estudos que englobam ameaças além de contactos físicos registam índices de violência superiores do que naqueles em que se apenas afere a ocorrência de contactos físicos violentos. É virtualmente impossível definir da mesma forma este conceito em dois estudos diferentes efectuados por investigadores diferentes. Esta evidência sugere a premente necessidade de elaboração de um instrumento standardizado, válido e fiável que possa ser utilizado nos estudos efectuados sobre o tema em causa (Walsh e col., 2002). A determinação de violência, quer efectuada através de fontes de informação únicas (descrição dos factos pelo doente, registos clínicos registos criminais) ou múltiplas, tem limitações inerentes. O recurso a auto-descrições como único método poderá subestimar a violência praticada devido ao desejo de ser aceite socialmente ou ao medo de represálias eventuais. Acresce que os estudos retrospectivos acarretam problemas relacionados com a dificuldade de evocação de eventos distantes no

tempo. As fontes nomeadas pelos doentes poderão não ser as mais adequadas, ou poderão não estar a par de eventuais incidentes violentos, e os registos clínicos tem uma utilidade limitada visto se encontrarem, muitas vezes, incompletos.

No que respeita a contactos policiais ou registos criminais, a proporção de casos violentos que levam à participação criminal, dedução de acusação ou aplicação de pena de prisão variam em função da intensidade e qualidade do policiamento, comportamento do suspeito, disponibilidade de recorrer ao sistema de saúde mental e à gravidade da ofensa. O registo criminal é muito usado como fonte de informação nestes estudos, mas uma percentagem significativa de indivíduos violentos não são condenados (Bénézech e col., 2002), além de que convém não esquecer as chamadas *cifras negras*, como são denominados os crimes não denunciados. Os doentes mentais, pela prática de crimes de menor gravidade tendem a ser orientados para os sistemas de saúde. É a já referida "psiquiatrização do comportamento violento criminal" (Modestin, 1998). Assim, é provável que só os crimes mais graves originem uma posterior condenação. Por esta razão, a associação entre esquizofrenia e formas *minor* de violência é impossível de determinar através desta fonte. Para as ofensas mais graves, como o homicídio, existe maior probabilidade dos indivíduos serem levados a tribunal e condenados, justificando a consulta de registos criminais. A recente utilização da combinação de múltiplos métodos de determinação de violência tornou visível as limitações da maioria dos estudos recentes que se basearam num único método.

Steadman e col. (1998) utilizaram registos de esquadras policiais (autos de ocorrência, detenções) e hospitais (consultas, internamentos), auto-descrições e informações de colaterais para recolha de informação relativa a actos violentos. A prevalência de violência num período de um ano foi de 4,5% utilizando os primeiros, 23,7% quando se associada à informação prévia à proveniente de auto-descrições de actos violentos e 27,5% quando finalmente utilizavam, além das referidas, informações provenientes de colaterais. Assim, obtiveram uma prevalência final 6 vezes superior à estimada utilizando apenas os registos de esquadras e hospitais.

Mulvey e col., 1994 (cit. in Bénézech e col., 2002), elaboraram um estudo no qual compararam a magnitude da violência quando eram utilizadas diferentes fontes. Concluíram, tal com num estudo prévio (Elliot e col. 1986, cit. in Raymond, 1990), que métodos utilizando a auto-descrição de violência determinavam de forma consistente, uma mais elevada frequência de violência do que utilizando apenas a informação constante dos registos oficiais.

Deste modo, para se obterem dados empíricos fiáveis e precisos, é crucial que o estudo se baseie em auto-descrições conjugadas com dados obtidos através da consulta de registos oficiais e de informações obtidas através de colaterais (sejam estes ou não familiares do doente). Um problema inerente ao uso de múltiplas fontes é o fundamento do juízo a ser efectuado sobre o que se considera ser um episódio de violência e a forma como podem ser interpretadas as inconsistências eventualmente existentes entre os vários registos ou fontes.

2.3 VIÉSES E VARIÁVEIS DE CONFUNDIMENTO

Os viéses de selecção podem ocorrer sempre que a identificação dos indivíduos sujeitos a inclusão no estudo, com base na exposição ou no resultado, depender de alguma forma de outros pontos de interesse. Estes viéses irão resultar numa relação observada entre a esquizofrenia (exposição) e violência (resultado), que será diferente naqueles que entram no estudo da dos que poderiam ser elegíveis mas não participaram. Por exemplo, um doente psicótico que se recusa a participar no estudo ou em entrevistas de *follow-up*, esta recusa poderá estar relacionada com a sua propensão para violência, ou interpretada como tal. Assim, a incidência de violência naqueles que entraram no estudo poderá ser menor que a verdadeira incidência em indivíduos com esquizofrenia.

O local de recolha da amostra é crucial para a interpretação desta associação. Investigação da relação violência/saúde mental é predominantemente baseada em dados obtidos através de doentes hospitalizados ou após alta clínica do internamento, mas a maioria dos indivíduos com perturbação mental não estão hospitalizados (Robins & Reiger, 1991). Estudos transversais de prevalência em amostras representativas de residentes na comunidade com perturbações mentais, com ou sem acompanhamento psiquiátrico, ultrapassam grandemente o problema do viés de selecção, embora não completamente. De facto excluindo os indivíduos detidos em estabelecimentos prisionais é subestimada qualquer tipo de associação (Steadman e col., 1998).

Não é infrequente encontrar taxas elevadas de recusas ou mesmo atrito, neste tipo de estudos, que levam por si só à ocorrência de viéses de selecção. Num estudo, de todos os indivíduos seleccionados, apenas 50% completaram todas as entrevistas em *follow-up* (Steadman e col. 1998). Verificou-se que os indivíduos que aderiram tinham uma menor probabilidade de ter uma história de violência prévia – factor predictor *major* de violência

futura – do que os se perderam durante o follow-up. Nos estudos instrumentais, o risco de ofensas violentas no grupo de caso-estudo é expresso relativamente ao risco no grupo controlo. É por isso importante que os resultados sejam interpretados com referência específica ao grupo controlo escolhido. Se, por exemplo, for escolhido avaliar o risco de violência da esquizofrenia relativamente ao risco num grupo controle de doentes não psicóticos (Wessley e col. 1994), o resultado do mesmo irá depender do facto de neste último grupo existir ou não um excesso de indivíduos com perturbações da personalidade ou de abuso de substâncias, ambas estreitamente relacionadas com um comportamento violento.

Dependendo de serem utilizadas amostras baseadas na população em geral ou numa comunidade, dever-se-á ter em conta o efeito confundente de classe social na violência (Wallace e col. 1998a; Wallace e col. 1998b, Steadman e col. 1998), e por esse facto, se a amostra controlo for um bairro ou vizinhança, o risco estimado poderá não ser extrapolado para a população geral. Outros viéses possíveis são os relacionados com o entrevistador ou com a evocação de factos. Um factor de confundimento (ou confundente) é aquele que está associado com a exposição (esquizofrenia) e, independentemente da exposição, é um factor de risco para o resultado (violência), mas, no entanto, não se consuma num nexo de causalidade exposição/resultado. A relação estatística observada entre esquizofrenia e violência em qualquer tipo de estudo, irá depender do conceito do investigador de factores confundentes, bem como do tratamento estatístico escolhido dos mesmos (Arboleda-Florez & Stuart, 2000).

Devido à incerteza actual da relação de causalidade entre esquizofrenia e violência não é claro o tipo de variáveis que deverão ser consideradas como sendo potenciais confundentes deste nexo. Os factores confundentes não são uniformes e a relação dos mesmos com a exposição e o resultado é ainda mais complexa do que se poderia supor (Walsh e col., 2002), visto existir um amplo número de factores pessoais e situacionais que, sendo importantes para a ocorrência de violência, são no entanto impossíveis de determinar na sua amplitude e importância.

3. RISCO DE VIOLÊNCIA NA SOCIEDADE

A maioria dos estudos de investigação efectuados até à data tem examinado a associação entre violência e esquizofrenia em termos de risco relativo (i.e., o valor do risco apresentado pelos doentes com esquizofrenia em relação ao risco dos outros). De modo

surpreendente são poucos os trabalhos que visam focar uma das questões mais importantes em termos de saúde pública; a percentagem do risco atribuível numa população (*Population-Attributable Risk per cent – PAR%*), ou seja, a percentagem de violência na população que pode ser atribuível à esquizofrenia e assim passível de ser eliminada se a esquizofrenia fosse erradicada dessa mesma população (Angermeyer, 2000; Walsh e col., 2002). No estudo Americano ECA, 2,7% dos indivíduos que tinham tido actos violentos na comunidade durante um ano eram doentes esquizofrénicos (Swanson et col., 1990). Num estudo coorte Finlandês, os indivíduos com esquizofrenia contribuíam para 4% dos que tinham cometido um crime violento (Tiihonen e col., 1997). Num estudo Dinamarquês de coorte de nascimentos, com *follow-up* até à idade de 44 anos, 2% de todos os indivíduos de sexo masculino com antecedentes de detenção por violência e 9% de todos os indivíduos de sexo feminino tinham o diagnóstico de esquizofrenia. No entanto, quando excluídos aqueles com abuso de substâncias comórbido estes números caíam para 0,8 para os homens e 6% para as mulheres (Brennan e col., 2000), pelo que a verdadeira contribuição da esquizofrenia para a ocorrência de actos violentos permanece ainda indefinível.

4. SÍNTESE

O conjunto destes trabalhos sugere a existência de uma relação positiva entre perturbação mental *major*, comorbilidade psiquiátrica (abuso de substâncias) e criminalidade, associação que se torna mais significativa quando se trata de um indivíduo esquizofrénico com o diagnóstico de abuso ou de dependência de substâncias em particular o alcoolismo, e mais para os crimes violentos que não violentos (Asnis e col., 1997; Bourgeois & Bénézech, 2001). Contudo, é preciso destacar que a violência não caracteriza todos os doentes e que a criminalidade dos doentes mentais só representa uma pequena proporção da criminalidade geral (Swanson e col., 1990; Taylor & Gunn, 1999). Swanson e col. (1990) confirmaram uma maior frequência de comportamentos violentos em caso de perturbações psiquiátricas, no entanto, destacam que a criminalidade dos indivíduos com esquizofrenia apenas representa 3 % da violência geral nos EUA, já que o alcoolismo por si só é responsável por mais violência que as demais perturbações psiquiátricas juntas. Em França, entre os cerca de 2 000 homicídios anuais, só 5% são cometidos por pessoas com uma perturbação mental grave, psicose esquizofrénica ou paranóia em cerca de metade dos casos (Bénézech e col, 2002).

A maioria dos estudos ao longo das últimas duas décadas tem demonstrado uma associação positiva e estatisticamente significativa entre esquizofrenia e violência. Por este facto, poder-se-á concluir pela evidência referida nos mesmos, os quais utilizaram diferentes metodologias, que existe um nexo ou uma relação causal. Contudo, é importante que os resultados sejam interpretados de forma crítica à luz das limitações inerentes à complexidade da investigação nesta área.

CAPÍTULO III

ESQUIZOFRENIA: A PERTURBAÇÃO MENTAL PARA ALÉM DA ANOMALIA PSÍQUICA

"O feiticeiro, ensinado pelo diabo a fazer curas infernais (...)
fora condenado a ser queimado vivo. Junto da pilha, o frade,
com as mãos postas, pedia-lhe por Deus que se arrependesse,
mas ele, com o olhar esgazeado do louco, virava a cara e zombava.
(...) Atiravam-lhe pedras, pregos e tudo; e faziam-lhe feridas
por onde escorria sangue: tinha a cabeça aberta, e um beiço rasgado.
(...) Coitado do pobre louco, que assim morria em cruel tormento,
vítima de conceitos falsíssimos, implantados na alma portuguesa
por uma educação virulenta e atrofiante."

António Maria de Sena, in *Os Alienados em Portugal*, 1883
(a propósito da primeira execução em Portugal, realizada na Praça da Ribeira em Lisboa, a 22 de Setembro de 1540)

1. DA *DEMENTIA PRAECOX* À ESQUIZOFRENIA: DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Durante séculos a "insanidade" e a "loucura" referiam-se a várias doenças mentais que os médicos não conseguiam separar. Em 1850, Morel (1809-1873) denominou *démence précoce* aos estados de défices cognitivos na adolescência. Durante a segunda metade do século dezanove Kahlbaum descreve a "catatonia" e Hecker a "hebefrenia". No final desse século, Kraepelin (1856-1926) estabelece que ambas as perturbações, conjuntamente com a "dementia pranoides" descrita por ele, eram manifestações do mesmo processo de doença, à qual chamou *dementia praecox* baseado em dados empíricos de follow-up (Palha & Esteves, 1997). Em 1911 Bleuler denominou-a de "esquizofrenia" e, durante o ano de 1930, Schneider efectuou a lista de critérios de diagnóstico de base "empírica" do actual DSM-IV (APA, 1994). A psiquiatria europeia era influenciada por Kraepelin, enquanto que a americana o era por Meyer, Bleuler e pelos psicanalistas. Quando Kraepelin e Schneider foram "descobertos"

nos EUA a influência psicanalítica foi afastada, e assim foi aberto caminho para o advento da psiquiatria biológica (Andreasen & Akiskal, 1983). Mas esta série de eventos não ocorre num vazio histórico. A definição de esquizofrenia tem bases fenomenológicas, pelo que é necessário enquadrá-la ao longo do tempo. Poderosas correntes moldaram a construção de *dementia praecox* e esquizofrenia durante o século dezanove. A *"psicologia do associativismo"* forneceu as bases para a metáfora da "cisão" e a *"psicologia das faculdades"* forneceu os critérios (a mente como a conjugação das funções intelectual, emocional e volitiva) nos termos dos quais foram definidas as novas perturbações mentais (Berrios, 2000). O *"neo-Kantianismo"* por seu lado, forneceu um modelo de pensamento que se tornou crucial para a "perturbação formal do pensamento" – um "sintoma" central de esquizofrenia. Por último, a *"teoria evolucionista"* forneceu a conexão explicativa. De acordo com Kraepelin, o processo de doença subjacente à demência precoce activa uma série de "reacções pré-formadas" (responsáveis pelo quadro clínico), todas elas de origem biológica e evolutiva (Raskin, 1975). As ideias sobre os sintomas e perturbações mentais originam-se da convergência de *termos* (recentes ou reciclados), *comportamentos* (putativamente relacionados com uma perturbação cerebral ou com acções humanas alegóricas) e *conceitos* (englobando definições, explicações e regras).

1.1. DEMÊNCIA

O termo "dementia" participou em três "convergências" antes de ser incorporado na *dementia praecox* (Berrios, 1987). Até ao século XVII, demência referia-se a estados de incompetência psicosocial, congénita ou adquirida, e tinha uma conotação "legal" – idade e irreversibilidade não entravam no conceito. Pelo século XVIII demência ficou associada a estados de deficiência intelectual adquirida em qualquer idade e de qualquer etiologia, tornando-se mais relacionada com a clínica. No final do século XIX demência foi redefinida em termos da perda de cognição, principalmente a memória, daí o nome "paradigma cognitivo" (Berrios, 1989a). A idade de início, reversibilidade e evolução tornam-se importantes, de forma que os défices cognitivos na infância ou adquiridos em adultos jovens (ex. TCE) não mais eram denominados de demência. No virar desse século, demência senil e outras formas foram descritas.

Morel denominou *démence précoce* a estados mentais e comportamentos de doentes jovens com *stupidité* (estupor), ou seja, uma perturbação mental da motilidade e da vontade secundária à melancolia (Berrios, 1981). Por demência ele rotulava qualquer estado de incompetência psicosocial relacionado com uma perturbação mental e ocorrendo em qualquer idade – o critério de irreversibilidade ainda não existia. Neste sentido, o termo démence précoce tem pouca relação com o de Kraepelin ou de Bleuler. Na data em que Kraepelin usou o termo *"dementia praecox"*, o conceito geral de demência tinha um significado diferente do de Morel. O significado do termo demência tinha mudado e passado a ser empregue como denotando não só um estado terminal, mas também um estado em desenvolvimento, um processo. O antigo termo de Morel caiu no esquecimento e não há evidência de que, em 1896, Kraepelin soubesse da sua existência (Berrios, 1987). Este listou 3 condições independentes: *dementia praecox* (formas moderadas e severas, e hebefrenia), "catatonia" e "dementia paranoides". Nesta altura, o termo "dementia" já tinha sido alterado e ele necessitou de lhe acrescer "praecox", significando precoce, que surge numa idade não esperada (Höenig, 1983).

1.2. ESQUIZOFRENIA

O termo "esquizofrenia" surgiu em 1908. Em 1911 Bleuler (1857-1939) escreveu que denominava a *dementia praecox* de esquizofrenia porque a cisão das diferentes funções psíquicas era uma das suas principais e importantes características; à medida que a doença evolui a personalidade perde a sua unidade (Palha & Esteves, 1997). Por "splitting" ele queria dizer "clivagem, divisão, cisão, perda primária, geral e profunda, das associações", levando a "quebra irregular dos conceitos concretos" e "cisão sistémica mais aparente dos complexos de ideias" (Berrios, 2000). Como suporte desta teoria existe um novo modelo de mente, com uma marcada diferença entre a *dementia praecox* de Kraepelin e a "esquizofrenia" de Bleuler. A mudança não foi só do nome. A confirmar este facto acresce que em França eram duas entidades tratadas de modos diferentes.

Um termo que implica necessariamente reflexão ao debruçarmo-nos sobre o conceito de *esquizofrenia* é o de "splitting". Surge na psicologia Romântica do início do séc. XIX e do trabalho de Herbart, como mecanismo de separação, divisão, quebra, dissociação, divórcio ou cisão das funções mentais e era uma explicação comum para um qualquer imprevisível ou estranho comportamento humano (Scharfetter, 1975). Está presente no *Dr. Jekyll and Mr.*

Hyde de Stevenson, no modelo de hierarquia cerebral de Jackson, na histeria de Charcot, na cisão do Eu de Freud e na sejunção de Wernike. O mecanismo de cisão (*spaltung*) foi popular na psiquiatria alemã na altura em que Bleuler denominou a esquizofrenia. Existem mais termos baseados nesta mesma ideia: ataxia intrapsíquica, "dementia dessecans", "dementia sejuntiva", disfrenia, discordância, etc. e nenhum foi adoptado. Nem o novo termo (esquizofrenia) nem o conceito a si associado (cisão) foram aceites por todos. Freud expressou reservas sobre ambos, pois cisão "não pertencia exclusivamente a essa doença" (Berrios, 2000), e Jaspers ressalvou que não se observava em todos os doentes esquizofrénicos (cit. in Höenig, 1983).

Kurt Schneider, descrito como o terceiro alienista mais importante da história da esquizofrenia, nos seus estudos mostra que existe uma descontinuidade entre a sua perspectiva e a de Bleuler (Höenig, 1983). Para o primeiro, os "sintomas de 1.ª ordem" não eram patognomónicos mas sugeriam o diagnóstico de esquizofrenia se não existisse evidência de qualquer outra psicose orgânica. Os 11 sintomas de 1.ª ordem só tinham significado num contexto de três perspectivas diagnósticas: curso, sintomatologia e interacção. Isto porque, tal como Jaspers (1963) propôs, as psicoses endógenas resultam de um processo, pelo que não faz sentido estudar o "curso" da esquizofrenia. Este considerava que o importante seria saber se tinham existido sintomas prodrómicos de esquizofrenia (cit. in Höenig, 1983). A "compreensão sintomática" incluía a procura de sintomas resultantes de um defeito na integração do *self*, pelo que não é verdade, segundo Berrios (2000), que Schneider acreditasse que os seus sintomas de 1.ª ordem fossem "empíricos" ou "ateóricos". A "compreensão pela interacção" referia-se à forma como o doente era percebido pelo clínico. Desta forma ele descreveu o "praecox feelling" anos antes de Rümke. Schneider tinha uma visão transversal do diagnóstico e a noção de "curso" (no sentido de Kraepelin) era estranha ao seu pensamento. A sua concepção de esquizofrenia incluía todas as parafrenias, paranóias, psicoses marginais de Kleist, etc. Também acreditava que, além da esquizofrenia e da doença maníaco-depressiva, as "psicoses endógenas" compreendiam um largo número de doenças ainda por descobrir.

1.3. ESQUIZOFRENIA: UMA ENTIDADE DO SÉC. XIX?

Durante a década de 80 do século XX, e devido à premissa de que esquizofrenia era uma "doença cerebral" reconhecível, real, unitária e estável questionou-se o facto de existir um lapso de descrições da mesma antes de 1800 (Hare, 1988a; Hare, 1988b). A primeira hipótese, "epidemiológica", sugere que ocorreu uma alteração biológica, em 1800, a partir da qual um tipo particular de esquizofrenia se tornou mais comum. A apoiar esta hipótese estão os que acreditam que a emergência de "esquizofrenia" coincide com o nascimento de um "epistema moderno", que Foucault identifica com a revolução Kantiana. Ele define "epistema" como o conjunto de práticas discursivas que tornam possível a emergência de disciplinas científicas. Constituído ao longo do final do séc. XVIII o "epistema moderno" engloba a visão do homem como um "ser autónomo", responsável pelas denominadas ciências humanas. Outros acreditam que a esquizofrenia existe desde que existe o homem e que os casos foram rediagnosticados na direcção relevante. A questão permanece actual.

Devido às suas bases biológicas, os sintomas mentais, como unidades de análise, sempre existiram. A definição actual de esquizofrenia é o resultado da crença de que alguns destes sintomas mentais ocorrem mais frequentemente associados. Isto torna difícil determinar a frequência com que estes afectam indivíduos não considerados esquizofrénicos. A segunda hipótese questiona, exactamente, o porquê da doença não ter sido reconhecida e denominada antes de ter a apresentação estereotipada e frequente. Pode concluir-se que não é possível escrever a história de comportamentos de esquizofrenia antes do séc. XIX porque os conceitos de sintomas mentais e doença mental e o de esquizofrenia são, fundamentalmente, elaborações do séc. XIX (Berrios, 2000). Assim, os registos clínicos anteriores a este período não tem "distinção" epistemológica. No entanto, estes registos fazem sentido se pensados em termos de categorias como loucura, insanidade, vesânia, melancolia e mania. Para Berrios (2000): *"a história da esquizofrenia pode ser melhor descrita como a história de um conjunto de trabalhos de investigação paralelos e não seriados, cada um baseado em diferentes conceitos da doença, sintomas mentais e mente."* O que não implica, contudo, que se consiga atingir um conceito uniformizador de esquizofrenia, bem patente nas principais classificações internacionais (DSM-IV, APA, 1994 e CID-10, WHO, 1992).

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Englobam um amplo grupo de alterações da percepção, pensamento, emoção, motivação e actividade motora. Em cada episódio de alterações floridas existe um *background* de incapacidade sustentada. O nível de incapacidade vai desde uma ligeira diminuição no *coping* ao *stress*, até uma profunda dificuldade em iniciar e organizar actividades que pode tornar o doente incapaz de tomar conta de si próprio.

2.1. DELÍRIOS, ALUCINAÇÕES E SINTOMAS DE 1ª ORDEM DE KURT SCHNEIDER

Os ***delírios*** têm sido tradicionalmente considerados a marca da *insanidade*. Não existem características específicas que forneçam uma cabal distinção entre os delírios da esquizofrenia e os de outras perturbações psicóticas, mas os delírios mais típicos de esquizofrenia têm um carácter enigmático, raramente evidenciável noutras perturbações. Em contraste com os delírios das psicoses afectivas, que têm, habitualmente, um conteúdo congruente com o estado emocional prevalente, os delírios esquizofrénicos parecem reflectir uma fragmentação das experiências da realidade. Esta fragmentação pode manifestar-se de várias formas (Liddle, 2000):

- O conteúdo da crença delirante contém, frequentemente, contradições. Não existe consistência lógica entre os componentes da crença, ou entre a crença e a interpretação comum da mesma.
- A relação entre a crença delirante e qualquer acção que dela possa surgir é imprevisível. O doente pode acreditar que tem uma missão ou desígnio especial, no entanto, e na maior parte do tempo a sua vida é pouco influenciada pela crença. Os doentes podem, assim, agir de forma inesperada.
- Na fase crónica da doença os doentes reconhecem que determinada crença que tiveram era injustificada, mas ao mesmo tempo reiteram essa mesma crença. Para Bleuler os doentes por vezes verbalizam pensamentos que só são compreensíveis se se assumir que o delírio ainda retém algo de real para eles, mesmo que conscientemente o

rejeitem. Por vezes o modo pelo qual referem a inexistência de lógica do delírio mostra que o mesmo ainda se mantém vivo.

O mecanismo mental dos delírios permanece por esclarecer. Parece que certas ideias adquirem atributos que as eximem dos processos normais de validação, e que este facto não estará relacionado com incapacidade de pensar de forma lógica, podendo coexistir actividade mental anormal com funções mentais bem integradas (Georgieff, 2001). Mesmo doentes com sintomas afectando vários domínios da função mental podem ter esta incongruência. Bleuler (cit. Berrios, 1985), referia que mesmo o esquizofrénico mais demente pode, em determinadas situações, exibir produtos de elaboração cognitiva de tipo altamente integrado. A adesão às crenças delirantes, apesar da capacidade para compreender a lógica de um contra-argumento, cria o que parece ser uma brincadeira com lógica. Nalguns casos os delírios da esquizofrenia surgem a partir de uma experiência alterada do *self* ou da realidade externa. Os fenómenos identificados por Schneider como sintomas de 1.ª ordem incluem vários sintomas que derivam de experiências aberrantes de pertença dos próprios pensamentos, vontades, actos, emoções ou funções corporais, às quais os doentes atribuem influência alienada (Mellor, 1970). Nalguns casos os delírios podem surgir de um humor delirante, i.e., sentido alterado da realidade na qual as circunstâncias vivenciadas adquirem uma qualidade transcendental indefinível.

Embora os delírios dos esquizofrénicos tenham mais caracteristicamente uma qualidade incongruente, não é incomum a existência de delírios congruentes que são internamente consistentes e produzem respostas comportamentais previsíveis. Em particular os delírios persecutórios, que são comuns, podem conduzir a acções defensivas como barricar-se no quarto, ou ofensivas como o acto extremo de homicídio. Ideias de referência e delírios de referência são também prevalentes. No *International Pilot Study of Schizophrenia* levado a cabo pela Organização Mundial de Saúde (Strauss, 1974), as ideias de referência ocorreram em 70% dos casos, a desconfiança em 66% e os delírios de perseguição em 64%.

As ***alucinações*** podem ocorrer em qualquer tipo sensorial, mas as alucinações auditivas são as mais prevalentes na esquizofrenia. Ouvir vozes na 3.ª pessoas é o mais específico. É um dos sintomas de 1.ª ordem de Kurt Schneider. Por vezes tem conteúdo mundano, outras implicam criticismo. As alucinações na 2.ª pessoa também são comuns. No *International Pilot Study of Schizophrenia* (cit. Strauss, 1974 & Jablensky e col., 1992), as

vozes que se dirigiam ao doente ocorriam em 65 % dos casos. Eram, na maioria dos casos, vozes de censura mas também podem ser de conforto ou ambas. Podem emitir ordens às quais o doente obedece, e por vezes este entra em diálogo com elas. Na fase aguda da doença, as alucinações auditivas têm a qualidade sensorial das vozes emitidas por fontes do mundo externo. O doente pode mudar de residência numa tentativa de lhes escapar. Nalguns casos, a voz é atribuída a um rádio transmissor implantado no corpo, especialmente nos dentes. Na fase crónica, as vozes são recordadas como vindo de dentro da mente do indivíduo. Para Kraepelin, estas nem sempre surgem ao doente como sensopercepções; são as "vozes da consciência"; vozes que não falam por palavras (Liddle, 2000). Estas experiências são *pseudoalucinações*, mas continuam a ser uma característica importante nestes doentes. Na esquizofrenia as alucinações visuais não são tão comuns, mas podem ocorrer. Alucinações somáticas são também relativamente comuns, e por vezes estão associadas com interpretações delirantes.

Kurt Schneider identificou um conjunto de fenómenos que ele considerou como indicativos de esquizofrenia, na ausência de doença cerebral franca. Estes foram denominados de ***sintomas de 1.ª ordem***. Considerou que o diagnóstico não poderia ser efectuado apenas com um único sintoma, mas não definiu o fenómeno psicótico de modo preciso (O'Grady, 1990). Três destes sintomas (vozes a comentar, a discutir e pensamentos audíveis) envolvem actividade alucinatória auditiva e os restantes englobam atribuições delirantes a experiências ou percepções. Embora o próprio Schneider tivesse evitado especular sobre as implicações teóricas deste fenómeno, é notável que cada um deles envolva uma alteração do sentido de pertença dos próprios sintomas mentais ou actividade física. Difusão do pensamento, roubo do pensamento, inserção do pensamento reflectem a experiência da falta de autonomia sobre o pensamento, enquanto que vontade imposta, actos impostos e passividade somática reflectem a perda de autonomia sobre a acção, vontade, afectos e funções corporais.

Existem dois aspectos importantes nestes fenómenos: a experiência da perda de autonomia e a atribuição delirante a uma influência estranha (*alienada*). A percepção delirante, da qual resulta uma conclusão inteiramente errónea a partir de uma percepção normal, ilustra a incongruência entre uma ideia delirante e a actividade mental existente, o que é característico da esquizofrenia. No entanto, o modo pelo qual as percepções delirantes por vezes cristalizam partindo de um humor delirante, indica que não é uma matéria de mera inferência ilógica; a ideia delirante é mais como uma revelação divina (Mellor, 1970).

2.2. PERTURBAÇÕES DA FORMA E FLUXO DO PENSAMENTO

O discurso do esquizofrénico é por vezes difícil de compreender devido às alterações da forma do pensamento subjacentes. No entanto, o diagnóstico destas alterações permanece um desafio. Isto deve-se ao facto de não terem sido, ainda, definidas de modo satisfatório as características essenciais das limitações à normal comunicação verbal na esquizofrenia. A perturbação do pensamento manifesta-se ao longo de um discurso espontâneo, tornando difícil criar condições e circunstâncias nas quais possa ser determinada de modo fiável, em "meio experimental".

Bleuler denominou o fenómeno de perda de associações para descrever o enfraquecimento das conexões entre as palavras e as ideias que associam os pensamentos de modo coerente. Este termo define uma das formas de perturbação da forma do discurso e do pensamento, mas não as abrange todas. Além da alteração das conexões entre as palavras e as ideias, existem outras alterações da linguagem manifestando diferentes aspectos da perda de associações (Andreasen, 1979a):

- Descarrilamento: divagar divergentemente do ponto inicial durante o fluxo livre do discurso.
- Tangencialidade: respostas divergentes do tema da pergunta.
- Incoerência: quebra da relação entre as palavras dentro de uma frase de forma a que esta não faça sentido.
- Perda do objectivo: incapacidade de atingir uma conclusão ou o tema do discurso.

Também existem alterações que denotam uma utilização não usual da linguagem:

- Metonimias: uso não adequado das palavras.
- Neologismos: palavras novas inventadas pelo doente.

Os vários aspectos da perda de associações e peculiaridades da linguagem são consideradas como perturbações *positivas* do pensamento. Existem, no entanto, alterações *negativas* do pensamento que são aquelas em que há uma pobreza do mesmo:

- Pobreza do discurso é uma alteração do fluxo do discurso no qual a velocidade com que este é produzido é lenta.
- Pobreza do conteúdo é uma alteração na qual a quantidade de informação é pequena em relação com o número de palavras utilizadas.

Estas alterações são contempladas na *Thought, Language and Communication Scale* de Andreasen (1979b), um dos instrumentos que definem e quantificam a perturbação da forma e fluxo do pensamento mas tem, contudo, limitações. Os itens definidos para perturbação *positiva* do pensamento não distinguem nem discriminam entre perturbação do pensamento na mania e a da esquizofrenia. Também não é sensível a alterações subtis da forma do pensamento que ocorrem nos parentes em 1.º grau de doentes esquizofrénicos (Liddle, 2000). No *Thought Disorder Test de Holzman* (pensamento, discurso, Rorschach e QI), surgem duas categorias de perturbação: a desorganização (discurso vago, confuso e incoerente) e as verbalizações idiossincráticas, que parecem discriminar entre o pensamento esquizofrénico e o maníaco (Holzman, 1986).

A perturbação *positiva* da forma do pensamento é usualmente uma característica transitória da fase aguda da doença, mas após a sua resolução existe por vezes alterações residuais do pensamento manifestadas por discurso vago ou por pequenas idiossincrasias na utilização das palavras ou das ideias. A perturbação *negativa* da forma do pensamento tem grande tendência para ser persistente (Liddle, 1999). Pobreza crónica do discurso está associada com limitações em vários domínios das funções cognitivas, incluindo o pensamento abstracto. Promove limitações ao nível das relações sociais, embora seja também influenciada pelo ambiente social. Pobreza transitória do pensamento pode ocorrer durante a fase aguda da doença e é menos associada a limitações cognitivas parecendo reflectir, nalguns casos, uma obstrução na articulação do discurso com um carácter catatónico. Nos casos mais graves o doente está em mutismo.

2.3. INSIGHT

A ausência de *insight* é uma das características que definem a perturbação psicótica. Consiste numa incapacidade de aceitar a doença, de discernimento e autocrítica prejudicados. O esquizofrénico é incapaz de reconhecer que os sintomas apresentados lhe são devidos. No

International Pilot Study of Schizophrenia (cit. Strauss, 1974) este sintoma foi o mais prevalente nos doentes esquizofrénicos. Ocorria em cerca de 90% dos casos. Por vezes o *insight* é parcial, mesmo quando o doente sabe que sofre de uma doença pode ser incapaz de aceitar os sintomas psicóticos, como os delírios e alucinações, como manifestações da mesma. Contribui para a não aceitação de tratamento, mas outros factores como desconhecimento da doença por falta de informação e medo de efeitos secundários do tratamento podem também impedir a *compliance* terapêutica do doente.

2.4. LIMITAÇÕES COGNITIVAS

Além dos delírios e das alterações da forma do pensamento, podem ocorrer uma série de défices cognitivos na esquizofrenia. Na fase aguda da doença, são comuns alterações da atenção associadas com excitação psicomotora e/ou alterações formais do pensamento. Os défices de atenção podem, também, reflectir preocupação com delírios e alucinações. Durante a fase crónica da doença, muitos esquizofrénicos apresentam alterações cognitivas persistentes. Estudos longitudinais de indivíduos que, subsequentemente, desenvolveram esquizofrenia sugerem que os défices são perceptíveis ainda na infância, podendo ser um aspecto de predisposição para a doença (Walker & Levine, 1990). As limitações cognitivas *major* são as relacionadas com funções executivas, memória de tarefas e memória a longo prazo. A disfunção executiva inclui incapacidade em elaborar e iniciar planos e seleccionar actividade mental elaborada (Liddle, 1999). A incapacidade em elaborar e iniciar planos está associada com a pobreza crónica do discurso, afectos embotados e falta de actividade expontânea, enquanto que a incapacidade para inibir respostas inapropriadas está associada a perturbação formal do pensamento.

2.5. ALTERAÇÕES DAS EMOÇÕES

Existem várias alterações dos afectos na esquizofrenia das quais o *embotamento afectivo* é a mais característica e a mais persistente, mas podem ocorrer também excitação transitória, irritabilidade, labilidade e depressão. O que designamos por embotamento afectivo é a manifestação de uma diminuição da resposta aos aspectos emocionais, perda da inflexão vocal e diminuição da expressão facial (Liddle, 2000). Nesta perturbação psicótica dos

afectos, próxima da anestesia afectiva, ocorrem simultaneamente perda da iniciativa e diminuição da reactividade (Matos e col., 2003b). Os sinais objectivos de embotamento afectivo são, por vezes, acompanhados por percepção da perda de tom emocional que, paradoxalmente, os doentes sentem como preocupante. Mais usualmente existe uma falta de preocupação e mesmo de reconhecimento do problema. É um dos sintomas chave da esquizofrenia. Bleuler considerava que quando os afectos desapareciam a doença tornava-se crónica, mas pode também ser uma característica do episódio agudo que desaparece após a sua resolução.

O *afecto inapropriado* ou afecto incongruente é a expressão dos afectos de modo incongruente com as circunstâncias. Pode ter a forma de risos inapropriados, sem qualquer estímulo. Durante as exacerbações agudas da doença podem ocorrer: excitação manifestada por irritabilidade, insónia, agitação e hiperexcitabilidade motora. Também não é incomum a depressão que pode ser uma característica prodrómica (Siris, 1991). Por vezes os doentes referem a existência, antes da doença, de períodos de ocorrência de sintomas depressivos *minor*. A depressão também ocorre na fase crónica da doença. A frequência transversal (num período) é de 10 % na fase crónica, mas os doentes esquizofrénicos têm também probabilidade de sofrer de depressão nalgum período da sua doença (Barnes e col., 1989). Num estudo longitudinal 65 % dos doentes esquizofrénicos tinham tido um episódio de depressão num período de 36 meses após um episódio florido (Johnson, 1988).

2.6. ALTERAÇÕES MOTORAS, SOMATOFORMES E DA VONTADE

Pequenas alterações da coordenação motora são comuns na esquizofrenia. Crianças que subsequentemente desenvolveram esquizofrenia, mostraram menor agilidade na infância que os irmãos, sugerindo que este pode ser um aspecto predisponente para a doença (Walker & Levine, 1990). A catatonia envolve alterações da actividade motora voluntária e da postura. O nível de actividade pode estar aumentado ou diminuído. Nos casos extremos de hipoactividade o doente está em estupor e não responde a estímulos, mas está consciente. Nos estados de hiperactividade o doente mantém actividade estereotipada por longos períodos. Menos comum é a flexibilidade cérea em que o corpo do doente pode ser moldado em posturas bizarras que são sustentadas por longos períodos e a ecopraxia na qual o doente imita a actividade motora do examinador.

São comuns várias formas de ansiedade e sintomas somáticos na esquizofrenia. Foi descrito um estado de defeito pouco característico dominado por ansiedade e astenia (Liddle, 2000). O doente pode sofrer experiências corporais pouco usuais e debilitantes que não têm causa somática aparente, mas que ocorrem frequentemente. As alterações da motivação e da vontade encontram-se entre os fenómenos clínicos mais incapacitantes da esquizofrenia, podendo a actividade voluntária estar desorganizada ou enfraquecida. A desorganização da vontade é manifestada por actividades desorganizadas e imponderadas, de modo a parecerem ser originadas por impulso, e o enfraquecimento da vontade pode resultar em períodos prolongados de inactividade nos quais o doente pode estar deitado ou sentado durante horas.

3. DIMENSÕES DA PSICOPATOLOGIA NA ESQUIZOFRENIA

Sendo a esquizofrenia heterogénea na sua apresentação clínica, tem sido sugerindo que vários e diferentes processos fisiopatológicos contribuem para a doença e sua psicopatologia (Liddle, 2000). De facto, a esquizofrenia não possui quaisquer sintomas *patognomónicos* (Matos e col., 2003), e sim sintomas *característicos*. Nas últimas duas décadas surgiram várias teorias na esquizofrenia, tendo por base a dicotomia positivo/negativo. Essas teorias tentam integrar a fenomenologia descritiva, os conhecimentos clínicos e a psicopatologia, a neuroquímica, neuroanatomia e a fisiologia. Segundo Berrios (1991), essa terminologia foi usada pela primeira vez por Reynolds (1828-1926), referindo-se a duas formas independentes de sintomas físicos. Para Reynolds, os sintomas negativos e positivos eram independentes e a sua conceptualização estava associada ao *vitalismo*, uma teoria popular na medicina inglesa do século XIX (Berrios, 1985). Jackson (1835-1911) utilizou os termos de Reynolds para suporte teórico básico , embora completamente diferente desse, tendo no entanto essa terminologia alcançado uma definição mais completa em 1879, quando se tornou integrante do modelo hierárquico do sistema nervoso (Berrios, 1985) de Jackson. Para este, os sintomas negativos eram causados pela perda de funções e habilidades normais (Sass, 1989). A perda dessas funções causaria a libertação dos centros nervosos normais controlados pelos centros nervosos paralisados, resultando nos sintomas positivos. Ou seja, os sintomas positivos não poderiam ocorrer na ausência dos sintomas negativos e estes representariam exageros ou deformações de funções normais (Berrios, 1985). O seu

modelo foi muito influente na psiquiatria francesa, tendo utilizado amplamente a dicotomia negativo/positivo (Berrios, 1991).

No início do século XX, Kraepelin descreveu "duas perturbações principais que caracterizavam a loucura (dementia praecox) *(...) "um enfraquecimento daqueles sentimentos e empenhos que continuamente alimentam a fornalha da nossa vontade" (...) "a perda integrante da compreensão, emoção e vontade"* (Berner e col., 1983). Tem sido atribuído a Bleuler, com a seus sintomas fundamentais e acessórios, uma dicotomia similar à negativo/positivo. O primeiro envolvia perda de função (em geral, de atenção, volição, resposta afectiva e associação), e estava sempre presente. O segundo tipo de sintomas envolvia uma aberração de funções (alucinações, delírios e catatonia), estando presente apenas nas recaídas graves (McGlashan & Fenton, 1992).

Para Wing (1989), essa discussão de quem introduziu a terminologia positivo/negativo na psiquiatria é controversa, mas considera que no fim da década de 50, Venables e O`Conner estavam entre os primeiros na operacionalização do conceito. A distinção entre sintomas positivos e negativos pode ser observada quando esses investigadores realizaram um estudo em doentes internados. Utilizando escalas que avaliam o comportamento dos doentes, identificaram duas formas de esquizofrenia – positiva ou paranóide e negativa ou não paranóide. Strauss e col., (1974) podem ser considerados como os primeiros investigadores que utilizaram essa terminologia na esquizofrenia. Obtendo resultados no IPSS (*"International Pilot Study of Schizophrenia"*), classificaram os sinais e sintomas esquizofrénicos em sintomas positivos, negativos e perturbações da relação.

Crow (1980) está entre os primeiros investigadores a articular uma hipótese compreensiva sobre a relação entre os sintomas positivos e negativos e outras características fenomenológicas, tais como o funcionamento pré-mórbido, resposta ao tratamento e mecanismos neuronais subjacentes. A partir de dados obtidos de três estudos realizados no Departamento de Psiquiatria de Northwick Park, postulou que existiriam dois síndromes – Tipo I e Tipo II – com processos psicopatológicos diferentes em esquizofrenia (Crow, 1985). Andreasen, nos EUA (1982), à mesma época desenvolve um instrumento específico (*The Scale for Assessment of Negative Symptoms* – Escala para Avaliação de Sintomas Negativos – SANS), para avaliar, do forma fiável, os sintomas negativos. Além do afecto embotado e pobreza de linguagem, foram incluídos os seguintes sintomas: abulia e apatia, anedonia e insociabilidade e prejuízo da atenção. Andreasen & Olsen (1982), propuseram dividir a

esquizofrenia em três subgrupos: negativo, misto e positivo e testaram essa teoria num estudo transversal de 52 doentes esquizofrénicos hospitalizados. Posteriormente, Andreasen e col., (1990), reexaminaram a validade da subdivisão de esquizofrenia em sub-tipos positivo e negativo, e ao verificar a tendência para a classificação no grupo misto, sugeriram a necessidade de melhorar a avaliação fenomenológica para fortalecer a associação entre o quadro clínico e os mecanismos neurológicos subjacentes.

Esta ampliação de Andreasen (1982) dos sintomas negativos foi criticada por Crow (1985), pois incluía uma grande parte de características que seriam consequências da própria doença. Carpenter e col., (1988) apontam para a necessidade de uma cuidadosa delineação da terminologia. Primeiro, seria necessário diferenciar perturbações da relação e sintomas negativos, isolamento social não seria uma medida directa desse sintomas, podendo ser a evolução complexa de vários sintomas esquizofrénicas. Segundo, comportamentos e experiências internas considerados como sintomas negativos podem ser primários ou secundários a efeitos de drogas, humor disfórico, redução dos estímulos durante uma descompensação psicótica (auto – protecção) e também ausência de estímulos sociais. Os autores consideram que o termo "sintomas negativos" deve ser utilizado como um termo descritivo, sem relação com causa, estabilidade ou duração. Os sintomas negativos que estão presentes como traços duradouros, e que não são considerados secundários, devem ser denominados de sintomas deficitários. Esses deverão estar presentes durante e entre os episódios de exacerbação dos sintomas positivos, não têm relação com a medicação do doente e não respondem a fármacos anticolinérgicos e à suspensão da medicação antipsicótica.

Como a dicotomia positivo/negativo não engloba toda a fenomenologia da esquizofrenia – a maioria dos doentes apresentam um síndrome misto, o critério para síndrome positivo e negativo é muito variável e há dificuldade na diferenciação entre sintomas negativos primários e secundários – têm surgido outras classificações. Através da técnica factorial, vários investigadores analisam as correlações entre os sintomas de doentes com esquizofrenia e foram propostos vários modelos, com três factores (Liddle, 1987; Mortimer e col., 1990; Thompson & Meltzer, 1993; Arndt e col., 1991), cinco factores (Lindenmayer e col., 1995) e até seis factores (Fredrikson e col., 1997). Nos entanto, esses resultados são contraditórios e as diferenças podem estar relacionadas com vários factores (heterogeneidade da amostra, tipos de análise estatística diferentes e ou inadequadas, etc.) e, consequentemente, a sua consistência e validade são ainda motivo de controvérsia.

4. PSICOPATOLOGIA E SUA RELEVÂNCIA PARA O RISCO DE COMPORTAMENTO CRIMINAL

Os factores de risco que operam na esquizofrenia, no que respeita a eventual violência, são os mesmos que se verificam nas outras perturbações mentais, sendo dos mais importantes a história de violência prévia e abuso de substâncias. Comparando a magnitude do risco associado com a combinação de factores como sexo masculino, idade jovem e estatuto sócio - económico desfavorecido, o risco de violência representado pela doença ou perturbação mental não é negligenciável (Monahan, 1992). Dois factores parecem ser, no entanto, discriminativos no que respeita à probabilidade de doentes esquizofrénicos cometerem actos violentos: sintomas psicóticos agudos e abuso de substâncias em comorbilidade.

4.1 SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

No que respeita à sintomatologia psicótica aguda, Taylor (1985) estimou em 46% aqueles que numa amostra de agressores psicóticos, tinham sido *comandados por delírios* ("driven by delusions"). No entanto, a actividade delirante é um fenómeno psicopatológico extremamente comum nas psicoses enquanto que a violência grave o não é, pelo que outros factores deverão intervir. Num estudo com rigor metodológico, Link e col. (1994) compararam, na mesma área geográfica, a incidência de detenções e a violência auto-descrita numa amostra de residentes de uma comunidade sem história de contactos com os serviços psiquiátricos, com outra de doentes com história, actual ou no passado, de antecedentes psiquiátricos heterogéneos. Os doentes com antecedentes psiquiátricos eram mais violentos que os indivíduos sem antecedentes sendo que esta diferença era devida à existência de sintomas psicóticos agudos. Existe uma inquestionável evidência de que grande percentagem de actos violentos observáveis em doentes com esquizofrenia não é ocasional, mas sim motivada e direccionada através de um quadro agudo de sintomatologia psicótica. A literatura tem vindo a sugerir que doentes com actividade delirante frequentemente actuam sob influência da mesma (Taylor, 1985; Humphreys e col., 1992; Junginger e col., 1998) e que em especial a actividade delirante persecutória exerce uma influência nos actos de quem a experimenta (Buchanan e col., 1993). É o fenómeno denominado por *acto em delírio* ("acting on delusions") (Wessely e col., 1993).

Invocando o princípio da "racionalidade dentro da irracionalidade", Link & Stuve (1994) postulam que quando um indivíduo com perturbação mental psicótica se sente ameaçado e quando os seus mecanismos de controle interno estão comprometidos, então a violência torna-se muito provável de ocorrer como uma resposta compreensível, i.e., quando se torna um mecanismo de defesa ou retaliação contra algo que o indivíduo acredita como sendo uma ameaça, ou agressão, dirigida contra si próprio. Os autores concluem que estes sintomas específicos de *imposição ameaça/controle* ("threat/control override") explicariam esta relação. Eles representariam experiências sentidas pelo doente nas quais é-lhe imposta a convicção de que as pessoas estariam a tentar atingi-lo, magoá-lo e ameaçá-lo, bem como a crença inabalável e irredutível de que a sua mente estaria a ser dominada por forças externas a si e como tal, inacessíveis ao seu controle. Estes resultados têm sido reproduzidos noutros estudos (Swanson e col., 1996, 1997; Link e col., 1998). Swanson e col. (1996), utilizando dados obtidos do estudo ECA, concluiram que os doentes com estes sintomas tinham o dobro da probabilidade de se envolverem em confrontos violentos, em comparação com os doentes com actividade alucinatória ou outros sintomas psicóticos, e uma probabilidade cerca de cinco vezes superior em relação aos indivíduos sem perturbação mental. Um estudo epidemiológico efectuado em Israel (Link e col., 1998) determinou a independência dos sintomas de imposição ameaça/controle na predição de violência.

Alguns estudos verificaram que a associação entre perturbação mental e violência é limitada no tempo e que o risco é mais evidente quando os sintomas são agudos. Steadman e col. (1998) encontraram um modesto aumento na incidência de violência logo após a hospitalização, que diminuía rapidamente e se tornava semelhante ao valor observável na comunidade. De acordo com Modestin & Ammann (1996), os doentes com esquizofrenia em fase psicótica aguda tinham uma probabilidade quatro vezes superior de serem condenados por crimes violentos, enquanto que os doentes com esquizofrenia com evolução crónica não apresentavam diferenças em relação à amostra controlo, no que respeita a actos violentos criminais.

4.2 ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

A comorbilidade da esquizofrenia com abuso e dependência de substâncias tem sido objecto de vários estudos nos últimos anos (Smith & Hucker, 1994; Fowler e col., 1998). No

entanto, a questão de se tratar, ou não, de um fenómeno em ascensão permanece em debate (Soyka, 2000). Num importante estudo de revisão de 32 estudos publicados, os autores calcularam, para doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, prevalências de: 12,3-50% para abuso/dependência de álcool; 12,5-35,8% para o abuso de cannabis; 11,3-31% para abuso/dependência de estimulantes; 5,7-15,2% para alucinogénios; 3,5-11,3 % para sedativos e 2-9% para opiáceos (Mueser e col., 1990). Um estudo recente (Boutros e col., 1998), associou um rápido aumento do número de novos internamentos de doentes com diagnóstico de esquizofrenia, em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, com a admissão motivada por abuso de substâncias, e os índices de prevalência de abuso de substâncias em primeiros episódios psicóticos foram estimados em 20-30% (Hambrecht & Hafner, 1996). De salientar, neste último estudo, a ausência de especificidade diagnóstica para critérios de esquizofrenia visto tratarem-se apenas de primeiros episódios psicóticos. Cantwell e col. (1999) estudaram 168 doentes com um primeiro episódio psicótico e verificaram que 37% da amostra preenchia critérios para o diagnóstico de abuso de álcool ou drogas, sendo a prevalência de 11,7 e 19,5% respectivamente. O risco para o abuso de substâncias era superior em jovens adultos do sexo masculino.

Relativamente às características clínicas dos doentes com duplo diagnóstico (esquizofrenia e abuso comórbido de álcool e/ou substâncias), tem sido verificado que estes tendem a consumir menores quantidades e apresentam menos sintomas físicos dependentes do consumo, comparativamente a outros doentes psiquiátricos (Mueser e col., 1998). No entanto, apresentam elevada incidência de hospitalizações e pior prognóstico (Linszen e col., 1994). Alguns estudo sugerem que estes doentes têm uma melhor adaptação e funcionalidade pré-mórbida, além de menor gravidade de sintomas negativos comparados com os que tem a esquizofrenia como único diagnóstico (Kirkpatrick e col., 1996). No entanto, este fenómeno poderá constituir, apenas, um reflexo de factores de selecção, visto que doentes esquizofrénicos com melhor inserção e adaptação social terão maior probabilidade de ter contacto com drogas e, subsequentemente, desenvolver o quadro clínico de abuso de substâncias. Outros estudos foram incapazes de corroborar tais achados, pelo que não encontraram diferenças clínicas entre doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, com e sem a comorbilidade referida (Mueser e col., 1998).

Além do melhor funcionamento pré-mórbido, existem algumas características demográficas e clínicas deste duplo diagnóstico esquizofrenia/abuso de substâncias que tem

sido referidas com alguma consistência na literatura. As características típicas são: sexo masculino, jovens, elevada incidência de "sem-abrigo", maior frequência de sintomas positivos e menor de sintomas negativos, maior incidência de perturbações afectivas, aumento da taxa de suicídio, mais refractariedade e não adesão ao tratamento, necessidade de doses elevadas de medicação antipsicótica, maior taxa de hospitalizações por descompensação psicopatológica, maior frequência de altas por abandono ou contra opinião médica, menor idade aquando da primeira hospitalização e subsequente diagnóstico e, por último, elevada incidência de violência (Scheller-Gilkey e col., 1999).

4.3 AGRESSÃO E VIOLÊNCIA EM DOENTES COM DUPLO DIAGNÓSTICO

Tem sido sistematicamente demonstrado que a esquizofrenia com história de abuso comórbido de substâncias, em especial o alcoolismo, tem maior risco de violência comparativamente àquela sem esta comorbilidade (Swanson e col. 1990; Cuffel, 1992; Tiihonen e col. 1997; Wallace e col. 1998a; Wallace e col., 1998b). Existem dados inequívocos que verificam esta associação. Numa análise de dados obtidos através de duas amostras de doentes (n=447 e 192) com o diagnóstico de esquizofrenia, foi demonstrado que os doentes com abuso comórbido de substâncias tinham tido um maior número de detenções policiais relativamente aos outros (40 % *vs.* 13,7%) (Soyka e col., 1993; Soyka, 1994). Rice & Harris (1995a), estudaram 618 indivíduos detidos pela prática de crime e verificaram que 26% dos que tinham o diagnóstico de esquizofrenia e abuso de álcool em comorbilidade tinham sido violentos, comparativamente a 7% dos indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia sem outro diagnóstico. Num estudo de *follow-up* de uma amostra de doentes com esquizofrenia na comunidade, os autores verificaram que, pese embora a menor gravidade da agressão e a baixa incidência criminal na comunidade estudada, indivíduos com duplo diagnóstico apresentavam maior probabilidade de terem tido um comportamento agressivo ou criminal recente (Scott e col., 1998). No entanto, e surpreendentemente, um número considerável de indivíduos com o diagnóstico único de esquizofrenia referiam a ocorrência de agressões relacionadas com o consumo de substâncias. Este facto poderá sugerir que o número real de indivíduos com abuso/dependência de substâncias em comorbilidade com esquizofrenia estará subestimado (o que poderá ser mais provável quando os dados são baseados em auto-informações), ou que as agressões relacionadas com o uso de substâncias

não têm de facto qualquer relação com um comportamento de abuso das mesmas. Considera-se necessária a resolução deste problema metodológico em futuros trabalhos.

Swartz e col. (1998) avaliaram uma amostra de 331 doentes internados compulsivamente (com perturbação psiquiátrica *major*), no período de tempo que antecedeu à alta (a maioria com o diagnóstico de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, 26,9 % com perturbação bipolar e 5,1 % com depressão *major*). Concluiram que 33,8 % tinha história de abuso de álcool ou drogas e 17,8 % (n=59) tinha antecedentes de actos violentos graves no período prévio ao internamento. Num modelo estatístico multivariado os autores examinaram um número considerável de factores de risco e verificaram que a combinação de abuso de substâncias e não adesão à terapêutica estava associada, de forma estatisticamente significativa, com actos violentos graves ocorridos num período de quatro meses antes do internamento compulsivo. Esta associação manteve-se mesmo após o controle das características clínicas e de factores económicos e sócio-demográficos. Este estudo foi, no entanto, incapaz de demonstrar qualquer tipo de associação entre actos violentos graves e características psicopatológicas inerentes ao diagnóstico de esquizofrenia.

Um outro estudo sobre violência na esquizofrenia foi efectuado com 1136 doentes com perturbações psiquiátricas *major* que tinham tido alta recente de um hospital psiquiátrico de agúdos (Steadman e col., 1998). Os autores sugeriram não existir diferenças significativas entre a prevalência de violência obtida através de auto-descrições e informações de colaterais e registos policiais e hospitalares, de doentes sem comorbilidade com abuso de substâncias e os indivíduos que viviam nessa mesma área. A existência de sintomas relacionados com abuso aumentava de forma significativa a taxa de violência nos dois grupos de estudo: doentes e grupo controlo. Este estudo confirmou que o abuso de substâncias é um factor de risco importante para a ocorrência de violência em doentes com perturbações mentais major, especialmente na esquizofrenia. No entanto, dever-se-á referir uma limitação metodológica importante inerente a este estudo, tendo em conta as características da amostra, visto incluir um elevado número de doentes com comorbilidade (37,6 %) o que poderá justificar a elevada prevalência de violência encontrada.

Os dados mais consistentes surgem de um estudo de *follow-up* de 26 anos de um coorte randomizado de nascimentos (n=1107) na Finlândia (Rasanen e col., 1998). Os indivíduos do sexo masculino que apresentavam, além de esquizofrenia, o diagnóstico de abuso de álcool, tinham uma probabilidade aumentada em 25,2 vezes de cometerem um crime

violento relativamente aos indivíduos sem perturbações mentais. O risco para os doentes esquizofrénicos sem comorbilidade era de 3,6 e para outras psicoses de 7,7. Nenhum dos doentes com esquizofrenia que não apresentasse comorbilidade com abuso de álcool era recidivante (>2 crimes) no que respeita ao comportamento violento criminal, mas o risco de incorrer no comportamento referido em doentes com esquizofrenia e abuso de álcool era de 9,5. Cerca de 1/5 dos doentes do sexo masculino com esquizofrenia era dependente de álcool antes dos 27 anos de idade, e eram sete vezes mais prováveis de cometer um crime violento que outros doentes com esquizofrenia sem esta comorbilidade. Estes valores excediam os de estudos precedentes (Swanson e col., 1990; Eronen e col., 1996). Contudo, e porque se mantém elevado o risco de violência nos doentes sem esta comorbilidade, o abuso de substâncias e álcool poderá actuar apenas como um factor de aumento da probabilidade de ocorrência da mesma e não como um factor causal independente (Arsenault e col., 2000; Brennan e col., 2000). Destarte, o risco proveniente do abuso de substâncias poderá ser meramente aditivo.

5. SÍNTESE

Não parece existir continuidade entre a noção de esquizofrenia de Kraepelin (curso e duração), de Bleuler (perturbação formal do pensamento) e, ainda, de Schneider (sintomas de 1.ª ordem). Cada um destes alienistas tinha uma diferente (aditiva ou complementar?) definição de esquizofrenia e assim, cada característica clínica descrita só faz sentido no contexto das suas concepções e não de um modo descontextualizado. As definições do DSM-IV (APA, 1994) e CID-10 (WHO, 1992), surgem neste sentido, ao tentar dar um contexto uniformizador de esquizofrenia. A visão actual de esquizofrenia é de que esta não é o resultado de uma definição e de um único objecto de estudo sucessivamente estudado por vários psiquiatras, mas sim uma mistura constituída por características clínicas retiradas de diferentes definições e, numa perspectiva ateórica. A história da *descontinuidade* oferece ideias alternativas de investigação, pois não existe uma doença unitária chamada esquizofrenia mas sim uma colectânea de sintomas mentais, alguns congénitos, outros relíquias da evolução, outros adquiridos (Berrios, 2000).

Assim, não existe uma conceptualização unânime e universal da esquizofrenia sendo certo que, ao longo do tempo, o termo sofreu ampliações e contracções conceptuais que ainda

não terminaram, à medida que ainda se anseia pela descoberta de marcadores biológicos desta perturbação mental. Matos e col. (2003c) arriscam a seguinte definição genérica: *"doença polimórfica, heterogénea e multifactorial que se inicia habitualmente no fim da adolescência ou início da vida adulta, se manifesta como uma ruptura biográfica ou do desenvolvimento normal do indivíduo atingido, invadindo e desagregando a sua personalidade e cursa com perda do contacto com a realidade e ausência de juízo crítico."* Segundo as duas principais classificações internacionais (ICD-10 e DSM-IV) poder-se-á subdividir a esquizofrenia em subtipos: paranóide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, simples e residual segundo a CID-10; paranóide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, residual, conforme consta do DSM-IV. Sendo a esquizofrenia heterogénea na sua apresentação clínica, tem sido sugerido que vários e diferentes processos patofisiológicos contribuem para a doença e sua psicopatologia (Liddle, 2000).

Além dos sintomas psicóticos e da comorbilidade com abuso de álcool/substâncias, outros factores como sexo masculino, gravidade da psicopatologia, ausência de juízo crítico, início precoce dos sintomas psicóticos, perturbação pré-mórbida da personalidade antisocial, classe social, estatuto laboral, não adesão à terapêutica são importantes variáveis nos estudos epidemiológicos. Tem sido observada uma significativa associação entre a não adesão terapêutica e actos violentos (Bartels e col., 1991; Swartz e col., 1998). No que respeita aos factores sócio-demográficos, não têm sido fiáveis no que respeita a serem factores de identificação de doentes em alto risco para um comportamento violento (Taylor & Monahan, 1996). A actividade delirante persecutória tem sido referida como tendo importância relevante para a violência na esquizofrenia (Nestor e col., 1995). Embora se considere rara a violência motivada pela actividade delirante, existe um risco moderado de que os delírios possam desencadear actos violentos em alguma altura do curso da doença, mas para alguns autores o papel de possíveis estados agudos de intoxicação deverá ser tido em conta nestes casos (Soyka, 2000). Todos os estudos de investigação nesta área tem sido sujeitos a críticas visto serem na sua maioria, retrospectivos e utilizarem instrumentos para a avaliação da actividade delirante e violência pouco consensuais (Walsh e col., 2002). O *"MacArthur Violence Risk Assessment Study"* conseguiu, de algum modo, ultrapassar estas limitações metodológicas e levantar a dúvida da importância dos sintomas de imposição ameaça/controle como factores mediadores de violência (Monahan e col., 2001). Neste estudo nem a actividade delirante em

geral nem os delírios de ameaça/controle foram associados com o risco aumentado de violência.

Os dados eventualmente explicativos acerca das razões para a maior ocorrência de violência e agressão em doentes com esquizofrenia não têm sido consensuais. Será desejável um melhor enquadramento e contextualização dos factores sócio-demográficos, clínicos e jurídico-penais em doentes a cumprir medida de segurança por actos agressivos tipificados como crime pelo Código Penal Português, e por tal poderem ser considerados *inimputáveis perigosos*. Desta forma poderá obter-se uma melhor compreensão deste fenómeno nos doentes esquizofrénicos em geral.

CAPÍTULO IV

ENQUADRAMENTO JURÍDICO-PENAL DA ESQUIZOFRENIA

"O diagnóstico da perigosidade nas doenças mentais
deve ser cercado de grande cuidado. As possibilidades terapêuticas,
o melhor apoio de psiquiatria social, contribuem, largamente,
para reduzir a perigosidade dos doentes mentais.
Numa psicose aguda, numa esquizofrenia, psicose epiléptica
ou alcoólica, a opinião do perito deve ser reservada,
até que se verifique a resposta à terapêutica".

Pedro Polónio, 1975
(cit. in Leal-Henriques & Santos, 2002)

1. IMPUTABILIDADE: A INTERFACE PSIQUIATRIA/DIREITO PENAL

Psiquiatria e Direito tem trilhado trajectos comuns no seu caminho evolutivo. O doente mental ocupou, sempre, um lugar excepcional no Direito, sobretudo no Direito Penal. Pinel, Esquirol (*Lei dos Alienados 1838*), Kraepelin, Freud, Bleuler, Jaspers, Schneider (*Avaliação da Imputabilidade*), Kretschmer, etc., e Wyrsch (*Psiquiatria Forense, 1948*), salientaram-se nesta área (Fernández & Rodriguéz, 1994). Em Portugal, Miguel Bombarda, Sobral Cid, Barahona Fernandes (*conceito de "Imputabilidade atenuada"*) e Pedro Polónio (*Tratado de Psiquiatria Forense, 1975*). Todos se interessaram pelo que se denomina Psiquiatria Forense : *"ciência auxiliar do Direito, que estabelece e define os elementos necessários ao fundamento da opinião médica que informa o juiz a respeito da aplicação da Lei aos portadores de doenças e anomalias mentais"* (Polónio, 1975). O instrumento de que dispõe é a perícia médico-legal psiquiátrica que é submetido à apreciação do julgador, como auxiliar à fundamentação das suas conclusões. A Psiquiatria e o Direito, como ciências diferentes que são, apresentam diferentes pressupostos teóricos. "Jurisprudência é uma ciência normativa que aspira ao obrigatório e tende a ir *além* do que é circunstancial e do momento, a Psiquiatria é uma ciência natural, e como tal ocupa-se de explicar e de determinar *o que é*" (Wyrsch, 1948 cit. in Fernández & Rodríguez, 1994).

Perspectivam assim diferentes concepções do ser humano e do seu comportamento, e como tal encontram-se em divergência quer no método, lógico-formal do jurista, científico-natural do psiquiatra, como; na forma de estudar os factos, uma vez que enquanto o jurista está interessado predominantemente no acto e seu resultado e na adequação do mesmo à norma, o psiquiatra está no sujeito que o realizou, pelo que: *"A Psiquiatria Forense não deve esquecer-se nunca que actua na qualidade de auxiliar na Administração da Justiça"*. (Rojo, 1994). Ou seja, Psiquiatria e Direito tem em comum, num país democrático, o interesse de ambas as ciências em lutar pela liberdade do sujeito. A inimputabilidade, na esquizofrenia, pressupõe ausência de *liberdade (psíquica)*. Nessa ausência, constitui-se o sentido clássico de *alienação*.

2. VIOLÊNCIA CRIMINAL E NÃO CRIMINAL: A TÉNUE DIFERENÇA

Existem semelhanças entre o comportamento violento no hospital e na comunidade, e entre violência "criminal" e "não criminal". Muitos dos comportamentos violentos exibidos pelos doentes psiquiátricos internados, seriam puníveis por lei se perpetrados na comunidade por agressores sem perturbação psiquiátrica (Myers, 1984). A principal diferença entre actos violentos cometidos por doentes psiquiátricos e os cometidos por não doentes é o diferente tratamento por parte das entidades de justiça criminal (Código Penal - CP, 1982; Código do Processo Penal - CPP, 1987): 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 psiquicamente poderão não ser detidos e as queixas retiradas. Doentes psiquiátricos internados não são, geralmente, acusados por actos violentos cometidos no hospital (Grassi e col., 2001).

Por outro lado, a prevalência de perturbações mentais graves entre os detidos é superior à da população geral (Teplin 1990, Teplin e col., 1991). De algum modo, a distinção entre violência criminal e não criminal é imposta por interacções entre a justiça criminal e os sistemas de saúde mental. Estas interacções (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. Está estabelecido, actualmente, que os dois factores preditores *demográficos* major de comportamento violento são o sexo masculino e idade jovem. Sabe-se, também, que os dois factores preditores *clínicos major* de

comportamento violento são história prévia de agressividade e abuso de substâncias (álcool e/ou drogas). Estudos recentes verificaram que *perturbação mental major com ausência de compliance à terapêutica* é o terceiro factor preditor clínico *major* de comportamento violento (Kraemer e col., 1997).

3. COMPORTAMENTO VIOLENTO NA ESQUIZOFRENIA E A JURISPRUDÊNCIA

São descritos três tipos de comportamento violento no doente esquizofrénico (Aranzadi, 1999):

1 – *Directo*. Relaciona-se com os sintomas produtivos e positivos, próprios do episódio agudo, quando o comportamento do indivíduo está influenciado pelas alucinações, ideias delirantes e outras perturbações do pensamento. Os diversos estudos efectuados apresentam percentagens atribuíveis a este tipo de violência de 33% a 80%.

2 – *Indirecto*. Relacionado com os sintomas de deterioração que a doença produz no indivíduo, com os denominados sintomas negativos, com a esquizofrenia negativa de Andreasen e Olsen e com o tipo II de Crow.

3 – *Coincidente*. Apresentada em doentes com história prévia de comportamentos violentos, nos quais a perturbação esquizofrénica pode aumentar o comportamento violento e deterioração noutras áreas.

A esquizofrenia é, de todas as perturbações psicóticas, nas quais conceptualmente existe uma "perda dos limites do eu" ou um "marcado défice do teste da realidade" (DSM-IV-TR, 2002), a categoria nosológica que tem constituído a imagem típica da alienação mental produtora de inimputabilidade. Estabelece o art. 20º do CP (1982), no seu n.º 1: "É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, é incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação." A determinação de inimputabilidade condiciona-se, assim, a dois pressupostos. Um de natureza biológica, que consiste na existência de anomalia psíquica, e outro de natureza psicológico-normativa, que se traduz na incapacidade de avaliar a ilicitude do facto ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

Uma recente sentença no caso de esquizofrenia paranóide (19 de Outubro de 1999) proferida sobre factos que integravam a prática de um crime de homicídio qualificado, p. e p. pelo artigo 131º e 132º, n.º 2, al. d) e dois crimes de ofensas corporais, p. e p. pelo artigo 143º,

n.º 1, CP, tudo com referência aos artigos 20º, n.º 1 e 91º, n.º 2, por o arguido ser inimputável perigoso, acordaram os Juizes que constituem o Tribunal Colectivo: "(...) apurou-se que a esquizofrenia paranóide se caracteriza pela emergência de uma actividade alucinatória e delirante intensa, com consequente desorganização do comportamento do doente e total perda do sentido da realidade. Toda a acção é desenrolada num contexto psicótico, em que a sequência das acções não tem qualquer coerência ou enquadramento na normalidade. Consequentemente, conclui-se que devido à doença de que padece não lhe era possível avaliar a ilicitude dos seus actos, ou seja, que o arguido foi perfeitamente incapaz de se determinar de acordo com o desvalor dos factos cometidos. O arguido é inimputável nos termos do n.º 1 do art. 20º. Tal circunstância exclui a possibilidade de, relativamente a este arguido, se formular um juízo de culpa, isto é, um juízo de censura dirigido ao agente que, tendo podido actuar segundo o dever, optou por agir ilicitamente, evidenciando uma atitude contrária ao direito."

Escrevia-se no n.º 5 do Preâmbulo do texto do CP de 1982 (Leal-Henriques & Santos, 2002a): "Não se desconhece que, amiúde a fronteira entre o imputável e o inimputável é extremamente difícil de traçar. Daí a urgência na adopção de um critério que rigorosamente seriasse as várias hipóteses pela aferição das quais o agente da infracção pudesse ser considerado imputável ou inimputável. Neste horizonte, o diploma faz apelo a um critério bio-psicológico integrado por componentes de nítida matriz axiológica, ou seja, *a comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas* (art. 20.º). É pois, necessário para o agente ser considerado imputável, que consiga determinar-se pelas penas". Os penalistas reconhecem que a esquizofrenia, a "demência precoce" de Morel e que Kraepelin consagrou em 1896, na sua 5ª edição do Tratado de Psiquiatria, terminologia que depois Bleuler substitui e 1911 por "grupo de esquizofrenias", ou abreviadamente "esquizofrenia", tradicionalmente considerada endógena, pode fundamentar uma isenção de culpa; total, sempre que a sua intensidade seja plena, ou parcial, quando não perturbe plenamente as faculdades mentais do sujeito (Entralgo, 1994).

4. COMPORTAMENTO VIOLENTO NA ESQUIZOFRENIA E AS CLASSIFICAÇÕES EM PSIQUIATRIA

A perigosidade criminal destes doentes, tem sido objecto de profunda revisão nas Classificações Internacionais, principalmente na que respeita à da *American Psychiatric*

Association (APA). O DSM-III-R (APA, 1987), em relação a actos violentos, adverte que a prática destes – "muitas vezes espectaculares" – frequentemente caracterizados pela ausência de antecedentes desta ordem e que constituem uma das complicações da doença (Entralgo, 1994), "(...) Atraem o grande público, embora se ignore se a frequência de tais actos é superior à da população geral (...)". O DSM-IV (APA, 1994) apenas refere que, e em relação à esquizofrenia em geral: "Existem dados contraditórios em relação à frequência de actos violentos superiores à população em geral.". No entanto, ao descrever o subtipo paranóide menciona que: "(...) Ansiedade, cólera, indiferença e querelância constituem características associadas. O sujeito pode apresentar uma postura de superioridade ou comando e também uma qualidade afectada, formal ou uma extrema intensidade nas relações interpessoais. A temática persecutória pode predispor o sujeito ao comportamento suicida e, a combinação de ideias delirantes persecutórias e de grandeza com cólera, podem predispor o sujeito a actos de violência."

Recentemente, o DSM-IV-TR (APA, 2002) impõem-se com uma visão diferente, no que respeita à esquizofrenia em geral (mantendo, no entanto, a posição referida anteriormente ao descrever o subtipo paranóide): "Muitos estudos têm verificado que os *subgrupos* de sujeitos com esquizofrenia tem uma incidência mais elevada de comportamento agressivo e violento. Os factores mais importantes, na predição do comportamento violento, são: o sexo masculino, a idade mais jovem, a história anterior de violência, a não adesão à medicação antipsicótica e o uso excessivo de substâncias.

Contudo, deve notar-se que a maioria dos sujeitos com esquizofrenia não é mais violenta do que os da população geral". Várias questões se percepcionam após a leitura deste excerto: o que se entende por subgrupos e quais são? Qual é o termo de comparação da incidência referida? Qual é a minoria de doentes com esquizofrenia que são violentos? E se a maioria que não é mais violenta, é tão ou menos violenta que a população geral?

O CID-10 (WHO; 1992) não se refere especificamente à perigosidade ou à violência destes doentes, apenas, na descrição das características gerais de diagnóstico de Esquizofrenia paranóide, menciona: "(...) Um grau menor de incongruência é comum (...) tais como irritabilidade, raiva repentina, receio e suspeita".

5. ESQUIZOFRENIA, CRIME E INIMPUTABILIDADE

Numa sentença proferida por um Tribunal colectivo em 28 de Novembro de 1990 pode ler-se: "(...) A esquizofrenia, que etimologicamente equivale a "mente cindida", supõe uma inibição da pessoa, uma dissociação intrínseca com bloqueio do pensamento e ruptura do mundo interior e íntimo em relação ao meio exterior, com completo desinteresse e indiferença. É, em suma, a clássica doença mental, vulgar loucura, fácil de diferenciar das restantes perturbações psíquicas, mas, contudo, extremamente complicado precisar os seus traços constitutivos e a sua essência intrínseca, chegando-se assim a uma definição por exclusão negativa do que ao verdadeiro conceito positivo" (Entralgo, 1994).

Para valorar os efeitos das perturbações psíquicas na responsabilidade penal, bastará, como primeiro critério, a afirmação simples de uma determinada perturbação mental para deduzir a exclusão da responsabilidade mental; como segundo critério, exige-se que, além da anomalia básica de índole patológica, exista uma anulação ou diminuição das faculdades intelectuais e valorativas.

Poder-se-á assumir que o comportamento criminal do esquizofrénico não está motivado em última instância, por factores externos, respondendo a uma dinâmica endógena, cuja significação exterior é quase sempre nula, tornando-se incompreensível a partir de um pensamento e lógica normais. É inimputável, pois, quem, por força de uma anomalia psíquica, a certificar pela ciência médica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação. São estes os dizeres do n.º 1 do artigo 20º (CP). A determinação da inimputabilidade está assim condicionada à existência de dois pressupostos (cfr. Figueiredo Dias, cit. Leal-Henriques & Santos, 2002a):

- biológico *(anomalia psíquica)* – É de notar que o conceito de anomalia psíquica ultrapassa os casos de doença mental, abrangendo, v.g., as perturbações de consciência, as oligofrenias, as psicopatias, as neuroses, etc.;
- psicológico, ou normativo *(incapacidade para avaliar a ilicitude do facto ou se determinar de harmonia com essa avaliação)*. Designadamente, o efeito normativo traduz-se praticamente na destruição da conexão objectiva do sentido do comportamento do agente, de tal modo que um tal comportamento

> pode ser causalmente explicado, mas não pode ser espiritualmente compreendido e imputado à personalidade do agente permitindo, assim, a adopção das várias posições que se perfilam quanto ao efeito psicológico exigido: *o poder agir de outra maneira na situação*; a "incapacidade do agente para ser influenciado pelas normas" (n.º 3).

A Comissão Revisora do Código de 1982 (BMJ 143-25), refere que em relação a este último pressuposto não se põe um problema positivo de liberdade, antes se encara esta pela negativa: *presume-se que o homem é em regra livre, isto é, tem a capacidade exigida, indo depois verificar-se, no caso concreto, se existem no seu psíquico corpos estranhos que porventura neguem aquela capacidade.* Aí referiu o Autor do Projecto de 1963, que toda e qualquer anomalia psíquica acidental conduzirá à inimputabilidade desde que produza o efeito psicológico requerido, ressalvada a *hipótese de pré-ordenação* (art. 20.º, n.º 4).

O n.º 2 do mesmo artigo (20.º) ocupa-se da imputabilidade diminuída de forma inovadora, na linha do pensamento original de Eduardo Correia (1971): "Para que alguém seja imputável não basta a capacidade intelectual para compreender os juízos de valor ligados às condutas. É preciso que o agente tenha o livre exercício da sua vontade, que tenha a liberdade de querer de harmonia com essa valoração." Se o juiz considerar que o efeito psicológico da inimputabilidade só se verifica parcialmente, mas encontrar uma base biológica grave, permanente, e que o agente não domina os seus efeitos, pode concluir pela inimputabilidade, tendo presente o indício consagrado no n.º 3 – *incapacidade do agente para se deixar influenciar pelas penas.* Este n.º 2 deve ser conjugado com o disposto no art. 91.º do Código Penal (que se ocupa do internamento de inimputáveis), nos termos do qual o indivíduo inimputável, que pratique um facto típico, poderá ser mandado internar pelo tribunal em estabelecimento adequado (de cura, tratamento ou segurança) se houver fundado receio (em virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado) de que venha a cometer outros factos típicos graves .

O penalista Figueiredo Dias (cit. Leal-Henriques & Santos, 2002a), referindo-se ao texto de 1982, escreveu a propósito: "O art. 20.º, n.º 1 do novo Código começa por oferecer uma definição, que diríamos clássica, de inimputabilidade (...). Há em todo o caso a anotar logo aqui dois pontos do mais alto relevo para as tarefas da aplicação. O primeiro é de que (...) o Código se recusou a fazer uma enumeração – sequer exemplificativa – do *tipo de*

anomalias psíquicas que podem determinar a inimputabilidade. Se bem que deva reconhecer-se que assim se torna mais difícil obter uma apreciável certeza na aplicação, esta decisão legislativa pode reivindicar em seu favor boas razões. Desde logo a de que no próprio campo médico científico reina ainda hoje a maior incerteza, tanto a nível terminológico como a nível da determinação dos efeitos sobre o intelecto e a vontade do sujeito que a cada tipo de anomalia devem, em abstracto, atribuir-se. Depois, a circunstância de o conhecimento científico estar a evoluir neste domínio com grande rapidez, pelo que qualquer elenco correria o risco de ser ultrapassado ou se tornar mesmo obsoleto a breve prazo, mais prejudicando deste modo do que favorecendo as tarefas de aplicação do direito. Em terceiro lugar, porventura, a circunstância de assim se ter querido dar a entender que – seja embora o elenco biopsicológico imprescindível, como na verdade é, à verificação em concreto de uma inimputabilidade – decisivo será sempre o efeito normativo que ao substrato biopsicológico há-de estar ligado."

O conhecido criminalista mais refere: "No que toca ao efeito psicológico exigido, sabe-se como são duras as controvérsias que se travam, nomeadamente no que toca a saber se o que se exige aí é uma resposta – que hoje mais e mais se considera impossível, tanto da parte do juiz como do perito – à questão do *poder de agir de outra maneira* na situação. Quem não queira seguir esta via tem no novo Código um elemento que sugere uma outra via. Essa outra via traduz-se em ligar o efeito normativo à incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas, que o n.º 3 do art. 20.º considera índice de uma situação de inimputabilidade. Outros ainda considerarão (...), e é o meu caso, que o efeito normativo se traduz na destruição da conexão objectiva do sentido do comportamento do agente, de tal modo que um tal *comportamento pode ser causalmente explicado, mas não pode ser espiritualmente compreendido e imputado à personalidade do agente.* Mas como quer que seja quanto a este ponto, não tenho dúvida de que o art.º 20.º do novo código penal está redigido em termos simultaneamente precisos e flexíveis, que permitem uma aplicação segura sem obstarem ao aprofundamento e à evolução criadoras da doutrina da imputabilidade jurídico-penal."

Ocorreram, entretanto, alterações no texto do artigo 91.º do CP (DL n.º 48/95, de 15 de Março), concretamente no n.º 2 substituiu-se a referência: *"homicídio ou ofensas corporais graves, ou outros actos de violência"*, pela indicação de *"crime contra as pessoas ou a crime de perigo comum"*. Esta correcção justifica-se pela difícil concretização do conceito de "actos

de violência". Actualmente no n.º 2 daquele preceito legal a imposição da medida passa a valer só quando ao facto, corresponder crime punível com pena superior a 5 anos. Por seu turno, no texto de 1982, considerava-se suficiente a correspondência a crime punível com pena de prisão superior a 3 anos. Mas a duração mínima do internamento pode ser reduzida *se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social.*

A aplicação das medidas de segurança, tal como as penas, estão sujeitas aos seguintes princípios:

- ***princípio da legalidade:*** paralelo ao da legalidade das penas (arts 29.º, n.º 1, da CRP e 1.º, n.º 2 do CP);
- ***princípio da tipicidade:*** a prática de um facto formalmente ilícito é condição necessária da aplicação da medida de segurança. No texto de 1982 era utilizada a expressão "facto descrito num tipo legal de crime", substituída agora pela expressão "facto ilícito típico", clarificando-se assim que o pressuposto da aplicação da medida de segurança de internamento é a prática pelo inimputável, *não de um ilícito típico completo*, mas de um facto que possa ser considerado criminoso, salvo no que se refere aos elementos pertencentes ou decorrentes da culpa;
- ***princípio da proporcionalidade:*** que decorre dos artigos 91.º e 92.º do CP e dos arts. 18.º, n.º 2 e 30.º, n.º 2, da CRP. *A medida de segurança não deve ser aplicada em casos insignificantes, relacionada que está com a gravidade e a perigosidade social.*

Mas, contrariamente às penas, o seu fundamento é a existência de *perigosidade* e não a *culpa.*

6. APLICAÇÃO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA A INIMPUTÁVEIS PERIGOSOS

O artigo 91.º do CP procura dar solução ao problema do *destino dos inimputáveis* e desde logo toma posição sobre a questão de saber se aquele destino implicará sempre um internamento ou se poderá também implicar apenas um sistema paralelo ao do regime de prova, optando declaradamente pela primeira solução. Esta regra é atenuada pelo limite

estabelecido para o internamento no n.º 2 do art. 92.º, bem como pelo preceituado no n.º 1 do mesmo artigo, de que *o internamento cessará quando o tribunal verificar que findou o estado de perigosidade que lhe deu origem.* No que concerne às medidas de segurança, não se pode falar em limites máximos; em regra, *a medida de segurança durará até cessar o estado de perigosidade,* estabelece-se, no entanto, como limite o máximo, o da correspondente ao tipo legal de crime "cometido" pelo inimputável, considerando, porém, como excepção (mas ainda com um limite temporal) a prorrogação do internamento determinada pelo perigo de "novos crimes contra as pessoas".

Só se pode ser privado total ou parcialmente da liberdade, mediante a aplicação de uma *medida de segurança,* aplicada por sentença judicial, (n.º 2 do art. 27.º da Constituição da República Portuguesa, 1997). A medida de segurança, para Nélson Hungria, é sempre *post-delitual*: só depois de haver cometido um facto típico penalmente relevante é que o inimputável pode ser sujeito ao internamento (cit. Leal-Henriques & Santos, 2002b). Este autor afirma que:

"O reconhecimento da periculosidade ante delictum seria ensejar, na prática, possíveis excessos ao arbítrio judicial, com grande desfavor à liberdade individual. Entre todos os indícios ou sintomas de periculosidade de um indivíduo, o mais seguro é, sem dúvida, a prática de um daqueles factos antisociais que, pela sua gravidade, a ordem jurídica define como ilícitos penais. É o que mais reduz a álea nesse cálculo de probabilidade que é o juízo de periculosidade. Por menos recomendável na sua vida anteacta, por mais acentuada a sua anormalidade psíquica, por mais evidentes os desvios de sua personalidade e as perniciosas influências do ambiente imoral em que vive, não se pode predizer, com suficiente firmeza, enquanto não haja praticado um crime, que um indivíduo chegará a tal extremo de antissociabilidade. Somente a prática de uma acção criminosa evidencia a sua efectiva capacidade de delinquir, sem a qual o juízo de periculosidade arrisca-se a não ser mais que precária hipótese ou simples conjectura. Com a prática do crime (sensu lato), naturalmente relacionado ao curriculum vitae e à personalidade do agente, já se apresenta um elemento certo para a indução do juiz. Já então o juízo de periculosidade pode adquirir o cunho de autorizada suposição ou de fundada previsão."

O n.º 1 (art.º 91.º CP) refere-se com rigor a "facto ilícito típico", em vez de dizer mais simplesmente "crime". É que se o facto é praticado por um inimputável só *objectivamente* constitui um crime, uma vez que lhe falta o indispensável elemento psíquico e a culpa tem

como condição a capacidade (Figueiredo Dias, 1983). Crime é o facto previsto como tal e praticado por pessoa penalmente responsável, o que não ocorre aqui. Mas não é qualquer facto típico que é susceptível de desencadear a aplicação desta medida. Só aqueles que se revestem de *certa gravidade* têm essa potencialidade, como claramente inculca a parte final do n.º 1 que manda atender à "espécie" e "gravidade do facto praticado" (Leal-Henriques & Santos, 2002b). Serão, em princípio, graves os factos puníveis com pena superior a 5 anos, o que não significa que, necessariamente, não o sejam os puníveis com pena inferior.

Para que tenha lugar a aplicação desta medida de segurança não basta que o agente fosse inimputável no momento da prática do facto típico, é ainda necessário que essa inimputabilidade se mantenha no momento da aplicação da medida, como se infere da parte final do n.º 1 que manda atender no juízo de perigosidade à anomalia psíquica. Como resulta deste artigo (91.º), *o inimputável perigoso deve ser internado.* Mas o que significa *delinquente* perigoso?

7. PERIGOSIDADE

Foi referido na 1.ª Comissão Revisora (BMJ 152-13) que "significa, como precisou a Escola positiva, que *o delinquente* é um tal de quem se espera a prática de graves factos criminalmente ilícitos". O facto típico é a *exteriorização da capacidade de delinquir*, mas esta não se confunde com a perigosidade, de que é apenas um indício, e "todo o indício pode ser desacreditado por um contra-indício" (Leal-Henriques & Santos, 2002b). Mas também não pode ser confundindo *delinquente* com *doente* (inimputável).

Resulta daí que, para imposição da medida de segurança, é exigido que, além da prática de facto previsto como crime, elementos outros cooperem na revelação da *perigosidade*. Esta só é reconhecível, do ponto de vista legal, quando, apreciado o dito facto nos seus *motivos e circunstâncias*, e em conexão com *dados da vida pregressa e a personalidade do agente*, se apresente a probabilidade (relevante possibilidade) de que este volte a delinquir (Eduardo Correia, 1971 cit. in Leal-Henriques & Santos, 2002b). Deve ocorrer uma *prognose desfavorável*, uma acentuada possibilidade de que o agente volte a praticar factos típicos, derivada da consideração conjunta da anomalia psíquica, da natureza e da gravidade do facto típico praticado. Mas é ainda necessário que o fundado receio de cometimento de outros factos típicos se refira a factos típicos graves ou relevantes. Não são

motivo suficiente factos pouco graves como denúncias caluniosas, pequenas burlas cometidas em estado de necessidade, tentativas de burla, destinadas de antemão ao fracasso (Jescheck cit. Leal-Henriques & Santos, 2002b). Impera aqui, ainda, o princípio da menor intervenção possível, pelo que é necessário que o perigo não possa ser evitado por outra forma menos lesiva para o agente de que o internamento. A aplicação da medida de segurança tem como pressuposto a gravidade, mas só pode ser aplicada (imposta) para *salvaguarda de um interesse público preponderante.*

A afirmação da perigosidade não é feita de forma indiferenciada, fórmula contrária aos ditames de um Estado de Direito, mas sim de forma a relacioná-la com o facto praticado. A gravidade do facto não deve ser aferida simplesmente em face de uma determinada penalidade, mas *na medida da relevância da lesão social verificada* (Leal-Henriques & Santos, 2002b), ou seja, o *delinquente* inimputável é *criminalmente perigoso* sempre que, por virtude da anomalia psíquica, de que sofre e do facto típico que praticou, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie. Assim, a perigosidade do agente pode ser encontrada com base na sua anomalia mental, no facto típico que praticou, na sua personalidade e no meio circundante. A decisão que ordenar o internamento deve especificar o tipo de instituição em que este deve ser cumprido e a sua duração máxima, bem como a mínima, se for caso disso. No n.º 1 (art.º 91, CP, 1995), fala-se de estabelecimento de cura, tratamento e segurança, em vez de "manicómios criminais", como acontecia com o Código anterior (1982). O internamento nos estabelecimentos de cura e de tratamento visa o aproveitamento das possibilidades correctoras para por termo ao estado de perigosidade criminal que lhe deu origem. Já o internamento em estabelecimento de segurança visa essencial e directamente proteger a sociedade do inimputável perigoso. O prognóstico suposto pelo n.º 2 do mesmo artigo, ao estabelecer um limite mínimo de internamento, é um prognóstico selectivo: só o receio da prática de crimes contra as pessoas ou de perigo comum puníveis com pena superior a 5 anos desencadeia a aplicação deste número. A execução das medidas de segurança é regulamentada nos artigos 501.º a 508.º do CPP. De acordo com o disposto no art. 501.º, a decisão que decretar o internamento especifica o *tipo de instituição* em que este deve ser cumprido e determina, se for caso disso, a *duração máxima e mínima do internamento* (n.º 1), efectuando-se o início e a cessação do internamento por mandado do tribunal (n.º 2).

De acordo com o art. 503.º do CPP, na instituição onde o internamento se efectuar é organizado um *processo individual*, no qual se registam ou juntam as comunicações recebidas do tribunal e os elementos a este fornecidos, bem como *os relatórios de avaliação periódica dos efeitos do tratamento sobre a perigosidade do internado* (n.º 1). Anualmente e sempre que as condições o justificarem, ou o Tribunal de Execução de Penas (TEP) o solicitar, o director da instituição remete para o processo organizado naquele tribunal o *relatório de avaliação periódica* (n.º 2). A questão da cessação do internamento, salvo o prazo mínimo do n.º 2 do art. 91.º (CP), pode ser apreciada a todo o tempo se for invocada a existência da causa justificativa (n.º 1, do art. 93.º do CP), e terá necessariamente lugar, independentemente de requerimento, decorridos 2 anos sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tenha mantido (n.º 2, do art. 93.º). *Não há, assim, em princípio, um limite mínimo a ser cumprido obrigatoriamente; a medida durará, dentro do limite fixado no n.º 2, o tempo necessário, até se verificar que findou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem.* Ocorre, no entanto, uma excepção a essa regra o n.º 2 do art. 91.º estabelece um limite mínimo de internamento – 3 anos – quando o facto praticado consiste em crime contra as pessoas ou de perigo comum, puníveis com pena superior a 5 anos. Mas diversamente do que sucedia com o texto de 1982, aquele limite não é absoluto, podendo ser afastado se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social (cfr. parte final desse n.º 2). A tal propósito refere Pedro Polónio (cit. in Leal-Henriques & Santos, 2002b): *" os doentes estarão internados o tempo necessário para obter a cura. Será função do juiz, informado pelo médico, apreciar a evolução da doença e determinar se a finalidade do internamento foi alcançada. Esta apreciação é muito difícil sem experiência clínica e cada juiz deve ter adido um consultor psiquiátrico para o auxiliar. Dê-se a prova de que a finalidade do internamento foi alcançada, o juiz ordena a libertação do internado. O juiz pode também verificar durante o internamento se o fim proposto foi alcançado e ordenar a libertação do internado".*

8. REINSERÇÃO SOCIAL DE INIMPUTÁVEIS

Nos termos do art. 504.º do Código de Processo Penal (1982, revisto em 1995), que trata da revisão, prorrogação e reexame do internamento, até 2 meses antes da data calculada para a revisão obrigatória da situação do internado, o TEP ordena:

- a perícia psiquiátrica ou sobre a personalidade em 30 dias;
- as diligências com interesse para a decisão (n.º 1) e os serviços de reinserção social enviam relatório contendo análise do enquadramento familiar e profissional do internado (n.º 2).

A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, salvo se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável. Se, da realização da revisão, obrigatória ou facultativa, da situação do internado resultar haver motivos para esperar que a finalidade da medida possa ser alcançada em meio aberto, o tribunal coloca o internado em liberdade para prova, uma vez que não há necessidade de o manter em meio fechado (n.º 1). É então fixado o prazo da liberdade para prova (n.º 2):

- mínimo de 2 anos; e
- máximo de 5 anos, ou limite máximo de duração do internamento (se for menor).

A *liberdade para prova* só pode ser decretada quando não tiver ainda cessado o estado de perigosidade; se esse estado tiver cessado determina-se a liberdade definitiva. O período da liberdade para prova não pode ultrapassar o tempo que faltar para o limite máximo da duração do internamento. Salvo o caso previsto no n.º 3 do art. 92.º (CP), atingido esse limite máximo a libertação será definitiva. *A fase de liberdade para prova apresenta-se como uma fase de transição entre a privação de liberdade e a plena liberdade, com assistência social adequada* (mas podendo vir a ser revogada, voltando então a medida de segurança a ser executada), *parece situar-se ainda dentro da execução da medida de segurança de internamento.*

A respectiva decisão (*liberdade para prova*) impõe ao agente *regras de conduta*, em termos correspondentes aos do art. 52.º (CP), necessárias à prevenção da perigosidade, bem como o dever de se submeter a tratamentos e regimes de cura ambulatórios apropriados e de se prestar a exames e observações nos lugares que lhe forem indicados, sendo o agente colocado sob a vigilância tutelar dos serviços de reinserção social, com a implementação de um plano individual de readapatação social. A vigilância tutelar dos trabalhadores sociais tem, complementarmente com a actuação clínica, designadamente quanto ao tratamento em meio aberto, *a maior importância, devendo caber, na estrutura entretanto criada, aos técnicos de reinserção social*.

As medidas de segurança aplicáveis a inimputáveis não se esgotam necessariamente em medidas institucionais ou privativas da liberdade, *devendo sempre recorrer-se a outras vias menos gravosas, susceptíveis de assegurar a cura e a defesa da sociedade* (Leal-

Henriques & Santos, 2002b). Daí o *poder-dever* atribuído ao tribunal de determinar a suspensão da execução da medida de internamento se for razoavelmente de esperar que assim se atinge a sua finalidade: protecção dos bens jurídicos através da reintegração do agente (doente) na sociedade e curado quanto à perigosidade que oferecia. Através da suspensão da medida de internamento, com imposição de regras de conduta e acompanhamento de regime de prova, logra-se aqui um tratamento não institucional ou extramuros para agentes inimputáveis, na sequência do estabelecido na lei, ou seja, uma espécie de regime de prova para inimputáveis (Leal-Henriques & Santos, 2002b). A decisão de suspensão impõe ao agente (doente) regras de conduta (art. 52.º do CP), nomeadamente:

a) não exercer determinadas profissões;
b) não frequentar certos meios ou lugares;
c) não residir em certos lugares ou regiões;
d) não acompanhar, alojar ou receber determinadas pessoas;
e) não frequentar certas associações ou não participar em determinadas reuniões;
f) não ter em seu poder objectos capazes de facilitar a prática de crimes;
g) apresentar-se periodicamente perante o tribunal, o técnico de reinserção social ou entidades não policiais.

Tais regras de conduta destinam-se à *prevenção da perigosidade*, tal como a decisão judicial também pode impor o dever de sujeição a tratamentos em instituição adequada (regime de cura em internamento ou ambulatório) e a obrigação de se disponibilizar para exames e observações nos lugares que forem indicados. O agente a quem for suspensa a execução do internamento é colocado sob vigilância tutelar dos serviços de reinserção social. O tribunal pode determinar que a *suspensão seja acompanhada de regime de prova*, se o considerar conveniente e adequado a facilitar a reintegração do condenado na sociedade (art. 53.º), regime este que assenta num plano individual de readaptação social, executado com vigilância e apoio, durante o tempo de duração da suspensão, dos serviços de reinserção social.

O plano individual de readaptação social é dado a conhecer ao *condenado* (doente), obtendo-se, sempre que possível, o seu acordo (art. 54.º), podendo o tribunal impor os deveres e regras de conduta referidos nos artigos 51.º e 52.º e ainda outras obrigações que interessem

ao *plano de readaptação e ao aperfeiçoamento do sentimento de responsabilidade social do condenado* (doente), nomeadamente:

a) responder a convocatórias do magistrado responsável pela execução e do técnico de reinserção social;
b) receber visitas do técnico de reinserção social e comunicar-lhe ou colocar à sua disposição informações e documentos comprovativos dos seus meios de subsistência;
c) informar o técnico de reinserção social sobre alterações de residência e de emprego, bem como sobre qualquer ausência superior a 8 dias e sobre a data do previsível regresso;
d) obter autorização prévia do magistrado responsável pela execução para se deslocar ao estrangeiro (n.º 4).

Quanto à revogação da suspensão da execução do internamento, a mesma ocorre quando (art.º 95º, n.º 1):

a) o comportamento do agente revelar que o internamento é indispensável; ou
b) o agente for condenado em pena privativa da liberdade e não se verificarem os pressupostos da suspensão da execução, nos termos do n.º1 do artigo 50º.

A revogação determina o reinternamento, sendo correspondentemente aplicável o disposto no art. 92.º do CP. Em anotação ao artigo correspondente, face ao texto de 1982 (Leal-Henriques & Santos, 2002b): *"Este artigo completa o preceito do art. 94.º, admitindo que o réu inimputável possa ser mantido em liberdade através de um regime de tratamento não institucional ou extramuros, como que uma espécie de regime de prova para inimputáveis que foi aplicado, designadamente em Inglaterra, com bons resultados e que tem, entre nós, o interesse prático de permitir a diminuição sensível dos inimputáveis que tem de sofrer uma medida de internamento, de acordo, aliás, com o princípio da menor intervenção possível a que nos referimos em anotação ao art. 91.º. Este preceito não está ligado à coacção psicológica que está associada à suspensão de execução da pena, uma vez que tem em vista o inimputável absoluto – sobre o qual a influência não pode ser exercida através do*

seu livre arbítrio, mas através de um tratamento; antes se aproxima, como já se referiu, do regime de prova."

Nessa linha aplica-se o *regime de prova* que se encontra no texto actual associado à suspensão da execução da pena. A suspensão de internamento (inimputável) tem algum paralelismo com a liberdade para prova (imputável), art. 94.°, mas ao contrário do que aí sucede, este artigo é aplicável quando o inimputável é perigoso, pois se o não é não há razão para que intervenha a armadura criminal. Portanto, a correcta interpretação do preceito só se alcançará quando se pondere que o *inimputável perigoso* – e perigoso nos termos do actual art. 91.° - pode com êxito ser tratado através de um regime ambulatório, ao invés de estabelecimento fechado. O que, de resto, permitirá compreender que quando um tal regime de liberdade se mostrar inadequado possa imediatamente ter lugar a medida primitivamente proposta, isto é, o internamento em estabelecimento destinado a inimputáveis. Neste sentido se fala e se deve falar de suspensão do internamento decretado (Leal-Henriques e Simas Santos, 2002b). Um outro ponto diferencia, ainda, estes dois institutos: enquanto *a liberdade para prova só pode ter lugar decorridos que sejam os prazos mínimos de internamento*, a suspensão do internamento tem lugar desde o início.

É este artigo 91.°, que se reporta à perigosidade criminal do inimputável, que orientou o pensamento dominante desta tese. ,mais concretamente o disposto no n.° 1 do referido artigo:*"(...) Por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie."*

9. DA PERIGOSIDADE AO RISCO

Pode ler-se num Acordão do Supremo Tribunal de Justiça (90/10/31, AJ 12, proc. N.° 41010) sobre Internamento de inimputável perigoso/duração da medida de internamento/homicídio qualificado: "(...) Esse internamento não é pelo prazo que corresponderia à pena aplicável ao crime [à data] e antes pelo período mínimo de 3 anos (art. 91.°, n.° 2, do C. P, 1982) e enquanto durar a perigosidade ou seja decorridos 20 anos (o limite máximo, da moldura correspondente ao tipo de crime cometido mais 4 anos – art. 91.°, n.°s 1 e 2). (...) Com efeito, a doença leva a que não se possa censurar o facto cometido e a que não se aplique ao agente qualquer pena; a perigosidade leva a que a sociedade, em sua defesa, procure evitar que o agente volte a cometer novos factos criminosos, pelos quais continua a

não ser responsável, tornando-se assim necessário tratar da doença e segregar o agente, enquanto é feito esse tratamento. É essa a finalidade da medida de segurança de internamento obrigatório, para seu tratamento.(...) uma vez curado, logo deixando de ser perigoso, deve ser libertado, desde que tenha decorrido um período mínimo que cumpre uma certa função ético-retributiva e de prevenção geral, mesmo na aplicação de medida de segurança. Da mesma forma *deve ser libertado, para se evitar uma segregação perpétua, quando se atinge o limite máximo para que o tratamento não possa ser mais gravoso que os efeitos da doença.*".

O discurso à volta da perigosidade dos doentes mentais foi gradualmente substituído, ao longo da década de 90 do século XX, pelo da determinação e avaliação do risco. Esta mudança apresenta-se como um produto do progresso do conhecimento e da melhor conceptualização desse mesmo conhecimento (Monahan, 1988; Gunn, 1996; Snowden, 1997; Kraemer e col., 1997). A perigosidade tinha sido, até então, considerada como propriedade de um indivíduo, algo do qual se tinha como certo a sua imutabilidade e estabilidade. O conceito de risco apresenta vantagens sobre o de perigosidade, sendo dimensional, relacionado com probabilidades e não com qualidades, e inerentemente, variável. O risco tem como propriedade fundamental o facto de ser calculável, e através das suas conexões com a probabilidade oferece uma abordagem objectiva. Monahan & Steadman (1994) referem-se a propósito da violência como sendo um problema de saúde no qual *"O objectivo da intervenção a nível da saúde pública é a prevenção, e não o tratamento, e a determinação e avaliação do risco deveria ser o principal objectivo"*.

A linguagem do perigo transmutada para a do risco torna uma exigência óbvia em direcção ao facto de tornar científica. O risco transporta a interacção de uma série de factores que não são necessariamente perigosos por si só, como a idade, o sexo, estado civil, etnia, ocupação, perturbação mental (Mullen, 2000). Os factores de risco podem ser quaisquer desde que tenham uma associação estatística com um evento futuro. Não existe uma presunção de causalidade que relaciona o predictor ao previsto. Enquanto que a perigosidade é "determinável", o risco é calculável (teoricamente).

Os conceitos de determinação e avaliação do risco são relativamente recentes na saúde mental. A determinação da perigosidade era quase exclusivamente propriedade dos profissionais de psiquiatria forense (Scott PD, 1977). Era uma actividade marginal baseada em técnicas arcaicas (Steadman & Cocozza, 1975, Shaw, 1973). A determinação e avaliação do risco tornou-se central para a prática psiquiátrica comum, que não só a nível forense. Tem-

se tornado numa das mais importantes actividades que definem as competências a nível profissional. A compreensão das raízes culturais e políticas da hegemonia crescente enxertada pela retórica do risco sobre a prática psiquiátrica pode desmistificar, mas não isenta o profissional dos imperativos do funcionamento a um novo nível. Parece óbvio que aos profissionais de saúde mental seja requerido que considerem a probabilidade dos seus doentes poderem actuar de um modo violento/destrutivo, e de procederem de modo a evitar esses actos. No entanto não é tão óbvio que o profissional de saúde mental seja responsável por toda uma comunidade e não pelo doente como indivíduo. Não é óbvio que ele possa predizer esses riscos eficazmente, tal como não é óbvio que a sua maior preocupação ao abordar um doente seja a determinação de um risco eventual. *As palavras risco e probabilidade não são sinónimo; risco implica um grau de perigo*

9.1. LIMITES NA DETERMINAÇÃO DO RISCO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

As fronteiras não estão bem delimitadas quando se trata de determinar como, quando e para quê o profissional de saúde mental é chamado para se pronunciar sobre a probabilidade de um determinado indivíduo praticar um acto violento ou criminoso. Poder-se-á aqui falar da *perigosidade,* ou da determinação do risco. A capacidade para determinar de forma competente a probabilidade de violência futura por parte de um doente ao seu cuidado é uma expectativa colocada, com intensidade crescente, nos psiquiatras. Na maioria das vezes, esta atribuição recai sobre uma população-alvo de doentes que apresentam perturbações mentais *major,* abuso de substâncias, e perturbações graves da personalidade e que se encontram em acompanhamento psiquiátrico por outros motivos que não os relacionados com actividades antisociais. Os dilemas éticos inerentes à determinação do risco sugerem que o profissional de saúde mental só se deverá pronunciar se (Mullen, 2000):

1. Existem dados empíricos evidentes para que se possa actuar de um ponto de vista clínico.
2. As variáveis dependentes da saúde mental são uma característica fundamental do quadro clínico de um indivíduo, bem como de importância relevante para a probabilidade de futuros comportamentos violentos lesivos.

3. A determinação do risco é baseada em características relevantes de um indivíduo particular as quais foram obtidas, exceptuando circunstâncias excepcionais, pelo exame directo do mesmo.
4. O risco é expresso em termos de probabilidades, e não atribuições de perigosidade, com a clara consciência de falibilidade e potencial variabilidade da predição.
5. Qualquer predição é formulada tendo em conta as implicações para o doente. Os profissionais de saúde mental não têm lugar de pronúncia quando se trata, por exemplo, da decisão de prorrogação de medidas de prisão.
6. As predições são motivadas primariamente pela intenção de providenciar ao doente o melhor tratamento e cuidados médicos adequados.

9.2. UTILIDADE PRÁTICA DA PREDIÇÃO DO RISCO

Mesmo com fundado conhecimento dos factores que poderão aumentar a probabilidade de comportamento violento, e daqueles que poderão diminuir essa probabilidade, não deixam de permanecer limitações teóricas e práticas para uma *previsão* eficaz. Se forem identificados factores que apenas existam em situações de violência, então a sua presença indicia um ataque futuro, e o poder do paradigma de predição será independente da frequência de violência futura na população, e de variáveis que afectem a expressão desses factores no caso individual. Na predição das probabilidades de futura violência ou comportamento criminal, a sensibilidade (a acuidade com a qual o resultado é previsto) e a especificidade (o modo como só os que irão actuar do modo previsto são identificados) são determinantes (Mullen, 2000). Quanto mais complexas são as influências que afectam a expressão da predisposição identificada, menor é a sensibilidade do paradigma da predição. Quanto menos comum é um determinado comportamento numa população, menos específicas são as predições do mesmo. Afortunadamente poder-se-á concluir daqui que, se a predição da probabilidade de violência futura irá ser utilizada para a restrição significativa da liberdade do doente, a incidência base desse comportamento deverá ser suficientemente elevada no grupo da perturbação considerada. Da mesma forma, se forem tidas em conta medidas como institucionalização por longo tempo ou tratamento/internamento compulsivo, que implicam restrições de escolha e movimentação do doente, o grau de violência considerado deverá ser extremamente lesivo.

Será difícil justificar estas intervenções se o que estiver em causa for um *eventual comportamento indutor de medo social ou um receio insuficientemente fundado*, que não envolvam potenciais agressões ou outros comportamentos gravosos. A violência grave é rara entre os doentes com perturbações mentais *major*, e embora possam ocorrer comportamentos eventualmente geradores de *medo social*, a ocorrência de homicídio e outros crimes graves é calculada com uma probabilidade de cerca de 1 % (Wallace e col., 1998; Lindqvist & Allebeck, 1990; Hafner & Böker, 1982). Nos doentes com esquizofrenia pode ser exequível identificar os que irão perpetrar actos violentos e indutores de medo. Nestes poderão estar incluídos virtualmente todos os que potencialmente cometerem actos violentos graves, como o homicídio. Os que se mantém cépticos em relação aos instrumentos utilizados na determinação do risco, fazem-no baseados no argumento de as inferências estatísticas retiradas de estudos em populações são difíceis senão ou impossíveis de serem aplicadas ao indivíduo (Mullen, 2000). Este argumento facilmente é questionado atendendo a que os instrumentos utilizados actualmente têm como objectivo determinar probabilidades, e não identificar a presença ou a ausência de perigosidade. A determinação instrumental utilizada para a predição de probabilidades de violência é apenas uma instância específica da medicina baseada na evidência.

Existem imensos artigos científicos sobre o uso de instrumentos na determinação das probabilidades de criminalidade futura em indivíduos presos (Mullen, 1984; Rice & Harris, 1995b; Mossman, 1994; Quinsey e col., 1998). Considera-se que os preditores de reincidência da violência são os mesmos quer se trate de indivíduos presos ou de doentes mentais (Bonta e col., 1998). Esta assunção de similaridade abre a porta à utilização de instrumentos desenvolvidos em populações de indivíduos presos, não só em amostras de doentes mentais que cometeram crimes mas também na população de doentes psiquiátricos em geral.

10. SÍNTESE

Assiste-se, no início deste século XXI, à emergência de um consenso sobre a existência de alguma forma de associação entre esquizofrenia e violência embora a natureza e magnitude da mesma permaneça por definir (Skodol, 1998; Wallace e col., 1998; Angermeyer, 2000; Bénézech e col., 2002). No entanto, a relação doença mental/crime é desde há séculos, uma associação reconhecida e contemplada na legislação da maioria dos

países. Em Portugal este facto pode ser apreciado no Código Penal; artigos 20º (Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica), 90º e seguintes (Medidas de Segurança – Internamento de Inimputáveis) e no Código do Processo Penal; artigos 501 a 508.º (Medidas de Segurança) e na ainda recente Lei n.º 36/98 de 24 de Julho ou Lei da Saúde Mental.

Pelos resultados das várias investigações efectuadas sobre a relação esquizofrenia/crime, desde o início da última década do século XX, não se poderá afirmar (atendendo a que aqueles com o diagnóstico de esquizofrenia tem mais probabilidades de serem agressivos do que a população geral), que um indivíduo com o diagnóstico referido é mais violento que outro sem esta característica. No entanto, poder-se-á afirmar com toda a legitimidade que a esquizofrenia aumenta a probabilidade de actuar de forma violenta (Medina, 1994; Wallace e col., 1998b; Skodol, 1998; Aranzadi, 1999; Mullen, 2000; Filho & Morana, 2003). Os indivíduos julgados por crimes violentos são mais prováveis de terem o diagnóstico de esquizofrenia o que não se traduz na afirmação de que os esquizofrénicos são agressores violentos, mas indica que os indivíduos julgados por crimes violentos tem maior probabilidade de ter o diagnóstico de esquizofrenia. Quanto mais completos e abrangentes forem os instrumentos desenhados para o estudo do risco, mais estreitos são os limites da predição de probabilidade para cada caso individual. É um facto que a proporção ou magnitude social da violência atribuível à esquizofrenia é modesta (Wallace e col., 1998a; Modestin, 1998), mas as eventuais implicações sócio-jurídicas da associação psicopatologia/violência criminal são ainda pouco claras. Repercussões quer no âmbito judicial na determinação da imputabilidade ou inimputabilidade e medidas de segurança quer nas abordagens terapêuticas ou em medidas preventivas, permanecem por determinar.

TRABALHO PRÁTICO

De forma explícita, o psiquiatra interage frequentemente com o sistema judicial, pronunciando-se sobre a perigosidade de um agente com uma perturbação mental. É no âmbito da Psiquiatria Forense, um dos aspectos mais difíceis de avaliar. Os trabalhos de investigação acerca da relação entre esquizofrenia e violência têm focado, sobretudo, o comportamento criminal pois é este que se encontra documentado de forma mais fiável. A maioria dos estudos tem incidido na prevalência da esquizofrenia na população criminal ou na natureza e tipo de ofensas criminais nas populações psiquiátricas, nomeadamente na esquizofrenia. O presente estudo segue na linha do anteriormente referido, partindo de uma amostra de doentes esquizofrénicos que cometeram crimes e por virtude da perturbação mental de que padecem, foram sentenciados a cumprir não uma pena, por sobre eles ser impossível exercer um juízo de culpa, mas sim uma medida de segurança de internamento por serem considerados *perigosos*.

1. OBJECTIVO

Neste trabalho o objecto de estudo é a agressividade, traduzida por um comportamento violento tipificado como crime no Código Penal Português (1982, revisto em 1995), numa população de doentes esquizofrénicos perigosos a cumprir medida de segurança de internamento. Considera-se a agressividade nestes doentes como um *factor de risco* para eventual perigosidade social e criminal, pelo que se pretende estudar as várias características da mesma em dois momentos temporais distintos: retrospectivamente, na semana que antecedeu o crime, e no ano anterior à data em que decorreu a entrevista. Pretende-se caracterizar os factores psicopatológicos nestes doentes e averiguar da existência de relação entre estes e os factores sócio-demográficos, clínicos e jurídico-penais, intrinsecamente relacionados com o nexo causal esquizofrenia/crime, implícito ao instituto da Inimputabilidade (art.º 20º CP).

2. MATERIAL E MÉTODO

Após autorização do Ministério da Justiça - Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP) (ANEXO), os dados da amostra foram colhidos na Clínica Psiquiátrica de Inimputáveis do Estabelecimento Prisional (EP) de Santa Cruz do Bispo, durante um período de seis meses (Setembro de 2002 a Fevereiro de 2003), tendo sido também autorizado o levantamento de dados constantes dos registos dos processos jurídico-penais, na Secção de Reclusos da Secretaria do EP. Este, tal como a Clínica nele inserida, apenas acolhe indivíduos do sexo masculino. Foram contactados todos os psiquiatras da Clínica, que disponibilizaram informação clínica acerca dos seus doentes esquizofrénicos.

2.1. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA

A amostra incluiu todos os inimputáveis perigosos com o diagnóstico de esquizofrenia, segundo os seguintes critérios de exclusão:

- critérios clínicos de descompensação psicopatológica aguda (nexo causal com o acto violento, de base à instituição da medida de segurança)
- critérios clínicos de deterioração grave com inerente incapacidade de compreender o alcance do consentimento informado (ANEXO) para este estudo.

Foram excluídos cinco doentes: um por se encontrar em surto psicótico, com predomínio franco de sintomatologia paranóide e actos agressivos inerentes ao mesmo (este doente, com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide tinha sido recentemente transferido para a Clínica vindo de um EP de delito comum, após ter sido declarado inimputável), o outro por se apresentar clínica e cognitivamente muito deteriorado (com o diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica e com um tempo de permanência no EP de 18 anos), o que impossibilitou o consentimento informado e subsequente aplicação da entrevista e restantes instrumentos do protocolo de investigação. Foram também excluídos outros três doentes

esquizofrénicos, pois embora se encontrassem na Clínica e tivessem o diagnóstico de esquizofrenia, eram presos de delito comum que tinham sido transferidos do edifício principal deste EP por se encontrarem, à data, em fase de descompensação psicopatológica. Visto terem sido considerados imputáveis em sede de julgamento, foram excluídos desta amostra.

2.2. INSTRUMENTOS

ENTREVISTA CLÍNICA

Foi construída um entrevista clínica estruturada, contendo três tipos de variáveis: *sócio-demográficas*, *clínicas* e *jurídico-penais* (ANEXO). As fontes de informação para o preenchimento da mesma, foram as seguintes: os psiquiatras assistentes dos doentes, os guardas prisionais da Clínica, os dados constantes dos processos jurídico-penais (sentença, registo criminal, avaliações psiquiátricas forenses, medidas de reinserção social instituídas, etc.) e, obviamente, as informações colhidas junto dos doentes.

AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA

O diagnóstico de esquizofrenia foi confirmado através da utilização do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Dirorders*; DSM-IV, 1994). A escolha deste, relativamente à Classificação de Perturbações Mentais e do Comportamento (CID-10, 1992), prende-se com o facto da *Positive And Negative Sindrome Scale* (PANSS) se reger por essa classificação internacional. O instrumento utilizado para aferir as características psicopatológicas, à data da entrevista dos doentes foi a PANSS (Key e col., 1987) (ANEXO), tendo sido aplicada a todos os doentes da amostra. Com o objectivo de suprir a falta de um instrumento com melhor padronização psicométrica para estudar a fenomenologia da esquizofrenia, Key e col. (1987), desenvolveram a Escala de Síndromes Positivo e Negativo (*Positive And Negative Sindrome Scale* - PANSS). A escala é composta pelos 18 itens da *Brief Psychiatry Rating Scale* (BPRS) (Overall & Gorham, 1962), e 12 itens adicionais da *Psicopathology Rating Scale* (Kay e col., 1989), e a sua padronização envolveu o estudo de 240 doentes com esquizofrenia, pelas directrizes diagnósticas do DSM-III (APA, 1980). Foi delineado um critério operacional estrito para definir os 30 sintomas e as pontuações de cada um dos sete níveis de gravidade da psicopatologia (de 1 a 7). A selecção dos itens foi orientada por três pressupostos principais:

a) os itens deveriam ser consistentes com o conceito teórico da tipologia positivo/negativo; b) deveriam ser incluídos os sintomas não ambíguos e que fossem considerados primários; e a validade do conteúdo deveria ser optimizada. Deste modo, foi formado um grupo constituído por 7 sintomas positivos e outro com 7 sintomas negativos. A soma das pontuações de cada grupo determina os síndromes positivo e negativo, respectivamente. A diferença entre estes dois síndromes origina a escala composta, que avalia a preponderância de um síndrome sobre o outro. Os restantes 16 itens, que não poderiam ser relacionados a cada um dos síndromes, constituíam uma escala de psicopatologia geral. Todos os itens e as pontuações de gravidade foram definidos e especificados num manual – "PANSS Rating Manual" (1990). A gravidade de cada sintoma é avaliada de acordo com a sua proeminência, extensão e, principalmente o seu impacto no quotidiano e no funcionamento do doente. A avaliação é efectuada através de informações clínicas, da família e de uma entrevista clínica, seguindo uma padronização para a sua administração.

Numa série de estudos, a PANSS demonstrou boas propriedades psicométricas, incluindo uma excelente fiabilidade entre examinadores (Kay e col., 1988), boa consistência interna e boa fiabilidade teste - reteste (Kay e col., 1987). A validade da PANSS tem sido testada em diferentes tipos de estudo farmacológico (Kay & Opler, 1985; Singh e col., 1987), funcionamento cognitivo (Kay, 1990), validade discriminante e curso da doença (Kay e col., 1987; Lindermayer e col., 1985). Para optimizar a objectividade e a padronização da escala, foi desenvolvida uma Entrevista Clínica Estruturada (SCI-PANSS) (Kay & Opler, 1990). O principal objectivo desta entrevista é assegurar informação fiável para avaliar a presença e a gravidade de um conjunto de sintomas na esquizofrenia. Um outro passo dado pelo grupo de investigadores que elaborou a PANSS foi integrá-la no sistema de diagnóstico da Associação Psiquiátrica Americana (APA; 1987), referida como Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R (1987).

A fiabilidade entre os examinadores, a validade concorrente e a concordância entre a *Scale of the Assessment for Positive Symptoms – Scale of the Assessment for Negative Symptoms* (SAPS-SANS) (Andreasen, 1982) e a PANSS, foram analisadas por investigadores independentes em 100 doentes com esquizofrenia segundo as directrizes do DSM-III-R (Peralta e col., 1995). O melhor índice de consistência interna foi obtido pela síndroma negativa da PANNS (α de Cronbach = 0,62, após correcção para o número de itens), sugerindo que a escala mede um síndrome homogéneo. A consistência interna baixa a

moderada (α de Cronbach = 0,29, após correcção para o número de itens), obtida pela SANS está provavelmente associada com a inclusão de alterações da atenção no síndrome negativo. A concordância entre as escalas em relação à esquizofrenia negativa não foi muito boa – o valor de kappa variou entre 0,32 e 0,47 – o que mostra a diferença entre os critérios definidos pelas escalas.

Além dos critérios diferirem entre si, os itens de cada escala medem também fenómenos psicopatológicos diferentes, como mostrou o estudo de Bell e col. (1992). A fiabilidade entre examinadores e a consistência interna entre a PANSS e a BPRS foram comparadas e os resultados mostraram que os dois instrumentos obtiveram altos índices de confiabilidade entre os examinadores, embora a PANSS apresentasse um melhor desempenho. As medidas de consistência interna foram iguais entre as duas escalas em relação às síndromes positiva e negativa, embora a escala de psicopatologia geral da PANSS tenha sido considerada mais homogénea. O mais interessante é que a concordância entre os itens da PANSS, originados da BPRS, com os respectivos itens da BPRS foi baixa e somente em três itens o valor de kappa ponderado foi acima de 0,75 (afecto embotado, alucinações e grandiosidade). Tal sugere que o significado dos itens foi modificado com o desenvolvimento da PANSS, e portanto, não têm o mesmo significado que os items da BPRS com a mesma designação. Contudo, foram boas as correlações entre os síndromes positivo (0,92) e negativo (0,82) das duas escalas.

ESCALA DE AGRESSIVIDADE

A determinação e caracterização da agressividade foi efectuada através da aplicação de uma escala para a determinação de *actos* violentos (agressividade expressa).

Escala de Agressividade Expressa Modificada (*Overt Agression Scale - Modified*) (OAS-M)

Esta escala, foi aplicada a todos os doentes e os actos reportam-se a dois períodos temporais diferentes: a última semana antes do crime e o último ano civil. Foram também obtidos dados através de outras fontes: processo jurídico-penal (sentenças e relatórios psiquiátricos forenses), psiquiatras assistentes, guardas prisionais e colaterais (familiares, amigos, vizinhos) (ANEXO). A OAS-M (Coccaro e col., 1991), tem como finalidade determinar as várias manifestações do comportamento agressivo em doentes residentes na

comunidade. Este instrumento psicométrico avalia a gravidade, o tipo e a frequência do comportamento agressivo, e é uma versão revista de um instrumento previamente construído para a população de doentes internados (Escala de Agressividade Expressa, *Overt Agression Scale* – OAS; Yudofsky e col., 1986). Consiste numa entrevista semi-estruturada aplicada pelo entrevistador e contém três secções diferentes, que avaliam três parâmetros distintos: Agressão, Irritabilidade e Suicidabilidade. Para a Agressão existem 4 sub-escalas de comportamentos: Agressão verbal, Agressão contra objectos, Agressão contra terceiros e Autoagressão. Para a Irritabilidade, existem 2 sub-escalas: Irritabilidade Global e Irritabilidade Subjectiva. Para a Suicidabilidade, existem 3 sub-escalas: Tendências suicidas (Ideação e comportamento), Intencionalidade suicida e Letalidade da tentativa. Os itens de agressão foram adaptados da OAS, que foi construída para uma população de doentes internados (Yudofsky e col., 1986).

As pontuações finais são calculados para as três diferentes sub-escalas: Agressão (sub-escalas1-4); Irritabilidade (sub-escalas 5-6) e Suicidabilidade (sub-escalas 7, 7a e 7b). As pontuações das duas sub-escalas Irritabilidade e Suicidabilidade são pontuadas desde 0 = nenhuma ou nada, até 5 = extrema ou 6 = muito extrema. A pontuação máxima para a escala de Irritabilidade é 10 e para a da Suicidabilidade é 16. A escala de Agressão utiliza outra modalidade de pontuação, na qual cada comportamento específico é calculado separadamente, e ponderado. Depois é determinada a pontuação total desta sub-escala.

A OAS-M foi administrada a 22 indivíduos (15 homens e 7 mulheres) com diagnóstico de perturbação da personalidade ou perturbação depressiva *major* (Coccaro e col., 1991). A fiabilidade entre os investigadores foi determinada através da correlação intraclasses para a pontuação total da Agressão e Irritabilidade (coeficiente de correlação intraclasses > 0,91). A fiabilidade teste - reteste para as escalas Agressão e Irritabilidade, determinada por 2 administrações separadas por uma a duas semanas, foi menos significativa (coeficiente de correlação intraclasse=0,46 e 0,54, respectivamente). No que respeita à validade da escala, os dados ainda são preliminares, e não existem em relação à Suicidabilidade. As intercorrelações entre Irritabilidade e Agressão sugerem medir uma dimensão relacionada do comportamento agressivo. As pontuações totais das sub-escalas Agressão e Irritabilidade foram correlacionadas (r=0,53): A Irritabilidade Subjectiva e a Irritabilidade Global da OAS-M foram relacionadas entre si (r=0,69) e a com a pontuação total da escala de Agressão (r=0,60 e 0,42, respectivamente). As pontuações da sub-escala de Agressão contra objectos e da sub-

escala de Agressão Verbal foram relacionadas com a pontuação total da escala de Irritabilidade (r=0,59 e r=0,45).

Os únicos dados referentes à validação externa foram obtidos a partir da comparação de items seleccionados da OAS-M e do *Anger, Irritability, and Assault Questionnaire* (AIAQ). Embora os dados ainda sejam parcos, existe alguma evidência de que a OAS-M é sensível à mudança. Um ensaio clínico de doze semanas, envolvendo quarenta doentes com perturbação da personalidade sugeriu diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos fármaco/placebo, nas pontuações na Agressão e Irritabilidade da OAS-M. Análises posteriores revelaram diferenças significativas entre as sub-escalas Agressividade Verbal e Agressividade contra Objectos, mas não entre as sub-escalas Agressividade contra o Próprio ou Agressividade contra Terceiros.

Esta escala apresenta vantagens sobre a maioria dos instrumentos psicométricos utilizados para o estudo da Agressividade. Contrariamente aos outros instrumentos, para os quais as normas utilizadas foram adquiridas através de trabalhos efectuados em populações de estudantes, a OAS-M surge a partir de investigações utilizando amostras clínicas de indivíduos extremamente agressivos. De facto, esta escala é um dos poucos instrumentos que afere o comportamento agressivo concreto e objectivo, constituindo-se como de maior interesse para os clínicos que trabalham com doentes agressivos. A utilização de cálculos ponderados dos itens tem em conta o facto de os itens de maior gravidade serem menos frequentes e mais significativos que os de menor gravidade. Também, as pontuações não derivam apenas de informações auto-descritas de avaliações altamente generalizadas de comportamentos ou atitudes agressivas, pelos indivíduos considerados. De facto, estas descrições são muito vulneráveis a factores potencialmente confundentes. Um destes factores é a variação da capacidade dos sujeitos para elaborar conceitos abstractos dos seus próprios pensamentos e comportamentos, pois esta capacidade pode estar extremamente comprometida em indivíduos agressivos.

Também no que respeita à determinação de níveis elevados de agressividade, a OAS-M apresenta vantagens. O formato da entrevista clínica permite determinar as respostas vagas e inconsistentes, aumentando a acuidade das mesmas e ultrapassar hesitações do entrevistado na determinação de comportamentos socialmente indesejáveis. No entanto, ainda não existem dados suficientes relativamente à fiabilidade e validade da OAS-M, e a ausência de questões específicas pode também reduzir a fiabilidade. A ausência de normas directivas também

dificulta a determinação do significado dos resultados para cada indivíduo mas, também, todos os itens foram modificados a partir de instrumentos previamente utilizados: a Agressão a partir da OAS (Yudofsky, 1986) e a Irritabilidade e a Suicidabilidade a partir da SANS (Andreasen, 1982).

Esta escala é extremamente útil quando se pretende o estudo da agressividade, e das suas várias dimensões, em avaliações clínicas do comportamento agressivo, além de permitir a sua avaliação ao longo do tempo. A falta de directrizes normativas, no entanto, conduz a que o autor aconselhe a utilização de outros instrumentos de avaliação psicométrica, complementares. É, também, considerado um bom instrumento de avaliação psicométrica para investigação do comportamento agressivo expresso, podendo complementar os instrumentos existentes, baseados em auto-descrições. No entanto, considera-se a necessidade de investigações futuras para a obtenção de dados psicométricos mais completos.

3. MÉTODO ESTATÍSTICO

No estudo estão incluídos os resultados da análise descritiva das variáveis estudadas bem como, quando apropriado, estudos comparativos.

Na análise descritiva das variáveis sócio-demográficas, clínicas e jurídico-penais, os resultados são apresentados sob a forma de tabelas com as respectivas frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas; para as variáveis contínuas, médias e desvio padrão ou medianas, mínimo e máxima consoante a simetria das variáveis.

Nos estudos comparativos utilizamos os teste Exacto de Fisher, teste de Pearson para comparar grupos; teste T, Anova para varáveis continuas simétricas; teste Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Wilcoxon para variáveis continuas não simétricas.

Em todas as análises considera-se com significado estatístico um valor de $p<0,05$. Foi usado o "software" de análise estatística "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS®).

4. RESULTADOS

A amostra clínica é constituída por 31 indivíduos esquizofrénicos do sexo masculino, todos eles internados na Clínica Psiquiátrica do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo a cumprir medida de segurança de internamento. Da amostra inicial de 36 doentes, cinco foram excluídos por razões previamente explanadas. O número total de doentes inimputáveis perigosos internados à data era de 88 indivíduos, sendo que a esquizofrenia contribui, para o total, com uma percentagem de 38%.

4.1 ENTREVISTA CLÍNICA

A média de idades da amostra é de 42 anos (**Quadro I**) com um desvio padrão (dp) de 9. O indivíduo mais velho tinha 63 anos e o mais novo 22 anos. A idade à data do crime foi, em média, 35 anos, valor superior à média de idades à data do diagnóstico da doença. A diferença entre as médias de idades, nos dois momentos temporais distintos (data do crime/data do diagnóstico), foi de 11 anos.

Quadro I

Idade	M	(dp)
Idade actual	42	(9)
Idade à data do crime	35	(9)
Idade à data do diagnóstico	28	(9)
Diferença entre a data do crime e a do diagnóstico	11	(6)

dp- desvio padrão

A maioria (74%) eram solteiros e seis (20%) divorciados (**Quadro II**), sendo que 22 (71%) não têm filhos.

Quadro II

	n	**(%)**
Estado Civil		
Solteiro	23	(74)
Divorciado	6	(20)
Casado ou vivendo como tal	1	(3)
Viúvos	1	(3)
Filhos		
Não	22	(71)
Sim	9	(29)

A origem dos inquiridos distribui-se quase equitativamente entre os nascidos em meio rural (52%) e em meio urbano (48%). Percentagens semelhantes são observadas para o local de residência (rural – 48%; urbano – 52%), com uma ligeira inversão, como pode observar-se no **Quadro III.** Estão também resumidos neste quadro os conviventes, observando-se uma maioria de indivíduos vivendo com a sua família de origem (71%). A referir que apenas seis (19%) viviam sós.

Quadro III

Naturalidade, residência e conviventes	n	(%)
Naturalidade		
Rural	16	(52)
Urbana	15	(48)
Residência		
Rural	15	(48)
Urbana	16	(52)
Vivia com		
Família directa	22	(71)
Sozinho	6	(19)
Companheira e filhos	3	(10)

No que respeita à religião professada setenta e um porcento (n=22) referiram ser católicos e os restantes consideraram não ter religião. Quanto à existência de crenças mágico-primitivas 14 (45%) referiram ter recorrido a *ajuda* de vidente ou similar, no ano anterior ao crime.

A escolaridade dos inquiridos variou entre os que tinham menos do que a 4ª Classe e os que possuíam formação superior a esta (**Quadro IV**).

Quadro IV

Escolaridade	n	(%)
≤ 4ª Ano	17	(55)
5º - 9º Ano	7	(23)
10º - 12º Ano	4	(13)
Superior	3	(9)

Dezanove doentes (62%) encontravam-se a trabalhar activamente antes do diagnóstico e 29% eram estudantes; não obstante após o diagnóstico (mas antes do crime) apenas cinco se mantiveram em trabalho activo e o número daqueles que continuaram a estudar desceu para

16%, correspondendo a 5 doentes. Obviamente o número de indivíduos em situação de baixa, reformados e principalmente de desempregados (49%) aumentou de modo estatisticamente significativo (p<0,001)(**Quadro V**).

Quadro V

Profissão	Antes do diagnóstico		Depois do diagnóstico		
	n	(%)	n	(%)	p*
A trabalhar	19	(62)	5	(16)	
Estudante	9	(29)	5	(16)	
De baixa	1	(3)	5	(16)	<0,001
Desempregado	1	(3)	15	(49)	
Reformado	1	(3)	1	(3)	

*Teste de Friedman

Relativamente à ocupação no presente, e tendo em conta os condicionalismos inerentes às medidas de segurança a que estão sujeitos, apenas 10 indivíduos (32%) encontram-se em regime aberto voltado para o interior (RAVI) e 3 (9%) em regime aberto voltado para o exterior (RAVE); de notar que 18 (58%) não têm qualquer ocupação (**Quadro VI**). As ocupações encontram-se descritas no mesmo quadro.

Quadro VI

Ocupação actual	n	(%)
Sem ocupação	18	(58)
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	10	(32)
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	(9)
Se RAVI ou RAVE especifique		
Brigada de jardim	1	(8)
Electricidade	1	(8)
Faxina	10	(76)
Carpintaria	1	(8)

O diagnóstico atribuído a estes doentes à data do crime, em todos os casos de esquizofrenia, distribui-se quanto aos seus tipos em Paranóide em 29 casos (94%) e Hebefrénica em 2 casos (6%). Este diagnóstico foi efectuado em 61% dos casos há mais de 5 anos, e em 65% dos casos antes do crime (**Quadros VII e VIII**).

Quadro VII

Data de diagnóstico da doença	n	(%)
Antes do crime	20	(65)
Na data do crime	11	(35)

Quadro VIII		
Data de entrada na clínica		
	n	**(%)**
Até 5 anos	12	(39)
5 – 10 anos	9	(29)
Mais de 10 anos	11	(32)

A *data de entrada na Clínica* está resumida no **Quadro VIII**. De notar que estas datas não traduzem a data do diagnóstico ou do crime, uma vez que estes podem ter ocorrido muito antes, visto os doentes terem estado anteriormente sujeitos a medidas de coacção (internamento ou prisão preventiva) de tempo variável. No entanto, estes dados podem ajudar a compreender a amostra quanto à cronicidade da psicopatologia clínica da mesma e aos aspectos relacionados com a institucionalização.

Sendo de esperar a presença de alterações sensoperceptivas, como actividade alucinatória, dado todos os casos corresponderem a psicoses esquizofrénicas, foi pesquisada a existência no período imediatamente antes do crime, além de delírios, a existência de um tipo concreto de alucinações – as auditivas em que vozes dão ordens ou *comandam* o doente - e a presença do fenómeno denominado *"act on delusion" (acto em delírio)*. Em 24 doentes (77%), foi observada a presença de um destes fenómenos, enquanto que a actividade alucinatória de comando apenas ocorreu em 10 doentes.

Na sequência da sentença, e uma vez considerados inimputáveis, foi-lhes determinada uma *medida de segurança* (internamento), em média nunca inferior a 3 anos e, igualmente em média, não superior a 14 anos (**Quadro IX**).

Quadro IX. Duração da medida de segurança

	P5	**Med**	**P95**
Mínima	2	3	17
Máxima	3	14	25

Med. – Mediana; P5 – Percentil 5; P95- Percentil 95.

Ao analisarmos o *tipo de crime* observamos, tendo em conta que um determinado indivíduo pode ter cometido mais do que um crime com a subsequente aplicação de medida de segurança actual (internamento), que o crime mais frequente foi o homicídio consumado

(45%) seguido de tentativa de homicídio (homicídio na forma tentada) (35%) e ofensas corporais graves (23%), seguem-se as ofensas corporais simples (10%), e o roubo e a tentativa de violação com o mesmo número de episódios (6,5%). Outros tipos de crime (incluindo furto, sequestro, burla, etc.) contabilizaram 19% dos casos. (**Quadro X[a]**). No quadro seguinte **(Quadro X[b])** foi apenas codificado o crime mais grave para cada um dos indivíduos.

Quadro X[a]. Tipo de crime (n=31)

Tipo de crime (CP)	n	(%)
Homicídio		
Sim	14	(45)
Tentativa de Homicídio		
Sim	11	(35)
Ofensas Corporais Graves		
Sim	7	(23)
Ofensas Corporais Simples		
Sim	3	(10)
Roubo		
Sim	2	(7)
Tentativa de Violação		
Sim	2	(7)
Outro		
Sim	6	(19)

Quadro X[b]. Tipo de crime (codificado)

	n	(%)
Homicídio		
Sim	14	(45)
Tentativa de Homicídio		
Sim	8	(26)
Ofensas Corporais Graves		
Sim	3	(10)
Ofensas Corporais Simples		
Sim	3	(10)
Tentativa de Violação		
Sim	2	(7)
Outro		
Sim	1	(3)

Pela análise simultânea destes dois quadros podemos verificar que três doentes incorreram na prática dos crimes de homicídio e tentativa de homicídio e que quatro doentes além da prática de um crime de ofensas corporais graves também incorreram na prática de

outro crime, mais grave (homicídio ou tentativa de homicídio). O número de indivíduos sentenciados pela prática de crime de ofensas corporais simples manteve-se (n = 3).

A *vítima* destes crimes tende a ser um familiar directo. De facto, esta relação foi encontrada em 45% dos casos; no entanto, em 32% a vítima foi um vizinho, e em apenas 23% foram outros os envolvidos. Quanto à *arma* utilizada para a perpetração do crime em 10 casos (36%) foi a arma branca, em 9 casos (32%) arma de fogo, em 5 casos (18%) uma arma contundente. Nos restantes casos foram utilizados outros tipos de arma (**Quadro XI**).

Quadro XI. Vítima e arma do crime

	n	(%)
Vítima		
Familiares directos	14	(45)
Vizinhos	10	(32)
Outros	7	(23)
Arma do crime		
Arma branca	10	(36)
Arma de fogo	9	(32)
Arma contundente	5	(18)
Outras	4	(14)

Quanto aos *antecedentes pessoais*, 20 indivíduos já tinham sido diagnosticados como doentes psicóticos e destes, 8 indivíduos encontravam-se em tratamento ambulatório na altura do crime (de notar que em 2 casos o acto ilícito ocorreu mesmo durante um período de internamento psiquiátrico) e 10, apesar de já terem frequentado uma consulta de Psiquiatria tinham-na abandonado (**Quadro XII**). A totalidade dos doentes que já tinham recebido tratamento contava, com pelo menos, um episódio de internamento.

Quadro XII. Contacto com a Psiquiatria

	n	(%)
Consultas (data do crime)		
Sim	8	(20)
Não	21	(73)
Se não		
Nunca	11	(55)
Abandonou	10	(45)
Internado	2	(7)
Internamentos anteriores		
Não	9	(31)
Sim	20	(69)

De referir que apenas 7 (23%) dos internados entrevistados tinham já *antecedentes criminais*.

Como a presença de antecedentes criminais não bastava para caracterizar os antecedentes de violência nestes indivíduos, uma vez que aqueles apenas dizem respeito a situações constantes no registo criminal, inquirimos sobre a existência de *actos violentos* contra pessoas, objectos e contra o próprio, antes e depois do diagnóstico. Os resultados podem ser observados no **Quadro XIII**. Tinham cometido um acto violento *antes do diagnóstico* 10 indivíduos (32%) e 27 (87%) *depois do diagnóstico*, sendo esta diferença estatisticamente significativa (p<0,001). De notar que a maioria destes actos foram perpetrados contra pessoas e objectos e raramente contra o próprio, não existindo modificação do *tipo* de acto agressivo antes e após o diagnóstico.

Quadro XIII. Actos violentos

	Antes do diagnóstico		Depois do diagnóstico		
	n	(%)	n	(%)	p
Não	21	(68)	4	(13)	
Sim	10	(32)	27	(87)	**<0,001***
Se Sim					
Contra pessoas					
Sim	8	(80)	23	(85)	1,000*
Contra objectos					
Sim	9	(90)	22	(81)	1,000*
Contra ele próprio					
Sim	0	(0)	1	(4)	1,000*

*Teste Mcnear

Os hábitos alcoólicos desta amostra resumem-se no **Quadro XIV**. Observa-se que *antes do diagnóstico* ter sido efectuado 51% dos casos referiram não beber e apenas num caso houve referência a consumo excessivo. Já quanto aos mesmos hábitos *após o diagnóstico* mas antes do crime, um número menor de indivíduos estava abstémio (39%), sendo que 17 dos 19 consumidores (90%) referiram beber excessivamente.

Quadro XIV. Hábitos alcoólicos

	Antes do diagnóstico		Depois do diagnóstico		
	n	(%)	n	(%)	p*
Quantidade					
Não bebe	16	(51)	12	(39)	
Bebe	15	(49)	19	(61)	0,219
Bebe moderadamente	14	(9)	2	(10)	
Bebe excessivamente	1	(91)	17	(90)	
Frequência					
Diariamente	8	(53)	6	(32)	0,625
Ocasionalmente	7	(47)	13	(68)	

*Teste Mcnemar

Quanto à existência de casos de abuso de substâncias, consumiam drogas *antes do diagnóstico* 16 indivíduos (52%) e *após o diagnóstico* (antes ou à data do crime) este número aumentou apenas um valor real (n=17). A droga mais consumida foi o haxixe (94%) *antes e após o diagnóstico*, seguida de heroína (19% e 35%, respectivamente) (**Quadro XV**). De notar que os consumos de drogas aconteciam de modo ocasional em 69%, antes do diagnóstico, mas após este 77% referiam um consumo regular (diário).

Quadro XV. Consumo de drogas

	Antes do diagnóstico		Depois do diagnóstico		
	n	(%)	n	(%)	p*
Consumo					
Não	15	(48)	14	(45)	
Sim	16	(52)	17	(55)	1,000
Tipo de droga					
Haxixe/Cannabis					
Sim	15	(94)	16	(94)	1,000
Cocaína					
Sim	3	(19)	4	(24)	0,625
Heroína					
Sim	3	(19)	6	(35)	0,375
Frequência					
Diariamente	5	(31)	13	(77)	
Ocasionalmente	11	(69)	4	(24)	0,065

*Teste Mcnemar

Quanto ao uso de tabaco, pudemos verificar que o número de consumidores, *antes do diagnóstico* e *após o mesmo*, foi aproximadamente o mesmo (**Quadro XVI**). O número de cigarros fumados diariamente sofre uma variação importante com um acréscimo do n.º diário entre a *época do diagnóstico* (*antes e depois do mesmo*) e a data actual. *Antes e depois do diagnóstico* a maioria dos doentes fumava entre 10 e 20 cigarros por dia, enquanto que no presente uma maioria fuma entre 20 e 40 cigarros. Comparando estes valores nestes três momentos temporais distintos (*antes* e *depois do diagnóstico*, *entre si* e *com a data actual*), verificamos que o acréscimo ocorreu não a nível de fumadores existentes mas, sim, na quantidade de tabaco consumida (respectivamente p=0,025; p=0,001 e p=0,011) notando-se maior diferença no consumo entre o momento *anterior ao diagnóstico* e a *data actual*.

Quadro XVI. Hábitos tabágicos

	Antes do diagnóstico		Depois do diagnóstico		Data actual				
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	p[1]	p[2]	p[3]
Consumo									
Não	9	(29)	8	(26)	8	(26)			
Sim	22	(71)	23	(74)	23	(74)	1,000*	1,000*	1,000*
Se Sim									
Menos de (igual a) 10 cigarros/dia	1	(5)	0	(0)	1	(4)			
Entre 10 a 20 cigarros/dia	16	(73)	15	(65)	6	(26)			
Entre 20 e 40 cigarros/dia	5	(22)	5	(22)	12	(52)	**0,025****	**0,001****	**0,011****
Mais (ou igual a) 40 cigarros/dia	0	(0)	3	(13)	4	(18)			

[1]Comparação entre antes e depois do diagnóstico; [2] Comparação entre antes do diagnóstico e data actual; [3] Comparação depois do diagnóstico e data actual.
*Teste Mcnemar; **Teste de Frieman.

Questionados sobre antecedentes familiares de doença psiquiátrica, estes foram referidos por 66% dos casos. De entre a totalidade da amostra e os que referiram ter antecedentes familiares (n=19) tinham, respectivamente o pai com patologia mental 42%; 26% dos inquiridos a mãe; os irmãos em 42% e outros familiares em apenas 2% (**Quadro XVII**).

Quadro XVII. Antecedentes familiares

	n	(%)
Não	10	(34)
Sim	19	(66)
Se sim quem		
Pai		
Sim	8	(42)
Mãe		
Sim	5	(26)
Irmão		
Sim	8	(42)
Outros		
Sim	4	(2)

De entre os diagnósticos encontrados (através dos dados constantes do relatório médico-legal psiquiátrico) o mais frequente foi o de esquizofrenia em 47% dos casos, seguido do de alcoolismo (21%), de perturbação afectiva (16%) enquanto que os restantes 16% pertenciam a outras categorias diagnósticas (**Quadro XVIII**).

Quadro XVIII. Antecedentes familiares

	n	(%)
Esquizofrenia	9	(47)
Perturbação Afectiva	3	(16)
Alcoolismo	4	(21)
Outros	3	(16)

No presente apenas 18 dos internados (58%) recebem visitas, não se encontrando em nenhum caso condicionadas, excepto para os seus horários. Nove recebem visitas dos pais, cinco dos irmãos e quatro de outras pessoas.

Quanto ao regime de *saídas precárias* (decretadas pelo Juiz do Tribunal de Execução de Penas - TEP), seis (20%) usufruem desta regalia, e apenas três indivíduos (9%) foram autorizados a sair em *liberdade para prova* encontrando-se esta, na actualidade, revogada .

Para além dos resultados obtidos através da entrevista clínica estruturada e descritos até aqui foram simultaneamente aplicadas duas escalas de avaliação: para a Psicopatologia a Escala de Síndromes Positiva e Negativa (PANSS) (Kay e col., 1987), e, para determinação de Agressividade, a Escala de Agressão Expressa Modificada (EAE-M) (Coccaro e col., 1991), já anteriormente descritas, cujos resultados passamos a descrever.

4.2 ESCALAS

Com o uso da Escala de Agressão Expressa Modificada (EAE-M) obteve-se o resultado médio de 17 pontos na *última semana antes do crime* e 12 pontos no *último ano civil* (anterior ao momento actual) sendo que esta diferença é estatisticamente significativa (p>0,001) (**Quadro XIX**). Nos diversos parâmetros desta escala também se verificou esta diferença, excepto para os itens "Agressividade contra o próprio" e de "Tendência suicida" (**Tabela I**). Os itens mais significativos foram os "Agressividade verbal", "Irritabilidade subjectiva" e de "Irritabilidade objectiva", todos com p<0,001.

Quadro XIX. Escala de Agressão Expressa Modificada (EAE-M - *OAS-M*)

	Média	(dp)	P*
Última semana (antes do crime)	18	(5)	<0,001
Último ano (antes da entrevista)	12	(3)	

dp- desvio padrão; *Teste t para amostras emparelhadas

Tabela I. Parâmetros da EAE-M

Parâmetros da EMAE	Min	Mediana	Max	*P**
Agressividade verbal				
Último ano	1	1	1	
Última semana	1	2	5	<0,001
Agressividade contra objectos				
Último ano	1	1	1	
Última semana	1	1	3	0,006
Agressividade contra pessoas				
Último ano	1	1	1	
Última semana	1	1	3	0,011
Agressividade contra próprio				
Último ano	1	1	1	
Última semana	1	1	2	0,317
Irritabilidade global subjectiva				
Último ano	0	2	3	
Última semana	1	3	5	<0,001
Irritabilidade global expressa				
Último ano	0	1	2	
Última semana	2	3	5	<0,001
Tendência suicida				
Último ano	0	0	3	
Última semana	0	0	5	1,000

*Wilcoxon signed ranks test

Procurámos, nos resultados obtidos em dois momentos temporais distintos (a *última semana antes do crime* e o *último ano civil*), a existência de diferenças nas médias obtidas com esta escala, com comparações internas na amostra, entre os grupos de variáveis sócio-demográficas (**Quadro XX[a]**), clínicas (**Quadro XX[b]**) e jurídico-penais (**Quadro XX[c]**). Como pode observar-se nos **Quadros XX** as médias obtidas nos grupos referidos foram relativamente próximas não evidenciando muitas diferenças significativas.

Quadro XX[a]. EAE-M na última semana antes do crime e no último ano civil
Dados sócio-demográficos

		Ultima semana			Último ano		
	n	Med	(dp)	p	Med	(dp)	p
Idade							
<42 anos	16	19	(7)	0,469**	13	(3)	**0,022****
>=42 anos	15	18	(4)		11	(1)	
Naturalidade							
Rural	16	19	(6)	0,687**	12	(3)	0,898**
Urbana	15	18	(5)		12	(1)	
Residência							
Rural	15	19	(6)	0,536**	11	(2)	0,091**
Urbana	16	18	(5)		13	(3)	
Estado Civil							
Solteiro	23	17	(4)	0,397**	12	(2)	0,430**
Outro	8	21	(9)		13	(4)	
Filhos							
Não	22	17	(4)	0,286**	12	(2)	0,435**
Sim	9	21	(8)		12	(4)	
Conviventes							
Família Directa	22	19	(6)	0,222**	11	(2)	**0,040****
Outros	9	16	(3)		13	(4)	
Escolaridade							
≤ 4ª Ano	17	18	(7)	0,766*	12	(3)	0,716*
5º - 9º Ano	7	17	(2)		11	(2)	
10º - 12º Ano	4	19	(3)		13	(1)	
Superior	3	21	(8)		12	(2)	
Profissão							
Antes do diagnóstico							
A trabalhar	19	19	(6)	0,819*	12	(3)	0,840*
Estudante	9	18	(5)		12	(2)	
De baixa	1	15	(0)		12	(0)	
Desempregado	1	24	(0)		11	(0)	
Reformado	1	16	(0)		9	(0)	
Depois do diagnóstico							
Desempregado	15	19	(4)	0,058*	12	(1)	0,840*
A trabalhar	5	16	(1)		12	(2)	
De baixa	5	15	(2)		13	(6)	
Reformado	5	24	(10)		11	(1)	
Estudante	1	20	(0)		14	(0)	
Ocupação actual							
Sem ocupação	18	18	(6)	0,792	12	(3)	0,824*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	10	19	(4)		12	(1)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	20	(9)		12	(2)	
Religião							
Sem religião	8	20	(5)	0,068**	13	(1)	0,207**
Católica	22	17	(3)		12	(3)	

M- Média; dp- desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XX[b]. EAE-M na ultima semana antes do crime e no último ano civil

Dados clínicos

		Última semana			Última ano		
	n	Med	(dp)	p	Med	(dp)	p
Diagnóstico à data do crime							
Esquizofrenia Paranoide	29	18	(6)	0,630**	12	(3)	0,529**
Esquizofrenia Hebefrénica	2	17	(1)		13	(0)	
Data do diagnóstico da doença							
Antes do crime	20	19	(7)	0,285**	12	(3)	0,562**
Na data do crime	11	17	(2)		12	(2)	
Data de entrada na clinica							
Até 5 anos	12	20	(7)		13	(4)	
5 - 10 anos	9	16	(4)	0,441*	11	(2)	0,557*
Mais de 10 anos	10	19	(5)		12	(2)	
Actividade Alucinatória							
Não	5	15	(2)	0,123**	12	(2)	0,905**
Sim	24	19	(6)		12	(3)	
Consultas de psiquiatria							
Não	22	19	(6)	0,483**	12	(3)	0,981**
Sim	6	17	(3)		12	(1)	
Histórias de antecedentes psiquiátricos							
Não	10	16	(2)	0,077**	13	(4)	0,252**
Sim	19	20	(3)		12	(1)	
Antecedentes de esquizofrenia							
Não	10	18	(3)	0,118**	11	(1)	0,144**
Sim	9	23	(8)		12	(1)	
Crenças mágicas							
Não	17	18	(4)	0,562**	12	(2)	0,423**
Sim	14	19	(7)		12	(3)	
Hábitos alcoólicos							
Antes do diagnóstico							
Não bebe	16	19	(7)		12	(2)	
Bebe moderadamente	14	18	(4)	0,730*	12	(3)	0,.508*
Bebe excessivamente	1	14	(0)		9	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não bebe	12	19	(8)		13	(4)	
Bebe moderadamente	2	16	(1)	0,750*	13	(1)	0,108*
Bebe excessivamente	17	18	(4)		11	(1)	
Hábitos tabágicos							
Antes do diagnóstico							
Não	9	17	(3)	0,517**	12	(2)	0,782**
Sim	22	19	(6)		12	(3)	
Depois do diagnóstico							
Não	8	18	(3)	0,670**	11	(2)	0,535**
Sim	23	19	(6)		12	(3)	
À data actual							
Não	8	18	(3)	0,670**	11	(2)	0,535**
Sim	23	19	(6)		12	(3)	
Consumo de drogas							
Antes do diagnóstico							
Não	15	16	(2)	**0,015****	12	(4)	0,578**
Sim	16	21	(7)		12	(1)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não	14	16	(2)	**0,010****	12	(4)	0,689**
Sim	17	21	(6)		12	(1)	
Internamentos							
Não	9	16	(2)	**0,035****	11	(2)	0,188**
Sim	20	20	(6)		12	(3)	

M-Média; dp-desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XX[c]. EAE-M na ultima semana antes do crime e no último ano civil
Dados jurídico-penais

		Ultima semana			Último ano		
	n	Med	(dp)	p	Med	(dp)	p
Homicídio							
Não	17	19	(6)	0,655**	12	(1)	0.804**
Sim	14	18	(4)		12	(4)	
Tentativa de homicídio							
Não	23	18	(6)	0,265**	12	(3)	0,643**
Sim	8	20	(3)		12	(1)	
Ofensas Corporais Graves							
Não	28	19	(6)	0,273**	12	(3)	0,749**
Sim	3	15	(1)		12	(2)	
Ofensas Corporais Simples							
Não	28	19	(6)	0,382**	12	(3)	0,709
Sim	3	17	(3)		11	(2)	
Roubo/Furto							
Não	31	18	(5)	-	12	(3)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Violação							
Não	31	18	(5)	-	12	(3)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Tentativa de violação							
Não	29	18	(4)	0,672	12	(3)	0,943
Sim	2	26	(19)		12	(0)	
Outros							
Não	30	19	(6)	-	12	(3)	-
Sim	1	14	(0)		13	(0)	
Actos violentos							
Antes do diagnóstico							
Não	21	18	(4)	0,600**	12	(3)	0,956**
Sim	10	19	(8)		12	(1)	
Depois do diagnóstico/antes do crime							
Não	4	16	(1)	0,368**	12	(2)	0,679**
Sim	27	19	(6)		12	(3)	
Vítima							
Vizinhos	14	18	(8)		11	(2)	
Familiares directos	10	19	(5)	0,781*	12	(3)	0,602*
Outros	7	18	(3)		12	(1)	
Arma do Crime							
Arma branca	10	19	(4)		12	(1)	
Arma de fogo	9	18	(5)	0,625*	13	(4)	0,572*
Arma contundente	5	16	(2)		11	(2)	
Outras	4	17	(3)		12	(2)	
Antecedentes criminais							
Não	22	18	(6)	0,632**	12	(3)	0,526**
Sim	9	20	(5)		12	(1)	
Duração da medida de segurança							
<14 anos	12	18	(7)	0,739**	12	(1)	0,995**
>=14 anos	13	19	(5)		12	(4)	
Visitas							
Não	13	18	(3)	0,492**	12	(4)	0,430**
Sim	18	19	(7)		12	(1)	
Saídas Precárias							
Não	24	19	(6)	0,607**	12	(3)	0,184**
Sim	6	17	(5)		11	(1)	
Liberdade de Prova							
Não	28	18	(5)	0,280**	12	(3)	0,545**
Sim	3	22	(7)		11	(2)	

M-Média; dp-desvio padrão; *Anova; **T test

Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas em relação a duas variáveis sócio-demográficas no último ano: os doentes com idade inferior a 42 anos mostraram uma agressividade superior (p=0,022), bem como os doentes que anteriormente ao crime viviam com outras pessoas que não familiares directos (p=0,040). No que respeita às variáveis clínicas consideradas pontuaram mais na semana anterior ao crime os que consumiam drogas e aqueles nos quais se objectivou a existência prévia de internamentos, sendo que os casos que consumiam drogas apresentavam níveis superiores de agressividade, tanto quando estas já eram consumidas antes do diagnóstico (p=0,015), como depois deste (p=0,01). Os níveis de agressividade foram significativamente superiores nos doentes com antecedentes psiquiátricos (internamentos) (p=0,035).

Com a PANSS obtêm-se várias dimensões psicopatológicas. Assim, temos quatro síndromes (escala Positiva, escala Negativa, escala de Psicopatologia Geral e índice Composto) e cinco agrupamentos (*clusters*) de sintomas (Anergia, Activação, Perturbação do pensamento, Paranóia/Querelância e Depressão). Procedeu-se, seguidamente, à descrição pormenorizada de cada um destes itens. As médias obtidas, e respectivos percentis, para a totalidade da população estudada encontram-se descritas no **Quadro XXI**. De notar a pontuação média em todos os perfis, com excepção de três, que se encontram abaixo da média: escala Positiva, agrupamento de Perturbação do pensamento e Paranóia. No **Quadro XXII** estão descritas as *guidelines* correspondentes.

Quadro XXI. Escalas e agrupamentos da PANSS

Escalas e clusters da PANSS	Média (dp)	Percentil %il	*Guideline*
Positiva	13 (5)	14	Abaixo da média
Negativa	19 (7)	35	Na média
Psicopatologia geral	35 (7)	31	Na média
Índice Composto	-5 (7)	35	Na média
Anergia	9 (3)	38	Na média
Activação	6 (2)	42	Na média
Perturbação do pensamento	7 (3)	12	Abaixo da média
Depressão	10 (3)	58	Na média
Paranóia mediana (min - max)	4 (3-10)	14	Abaixo da média

Quadro XXII. *Guidelines* de interpretação dos resultados

Percentil	*Guideline**
Acima de 98	Extremamente acima da média
95-98	Muito acima da média
85-94	Acima da média
73-84	Ligeiramente acima da média
28-72	Na média
16-27	Ligeiramente abaixo da média
7-15	Abaixo da média
2-6	Muito abaixo da média
Abaixo de 2	Extremamente abaixo da média

*Comparada a 240 esquizofrénicos medicados (Kay e col., 1987)

Aquando da análise do tipo sintomatológico do total da população (**Quadro XXIII**) verifica-se que a maioria (n=21) trata-se de esquizofrénicos de tipo indiferenciado, seguido do tipo negativo (n=7), positivo (n=2), sendo que apenas um doente é de tipo misto.

Quadro XXIII. Tipo sintomatológico (PANSS)

		Frequência	%
Valid	Nenhum tipo	21	68
	Positivo	2	7
	Negativo	7	22
	Misto	1	3
	Total	31	100

Seguidamente, foram caracterizadas as pontuações em cada escala e agrupamento, relativamente aos três tipos de variáveis previamente consideradas: sócio-demográficas, clínicas e jurídico-penais (Quadros **XXIV** a **XXVIII**).

No que respeita à escala Positiva verificámos diferenças estatísticas apenas nos grupo de variáveis clínicas (**Quadro XXIV^{b}**) e jurídico-penais (**Quadro XXIV^{c}**), comparativamente às sócio-demográficas (**Quadro XXIV^{a}**). Assim, pontuaram mais nesta escala os indivíduos nos quais o diagnóstico da doença foi coincidente com a data do crime (p=0,008), que apresentaram crenças mágico-primitivas no ano anterior ao crime (p=0,012), que tinham cometido um acto ilícito tipificado como ofensa corporal grave (p=0,007) e naqueles em que tinha sido atribuída uma medida de segurança inferior ou igual a 14 anos (p=0,002).

Quando considerada a escala de sintomas Negativos, igualmente apenas nos grupos de variáveis clínicas (**Quadro XXIV^{b}**) e jurídico-penais (**Quadro XXIV^{c}**) se observaram diferenças estatisticamente significativas. Os doentes nos quais o diagnóstico à data do crime tinha sido o de esquizofrenia hebefrénica obtiveram uma pontuação superior em relação aos esquizofrénicos paranóides (p=0,005), bem como aqueles em que a data do diagnóstico da doença coincidiu com a data do crime (p=0,049). Também os doentes que entraram na clínica há mais de 10 anos pontuaram mais nesta escala (p=0,006), bem como os que apresentaram crenças mágico-primitivas no ano anterior à prática do facto ilícito (p=0,022). Relativamente às variáveis jurídico-penais, apenas a existência de antecedentes criminais se relevou de importância estatística, sendo que naqueles em que estes antecedentes não se verificaram, a pontuação nesta escala foi significativamente superior (p=0,003).

Ao analisar o agrupamento Depressão, verifica-se que apenas se revelam de importância estatística os dados clínicos (**Quadro XXV^{b}**) e os jurídico-penais (**Quadro XXV^{c}**). Assim, os doentes que apresentaram crenças mágico-primitivas no ano anterior ao crime, bem como naqueles que consumiam drogas após o diagnóstico (antes do crime) obtiveram uma pontuação superior nesta escala (p=0,012 e p=0,002). Se nos reportarmos aos valores obtidos para este agrupamento junto das variáveis jurídico-penais (**Quadro XXV^{c}**), verificamos que os doentes que incorreram num ilícito de ofensas corporais graves pontuaram significativamente menos, comparativamente aos doentes sentenciados por outro tipo de ilícito penal (p=0,008). Aqueles aos quais foi atribuída uma medida de segurança superior ou igual a 14 anos apresentaram valores superiores nesta escala (p=0,028).

Ao considerarmos agora a escala de Psicopatologia Geral, encontramos pela primeira vez significância estatística em relação aos dados sócio-demográficos (Quadro XXV^{a}), mais concretamente em relação à ocupação antes do diagnóstico, sendo que os doentes que se encontravam activos a nível laboral (a trabalhar, de baixa ou desempregado) obtiveram maior pontuação (p=0,016). Também nesta escala foram determinantes algumas variáveis clínicas (**Quadro XXV^{b}**). Assim, os doentes que tinham sido diagnosticados como sendo esquizofrénicos hebefrénicos à data do crime apresentaram uma pontuação estatisticamente superior nesta escala, quando comparados com os doentes diagnosticados na mesma data como sendo paranóides (p=0,005). Também aqueles que foram diagnosticados como sendo esquizofrénicos apenas à data do crime pontuaram mais nesta escala (p=0,020), bem como os que não reportaram, durante o ano anterior ao crime, crenças mágico-primitivas (p=0,022).

Também na escala de Paranóia se verificou de importância considerável uma das variáveis sócio-demográficas, neste caso a existência ou não de filhos (**Quadro XXVI[a]**). Assim, os doentes que não tinham filhos apresentaram maior pontuação nesta escala (p=0,025). Considerando os outros tipos de variáveis, no que respeita às de ordem clínica (**Quadro XXVI[b]**), os hábitos alcoólicos antes do diagnóstico obtiveram significância estatística, sendo que os que não bebiam nessa data pontuaram mais nesta escala (p=0,033). No respeitante às variáveis jurídico-penais (**Quadro XXVI[c]**), constatámos que (e mais uma vez) a duração prevista da medida de segurança é um factor importante, sendo que os doentes aos quais foi instituída medida de segurança inferior a 14 anos pontuaram mais na escala de Paranóia (p=0,014).

Quando se considera a escala Composta, verificou-se que, ao nível das variáveis clínicas (**Quadro XXVII[b]**), o diagnóstico à data do crime e o consumo de drogas antes do diagnóstico se revestem de especial relevo, tendo os doentes com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide pontuado mais que os hebefrénicos (p=0,006) bem como os que não consumiam drogas antes do diagnóstico (p=0,037). Relativamente aos dados jurídico-penais (**Quadro XXVII[c]**) constatasse que os doentes com antecedentes criminais apresentam maior pontuação que aqueles sem registo criminal (p=0,023).

Em relação ao agrupamento Anergia pontuaram mais, no que respeita os dados clínicos (**Quadro XXVII[b]**), aqueles nos quais foi efectuado um diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica à data do crime (p=0,012), bem como os que não tinham antecedentes familiares de esquizofrenia (p=0,016), tal como aqueles nos quais se verificou ausência de consumo de drogas antes do diagnóstico (p=0,024). Em relação às variáveis jurídico-penais (**Quadro XXVII[c]**), apenas relativamente aos antecedentes criminais foi obtido um resultado com significância estatística, surgindo maior pontuação nos doentes sem antecedentes criminais (p=0,027).

Ao ser estudado o agrupamento Perturbação do Pensamento observou-se novamente a importância ao nível das variáveis clínicas e jurídico-penais. Relativamente às primeiras (**Quadro XXVIII[b]**) os doentes nos quais o diagnóstico coincidiu com a data do crime e aqueles que não reportaram crenças mágico-primitivas no ano anterior ao mesmo, pontuaram significativamente mais, respectivamente p=0,026 e p=0,006. No que respeita ao segundo tipo de variáveis (**Quadro XXVIII[c]**) constatou-se que apresentavam maior perturbação do pensamento os indivíduos que tinham praticado um facto típico ilícito de ofensas corporais graves (p=0,007), os que cumprem uma medida de segurança de internamento de duração

inferior ou igual a 14 anos (p=0,005), bem como aqueles a quem não foram concedidas saídas precárias (p=0,047).

Considerando agora o agrupamento Activação, pela primeira vez se observam com são importantes os dados sócio-demográficos, nomeadamente o grau de escolaridade, a profissão e a religião (**Quadro XXVIII**[a]). Deste modo, os doentes com um grau de escolaridade entre o 10º e o 12º ano registaram maior grau de activação (p=0,022). Também os doentes que estavam desempregados antes do diagnóstico pontuaram mais neste agrupamento, tal como aqueles que após o diagnóstico continuaram a estudar (respectivamente p=0,009 e p=0,038). O doentes que referiram não ser religiosos mostraram maior activação comparativamente aos que se definiam como católicos (p=0,014). Apenas outra variável, de ordem clínica, foi considerada importante neste agrupamento; o diagnóstico à data do crime (**Quadro XXVIII**[b]). Os indivíduos diagnosticados como esquizofrénicos paranóides apresentaram menor pontuação relativamente à activação (p=0,023).

Quadro XXIV[a]. Escalas Positiva e Negativa
Dados sócio-demográficos

		Positiva			Negativa		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Idade							
<42 anos	16	14	(5)	0,892**	18	(7)	0,376**
>=42 anos	15	13	(4)		20	(6)	
Naturalidade							
Rural	16	13	(5)	0,752**	20	(6)	0,816**
Urbana	15	14	(4)		19	(7)	
Residência							
Rural	15	13	(5)	0,928**	20	(6)	0,766**
Urbana	16	13	(4)		19	(7)	
Estado civil							
Solteiro	23	14	(5)	0,383**	20	(7)	0,305**
Outro	8	12	(3)		17	(5)	
Filhos							
Não	22	14	(5)	0,193**	20	(7)	0,238**
Sim	9	12	(3)		17	(5)	
Conviventes							
Familia Directa	22	14	(5)	0,649**	20	(7)	0,639**
Outros	9	13	(5)		18	(6)	
Escolaridade							
≤ 4ª Ano	17	13	(4)	0,387*	21	(7)	0,253*
5º - 9º Ano	7	12	(4)		15	(6)	
10º - 12º Ano	4	17	(6)		22	(6)	
Superior	3	15	(6)		17	(2)	
Profissão							
Antes do diagnóstico							
A trabalhar	19	12	(5)	0,166*	17	(8)	0,129*
Estudante	9	16	(4)		23	(4)	
De baixa	1	13	(0)		26	(0)	
Desempregado	1	18	(0)		18	(0)	
Reformado	1	13	(0)		21	(0)	
Depois do diagnóstico							
Desempregado	15	14	(4)	0,115*	21	(8)	0,560*
A trabalhar	5	14	(8)		15	(4)	
De baixa	5	13	(3)		19	(4)	
Reformado	5	10	(2)		18	(6)	
Estudante	1	23	(0)		23	(0)	
Ocupação actual							
Sem ocupação	18	14	(4)	0,962*	21	(7)	0,073*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	10	13	(7)		18	(6)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	13	(5)		12	(3)	
Religião							
Sem religião	8	16	(4)	0,133**	21	(9)	0,412**
Católica	22	13	(5)		18	(6)	

M- Média; dp- desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXIV[b]. Escalas Positiva e Negativa
Dados clinicos

		Positiva			Negativa		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Diagnóstico à data do crime							
Esquizofrenia Paranoide	29	13	(5)	0,972**	18	(6)	**0,005****
Esquizofrenia Hebefrénica	2	14	(2)		32	(5)	
Data do diagnóstico da doença							
Antes do crime	20	12	(3)	**0,008****	18	(7)	**0,049****
Na data do crime	11	16	(5)		22	(4)	
Data de entrada na clinica							
Até 5 anos	12	12	(5)		15	(5)	
5 - 10 anos	9	14	(4)	0,286*	19	(5)	**0,006***
Mais de 10 anos	10	15	(5)		24	(7)	
Actividade Alucinatória							
Não	5	16	(6)	0,147*	24	(8)	0,093*
Sim	24	13	(4)		18	(6)	
Consultas de psiquiatria							
Não	22	14	(5)	0,871*	20	(6)	0,852*
Sim	6	14	(5)		20	(7)	
Histórias de antecedentes psiquiatricos							
Não	10	14	(5)	0,348*	19	(6)	0,807*
Sim	19	12	(4)		19	(7)	
Antecedentes de esquizofrenia							
Não	10	12	(3)	0,810**	22	(7)	0,143**
Sim	9	13	(5)		17	(6)	
Crenças mágicas							
Não	17	11	(3)	**0,012***	16	(5)	**0,022***
Sim	14	15	(5)		22	(7)	
Hábitos alcoólicos							
Antes do diagnóstico							
Não bebe	16	15	(5)		20	(7)	
Bebe moderadamente	14	12	(4)	0,194*	17	(6)	0,069*
Bebe excessivamente	1	14	(0)		32	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não bebe	12	15	(6)		19	(5)	
Bebe moderadamente	2	10	(1)	0,351*	14	(2)	0,490*
Bebe excessivamente	17	13	(4)		18	(8)	
Hábitos tabágicos							
Antes do diagnóstico							
Não	9	14	(5)	0,708**	20	(9)	0,601**
Sim	22	13	(5)		19	(6)	
Depois do diagnóstico							
Não	8	13	(5)	0,993**	21	(9)	0,497**
Sim	23	13	(5)		19	(6)	
À data actual							
Não	8	13	(5)	0,993**	21	(9)	0,497**
Sim	23	13	(5)		19	(6)	
Consumo de drogas							
Antes do diagnóstico							
Não	15	14	(4)	0,532**	22	(7)	0,082**
Sim	16	13	(5)		16	(5)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não	14	15	(5)	0,213**	22	(7)	0,287**
Sim	17	12	(4)		17	(6)	
Internamentos							
Não	9	14	(5)	0,444*	19	(5)	0,976*
Sim	20	13	(5)		19	(8)	

M-Média; dp- desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXIV[c]. Escalas Positiva e Negativa
Dados jurídico-penais

	Positiva				Negativa		
	n	Med	(dp)	p	Med	(dp)	p
Homicídio							
Não	17	14	(5)	0,239**	18	(5)	0,287**
Sim	14	12	(4)		20	(8)	
Tentativa de homicídio							
Não	23	14	(5)	0,661**	20	(7)	0,437**
Sim	8	13	(5)		17	(6)	
Ofensas Corporais Graves							
Não	28	13	(4)	**0,007****	19	(7)	0,906**
Sim	3	20	(5)		20	(2)	
Ofensas Corporais Simples							
Não	28	13	(5)	0,984**	19	(7)	0,571**
Sim	3	13	(2)		21	(6)	
Roubo/Furto							
Não	31	13	(5)	-	19	(6)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Violação							
Não	31	13	(5)	-	19	(7)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Tentativa de violação							
Não	29	13	(5)	0,671**	19	(7)	0,556**
Sim	2	12	(1)		17	(5)	
Outros							
Não	30	13	(5)	-	20	(6)	-
Sim	1	17	(0)		10	(0)	
Actos violentos							
Antes do diagnóstico							
Não	21	13	(5)	0,811**	19	(6)	0,469**
Sim	10	14	(5)		21	(8)	
Depois do diagnóstico/antes do crime							
Não	4	14	(3)	0,835**	21	(5)	0,575**
Sim	27	13	(5)		19	(7)	
Vitima							
Vizinhos	14	14	(5)		17	(5)	
Familiares directos	10	14	(5)	0,359*	21	(7)	0,297*
Outros	7	11	(3)		18	(6)	
Arma do Crime							
Arma branca	10	14	(5)		19	(5)	
Arma de fogo	9	14	(6)	0,793**	20	(7)	0,666**
Arma contundente	5	13	(3)		22	(10)	
Outras	4	12	(5)		17	(8)	
Antecedentes criminais							
Não	22	14	(3)	0,835**	21	(5)	**0,003****
Sim	9	13	(5)		14	(4)	
Duração da medida de segurança							
<14 anos	12	15	(4)	**0,002****	19	(7)	0,391**
>=14 anos	13	10	(2)		17	(6)	
Visitas							
Não	13	13	(5)	0,443	20	(7)	0,449*
Sim	18	14	(5)		18	(6)	
Liberdade de Prova							
Não	28	13	(5)	0,783*	19	(7)	0,977*
Sim	3	13	(2)		19	(3)	
Saídas Precárias							
Não	24	14	(5)	0,086*	20	(7)	0,282*
Sim	6	11	(3)		17	(6)	

M-Média; dp-desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXV[a]. Escalas de Depressão e Psicopatologia Geral
Dados sócio-demográficos

		Depressão			Psic. Geral		
	n	Med	(dp)	p	Med	(dp)	p
Idade							
<42 anos	16	10	(3)	0,820**	36	(7)	0,511**
>=42 anos	15	10	(3)		35	(6)	
Residência							
Rural	16	10	(4)	0,486**	34	(6)	0,551**
Urbana	15	10	(2)		36	(7)	
Residência							
Rural	15	9	(4)	0,249**	34	(6)	0,478**
Urbana	16	11	(2)		36	(7)	
Estado Civil							
Solteiro	23	10	(3)	0,145**	36	(7)	0,236**
Outro	8	11	(3)		32	(6)	
Filhos							
Não	22	9	(3)	0,071**	36	(7)	0,258**
Sim	9	11	(3)		33	(6)	
Conviventes							
Família Directa	22	10	(3)	0,377**	35	(7)	0,888**
Outros	9	11	(3)		35	(7)	
Escolaridade							
≤ 4ª Ano	17	10	(4)	0,605*	34	(6)	0,169*
5° - 9° Ano	7	11	(3)		33	(7)	
10° - 12° Ano	4	10	(3)		42	(8)	
Superior	3	9	(1)		35	(8)	
Profissão							
Antes do diagnóstico							
A trabalhar	19	10	(4)	0,871*	40	(5)	**0,016***
Estudante	9	10	(2)		32	(7)	
De baixa	1	9	(0)		38	(0)	
Desempregado	1	11	(0)		39	(0)	
Reformado	1	7	(0)		30	(0)	
Depois do diagnóstico							
Desempregado	15	10	(3)	0,503*	36	(7)	0,158*
A trabalhar	5	8	(3)		33	(6)	
De baixa	5	10	(5)		32	(6)	
Reformado	5	12	(3)		32	(5)	
Estudante	1	10	(0)		48	(0)	
Ocupação actual							
Sem ocupação	18	10	(3)	0,824*	35	(7)	0,544*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	10	11	(3)		35	(6)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	10	(3)		31	(10)	
Religião							
Sem religião	8	16	(4)	0,133**	21	(9)	0,412**
Católica	22	13	(5)		18	(6)	

M-Média; dp-desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXV[b]. Escala de Depressão e Psicopatologia Geral
Dados clinicos

	Depressão				Psic. Geral		
	n	Med	(dp)	p	Med	(dp)	p
Diagnóstico à data do crime							
Esquizofrenia Paranoide	29	13	(5)	0,972*	18	(6)	**0,005***
Esquizofrenia Hebefrénica	2	14	(2)		32	(5)	
Data do diagnóstico da doença							
Antes do crime	20	11	(3)	0,088**	33	(6)	**0,020****
Na data do crime	11	9	(3)		39	(6)	
Data de entrada na clinica							
Até 5 anos	12	11	(3)		33	(6)	
5 - 10 anos	9	9	(4)	0,246**	33	(5)	0,109**
Mais de 10 anos	10	9	(2)		39	(8)	
Actividade Alucinatória							
Não	5	16	(6)	0,147**	24	(8)	0,093**
Sim	24	13	(4)		18	(6)	
Consultas de psiquiatria							
Não	22	14	(5)	0,871**	20	(6)	0,852**
Sim	6	14	(5)		20	(7)	
Histórias de antecedentes psiquiatricos							
Não	10	14	(5)	0,348**	19	(6)	0,807**
Sim	19	12	(4)		19	(7)	
Antecedentes de esquizofrenia							
Não	10	10	(3)	0,440**	35	(9)	0,609**
Sim	9	11	(2)		33	(9)	
Crenças mágicas							
Não	17	15	(5)	**0,012****	22	(7)	**0,022****
Sim	14	11	(3)		16	(5)	
Hábitos alcoólicos							
Antes do diagnóstico							
Não bebe	16	9	(3)		36	(7)	
Bebe moderadamente	14	11	(3)	0,586*	33	(7)	0,391*
Bebe excessivamente	1	11	(0)		35	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não bebe	12	9	(3)		35	(7)	
Bebe moderadamente	2	11	(2)	0,575*	35	(5)	0,575*
Bebe excessivamente	17	10	(3)		35	(7)	
Hábitos tabágicos							
Antes do diagnóstico							
Não	9	14	(5)	0,708*	20	(9)	0,601*
Sim	22	13	(5)		19	(6)	
Depois do diagnóstico							
Não	8	13	(5)	0,993*	21	(9)	0,497*
Sim	23	13	(5)		19	(6)	
À data actual							
Não	8	13	(5)	0,993*	21	(9)	0,497*
Sim	23	13	(5)		19	(6)	
Consumo de drogas							
Antes do diagnóstico							
Não	15	9	(3)	0,061**	35	(7)	0,818**
Sim	16	11	(3)		35	(6)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não	14	8	(3)	**0,002****	34	(6)	0,504**
Sim	17	11	(2)		36	(7)	
Internamentos							
Não	9	14	(5)	0,444**	19	(5)	0,976**
Sim	20	13	(5)		19	(8)	

M-Média; dp-desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXV[c]. Escalas de Depressão e Psicopatologia Geral
Dados jurídico-penais

	Depressão				Psic. Geral		
	n	Med	(dp)	p	Med	(dp)	p
Homicídio							
Não	17	10	(3)	0,647**	34	(6)	0,487**
Sim	14	10	(3)		36	(7)	
Tentativa de homicídio							
Não	23	9	(3)	0,145**	35	(7)	0,780**
Sim	8	11	(3)		34	(6)	
Ofensas Corporais Graves							
Não	28	10	(3)	**0,008****	35	(7)	0,894**
Sim	3	6	(2)		34	(4)	
Ofensas Corporais Simples							
Não	28	10	(3)	0,439**	35	(7)	0,966**
Sim	3	9	(4)		35	(5)	
Roubo/Furto							
Não	31	10	(3)	-	35	(7)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Violação							
Não	31	10	(3)	-	35	(7)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Tentativa de violação							
Não	29	10	(3)	0,817**	35	(7)	0,113**
Sim	2	10	(1)		28	(4)	
Outros							
Não	30	10	(3)	-	35	(7)	-
Sim	1	13	(0)		42	(0)	
Actos violentos							
Antes do diagnóstico							
Não	21	10	(3)	1,000**	35	(7)	0,713**
Sim	10	10	(3)		36	(6)	
Depois do diagnóstico/antes do crime							
Não	4	10	(4)	0,865**	38	(2)	0,323**
Sim	27	10	(3)		34	(7)	
Vitima							
Vizinhos	14	8	(3)		32	(6)	
Familiares directos	10	11	(3)	0,131*	37	(7)	0,181*
Outros	7	11	(3)		35	(5)	
Arma do Crime							
Arma branca	10	10	(4)		36	(6)	
Arma de fogo	9	11	(3)	0,717*	37	(7)	0,593*
Arma contundente	5	10	(3)		35	(8)	
Outras	4	9	(2)		32	(7)	
Antecedentes criminais							
Não	22	10	(3)	0,432**	36	(7)	0,134**
Sim	9	11	(3)		32	(5)	
Duração da medida de segurança							
<14 anos	12	9	(3)	**0,028****	35	(7)	0,321**
>=14 anos	13	11	(3)		32	(5)	
Visitas							
Não	13	13	(5)	0,443**	20	(7)	0,449**
Sim	18	14	(5)		19	(6)	
Liberdade de Prova							
Não	28	13	(5)	0,783**	19	(7)	0,977**
Sim	3	13	(2)		19	(3)	
Saídas Precárias							
Não	24	14	(5)	0,086**	20	(7)	0,282**
Sim	6	11	(3)		17	(6)	

Med- Média; dp- Desvio Padrão; *Anova; **T test

Quadro XXVI[a]. Escala de Paranóia
Dados sócio-demográficos

	n	Paranóia Medi	(min-max)	p
Idade				
<42 anos	16	4	(3-10)	0,276**
>=42 anos	15	4	(3-8)	
Naturalidade				
Rural	16	4	(3-8)	0,869**
Urbana	15	4	(3-10)	
Residência				
Rural	15	4	(3-8)	0,579**
Urbana	16	4	(3-10)	
Estado Civil				
Solteiro	23	4	(3-10)	0,060**
Outro	8	3	(3-5)	
Filhos				
Não	22	4	(3-10)	**0,025****
Sim	9	3	(3-5)	
Conviventes				
Família Directa	22	4	(3-10)	0,700**
Outros	9	4	(3-9)	
Escolaridade				
≤ 4ª Ano	17	4	(3-8)	0,390*
5º - 9º Ano	7	4	(3-10)	
10º - 12º Ano	4	5	(3-9)	
Superior	3	6	(4-8)	
Profissão				
Antes do diagnóstico				
A trabalhar	19	3	(3-7)	0,127*
Estudante	9	4	(3-10)	
De baixa	1	5	(5-5)	
Desempregado	1	5	(5-5)	
Reformado	1	3	(3-3)	
Depois do diagnóstico				
Desempregado	15	4	(3-10)	0,115*
A trabalhar	5	6	(3-7)	
De baixa	5	3	(3-4)	
Reformado	5	4	(3-5)	
Estudante	1	9	(9-9)	
Ocupação actual				
Sem ocupação	18	4	(3-8)	0,691*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	10	4	(3-9)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	4	(3-10)	
Religião				
Sem religião	8	5	(3-10)	0,060**
Católica	22	4	(3-8)	

Medi – Mediana; Min – Mínimo; Max – Máximo; *Teste Kruskal-Wallis , **Teste Mann-Whitney

Quadro XXVI[b]. Escala de Paranóia
Dados clinicos

	n	Paranoide Medi	(min-max)	p
Diagnóstico à data do crime				
Esquizofrenia Paranoide	29	4	(3-10)	0,277**
Esquizofrenia Hebefrénica	2	6	(4-8)	
Data do diagnóstico da doença				
Antes do crime	20	4	(3-10)	0,075**
Na data do crime	11	5	(3-9)	
Data de entrada na clinica				
Até 5 anos	12	4	(3-10)	
5 - 10 anos	9	4	(3-7)	0,553*
Mais de 10 anos	10	5	(3-9)	
Actividade Alucinatória				
Não	5	4	(3-8)	0,671**
Sim	24	4	(3-10)	
Consultas de psiquiatria				
Não	22	4	(3-9)	0,259**
Sim	6	5	(3-10)	
Histórias de antecedentes psidquiátricos				
Não	10	4	(3-10)	0,181**
Sim	19	4	(3-9)	
Antecedentes de esquizofrenia				
Não	10	5	(3-8)	0,117**
Sim	9	3	(3-9)	
Crenças mágicas				
Não	17	4	(3-9)	0,457**
Sim	14	4	(3-10)	
Hábitos alcoólicos				
Antes do diagnóstico				
Não bebe	16	5	(3-10)	
Bebe moderadamente	14	3	(3-10)	**0,033***
Bebe excessivamente	1	4	(4-4)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime				
Não bebe	12	4	(3-10)	
Bebe moderadamente	2	5	(3-6)	0,437*
Bebe excessivamente	17	4	(3-8)	
Hábitos tabágicos				
Antes do diagnóstico				
Não	9	5	(3-8)	0,353**
Sim	22	4	(3-10)	
Depois do diagnóstico				
Não	8	5	(3-8)	0,638**
Sim	23	4	(3-10)	
À data actual				
Não	8	5	(3-8)	0,638**
Sim	23	4	(3-10)	
Consumo de drogas				
Antes do diagnóstico				
Não	15	4	(3-8)	0,666**
Sim	16	4	(3-10)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime				
Não	14	5	(3-8)	0,710**
Sim	17	4	(3-10)	
Internamentos				
Não	9	3	(3-7)	0,458**
Sim	20	4	(3-10)	

Medi – Mediana; Min – Mínimo; Max – Máximo; *Teste Kruskal-Wallis , **Teste Mann-Whitney

Quadro XXVI[c]. Escala de paranóia
Dados jurídico-penais

	n	Paranoide Medi	(min-max)	p
Homicídio				
Não	17	4	(3-8)	0,311**
Sim	14	4	(3-10)	
Tentativa de homicídio				
Não	23	4	(3-10)	0,981**
Sim	8	4	(3-9)	
Ofensas Corporais Graves				
Não	28	4	(3-10)	0,056**
Sim	3	7	(5-7)	
Ofensas Corporais Simples				
Não	28	4	(3-10)	0,554**
Sim	3	4	(3-4)	
Roubo/Furto				
Não	31	4	(3-10)	-
Sim	0	0	(0)	
Violação				
Não	31	4	(3-10)	-
Sim	0	0	(0)	
Tentativa de violação				
Não	29	4	(3-10)	0,451**
Sim	2	4	(3-4)	
Outros				
Não	30	4	(3-9)	-
Sim	1	10	(10-10)	
Actos violentos				
Antes do diagnóstico				
Não	21	4	(3-10)	0,567**
Sim	10	4	(3-8)	
Depois do diagnóstico/antes do crime				
Não	4	6	(4-7)	0,104**
Sim	27	4	(3-10)	
Vítima				
Vizinhos	14	4	(3-10)	0,964*
Familiares directos	10	4	(3-9)	
Outros	7	4	(3-6)	
Arma do Crime				
Arma branca	10	5	(3-10)	0,120*
Arma de fogo	9	4	(3-9)	
Arma contundente	5	3	(3-4)	
Outras	4	4	(3-7)	
Antecedentes criminais				
Não	22	4	(3-10)	0,.378**
Sim	9	3	(3-7)	
Duração da medida de segurança				
<14 anos	12	5	(3-10)	**0,014****
>=14 anos	13	3	(3-6)	
Visitas				
Não	13	4	(3-8)	0,416**
Sim	18	4	(3-10)	
Liberdade de Prova				
Não	28	4	(3-10)	0,862**
Sim	3	4	(3-5)	
Saídas Precárias				
Não	24	4	(3-10)	0,085**
Sim	6	3	(3-5)	

Medi – Mediana; Min – Mínimo; Max – Máximo; *Teste Kruskal-Wallis , **Teste Mann-Whitney

Quadro XXVII[a]. Escala Composta e agrupamento Anergia
Dados sócio-demográficos

		Composite			Anergia		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Idade							
<42 anos	16	- 5	(7)	0,332**	9	(3)	0,949**
>=42 anos	15	- 7	(6)		9	(3)	
Naturalidade							
Rural	16	- 6	(7)	0,653**	10	(3)	0,295**
Urbana	15	- 5	(7)		9	(3)	
Residência							
Rural	15	- 6	(7)	0,817**	10	(3)	0,341**
Urbana	16	- 5	(7)		9	(3)	
Estado Civil							
Solteiro	23	- 6	(7)	0,688**	10	(3)	0,237**
Outros	8	- 5	(5)		8	(4)	
Filhos							
Não	22	- 6	(7)	0,793**	10	(3)	0,124**
Sim	9	- 5	(5)		8	(3)	
Conviventes							
Família Directa	22	- 6	(7)	0,883**	9	(3)	0,956**
Outros	9	- 6	(5)		9	(3)	
Escolaridade							
≤ 4ª Ano	17	- 8	(7)	0,302*	9	(4)	0,952*
5º - 9º Ano	7	- 3	(5)		9	(3)	
10º - 12º Ano	4	- 5	(7)		9	(3)	
Superior	3	-2	(5)		9	(2)	
Profissão							
Antes do diagnóstico							
A trabalhar	19	- 5	(5)	0,656*	9	(3)	0,708*
Estudante	9	- 7	(10)		10	(3)	
De baixa	1	- 13	(0)		10	(0)	
Desempregado	1	0	(0)		8	(0)	
Reformado	1	-8	(0)		9	(0)	
Depois do diagnóstico							
Desempregado	15	- 7	(8)	0,466*	10	(4)	0,838*
A trabalhar	5	- 1	(4)		9	(2)	
De baixa	5	- 6	(5)		9	(3)	
Reformado	5	- 8	(5)		8	(3)	
Estudante	1	0	(0)		8	(0)	
Ocupação actual							
Sem ocupação	18	- 8	(6)	0,121*	10	(3)	0,189*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	10	- 5	(6)		8	(3)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	1	(5)		7	(1)	
Religião							
Sem religião	8	- 6	(9)	0,995**	10	(4)	0,538**
Católica	22	- 6	(6)		9	(3)	

M- Média; dp-desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXVII[b]. Escala Composta e agrupamento Anergia

Dados clinicos

		Composite			Anergia		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Diagnóstico à data do crime							
Esquizofrenia Paranoide	29	- 5	(6)	**0,006***	9	(3)	**0,012***
Esquizofrenia Hebefrénica	2	- 18	(3)		15	(2)	
Data do diagnóstico da doença							
Antes do crime	20	- 6	(7)	0,880**	8	(3)	0,054**
Na data do crime	11	- 6	(7)		11	(3)	
Data de entrada na clinica							
Até 5 anos	12	- 3	(6)		8	(3)	
5 - 10 anos	9	- 6	(6)	0,162**	10	(3)	0,328**
Mais de 10 anos	10	- 9	(8)		10	(3)	
Actividade Alucinatória							
Não	5	- 8	(10)	0,657**	11	(4)	0,294**
Sim	24	- 6	(6)		9	(3)	
Consultas de psiquiatria							
Não	22	- 6	(6)	0,952**	10	(3)	0,557**
Sim	6	- 6	(9)		9	(3)	
Histórias de antecedentes psiquiátricos							
Não	10	- 5	(8)	0,378**	10	(3)	0,677**
Sim	19	- 7	(6)		9	(4)	
Antecedentes de esquizofrenia							
Não	10	- 10	(6)	0,056**	11	(3)	**0,016****
Sim	9	- 4	(5)		7	(3)	
Crenças mágicas							
Não	17	- 6	(8)	0,608**	10	(4)	0,188**
Sim	14	- 5	(5)		8	(2)	
Hábitos alcoólicos							
Antes do diagnóstico							
Não bebe	16	- 5	(6)		10	(3)	
Bebe moderadamente	14	- 5	(5)	0,184*	8	(4)	0,405*
Bebe excessivamente	1	- 18	(0)		12	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não bebe	12	- 5	(7)		9	(2)	
Bebe moderadamente	2	- 5	(2)	0,617*	9	(3)	0,990*
Bebe excessivamente	17	- 7	(-73)		9	(4)	
Hábitos tabágicos							
Antes do diagnóstico							
Não	9	- 6	(7)	0,798*	9	(4)	0,851*
Sim	22	- 6	(7)		9	(3)	
Depois do diagnóstico							
Não	8	- 7	(7)	0,499*	10	(4)	0,733*
Sim	23	- 5	(7)		9	(3)	
À data actual							
Não	8	- 7	(7)	0,499*	10	(4)	0,733*
Sim	23	- 5	(7)		9	(3)	
Consumo de drogas							
Antes do diagnóstico							
Não	15	- 8	(7)	**0,037****	10	(3)	**0,024****
Sim	16	- 3	(6)		8	(3)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não	14	- 7	(8)	0,421**	10	(3)	0,188**
Sim	17	- 5	(6)		8	(3)	
Internamentos							
Não	9	- 5	(7)	0,621**	10	(4)	0,573**
Sim	20	- 6	(7)		9	(3)	

M- Média; dp- Desvio Padrão; *Anova; **T test

Quadro XXVII[c]. Escala Composta e agrupamento Anergia
Dados jurídico-penais

		Composite			Anergia		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Homicídio							
Não	17	- 4	(6)	0,056**	9	(3)	0,389**
Sim	14	- 8	(6)		10	(3)	
Tentativa de homicídio							
Não	23	- 6	(7)	0,645**	9	(3)	0,427**
Sim	8	- 5	(6)		8	(4)	
Ofensas Corporais Graves							
Não	28	- 6	(7)	0,094**	9	(3)	0,778**
Sim	3	1	(5)		10	(2)	
Ofensas Corporais Simples							
Não	28	- 6	(7)	0,566**	9	(3)	0,512**
Sim	3	- 8	(7)		10	(3)	
Roubo/Furto							
Não	31	- 6	(6)	-	9	(3)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Violação							
Não	31	- 6	(7)	-	9	(3)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Tentativa de violação							
Não	29	- 6	(7)	0,776**	9	(3)	0,455**
Sim	2	- 5	(6)		8	(4)	
Outros							
Não	30	- 6	(6)	-	9	(3)	-
Sim	1	0	(0)		6	(0)	
Actos violentos							
Antes do diagnóstico							
Não	21	- 5	(6)	0,590**	9	(3)	0,605**
Sim	10	- 7	(8)		10	(4)	
Depois do diagnóstico/antes do crime							
Não	4	- 7	(6)	0,660**	11	(3)	0,293**
Sim	27	- 6	(7)		9	(3)	
Vitima							
Vizinhos	14	- 3	(6)		8	(2)	
Familiares directos	10	- 7	(7)	0,225*	10	(4)	0,266*
Outros	7	- 7	(5)		10	(3)	
Arma do Crime							
Arma branca	10	- 5	(8)		9	(2)	
Arma de fogo	9	- 5	(6)	0,635*	9	(3)	0,832*
Arma contundente	5	- 10	(8)		10	(5)	
Outras	4	- 5	(7)		9	(3)	
Antecedentes criminais							
Não	22	- 7	(7)	**0,023****	10	(3)	**0,027****
Sim	9	- 2	(4)		7	(3)	
Visitas							
Não	13	- 8	(7)	0,196**	10	(3)	0,509**
Sim	18	- 5	(7)		9	(3)	
Duração da medida de segurança							
<14 anos	12	-4	(8)	0,281**	9	3	0,691**
>=14 anos	13	-7	(5)		9	4	
Liberdade de Prova							
Não	28	- 6	(7)	0,826**	9	(3)	0,928**
Sim	3	- 7	(4)		9	(1)	
Saídas Precárias							
Não	24	- 6	(7)	0,917**	10	(3)	0,158**
Sim	6	- 6	(5)		8	(3)	

M- Média; dp- desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXVIII[a]. Escala de Perturbação do pensamento e agrupamento Activação
Dados sócio-demográficos

		Thought Disturbance			Activation		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Idade							
<42 anos	16	8	(3)	0,781**	7	(3)	0,355**
>=42 anos	15	8	(3)		6	(2)	
Naturalidade							
Rural	16	8	(4)	0,.687**	6	(3)	0,412**
Urbana	15	8	(3)		7	(2)	
Residência							
Rural	15	8	(4)	0,463**	6	(3)	0,528**
Urbana	16	8	(3)		7	(2)	
Estado civil							
Solteiro	23	8	(3)	0.418**	7	(3)	0,221**
Outro	8	7	(3)		5	(2)	
Filhos							
Não	22	8	(3)	0,249**	7	(3)	0,288**
Sim	9	7	(3)		6	(2)	
Conviventes							
Família Directa	22	8	(3)	0,696**	6	(3)	0,564**
Outros	9	8	(3)		6	(2)	
Escolaridade							
≤ 4ª Ano	17	8	(3)		6	(2)	
5º - 9º Ano	7	7	(2)	0,591*	5	(2)	**0,022***
10º - 12º Ano	4	10	(3)		9	(2)	
Superior	3	7	(3)		7	(2)	
Profissão							
Antes do diagnóstico							
A trabalhar	19	7	(3)		5	(2)	
Estudante	9	9	(2)		9	(2)	
De baixa	1	8	(0)	0.291*	7	(0)	**0,009***
Desempregado	1	13	(0)		5	(0)	
Reformado	1	7	(0)		4	(0)	
Depois do diagnóstico							
Desempregado	15	8	(2)		7	(2)	
A trabalhar	5	8	(5)		6	(3)	
De baixa	5	8	(3)	0,218*	5	(1)	**0,038***
Reformado	5	6	(1)		5	(2)	
Estudante	1	13	(0)		11	(0)	
Ocupação actual							
Sem ocupação	18	8	(3)		6	(2)	
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	10	5	(1)	0,234*	6	(3)	0,977*
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	8	(4)		6	(3)	
Religião							
Sem religião	8	9	(3)	0,227**	8	(3)	**0,014****
Católica	22	8	(3)		6	(2)	

M- Média; dp- Desvio Padrão; *Anova; **T test

Quadro XXVIII[b]. Escala de Perturbação do pensamento e agrupamento Activação

Dados clínicos

		Thought Disturbance			Activation		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Diagnóstico à data do crime							
Esquizofrenia Paranoide	29	8	(3)	0,459**	6	(2)	**0,023****
Esquizofrenia Hebefrénica	2	10	(2)		10	(3)	
Data do diagnóstico da doença							
Antes do crime	20	7	(3)	**0,026****	6	(2)	0,095**
Na data do crime	11	10	(3)		7	(2)	
Data de entrada na clinica							
Até 5 anos	12	7	(4)		5	(2)	
5 - 10 anos	9	9	(3)	0,210*	6	(2)	0,070*
Mais de 10 anos	10	9	(1)		8	(3)	
Actividade Alucinatória							
Não	5	10	(4)	0,118**	8	(3)	0,137**
Sim	24	7	(3)		6	(2)	
Consultas de psiquiatria							
Não	22	8	(3)	0,403**	6	(2)	0,138**
Sim	6	7	(2)		8	(2)	
Histórias de antecedentes psiquiátricos							
Não	10	8	(4)	0,577**	6	(2)	0,743**
Sim	19	7	(3)		6	(3)	
Antecedentes de esquizofrenis							
Não	10	8	(3)	0,356**	6	(3)	0,493**
Sim	9	7	(3)		7	(3)	
Crenças mágicas							
Não	17	9	(3)	**0,006****	7	(3)	0,072**
Sim	14	6	(2)		5	(2)	
Hábitos alcoólicos							
Antes do diagnóstico							
Não bebe	16	9	(3)		7	(3)	
Bebe moderadamente	14	7	(3)	0,407*	6	(2)	0,457*
Bebe excessivamente	1	9	(0)		5	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não bebe	12	8	(4)		7	(2)	
Bebe moderadamente	2	6	(1)	0,540*	5	(2)	0,547*
Bebe excessivamente	17	8	(3)		6	(3)	
Hábitos tabágicos							
Antes do diagnóstico							
Não	9	8	(3)	0,720**	7	(3)	0,305**
Sim	22	8	(3)		6	(2)	
Depois do diagnóstico							
Não	8	8	(3)	0,920**	7	(4)	0,650**
Sim	23	8	(3)		6	(2)	
À data actual							
Não	8	8	(3)	0,920**	7	(4)	0,650**
Sim	23	8	(3)		6	(2)	
Consumo de drogas							
Antes do diagnóstico							
Não	15	8	(2)	0,334**	7	(3)	0,598**
Sim	16	7	(4)		6	(2)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime							
Não	14	9	(3)	0,094**	6	(2)	0,779**
Sim	17	7	(3)		6	(2)	
Internamentos							
Não	9	9	(4)	0,177**	6	(2)	0,519**
Sim	20	7	(3)		7	(3)	

M- Média; dp- desvio padrão; *Anova; **T test

Quadro XXVIII[c]. Escala de Perturbação do pensamento e agrupamento Activação
Dados jurídico-penais

		Thought Disturbance			Activation		
	n	M	(dp)	p	M	(dp)	p
Homicídio							
Não	17	9	(3)	0,220**	6	(2)	0,764**
Sim	14	7	(3)		6	(3)	
Tentativa de homicídio							
Não	23	8	(3)	0,977**	6	(2)	0,827**
Sim	8	8	(3)		6	(3)	
Ofensas Corporais Graves							
Não	28	7	(3)	**0,007****	6	(2)	0,602**
Sim	3	12	(4)		7	(2)	
Ofensas Corporais Simples							
Não	28	8	(3)	0,.527**	6	(3)	0,975**
Sim	3	9	(3)		6	(2)	
Roubo/Furto							
Não	31	8	(3)	-	6	(2)	-
Sim	0	0	(0)		0	(0)	
Violação							
Não	31	8	(3)	-	6	(2)	-
Sim	0		(0)		0	(0)	
Tentativa de violação							
Não	29	8	(3)	0,377**	6	(2)	0,642**
Sim	2	6	(0)		6	(2)	
Outros							
Não	30	8	(3)	-	6	(2)	-
Sim	1	6	(0)		9	(0)	
Actos violentos							
Antes do diagnóstico							
Não	21	7	(3)	0,221**	6	(2)	0,988**
Sim	10	9	(4)		6	(3)	
Depois do diagnóstico/antes do crime							
Não	4	8	(2)	0,948**	7	(2)	0,692**
Sim	27	8	(3)		6	(3)	
Vitima							
Vizinhos	14	8	(4)		6	(2)	
Familiares directos	10	8	(3)	0,648*	7	(3)	0,261*
Outros	7	7	(2)		5	(2)	
Arma do Crime							
Arma branca	10	8	(3)		7	(2)	
Arma de fogo	9	8	(4)	0,925*	6	(3)	0,903
Arma contundente	5	8	(2)		7	(3)	
Outras	4	7	(3)		6	(3)	
Antecedentes criminais							
Não	22	7	(3)	0.628**	7	(2)	0,057**
Sim	9	8	(4)		5	(2)	
Duração da medida de segurança							
<14 anos	12	9	(3)	**0,005****	7	(2)	0,02**
>=14 anos	13	6	(1)		5	(2)	
Visitas							
Não	13	8	(2)	0,667**	6	(2)	0,95**
Sim	18	8	(4)		6	(2)	
Liberdade de Prova							
Não	28	8	(3)	0,603**	6	(3)	0,341**
Sim	3	7	(1)		5	(1)	
Saídas Precárias							
Não	24	9	(3)	**0,047****	7	(2)	0,109**
Sim	6	6	(1)		5	(2)	

M- Média; dp- desvio padrão; *Anova; **T test

Após se ter verificado a constância de algumas das variáveis, nomeadamente a data do diagnóstico da doença (antes ou à data do crime), a existência ou não de crenças mágico-primitivas e o tipo de crime, tentou-se aferir da relação destas com as outras variáveis sócio-demográficas, clínicas e jurídico-penais.

Relativamente à relação entre a *data do diagnóstico da doença* e as outras variáveis clínicas (**Quadro XXIX[b]**), quando esta coincidiu com o crime foi constatada a associação com a ausência de hábitos de consumo de drogas (p=0,044) e também com ausência de internamentos (p=0,032). Em relação aos dados jurídico-penais, nos doentes em que o diagnóstico da doença coincide com o crime, existência de actos violentos antes do crime é mais provável de suceder em relação àqueles em que o diagnóstico foi anterior ao crime (p=0,010).

No que respeita à existência ou não de *crenças mágico-primitivas* no ano prévio à data do crime, apenas foi verificada relação estatisticamente significativa com a variável clínica "actividade alucinatória/acto em delírio (*act on delusion*)" (**Quadro XXX[b]**). Observou-se nos doentes com estas crenças a existência de uma associação com actividade alucinatória de comando à data do crime, em relação aos outros doentes (sem crenças mágico-primitivas) (p=0,048).

Se considerarmos o *tipo de crime*, nos doentes que incorreram num acto ilícito grave contra as pessoas, como homicídio e tentativa de homicídio (**Quadro XXXI[c]**), a duração da medida de segurança é mais provável que seja superior ou igual a 14 anos, comparativamente aos que incorreram noutro tipo de crime, nos quais a duração da medida de segurança é inferior ou igual a 14 anos (p<,001).

Quadro XXIX[a]. Data do diagnóstico da doença
Dados sócio-demográficos

	Antes do crime		Data do crime		
	n	(%)	n	(%)	p
Idade					
<42 anos	11	(55)	5	(45)	0,611*
>=42 anos	9	(45)	6	(55)	
Naturalidade					
Rural	10	(50)	6	(54)	0,809*
Urbana	10	(50)	5	(46)	
Residência					
Rural	9	(45)	6	(54)	0,611*
Urbana	11	(55)	5	(46)	
Estado Civil					
Solteiro	14	(70)	9	(82)	0,676**
Outro	6	(30)	2	(18)	
Filhos					
Não	13	(65)	9	(82)	0,429**
Sim	7	(35)	2	(18)	
Convivente					
Família directa	15	(75)	7	(64)	0,683**
Outro	5	(25)	4	(36)	
Escolaridade					
≤ 4ª Ano	12	(60)	5	(46)	0,130*
5º - 9º Ano	6	(30)	1	(9)	
10º - 12º Ano	1	(5)	2	(27)	
Superior	1	(5)	2	(18)	
Profissão					
Antes do diagnóstico					
A trabalhar	13	(65)	6	(55)	0,363*
Estudante	6	(30)	3	(27)	
De baixa	0	(0)	1	(9)	
Desempregado	1	(5)	0	(0)	
Reformado	0	(0)	1	(9)	
Depois do diagnóstico					
Desempregado	11	(55)	4	(37)	0,379*
A trabalhar	2	(10)	3	(27)	
De baixa	3	(15)	2	(18)	
Reformado	4	(20)	1	(9)	
Estudante	0	(0)	1	(9)	
Ocupação actual					
Sem ocupação	11	(55)	7	(64)	0,400*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	6	(30)	4	(36)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	3	(15)	0	(0)	
Religião					
Sem religião	6	(32)	2	(18)	0,672**
Católica	13	(68)	9	(82)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXIX[b]. Data do diagnóstico da doença
Dados clinicos

	Antes do crime		Data do crime		
	n	(%)	n	(%)	p
Diagnóstico à data do crime					
Esquizofrenia Paranoide	18	(90)	11	(100)	0,527**
Esquizofrenia Hebefrénica	2	(10)	0	(0)	
Data de entrada na clinica					
Até 5 anos	9	(45)	3	(27)	
5 - 10 anos	7	(35)	2	(18)	0,143*
Mais de 10 anos	4	(20)	5	(55)	
Actividade Alucinatória					
Não	3	(15)	2	(22)	0,633**
Sim	17	(85)	7	(78)	
Consultas de psiquiatria					
Não	13	(77)	9	(82)	1,000**
Sim	4	(23)	2	(18)	
Histórias de antecedentes psiquiátricos					
Não	5	(26)	5	(50)	0,244**
Sim	14	(74)	5	(50)	
Antecedentes de esquizofrenia					
Não	7	(50)	2	(40)	
Sim	7	(50)	3	(60)	1,000**
Crenças mágico-primitivas					
Não	9	(45)	8	(73)	0,258**
Sim	11	(55)	3	(27)	
Hábitos alcoólicos					
Antes do diagnóstico					
Não bebe	8	(40)	8	(73)	
Bebe moderadamente	11	(55)	3	(27)	0,199*
Bebe excessivamente	1	(5)	0	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime					
Não bebe	7	(35)	5	(45)	
Bebe moderadamente	1	(5)	1	(10)	0,720*
Bebe excessivamente	12	(60)	5	(45)	
Hábitos tabágicos					
Antes do diagnóstico					
Não	5	(25)	4	(36)	0,683**
Sim	15	(75)	7	(64)	
Depois do diagnóstico					
Não	5	(25)	3	(27)	1,000**
Sim	15	(75)	8	(73)	
À data actual					
Não	5	(25)	3	(27)	1,000**
Sim	15	(75)	8	(73)	
Consumo de drogas					
Antes do diagnóstico					
Não	7	(35)	8	(73)	**0,044***
Sim	13	(65)	3	(27)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime					
Não	7	(35)	7	(64)	0,153**
Sim	13	(65)	4	(36)	
Internamentos					
Não	3	(16)	6	(60)	**0,032****
Sim	16	(84)	4	(40)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXIX[c]. Data do diagnóstico da doença
Dados jurídico-penais

	Antes do crime		Data do crime		
	n	(%)	n	(%)	p
Homicídio					
Não	12	(60)	5	(45)	0,477**
Sim	8	(40)	6	(55)	
Tentativa de homicídio					
Não	15	(75)	8	(73)	1,000**
Sim	5	(25)	3	(27)	
Ofensas Corporais Graves					
Não	19	(95)	9	(82)	0,281**
Sim	1	(5)	2	(18)	
Ofensas Corporais Simples					
Não	17	(85)	11	(100)	0,535**
Sim	3	(15)	0	(0)	
Roubo/Furto					
Não	20	(100)	11	(100)	-
Sim	0	(0)	0	(0)	
Violação					
Não	20	(100)	11	(100)	-
Sim	0	(0)	0	(0)	
Tentativa de violação					
Não	18	(90)	11	(100)	0,527**
Sim	2	(10)	0	(0)	
Outros					
Não	19	(95)	11	(100)	1,000**
Sim	1	(5)	0	(0)	
Actos violentos					
Antes do diagnóstico					
Não	11	(55)	10	(91)	0,055**
Sim	9	(45)	1	(9)	
Depois do diagnóstico/antes do crime					
Não	0	(0)	4	(36)	**0,010****
Sim	20	(100)	7	(64)	
Vítima					
Vizinhos	6	(30)	4	(36)	
Familiares directos	9	(45)	5	(46)	0,889**
Outros	5	(25)	2	(18)	
Arma do Crime					
Arma branca	8	(46)	2	(18)	
Arma de fogo	3	(18)	6	(55)	0,193*
Arma contundente	3	(18)	2	(18)	
Outras	3	(18)	1	(9)	
Antecedentes criminais					
Não	13	(65)	9	(82)	0,429**
Sim	7	(35)	2	(18)	
Duração da medida de segurança					
<14 anos	10	(53)	2	(33)	0,645**
>=14 anos	9	(47)	4	(67)	
Visitas					
Não	8	(40)	5	(45)	1,000**
Sim	12	(60)	6	(55)	
Liberdade de Prova					
Não	19	(95)	8	(82)	0,281**
Sim	1	(5)	2	(18)	
Saídas Precárias					
Não	15	(79)	9	(82)	1,000**
Sim	4	(21)	2	(18)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXX[a]. Crenças mágico-primitivas
Dados sócio-demográficos

	Não		Sim		
	n	(%)	n	(%)	p
Idade					
<42 anos	7	(41)	9	(64)	0,200*
>=42 anos	10	(59)	5	(36)	
Naturalidade					
Rural	9	(53)	7	(50)	0,870*
Urbana	8	(47)	7	(50)	
Residência					
Rural	9	(53)	6	(43)	0,576*
Urbana	8	(47)	8	(57)	
Estado Civil					
Solteiro	12	(71)	11	(79)	0,698**
Outro	5	(29)	3	(21)	
Filhos					
Não	11	(65)	11	(79)	0,456**
Sim	6	(35)	3	(21)	
Conviventes					
Família directa	12	(72)	10	(71)	1,000**
Outros	5	(29)	4	(29)	
Escolaridade					
≤ 4ª Ano	9	(53)	8	(57)	0,232*
5º - 9º Ano	3	(18)	4	(29)	
10º - 12º Ano	4	(23)	0	(0)	
Superior	1	(6)	2	(14)	
Profissão					
Antes do diagnóstico					
A trabalhar	9	(53)	10	(72)	0,434*
Estudante	6	(35)	3	(21)	
De baixa	0	(0)	1	(7)	
Desempregado	1	(6)	0	(0)	
Reformado	1	(6)	0	(0)	
Depois do diagnóstico					
Desempregado	10	(59)	5	(36)	0,329*
A trabalhar	2	(12)	3	(21)	
De baixa	3	(18)	2	(14)	
Reformado	1	(6)	4	(28)	
Estudante	1	(6)	0	(0)	
Ocupação actual					
Sem ocupação	10	(59)	8	(58)	0,102*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	7	(41)	3	(21)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	0	(0)	3	(21)	
Religião					
Sem religião	6	(35)	2	(15)	0,407**
Católica	11	(65)	11	(85)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXX[b]. Crenças mágico-primitivas
Dados clínicos

	Não		Sim		
	n	(%)	n	(%)	p
Diagnóstico à data do crime					
Esquizofrenia Paranoide	15	(88)	14	(100)	0,488**
Esquizofrenia Hebefrénica	2	(12)	0	(0)	
Data do diagnóstico da doença					
Antes do crime	9	(53)	11	(79)	0,258**
Na data do crime	8	(47)	3	(21)	
Data de entrada na clinica					
Até 5 anos	4	(24)	8	(58)	
5 - 10 anos	6	(35)	3	(21)	0,159*
Mais de 10 anos	7	(41)	3	(21)	
Actividade Alucinatória					
Não	5	(31)	0	(0)	**0,048****
Sim	11	(69)	13	(100)	
Consultas de psiquiatria					
Não	12	(80)	10	(77)	1,000**
Sim	3	(20)	3	(23)	
Histórias de antecedentes psiquiátricos					
Não	6	(38)	4	(31)	1,000**
Sim	10	(62)	9	(69)	
Antecedentes de esquizofrenis					
Não	5	(50)	4	(44)	1,000**
Sim	5	(50)	5	(56)	
Hábitos alcoólicos					
Antes do diagnóstico					
Não bebe	8	(47)	8	(57)	
Bebe moderadamente	8	(47)	6	(43)	0,605*
Bebe excessivamente	1	(6)	0	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime					
Não bebe	5	(29)	7	(50)	
Bebe moderadamente	0	(0)	2	(14)	0,083*
Bebe excessivamente	12	(71)	5	(36)	
Hábitos tabágicos					
Antes do diagnóstico					
Não	6	(35)	3	(21)	0,456**
Sim	11	(65)	11	(79)	
Depois do diagnóstico					
Não	5	(29)	3	(21)	0,698**
Sim	12	(71)	11	(79)	
À data actual					
Não	5	(29)	3	(21)	0,698**
Sim	12	(71)	11	(79)	
Consumo de drogas					
Antes do diagnóstico					
Não	10	(59)	5	(36)	0,200*
Sim	7	(41)	9	(64)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime					
Não	9	(53)	5	(36)	0,337*
Sim	8	(47)	9	(64)	
Internamentos					
Não	5	(31)	4	(31)	1,000**
Sim	11	(69)	9	(69)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXX[c]. Crenças mágico-primitivas
Dados jurídico-penais

	Não		Sim		
	n	(%)	n	(%)	p
Homicídio					
Não	10	(59)	7	(50)	0,623*
Sim	7	(41)	7	(50)	
Tentativa de homicídio					
Não	12	(71)	11	(79)	0,698**
Sim	5	(29)	3	(21)	
Ofensas Corporais Graves					
Não	14	(82)	14	(100)	0,232**
Sim	3	(18)	0	(0)	
Ofensas Corporais Simples					
Não	16	(94)	12	(86)	0,576**
Sim	1	(6)	2	(14)	
Roubo/Furto					
Não	17	(100)	14	(100)	-
Sim	0	(0)	0	(0)	
Violação					
Não	17	(100)	14	(100)	-
Sim	0	(0)	0	(0)	
Tentativa de violação					
Não	16	(94)	13	(93)	1,000**
Sim	1	(6)	1	(7)	
Outros					
Não	17	(100)	13	(93)	0,452**
Sim	0	(0)	1	(7)	
Actos violentos					
Antes do diagnóstico					
Não	11	(65)	10	(71)	1,000**
Sim	6	(35)	4	(29)	
Depois do diagnóstico/antes do crime					
Não	2	(12)	2	(14)	1,000**
Sim	15	(88)	12	(86)	
Vitima					
Vizinhos	4	(24)	6	(43)	0,.428*
Familiares directos	8	(47)	6	(43)	
Outros	5	(29)	2	(14)	
Arma do Crime					
Arma branca	6	(37)	4	(33)	0,762*
Arma de fogo	4	(25)	5	(42)	
Arma contundente	3	(19)	2	(17)	
Outras	3	(19)	1	(8)	
Antecedentes criminais					
Não	12	(71)	10	(71)	1,000**
Sim	5	(29)	4	(29)	
Duração da medida de segurança					
<14 anos	8	(67)	4	(31)	0,073*
>=14 anos	4	(33)	9	(69)	
Visitas					
Não	9	(53)	4	(29)	0,171*
Sim	8	(47)	10	(71)	
Liberdade de Prova					
Não	16	(94)	12	(86)	0,576**
Sim	1	(6)	2	(14)	
Saídas Precárias					
Não	14	(82)	10	(77)	1,000**
Sim	3	(18)	3	(23)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXXI[a]. Tipo de Crime
Dados sócio-demográficos

	Homicídio/ Tentativa		Outro		
	n	(%)	n	(%)	p
Idade					
<42 anos	10	(45)	6	(67)	0,433**
>=42 anos	12	(55)	3	(33)	
Naturalidade					
Rural	11	(50)	5	(56)	1,000**
Urbana	11	(55)	4	(44)	
Residência					
Rural	10	(45)	5	(56)	,704**
Urbana	12	(55)	4	(44)	
Estado Civil					
Solteiro	16	(73)	7	(78)	1,000**
Outro	6	(27)	2	(22)	
Filhos					
Não	15	(68)	7	(78)	0,689**
Sim	7	(32)	2	(22)	
Conviventes					
Família directa	15	(68)	7	(78)	0,689**
Outros	7	(32)	2	(22)	
Escolaridade					
≤ 4ª Ano	12	(54)	5	(56)	0,591*
5º - 9º Ano	4	(18)	3	(33)	
10º - 12º Ano	3	(14)	1	(11)	
Superior	3	(14)	0	(0)	
Profissão					
Antes do diagnóstico					
A trabalhar	13	(60)	6	(67)	0,850*
Estudante	6	(28)	3	(33)	
De baixa	1	(4)	0	(0)	
Desempregado	1	(4)	0	(0)	
Reformado	1	(4)	0	(0)	
Depois do diagnóstico					
Desempregado	11	(50)	4	(45)	0,873*
A trabalhar	3	(14)	2	(22)	
De baixa	3	(14)	2	(22)	
Reformado	4	(18)	1	(11)	
Estudante	1	(4)	0	(0)	
Ocupação actual					
Sem ocupação	13	(59)	5	(56)	0,978*
RAVI (Regime aberto voltado para o interior)	7	(32)	3	(33)	
RAVE (Regime aberto voltado para o exterior)	2	(9)	1	(11)	
Religião					
Sem religião	6	(27)	2	(25)	1,.000**
Católica	16	(73)	6	(75)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXXI[b]. Tipo de Crime
Dados clinicos

	Homicídio/ Tentativa		Outro		
	n	(%)	n	(%)	p
Diagnóstico à data do crime					
Esquizofrenia Paranoide	21	(95)	8	(89)	0,503**
Esquizofrenia Hebefrénica	1	(5)	1	(11)	
Data do diagnóstico da doença					
Antes do crime	13	(59)	7	(78)	0,429**
Na data do crime	9	(41)	2	(22)	
Data de entrada na clinica					
Até 5 anos	8	(36)	4	(44)	
5 - 10 anos	4	(18)	5	(56)	0,113*
Mais de 10 anos	10	(46)	0	(0)	
Actividade Alucinatória					
Não	2	(10)	3	(33)	0,.287**
Sim	18	(90)	6	(67)	
Consultas de psiquiatria					
Não	15	(79)	7	(78)	1,000**
Sim	4	(21)	2	(22)	
Histórias de antecedentes psiquiátricos					
Não	6	(29)	4	(50)	0,390**
Sim	15	(71)	4	(50)	
Antecedentes de esquizofrenia					
Não	8	(53)	2	(50)	1,000**
Sim	7	(47)	2	(50)	
Crenças mágico-primitivas					
Não	12	(55)	5	(56)	1,000**
Sim	10	(45)	4	(44)	
Hábitos alcoólicos					
Antes do diagnóstico					
Não bebe	10	(45)	6	(67)	
Bebe moderadamente	11	(50)	3	(33)	0,507*
Bebe excessivamente	1	(5)	0	(0)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime					
Não bebe	6	(27)	6	(67)	
Bebe moderadamente	2	(9)	0	(0)	0,108*
Bebe excessivamente	14	(64)	3	(33)	
Hábitos tabágicos					
Antes do diagnóstico					
Não	7	(32)	2	(22)	0,689**
Sim	15	(68)	7	(78)	
Depois do diagnóstico					
Não	7	(32)	1	(11)	0,.379**
Sim	15	(68)	8	(89)	
À data actual					
Não	7	(32)	1	(11)	0,379**
Sim	15	(68)	8	(89)	
Consumo de drogas					
Antes do diagnóstico					
Não	11	(50)	4	(44)	1,000**
Sim	11	(50)	5	(56)	
Depois do diagnóstico/ antes do crime					
Não	9	(41)	5	(56)	0,693**
Sim	13	(59)	4	(44)	
Internamentos					
Não	6	(29)	3	(38)	0,675**
Sim	15	(71)	5	(62)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

Quadro XXXI[c]. Tipo de Crime
Dados juridico-penais

	Homicídio/ Tentativa		Outro		
	n	(%)	n	(%)	p
Actos violentos					
Antes do diagnóstico					
Não	16	(73)	5	(56)	0,417**
Sim	6	(27)	4	(44)	
Depois do diagnóstico/antes do crime					
Não	3	(14)	1	(11)	1,000**
Sim	19	(86)	8	(89)	
Vitima					
Vizinhos	4	(18)	6	(67)	0,097*
Familiares directos	13	(59)	1	(11)	
Outros	5	(23)	2	(22)	
Arma do Crime					
Arma branca	7	(32)	3	(50)	0,230*
Arma de fogo	8	(36)	1	(17)	
Arma contundente	5	(23)	0	(0)	
Outras	2	(9)	2	(33)	
Antecedentes criminais					
Não	15	(68)	7	(78)	0,689**
Sim	7	(32)	2	(22)	
Duração da medida de segurança					
<14 anos	3	(19)	9	(100)	**<0,001****
>=14 anos	13	(81)	0	(0)	
Visitas					
Não	10	(45)	3	(33)	0,.696**
Sim	12	(55)	6	(67)	
Liberdade de Prova					
Não	19	(86)	9	(100)	0,537**
Sim	3	(14)	0	(0)	
Saídas Precárias					
Não	16	(76)	8	(89)	0,637**
Sim	5	(24)	1	(11)	

*Pearson Qui-quadrado; **Teste exacto de Fisher

5. DISCUSSÃO

A amostra clínica estudada incidiu em trinta e um doentes esquizofrénicos inimputáveis perigosos - que correspondem à quase totalidade de esquizofrénicos internados (n=33) - integrados numa população de 88 indivíduos inimputáveis. A escolha desta amostra reporta-se à proposição inicial do projecto de investigação do estudo de agressividade naquela patologia. A percentagem relativa destes doentes (38%) mostra como as doenças esquizofrénicas constituem um núcleo importante dos doentes inimputáveis perigosos, que pelas próprias características do síndrome – perda do juízo crítico, actividade alucinatória (por vezes auditiva de comando) e delirante (a maioria das vezes de tipo persecutório) e relativa resistência ao tratamento – tornam o doente esquizofrénico particularmente sujeito à prática de actos violentos, tipificados como crime no nosso ordenamento jurídico e consequente posterior decisão pela inimputabilidade, em sede de julgamento. Temos, assim, que mais de um terço de doentes inimputáveis são esquizofrénicos sendo que esta patologia é sem dúvida considerada o esteriótipo da alienação mental susceptível de potenciar a prática de um crime grave e violento. No entanto, os dois terços de outras patologias demonstram bem como não se pode ser redutor ao esquecer, por vezes, todos os outros quadros psiquiátricos ou psico-orgânicos que preenchem os critérios seriadores de inimputabilidade previstos no Artigo 20 do Código Penal.

A média de idades, à data do crime foi de 35 anos, sendo a idade actual próxima de 42 anos, o que constitui um indicador de uma população prisional a caminho do envelhecimento. Estes doentes apresentavam, igualmente em média, uma idade de 28 anos à data do diagnóstico de esquizofrenia, o que pode ser interpretado tendo em conta o início dos quadros esquizofrénicos (principalmente os de tipo paranóide), entre a segunda metade da década dos vinte anos e o início da década dos trinta anos. A diferença entre a idade à data do diagnóstico e a idade à data do crime é, em média de onze anos, significando este facto que estes doentes já apresentavam um considerável tempo de evolução da doença, aquando da prática do acto criminal.

A esmagadora maioria dos indivíduos (94%) são solteiros (n=23) ou divorciados (n=6) o que reflecte, provavelmente, a falta de aptidões sociais ao nível das competências de relacionamento interpessoal dos doentes psicóticos, e as rupturas ao nível familiar, relacionadas com os sintomas apresentados e com o estigma social do próprio diagnóstico. O

número reduzido de indivíduos com filhos está de acordo com os dados da amostra relativos ao estado civil e pode também reflectir a fertilidade reduzida dos doentes esquizofrénicos (Jablensky, 2000).

A naturalidade e a área de residência distribuem-se mais ou menos igualmente por áreas rurais e urbanas. Na falta de outros elementos, e dado que a esquizofrenia se distribui de modo ubiquitário na população, afigura-se-nos que o facto de não existirem diferenças significativa entre o número de doentes provenientes dos diversos meios demográficos, poderá estar relacionado com a maior probabilidade dos doentes esquizofrénicos das áreas urbanas serem clinicamente tratados mais cedo, até porque poderá existir, nas zonas rurais, uma maior tolerância a comportamentos patológicos, associada a uma menor assistência médica.

Para além daqueles que constituíram família (n=3), os restantes viviam principalmente com a família de origem, traduzindo, assim, uma eventual dificuldade de autonomização dos doentes esquizofrénicos.

Tendo em conta tratar-se de uma amostra proveniente, em cerca de 50%, do meio rural, e tendo também em conta os défices cognitivos associados ao diagnóstico de psicose esquizofrénica, não será de estranhar que mais de metade da amostra apresente um índice de escolaridade não superior ao 4º ano de escolaridade. Nos restantes, os níveis de escolaridade encontram-se em percentagem decrescente até ao ensino superior, com apenas 3 doentes (9%), a ter essa frequência.

A actividade profissional, antes e depois do diagnóstico, revela bem o carácter incapacitante da doença, sendo que a percentagem de doentes activos passa de 62% (n = 19) para 16% (n = 5) após estabelecido o diagnóstico ($p<0,001$). É, no entanto, curioso observar que após o diagnóstico, o número que mais cresceu foi dos desempregados e não dos de situação de baixa ou reformados, como seria de esperar. Será isto tradutor de dificuldades cognitivas com repercussão na mobilidade na nível burocrático, necessária à obtenção de ajudas sociais? O facto de se tratar de uma população com baixo nível de habilitações literárias, como anteriormente referido, condiciona necessariamente a integração em actividades profissionais mais qualificadas, pelo que mesmo os que tinham maior estabilidade laboral, desempenhavam tarefas indiferenciadas, relacionadas, sobretudo, com a construção civil e a agricultura.

A ocupação dentro do EP também se configura problemática. Existe uma elevada percentagem de doentes sem qualquer tipo de ocupação (58%), à qual acresce o número de

doentes (n = 10) que se encontram em regime aberto para o interior (RAVI), ou seja, exercem uma actividade dentro do EP (na Clínica Psiquiátrica). Estes doentes são "faxinas", não pressupondo esta actividade tarefas estruturadas e definidas, funcionando como uma forma de colmatar dificuldades económicas (Coelho & Nobre, 1997). Em função desta realidade, podemos concluir que cerca de 90% dos esquizofrénicos inimputáveis não exercem qualquer tipo de actividade ocupacional/profissional, durante o período de internamento. Apenas 3 doentes se encontram em regime aberto voltado para o exterior (RAVE), integrados em cursos de formação profissional no Centro de Reabilitação Profissional de Vila Nova de Gaia.

No que concerne a uma pormenorização diagnóstica, dentro da perturbação heterogénea que é a esquizofrenia, observamos que 94% dos doentes (n=29) foram diagnosticados como sofrendo de esquizofrenia paranóide sendo os restantes hebefrénicos (n=2). Na realidade, no tipo paranóide, a menor deterioração do doente ao longo dos anos, bem como a presença frequente de actividade delirante de tipo auto-referencial e persecutório e de alucinações auditivas de comando, durante um surto de descompensação, poderão explicar uma muito maior prevalência deste tipo de situações face aos outros tipos em que a deterioração mental é muito mais rápida e marcada, ou em que predominam o embotamento afectivo e os sintomas motores de inibição, com menor actividade produtiva. Em 20 doentes, o diagnóstico de esquizofrenia ocorreu antes da data do crime. Nos restantes onze o diagnóstico só foi efectuado na sequência do crime, ou seja, este terá ocorrido num primeiro surto (identificado) que deu origem ao comportamento agressivo. Só após a detenção do doente se verificou a existência da perturbação psiquiátrica em causa.

A análise descritiva da amostra revelou, também, que apenas doze doentes (39%) estão internados há menos de 5 anos e os restantes dezanove (61%), há mais de 5 anos. Os internados há mais de 10 anos constituem 32% (n=11) da amostra de estudo. Contudo, a este tempo, que apenas foi contabilizado a partir da data de entrada na clínica, acresce o tempo de prisão preventiva, a aguardar julgamento. Atendendo a que a pena máxima em Portugal é de 25 anos, dos quais, quase sempre, são apenas cumpridos dois terços (isto é 16,6 anos), julgamos excessivo o internamento há mais de 10 anos de onze doentes, numa população de trinta e um. Dado que os doentes apenas podem ser *libertados* quando o tribunal verificar que findou o estado de perigosidade fundamento do internamento (art.º 91º,n.º 1 do CP - pois a medida de segurança apenas durará até cessar o estado de perigosidade), conclui-se, necessariamente, que estes doentes permanecem mais de 10 anos *"em estado de perigosidade"*, o que não deixa de ser intrigante no âmbito da psicopatologia da

esquizofrenia, sabendo-se que o tempo médio de internamento hospitalar necessário para compensar um surto psicótico, na esquizofrenia, é de habitualmente, cerca de um mês (Vieira, 2002). Deduz-se que, - atenta a discrepância de tempo para a compensação do quadro psicopatológico entre esquizofrénicos que praticaram um facto ilícito e aqueles que o não praticaram, - a perigosidade actua, de facto, como o único discriminante (pois o *modus operandi* de tratamento é em tudo igual nos dois tipo de doentes), e dentro desta actuam outros factores que não a *anomalia mental* de base ao instituto da inimputabilidade (visto se encontrar compensada), tais como o facto ilícito típico que o doente praticou, a sua personalidade e o meio circundante (Correia, 1971).

De facto, nos relatórios psiquiátricos constantes dos processos jurídico-penais dos doentes que se encontravam à mais de 5 anos internados (e da maioria dos que estão a cumprir medida de segurança à menos de 5 anos), consta a existência de compensação do quadro psicopatológico que esteve na origem do crime, não apresentando, por isso, perigosidade inerente ao diagnóstico psiquiátrico. No entanto, e aquando da revisão periódica da situação de internado, que decorre obrigatoriamente de 2 em 2 anos (podendo ser facultativa, sendo apreciada a todo o tempo se for invocada a existência de causa justificativa, art.º 93.º, n.º 2), o TEP mantém a asserção da manutenção do estado de perigosidade, fundamentando tal, à *personalidade perturbada* inerente à esquizofrenia, bem como à *inexistência de condições de reinserção social*. Neste sentido, pode ler-se num despacho do TEP proferido relativamente a um internado há 10 anos:

> *"O internado sofre de esquizofrenia razoavelmente compensada, e com considerável deterioração mental, não apresenta capacidade para a gestão da sua pessoa com autonomia e a sua crítica é muito limitada, não tendo completa consciência mórbida pelo que se mantém o seu estado de perigosidade. Os seus pais são pessoas idosas e com limitações, continuando a demonstrar grandes receios face à possibilidade de libertação do filho, razão pela qual não se disponibilizam a levá-lo em nenhuma saída ao exterior. Apenas o visitam (...). Inexiste actualmente qualquer alternativa de enquadramento em meio livre, quer de interesse pessoal, quer institucional ao nível da comunidade. O crime cometido [fratricídio] surtiu na época, um impacto muito negativo, mantendo-se ainda presente na memória das pessoas, o que provoca rejeição à sua presença (...).*

Todo este quadro, de facto, permite concluir que a libertação do internado, mesmo em condições de liberdade para prova, envolveria grande risco de cometimento de novas acções violentas, nomeadamente contra as pessoas, não sendo de esperar que a finalidade da medida de internamento possa ser alcançada em meio aberto. Na verdade esta conclusão impõe-se em face da doença mental de que padece o internado e em função da inexistência de suporte eficaz no exterior (...).

Pelo exposto, tendo em atenção o estabelecido nos art.º 92º e 94º do CP decido manter o arguido na situação de internamento em que se encontra."

Este doente encontra-se internado há 18 anos após ter cometido homicídio na pessoa do um seu irmão. A pena máxima do crime de homicídio qualificado é de 25 anos. De origem rural, solteiro, com o 4.º ano de escolaridade, trabalhava no campo e vivia com a família à data do crime. Na sequência do acto criminal foi-lhe diagnosticada uma psicose esquizofrénica. Tinha 23 anos. Foi declarado *inimputável perigoso.* Não mais teve um acto violento. Ainda representará um perigo social? Por ser *ad eternum* esquizofrénico? Ou por não existir alternativa à privação da liberdade? Com os métodos actuais de tratamento das psicoses esquizofrénicas, que permitem uma regressão franca, por vezes total, dos sintomas e uma adequação relativa de reinserção social, torna-se difícil explicar este tipo de decisão que nos parece ser principalmente motivada pela avaliação do enquadramento social, e apreciação das condições do regresso do doente à comunidade, entendendo com frequência que não estão reunidas essas condições. Na realidade, se contarmos apenas com o círculo familiar e social do doente anterior ao crime, poderá ser difícil como adiante se sugere, encontrar uma solução de reintegração adequada. Tudo isto poderá fazer com que estes doentes acabem por ficar muito mais tempo internados que o tempo de prisão que teriam de cumprir caso fossem imputáveis.

Na sequência de sentença judicial foi-lhes imposta uma medida de segurança de internamento com, em média, um limite mínimo de três anos e um limite máximo de quatorze anos. O limite mínimo pode ser interpretado à luz do disposto do artigo 91.º CP. O limite máximo não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo de crime, salvado manter-se o estado de perigosidade (art.º 92 CP). De acordo com um estudo realizado em Portugal, por Almeida (1999), no qual foi descrita uma amostra de 53 homicidas (apenas 4 inimputáveis), 33 indivíduos (nenhum inimputável) foram colocados em liberdade decorrida uma pena média de prisão efectiva aproximadamente, de 5 anos e três meses. De um total de

43 indivíduos, 20 foram condenados por homicídio qualificado e 23 por homicídio simples, com penas de prisão entre os 2 e os 20 anos, sendo a média de 12,5 anos. A verdade é que, desde 1995, a pena máxima é de 25 anos e sendo que nem todos são condenados pelo limite máximo; dada a possibilidade de poderem ser colocados em liberdade condicional cumpridos 2/3 da pena, isto é 16,6 anos, temos que a média de 14 anos, para um limite mínimo de 3 e um máximo de 25 anos, é excessiva face à inimputabilidade subjacente à doença mental de que padecem, mesmo considerando o elevado número de homicidas (homicídio consumado e homicídio na forma tentada), na amostra de esquizofrénicos inimputáveis (70%).

O homicídio simples, punido de 8 a 16 anos, se for praticado em circunstâncias que revelem *especial censurabilidade* ou *perversidade* é qualificado e consequentemente punido com pena de 12 a 25 anos. O legislador indica 12 situações (art.º 132 n.º 2) em que a *censurabilidade* ou *perversidade* poderá, em princípio, estar presente. Daqui se infere que essas situações não são taxativas, podendo assim, o julgador considerar como homicídio qualificado as condutas do agente integradoras de outras circunstâncias que não as que se encontram descritas. Mas como salienta Pereira, (cit. Leal-Henriques & Simas , 2000):

"É de facto uma ousadia criar homicídios qualificados...sobretudo na base da pirâmide normativa, onde actua o juiz, confrontado com o caso concreto e sem a legitimação democrática, parlamentar em última instância, que tem o legislador penal.

O Prof. Figueiredo Dias pronuncia-se com muitas reticências sobre esta técnica de ampliação do homicídio qualificado, afirmando mesmo que tem as maiores dúvidas de que as suas vantagens superem os inconvenientes da imprecisão legal".

Nos processos jurídico-penais referentes à população estudada neste trabalho e no respeitante aos internados por prática de crimes de homicídio (n=14), todos qualificados por o facto integrar alguma, ou algumas, das circunstâncias descritas no n.º 2 do artigo 132º do CP, não obstante o inimputável agir devido à perturbação mental de que padece, excluindo a sua culpa, é entendimento, ainda, do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), conforme demonstram os seguintes acordãos:

"A circunstância de o inimputável agir, devido à anomalia, com exclusão da sua culpa não impede que seja verificada essa culpa e a censurabilidade da sua conduta

concreta, para efeito de o crime ser qualificado, com o fim de lhe ser aplicada a medida de segurança de internamento, prevista no art.º 91º do CP."

AcSTJ de 94/10/19, proc. N.º 47175

"(...) A circunstância de um arguido ser inimputável e como tal agir sem culpa, não inviabiliza que, in casu, se possam verificar quaisquer das circunstâncias agravantes da conduta previstas no art.º 132º do CP. Para o art.º 91º desse diploma, o que releva é a prática de um facto ilícito típico, ou seja, o facto em si mesmo, na sua globalidade, integrado com toda a sua ilicitude formal, e deste modo ligado à ideia de uma culpabilidade formal, ideia conexionada essencial e vivencialmente com o tipo legal de crime, tal como se apresenta, até para melhor se aferir da perigosidade futura relativamente ao agente.

AcSTJ de 98/01/20, proc. N.º 1112/97

No entanto, tal é contraditório com o facto destas circunstâncias serem elementos agravantes da culpa e não elementos constitutivos do tipo, ou seja as circunstâncias agravantes permitem inferir uma especial censurabilidade e perversidade, no facto típico praticado pelo agente. Ora, não é passível de ser exercido um juízo de culpa num esquizofrénico em surto que pratica determinado acto agressivo no contexto do mesmo, o qual implica, necessariamente, alterações profundas do juízo crítico, não tendo integras a liberdade da vontade e auto-determinação, pois estas encontra-se verdadeiramente ausentes, *alienadas*. Não se compreendem, à luz dos conhecimentos científicos actuais sobre esquizofrenia, os acordãos do STJ supracitados; como é possível fundamentar um conceito de culpabilidade formal sobre um esquizofrénico no qual este juízo é impossível de ser formulado, em qualquer das suas vertentes, sendo exactamente por isso considerado inimputável?

A patente contradição assenta no facto de aquele que age *sem culpa*, ver, todavia, a sua conduta agravada por um elemento agravante da culpa (?), de onde se nos afigura, que no caso dos esquizofrénicos que praticaram um crime de homicídio, tal crime deveria ser considerado sempre como homicídio simples. Consequentemente, a duração da medida de segurança teria, nos termos da lei, um limite mínimo de 3 anos, salvo cessando o estado de perigosidade e a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social (art.º 91º, n.º 2 CP), e um limite máximo de 16 (art.º 92, n.º 2), dado que este seria o máximo correspondente para o crime em apreço (art.º 131º, CP). No entanto, se existir perigo de prática de novos factos da mesma espécie, que de tal modo desaconselhe a libertação, o

internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de 2 anos até que o tribunal verifique que cessou o estado de perigosidade que lhe deu origem (art.º 92º, n.º 3 CP).

Quando analisamos o tipo de crime, por definição um crime grave, (e pronunciador de perigosidade – *é necessário que o fundado receio de cometimento de outros factos típicos se refira a factos típicos graves ou relevantes*) – como é o caso do homicídio, verificamos que todos se consubstanciaram em *crimes contra as pessoas*. Foram 14 os doentes condenados pela prática de homicídio qualificado (art.º 132º CP), e 8 os doentes condenados por prática de homicídio na forma tentada (tentativa de homicídio), o que perfaz um total de 70% de doentes que foram condenados por crimes nos quais o bem jurídico protegido é a *vida*. Em 6 doentes a medida de segurança impôs-se por prática de crimes contra a integridade física (3 por ofensas corporais graves – art.º 144º CP – e o mesmo número por ofensas corporais simples – art.º 143º CP) e 2 doentes por terem incorrido no crime de violação na forma tentada (crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, art.º 164.º CP). Num único doente, a prática criminal enquadrou-se num crime contra a liberdade pessoal, ou seja, sequestro (art.º 158º CP). Conclui-se que em todos estes crimes, que foram *crimes contra as pessoas* conforme o constante do nosso ordenamento jurídico (CP), o que esteve em causa , como bens juridicamente protegidos, foi a vida, a integridade física, a liberdade sexual e a liberdade pessoal. São por isso considerados crimes graves, e daí a justificação da imposição de medidas de segurança, de acordo com o já explanado anteriormente.

No entanto, quando analisamos todos os crimes praticados por todos os doentes, verificamos a existência de um total de 44 crimes para um número de 31 doentes. Isto significa que alguns doentes incorreram na prática de mais de um crime. De facto assim sucede, principalmente em relação aos doentes que praticaram o crime de homicídio (consumado ou na forma tentada). Todos eles (n=14) foram condenados por mais de um crime além deste, nomeadamente crimes contra a integridade física. O crime de roubo (*crime contra o património* – art.º 210º CP) fica ausente quando é codificado apenas o crime mais grave (foi considerado mais grave um *crime contra a vida* ou *contra a integridade física* em relação aos *crimes contra o património*), o que significa que nestes doentes existiu muitas vezes um outro tipo de crime, codificado como mais grave. De facto, não é comum, nos doentes esquizofrénicos a existência da prática de crimes contra o património (Lindqvist & Allebeck, 1990; Eronen e col., 1998b; Angermeyer, 2000). A ocorrer um crime, esse será mais frequentemente um crime contra as pessoas, envolvendo actos agressivos graves, como é

bem patente nesta amostra. Também foi observada a existência do crime de uso de arma proibida ou ilegal (art.º 275.º CP e Dec. Lei 22/97, de 27 de Junho, e sucessivas alterações), em 3 doentes que cometeram homicídio e em 2 dos que praticaram um homicídio na forma tentada. Este crime foi também excluído aquando da codificação pelo crime mais grave, tornando-se de certa forma secundário, visto não se tratar de *crimes contra as pessoas* mas sim de *crimes de perigo comum* conforme o nosso Código Penal.

A vítima foi em 45% dos casos um familiar directo e em 32% um vizinho. A violência aparece principalmente dirigida às pessoas mais próximas física e afectivamente do doente (77%), e não a estranhos. De facto, quando consideramos a vítima que não familiar ou vizinha, verificamos que em apenas dois casos a vítima foi um estranho (transeunte), pois nos outros cinco esta era conhecida do doente (com laços a um nível pessoal ou laboral). Se atendermos ao modo de desenvolvimento do delírio, com maior desenvolvimento de pessoas com as quais o contacto é diário ou frequente, isto poderá constituir uma explicação para este facto. Pensamos que, sendo a família o principal indutor de emoção expressa – que se sabe ter uma relação com a descompensação da esquizofrenia, os elementos desta possam também ser os principais visados quando esta descompensação cursa com actos violentos. Constatou-se que em todos os crimes de homicídio (consumado ou na forma tentada) a vítima era familiar ou vizinha, o que apoia esta asserção. A emoção expressa no seio de famílias em que um dos membros sofre de esquizofrenia é frequentemente descrita como hostil, hipercrítica e demasiado envolvente (Entralgo, 1994; Murray & Castle, 2000, Matos e col., 2003d). Um relacionamento familiar no qual a emoção expressa faz parte integrante, conjugado com o facto dos doentes esquizofrénicos serem habitualmente mais sensíveis a críticas, poderá causar um aumento de recaídas e, consequentemente, um pior prognóstico.

O tipo de arma mais utilizado para a perpetração do crime foi a arma branca, e aqui as facas de uso doméstico integraram a totalidade deste tipo de arma. Este facto explica-se pela sua fácil acessibilidade, fazendo sentido como principal meio de infligir violência a terceiros e, nomeadamente, a familiares ou vizinhos. O grande número de actos utilizando armas de fogo não foi, curiosamente, relacionado com o importante número de casos ocorrendo em meio rural. De facto, o tipo de arma não teve qualquer relação com o meio no qual o crime ocorreu, nem com a vítima ($p>0,005$).

Em relação aos antecedentes psiquiátricos pessoais, 65% (n=20) dos casos o diagnóstico de esquizofrenia foi realizado antes do crime e nos restantes 35% (n=11), somente após este se ter consumado. Seria, então, de esperar que aqueles 20 doentes já diagnosticados

estivessem suficientemente compensados ao nível psicopatológico de modo a não ocorrerem as circunstâncias mórbidas que determinaram o acto violento criminal. Mas, quando vamos verificar se os doentes se encontravam, à data do crime, devidamente acompanhados sob o ponto de vista psiquiátrico, observamos que apenas em 20% dos casos tal ocorria. Na realidade, nos restantes casos (73%), ou o diagnóstico não foi realizado antes do crime (45%) ou abandonaram o acompanhamento clínico (55%). Estes factos exigem uma reflexão, em primeiro lugar, acerca da detecção precoce dos casos de esquizofrenia e imediata instituição de tratamento adequado, por outro lado, à necessidade de tratamento ambulatório e manter uma vigilância do seu cumprimento e da adesão terapêutica. Em relação a esta última situação (na qual se verificou o abandono do acompanhamento psiquiátrico), verifica-se que o tempo que decorreu entre o diagnóstico e a data do crime foi de, em média, 11 anos. Tempo este que consideramos suficiente para uma eventual detecção precoce de casos passíveis de determinar a verificação, em simultâneo, de um surto psicótico e prática de agressão violenta, podendo estabelecer-se um possível nexo de causalidade adequada.

Não deixa de ser interessante verificar que 2 doentes incorreram na prática de agressão violenta aquando de um período de internamento, por surto psicótico. Um destes doentes praticou um crime de homicídio na forma tentada na pessoa de outro doente (estrangulamento com cinto de roupão) e outro, após ter saído a fim-de-semana cometeu um crime de igual tipo, mas na pessoa do pai. Foram detidos e transferidos, de imediato, para a Clínica Psiquiátrica do EP, por serem considerados perigosos. Daqui pode ser inferido que, mesmo em período de tratamento psiquiátrico em internamento, os doentes esquizofrénicos poderão apresentar risco da prática de actos violentos. No primeiro caso, o inimputável tinha incluído o doente da cama ao seu lado, num delírio auto-referencial cujo conteúdo versava sobre a vontade da vítima em matá-lo. Mantinha, desde há dias antes do crime, verbalizações nesse sentido. Esta crença, sendo inabalável e irredutível com o confronto com a realidade, foi induzir no *detido* o acto criminal, visto *a sua vida se encontrar em perigo*. No segundo caso, o doente tinha antecedentes de verbalizações e actos agressivos na pessoa do pai, com quem altercava frequentes vezes. O pai apresentava dificuldades em aceitar a doença do filho, esquizofrénico paranóide com actividade delirante auto-referencial envolvendo a veracidade das relações biológicas parentais (o doente tinha a crença de o seu pai verdadeiro ter sido substituído). Num fim-de-semana em que foi a casa tentou agredir o pai com uma faca de cozinha após o ter acusado de ser uma ameaça para a sua vida, tendo-o ferido sem gravidade. Foi igualmente transferido para esta clínica.

Em ambos os casos de prática de crime, aquando um período de internamento, verificam-se dados semelhantes, quer clínicos, quer jurídico-penais. Tratam-se de doentes esquizofrénicos de tipo paranóide, com actividade auto-referencial englobando pessoas próximas a nível afectivo e/ou físico, e que, de algum modo, a sentem como uma ameaça à própria vida. Já tinham intentado actos agressivos contra a vítima antes do crime. Este foi, nos dois casos, o de homicídio na forma tentada. Não tinham antecedentes criminais.

Quanto aos antecedentes psiquiátricos familiares, em 19 doentes verificou-se que existiam 25 familiares com estes antecedentes, o que significa que em alguns destes doentes mais de um dos familiar tinha um diagnóstico psiquiátrico. O mais frequente foi o de esquizofrenia, em 9 doentes (47%). Este dado vem de encontro ao facto da esquizofrenia ter um carácter heredo-constitucional, e como tal ser frequente numa família a existência de casos nos pais ou irmãos (Murray & Castle, 2000). O alcoolismo em familiares de 4 doentes (21%), em todos eles o pai padecendo desta perturbação, poderá ser indiciador da presença de disfunção familiar, com tensão nas relações intrafamiliares e subsequentes conflitos expressos. As perturbações afectivas e outras categorias diagnósticas (indeterminadas) contabilizaram-se em familiares de três doentes, respectivamente. Nos três doentes com antecedentes familiares de perturbação afectiva, a mãe é sempre um dos familiares afectados, e em nenhum dos casos esta parece tratar-se de perturbação afectiva bipolar. As dificuldades em cuidar de um filho com esquizofrenia, o importante componente emocional associado a este facto numa relação mãe–filho, exige, da parte desta, um enorme esforço de *compliance* adequada a todos os níveis vivenciais (pessoal, familiar e social). Tudo isto transporta uma enorme carga afectiva com os afectos consequentemente pouco estáveis e em equilíbrio precário.

Todos podem receber visitas, no entanto tal só foi observado em 18 doentes (58%) e apenas um é visitado por outros que não elementos da família (amigo), durante o último ano. O maior número de doentes (n=9) recebe a visita dos pais (mãe, pai ou ambos), sendo que 5 recebem a visita dos irmãos e 3 doentes são visitados por outros elementos da família (avós ou tios). Ninguém visita os restantes 13 doentes (42%). Tal pode ser explicado pelo facto dos crimes praticados pelos doentes envolverem como vítima, em 77%, alguém significativo para o doente (familiar ou vizinho), o que pode provocar sentimentos de receio, vergonha, rejeição e mesmo repugnância relativamente aos internados (como se pode ler em alguns pareceres do TEP, sobre a hipótese de liberdade para prova). Como consequência surge o difícil envolvimento da família no processo de acompanhamento destes doentes, nomeadamente ao

nível de saídas a casa (*saídas precárias*), e mesmo na ponderação de saída em liberdade para prova. O processo de reinserção social dos esquizofrénicos inimputáveis, nomeadamente nos que se verifica uma total demissão do papel da família, da qual é exemplo o abandono dos doentes na instituição em causa, não recebendo estes visitas ao longo do último ano (e na maioria destes, há mais de um ano), encontra-se gravemente comprometido. Por tudo isto, não é de estranhar que, quanto ao regime de saídas precárias, apenas 6 (20%) usufruem desta regalia (decretada pelo Juiz do TEP), e em somente 3 (9%) foi autorizada a saída em *liberdade para prova* (art.° CP), mas encontrando-se esta, à data do estudo, revogada. Isto sucedeu em acordo com o preceituado no art.° 95° CP (Revogação da liberdade para prova). Ficou demonstrado nestes doentes, e sendo a fase de liberdade para prova uma tal de transição entre a privação de liberdade e a plena liberdade, com assistência social adequada (Leal-Henriques & Santos, 2002b), a difícil reinserção social de esquizofrénicos inimputáveis perigosos. Não foi possível averiguar exactamente o que falhou nesta fase, visto a mesma supor que ainda se mantém a perigosidade (pois se tal assim não ocorresse teria lugar a liberdade definitiva – cessando o motivo de base ao internamento, e não liberdade para prova), muito embora existissem registos sobre a compensação clínica psicopatológica dos doentes à data da autorização do tribunal. Não foi possível a consulta dos relatórios periódicos do Instituto de Reinserção Social. Sabendo-se que outros factores contribuem para a asserção da perigosidade por parte do juiz do TEP, como o *facto praticado*, (nos seus motivos e circunstâncias), e em conexão com dados da *vida pregressa* e a *personalidade do agente*, levanta-se a hipótese de saber qual (ou quais), destes factores estiveram na base decisória do juiz ao determinar a revogação da *liberdade para prova*. Seria igualmente importante saber quantos, quais e porquê os esquizofrénicos perigosos, após autorização de saída em *liberdade para prova*, vêem tal autorização revogada. Considera-se esta questão importante para uma melhor compreensão da reinserção social destes doentes, pelo que necessitará de investigações futuras. Mesmo ao nível da reincidência criminal por parte dos esquizofrénicos que se encontram, quer em regime de liberdade para prova, quer após cessar o internamento, não existem trabalhos de investigação em Portugal e os que existem são maioritariamente de origem anglo-saxónica, e contrariamente àquela, a jurisprudência portuguesa assenta as suas bases no Direito Romano, pelo que os dados não poderão ser extrapolados. No entanto, alguns estudos sugerem não existir maior reincidência criminal dos esquizofrénicos (inimputáveis), relativamente à reincidência dos outros indivíduos (Harris e col., 1993). Esta questão, contudo, exige também maior investigação.

No que concerne à existência, subjacente aos actos ilícitos e reportando-se à data do crime, de actividade delirante e actividade alucinatória de comando (vozes dando ordens ao doente), observou-se que um dos sintomas psicopatológicos referidos (ou ambos) se encontrava presente em 24 doentes (77%). Nos doentes em que foi identificada a presença de actividade alucinatória de comando (n=10), também se verificou a presença de actividade delirante *relacionável* com o acto (*act on delusion*). Ou seja, esta existiu na totalidade dos 24 internados. Actualmente, e progressivamente desde há 10 anos, verifica-se um consenso em relação ao facto dos sintomas da esquizofrenia, entre eles os delírios, em todas as *fases*, só possam ser compreendidos na sua totalidade através da identificação dos vínculos entre as experiências fenomenológicas e os graus de explicação social, psicológica e neurobiológica (Berrios, 2001; Fuentenebro, 2001).

O estado pré-delirante pode ser considerado uma destas fases, e configura-se como um modelo conceptual do delírio. Desde o século XIX que engloba alterações da cognição, afecto, consciência e psicomotricidade. Tem sido estudado em relação aos delírios primários, os quais, desde Baillarger, têm sido definidos como delírios não consecutivos a outros sintomas mentais. Evocando os fundamentos ao estado pré-delirante como sendo uma perturbação da psicomotricidade, a perplexidade exerce um papel de enorme importância. Storring (cit. Vallejo & Planell, 2001), definiu-a como: *"a consciência angustiante da incapacidade para dominar uma determinada situação externa ou interna, pelo que esta consciência de incapacidade é vivida como algo inexplicável, que afecta o próprio eu"*. Este estado de perplexidade desaparece quando o doente encontra um delírio que "explica" os seus sentimentos. Störring estudou as posturas e as perturbações motoras características destes casos. O estado de perplexidade seria frequente na esquizofrenia e apareceria em resposta a sentimentos primários de estranheza e ansiedade. Para MacCurdy (cit. Vallejo & Planell, 2001) a perplexidade era a fonte para a formação dos delírios: *"Por vezes, da matrix geral emerge um tipo dominante de delírio...A perplexidade tende a ser uma reacção breve – por vezes de semanas a meses - ... Com grande frequência os familiares descrevem o síndrome de perplexidade quando relatam como começou a psicose"*.

Matos e col. (2003e), elaboraram uma definição mais actual: *"Tradução exterior da sensação de estranheza e estupefacção sentidas pelo doente face a si próprio, à sua situação e a tudo o que o rodeia. A perplexidade instala-se quando o doente é incapaz de compreender os acontecimentos ou de ter uma visão de conjunto da situação e se interroga sobre o que lhe acontece e sobre o que fazer e evidencia-se através da expressão de estupefacção ou*

expressões "Que se passa?", "O que me está a acontecer?".(...) No caso da esquizofrenia, ocorre com perfeita clareza da consciência e integridade da memória, geralmente acompanhando a actividade delirante. É mais frequente nas fases iniciais do surto esquizofrénico e tende a desvanecer-se quando o doente encontra uma explicação mesmo que delirante, para as incertezas que encontra".

Atendendo a estes conceitos intimamente relacionados de pré-delírio, perplexidade e delírio, sendo que o estado pré-delirante constituiria um estado "rudimentar", no sentido de não ter sido, ainda, processado (Berrios, 1991; Berrios & Fuentenebro, 1996), corresponderia ao *magma primordial* ou matriz patológica (Berrios, 1991), a partir do qual, e dependendo de certas regras de codificação, seriam formados os delírios, e o segundo seria um dos sintomas principais, tendo uma tradução exterior que permitiria "ver" o processo delirante em marcha. Não fica patente, das definições explanadas, que "posturas e perturbações motoras" (Störring, cit. in Vallejo & Planell, 2001) e qual é essa "reacção breve" (MacCurdy, cit. in Vallejo & Planell, 2001) ou "tradução exterior" (Matos e col., 2003e), que define a síndrome *perplexidade*. Poderá traduzir-se por um comportamento agressivo, mesmo um que não criminal? Se sim, será prenúncio de um outro que possa vir a ser enquadrado num crime? Ou, reformulando a questão: Poderá a agressividade, em determinados doentes esquizofrénicos, vir a ser considerada um sintoma de um estado de perplexidade, e como tal pré-delirante, e um factor de risco criminal? Dentro da agressividade *pré-delirante*, poderá esta ser melhor descrita em termos de irritabilidade, sendo esta o fundo afectivo de base aos actos agressivos? De que melhor forma poderá um esquizofrénico traduzir um sentimento primário de estranheza e angústia, por *algo inexplicável que afecta o próprio Eu*? Os restantes doente, nos quais não foi verificada a existência do fenómeno "acto em delírio" (*act on delusion*), tal não significa, necessariamente, a inexistência de actividade delirante mas talvez apenas um diferente mecanismo na génese do delírio e/ou na génese do acto agressivo. Esta questão encontra-se, no entanto, ainda por esclarecer.

Como não bastasse a consulta do registo criminal, no qual apenas 7 (23%) dos internados tinha antecedentes criminais, foi averiguada a existência de actos agressivos auto descrita ou narrada nos processos jurídico-penais. Estes ocorreram em 10 doentes antes do diagnóstico e em 27 após o mesmo, sendo uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$), para a qual o factor *diagnóstico de esquizofrenia* está implicado. Mas será este um factor independente? Os antecedentes de violência também foram caracterizados consoante o tipo e número dos mesmos, não existindo alterações de *tipo* de violência <u>*antes e depois do*</u>

diagnóstico (actos contra pessoas: n=8 e n=23, respectivamente; e, actos contra objectos: n= 9 e n=22, respectivamente), mas sim da sua *magnitude*, traduzida em número de actos cometidos. Ou seja, o *tipo* de violência que um indivíduo apresenta *antes do diagnóstico* de esquizofrenia irá ser o mesmo após tal diagnóstico, pelo que poder-se-á prever que um esquizofrénico, a ter um acto agressivo, este será de um mesmo tipo que se tenha verificado no período pré-mórbido?

Se atendermos à existência de hábitos alcoólicos e ao consumo de drogas, mesmo não existindo diferenças significativas antes e depois do diagnóstico de esquizofrenia, merecem atenção as percentagens de doentes que consumiam bebidas alcoólicas (61%; n=19, e 17 destes a consumir excessivamente - 90%) e dos que consumiam drogas (55%; n=17, e destes 13 a consumir diariamente - 77%). Atendendo a que cerca de 30% a 50% dos esquizofrénicos têm problemas relacionados com o consumo exagerado de bebidas alcoólicas (Matos e col., 2003f), o valor de 61% parece significativo. A associação de alcoolismo e esquizofrenia é um indicador de mau prognóstico porque diminui o juízo crítico, a adesão terapêutica, a integração e manutenção em programas de reabilitação, e altera o efeito dos antipsicóticos, diminuindo-o. O prejuízo do "insight" e as profundas alterações que ocorrem na esquizofrenia, vão condicionar todo um processo de desintoxicação e manutenção da abstinência alcoólica, pelo que a interdependência destes fenómenos está implicada em actos agressivos violentos, mas nos quais o contributo individual destes diferentes diagnósticos não está ainda definido. Tal asserção também se aplica aos esquizofrénicos consumidores de substâncias. Esta associação também tem sido apontada como um factor de risco para comportamentos violentos, mas a magnitude do contributo individual permanece uma questão em aberto. Quando analisamos o tipo de droga, constatamos que os canabinóides são os mais consumidos pelos doentes (n=16). Consideram-se os canabinóides como responsáveis por 10 a 15% de duplos diagnósticos (esquizofrenia e consumo de canabinóides) (Jablensky, 2000), mas nesta amostra alguns doentes também consumiam outra droga que não aquela.

O consumo de tabaco é um dado clínico importante neste estudo. Cerca de 74% (n=23) dos internados, à data actual, são grandes fumadores. Destes, 70% consomem mais de 20 cigarros (1 maço) por dia, houve assim um aumento do consumo desta substância de significativa magnitude. Antes e depois do diagnóstico (p=0,025), e ao longo do tempo, através da determinação da relação do consumo de cada momento anteriormente referido com a data actual (antes do diagnóstico/data actual, p=0,001; após o mesmo e a data actual, p=0,011), o aumento do consumo foi indiscutivelmente alto. Cerca de 75% dos

esquizofrénicos são grandes fumadores (Jablensky, 2000), valor próximo do encontrado neste estudo. Admite-se que o tabaco possa diminuir os efeitos extrapiramidais secundários à medicação antipsicótica, devido à acção da nicotina. Os restantes riscos que o tabaco origina não são diferentes dos riscos para a população em geral, mas nestes doentes dever-se-á ter em conta o facto do tabaco poder aumentar o metabolismo da medicação, exigindo um aumento da dose terapêutica antipsicótica. Por último, poderíamos sugerir que esta prática pode ser usada como forma de estruturação do tempo em ambiente monótono e pouco (ou nada) estimulante. A vivência do tempo cronológico pode estar alterada nos esquizofrénicos por alterações da percepção do mesmo e podendo ser sentido como uma progressão brusca e descontínua, por saltos no tempo (Matos e col., 2003g), o que, nos doentes de tipo paranóide, representa-se mais significativo. Esta hipótese encontra também consistência nas atribuições dos próprios doentes: "é para passar o tempo, não há nada para fazer...".

A agressividade expressa pelo doentes na última semana antes do crime foi significativamente superior à observada no ano anterior à entrevista ($p<0,001$), e ao caracterizar a mesma, nos dois momentos temporais referidos, constata-se que todos os seus parâmetros, com excepção da *agressividade contra o próprio* e a *tendência suicida* verificaram esta diferença. Os doentes tendem a ocultar mais facilmente dados relativos à hipótese, ou concretização, de actos autodestrutivos, comparativamente a outros dirigidos a terceiros. Também, nos dados constantes dos processos jurídico-penais inexistia qualquer referência a tais actos. Ocorreram diferenças altamente significativas ($p<0,001$) na *agressividade verbal* e na *irritabilidade*, quer subjectiva quer expressa, sendo que na semana anterior ao crime, estes doentes demonstraram extrema irritabilidade e agrediram verbalmente terceiros, principalmente familiares e vizinhos, alguns dos quais se vieram a tornar vítimas.

Ao serem investigados, nas variáveis internas da amostra, factores que condicionassem maior probabilidade de ocorrência destes actos no último ano, verificámos que apenas a idade e o tipo de conviventes à data do crime foram directamente relacionados com maior agressividade, neste período de tempo. Os indivíduos com menos de 42 anos têm, à partida, mais aptidões cognitivas e o ambiente de reclusão em que vivem poderá contribuir para a maior pontuação nesta escala de agressividade, pese embora não tenha sido possível relacioná-la com os vários parâmetros que a constituem. Coloca-se a hipótese desta agressividade, à semelhança das comparações da pontuação para o total da amostra, ser devida principalmente à agressividade verbal, à *irritabilidade global subjectiva* e à

irritabilidade global expressa. O tamanho da amostra não foi suficiente para extrair estas conclusões, pelo que será necessário aumentar a mesma, em trabalhos futuros.

São, igualmente, factores passíveis de aumentar a agressividade, quando esta se reporta à última semana antes do crime, o consumo de drogas e os antecedentes psiquiátricos pessoais (existência de internamentos). Em relação ao consumos de drogas, a sua associação foi evidenciada quer esta tenha tido origem antes ou após o diagnóstico de esquizofrenia, o que significa que, para o acto agressivo poder ser relacionado com existência de consumo de drogas, no esquizofrénico agressor, pouco importa quando estes consumos foram iniciados. Apenas que estes doentes esquizofrénicos, em comparação com aqueles que não consomem drogas, têm mais frequentemente comportamentos agressivos, na semana precedente ao crime. Naqueles em que se registaram antecedentes de internamentos psiquiátricos, a agressividade nesta data também não foi menosprezível relativamente aos que não tinha este antecedente. Uma grande maioria dos primeiros, como já foi referido anteriormente, abandonaram as consultas e não estavam medicados à data do crime. Também não foi possível a caracterização da *agressividade na semana anterior ao crime* nestes 2 grupos de doentes pelas razões supracitadas. Mais uma vez considera-se de extrema importância o estudo deste comportamento agressivo, nas suas diferentes vertentes, em futuras investigações.

Nenhum factor jurídico-penal foi associado com a agressividade demonstrada por estes doentes, nem na semana anterior ao crime, nem no último ano. Tal é explicado pelo facto deste comportamento, nos esquizofrénicos estudados, apenas depender de variáveis sócio-demográficas, familiares e, principalmente, clínicas.

Uma vez efectuado o estudo psicopatológico destes doentes, através da aplicação da PANSS, tentou correlacionar-se as várias dimensões da escala com os três diferentes tipos de variáveis. As variáveis clínicas foram as que mais importância tiveram nesta investigação, o que já se esperava, visto as dimensões psicopatológicas estudadas dependerem essencial e principalmente de factores clínicos. O diagnóstico à data do crime relacionou-se significativa e positivamente com quatro dimensões da escala: os esquizofrénicos hebefrénicos apresentam mais sintomas negativos e da escala de psicopatologia geral, relacionada com uma evolução mais deteriorante e crónica, são mais anérgicos e, surpreendentemente, mais activados. Não foi possível clarificar mais aprofundadamente este último achado, aparentemente contraditório. O síndrome ou agrupamento Anergia engloba quatro sintomas: *embotamento* (N1), *distanciamento emocional* (N2), *lentificação motora* (G7) *e desorientação* (G10),

enquanto que o síndrome ou agrupamento Activação inclui *agitação/excitação* (P4), *tensão* (G4) e *maneirismos/alterações posturais* (G5). Provavelmente, e como se compreende facilmente, encontramos uma associação positiva e significativa entre hebefrenia e anergia. Quanto à maior activação é supostamente devida a pontuação mais elevada nos sintomas *tensão* (manifestações físicas claras de medo, ansiedade e agitação como tensão, tremor sudação profusa e intranquilidade) e *maneirismos/alterações posturais*, (movimentos e postura pouco naturais caracterizando uma aparência desajeitada, desorganizada ou bizarra), estes englobados na escala de psicopatologia geral, mais relacionada com evolução desfavorável do quadro clínico. No entanto, a concordância entre uma categoria diagnóstica – esquizofrenia hebefrénica – e as categorias dimensionais referidas – escala positiva, escala de psicopatologia geral e agrupamentos, ou síndromes, anergia e activação – reforça o facto de estas diferentes classificações não serem co-exclusivas (Arndt e col., 1995).

Também se revela importante saber quando o diagnóstico foi efectuado: se antes ou em consequência do acto criminal. De facto, quando o crime foi marcante para a identificação do diagnóstico de esquizofrenia, verifica-se maior predomínio de sintomas positivos e de alterações do pensamento. Estes doentes não tinham quaisquer antecedentes psiquiátricos, nem se encontravam por isso, medicados. Desde logo seria importante, para determinar o tempo de evolução da doença, saber a data exacta do início dos sintomas, mas tal não foi possível. Indubitavelmente têm um início mais recente da esquizofrenia pois a média de evolução da mesma, naqueles que já tinham sido diagnosticados antes da data do crime, é de 11 anos. Assim sendo, e à data da realização deste estudo, os doentes, que até à data do crime não apresentavam antecedentes psiquiátricos, encontram-se com maior predomínio de sintomas positivos. A maior exuberância de sintomatologia positiva à data do crime poderá ser um factor explicativo, aliada ao facto dos restantes doentes já terem sido medicados, na evolução da doença. De facto Kay (1992), verificou que esta sub-escala mantinha-se relativamente constante ao longo do tempo, mesmo em doentes com um curso crónico.

A data de entrada na clínica, embora não corresponda à data exacta da detenção dos doentes (pois estes tiveram algum tempo em prisão preventiva ou em internamento preventivo, antes do julgamento), dá informação suficiente acerca do tempo de reclusão destes doentes esquizofrénicos. De facto, e não estando presos, vivem dentro de um estabelecimento prisional, com todas as condicionantes inerentes. Como Gonçalves (2000) refere: *"Um estabelecimento prisional, desde o início do processo de admissão de um recluso, procede à mortificação do Eu, criando no indivíduo rupturas sucessivas com os*

papéis anteriormente desempenhados. O despojamento daquilo que afinal constituíra até aí a sua identidade, gera naturalmente uma crise que o leva a elaborar planos e estratégias comportamentais de adaptação, que podem variar entre os extremos da submissão total até à doença mental, à fuga e ao suicídio." São 19 os doentes internados há mais de 5 anos, e destes, 11 estão-no há mais de 10. Nestes doentes observou-se uma maior predominância de sintomas da escala negativa, comparativamente aos restantes doentes. Também esta sub-escala exibe estabilidade ao longo do tempo, em doentes crónicos (Kay, 1992). No entanto, o maior tempo em reclusão, a maior parte deste em completa inactividade, leva a que sintomas como: *embotamento afectivo, distanciamento emocional, falta de empatia, distanciamento social passivo/apatia, dificuldades no pensamento abstracto, falta de espontaneidade e fluxo de conversação, bem como pensamento estereotipado*, sejam mais notórios.

Nos doentes com antecedentes familiares de esquizofrenia (n=9), observou-se maior anergia. Quando se investiga o familiar afectado, verifica-se tratar-se do pai, do irmão, ou de ambos. A amostra considerada apenas engloba doentes do sexo masculino, e sabendo-se o carácter heredo-constitucional da doença, facilmente se poderá inferir que, também, factores de ordem familiar, no sentido da promoção de contactos interpessoais, relações afectivas inter-pares e progressiva socialização, tiveram o seu contributo prejudicado. O doente, convivendo com outro familiar esquizofrénico (e aqui teria a maior importância saber se o pai ou irmão, ou ambos, e a idade do doente aquando do diagnóstico de esquizofrenia do familiar) poderá, e sabendo-se que a maioria da amostra consistia em esquizofrénicos paranóides, apresentar maiores dificuldades de socialização traduzida numa maior pontuação neste agrupamento, visto estar a ser considerada uma abordagem dimensional.

As crenças mágico-primitivas, que foram referidas por 45% dos doentes (n=14) ao se reportarem ao último ano antes do crime, têm uma relação positiva e significativa com o predomínio de sintomas positivos, mas também com os sintomas negativos, estando ambas as sub-escalas mais elevadas em relação aos esquizofrénicos que não apresentavam estas crenças. Este facto não é incompatível com o diagnóstico inicial de esquizofrenia paranóide; os síndromes negativo e positivo são entidades estatisticamente independentes mas não mutuamente exclusivas (Kay, 1992). Assim, os doentes esquizofrénicos podem demonstrar características proeminentes dos dois síndromes, num mesmo período de tempo. Foi estudada, dada a relevância psicopatológica desta variável clínica, a sua relação com as restantes variáveis internas da amostra. Verificou-se que a existência de crenças mágico-primitivas apenas estava relacionada com *actividade alucinatória de comando/"act on delusion"*,

concluindo-se, por isso, que esta variável, e contrariamente ao que se poderia esperar, não parece ser uma variável sócio-demográfica, nem ter aparentemente qualquer relação cultural e religiosa. De facto, a asserção inicial aquando da realização da entrevista, foi investigar *crenças mágico-primitivas* no grupo de variáveis clínicas, pois estas encontrar-se-iam apenas relacionadas, de alguma forma, com este grupo. Todos os doentes que as reportaram, apresentarem, à data do crime, *actividade alucinatória de comando* e/ou o fenómeno considerado *"act on delusion"*; ou seja, o *acto em estado delirante*. Estes doentes têm um comportamento marcado pela exuberância da sintomatologia positiva, nomeadamente da actividade delirante, e poderão apresentar também enorme irritabilidade percepcionada por terceiros como uma assustadora perplexidade e inquietação, sem qualquer possibilidade de explicação que não uma transcendental. Considera-se a hipótese de se tratar, a nível psicopatológico, de um estado *pré-delirante*. Seria importante investigar se também foi observável, nestes doentes, na semana anterior ao crime, agressividade verbal marcada.

Em relação aos hábitos alcoólicos, apenas foram importantes, ao nível psicopatológico, *antes do diagnóstico* e nos doentes que não consumiam, ou seja, nos esquizofrénicos que, antes do diagnóstico eram abstémios observou-se, na actualidade, maior relevância de sintomatologia paranóide: *desconfiança/perseguição* (P6), *hostilidade* (P7) e *falta de colaboração* (G8), em comparação com os que bebiam nessa data. Trata-se de um achado a exigir um aprofundamento da investigação. Poder-se-á colocar a hipótese de que os que bebiam se apresentam mais deteriorados, mas esta variável não surgiu significativa em mais nenhum agrupamento ou sub-escala. No que respeita ao consumo de drogas e psicopatologia, nestes doentes o consumo foi importante *antes e depois do diagnóstico*, com diferentes repercussões psicopatológicas, o que supõe que os doentes destes grupos temporais, em que o diagnóstico é fulcral, sejam diferentes. O consumo de drogas, *antes do diagnóstico*, foi associado, positiva e significativamente, com a Escala composta e com os sintomas do agrupamento Anergia. Após o diagnóstico, esta associação positiva verifica-se em relação ao agrupamento Depressão: *preocupações somáticas* (G1), *ansiedade* (G2), *sentimentos de culpa* (G3) e *depressão* (G6). Desde que foram internados, estes doentes não consomem qualquer tipo de drogas. Numa amostra de doentes esquizofrénicos de uma enfermaria de crónicos, a depressão surge como um factor preditor de prognóstico favorável na esquizofrenia crónica, tendo sido relacionada com um sentimento de "plenitude vivencial" (*fullness of life*) (Kay & Murril, 1991). Talvez, nos doentes que apresentaram consumos de drogas após o diagnóstico, este facto tenha outro significado, visto o ambiente e as circunstâncias do internamento serem

manifestamente diferentes dos do referido estudo, e estes doentes terem um antecedente importante de trauma violento (crime). Por outro lado, o agrupamento depressão também foi associado com a duração da medida de segurança atribuída, sendo que os doentes em que esta foi superior a 14 anos se mostraram significativamente mais deprimidos, ou seja, poderá existir assim, uma associação positiva entre institucionalização e depressão (Jonhson, 1988, Barnes e col., 1991).

Ao serem analisados os dados relativos às variáveis jurídico-penais, observa-se que os que não têm antecedentes criminais apresentam um maior predomínio de Sintomas negativos e de sintomas do agrupamento Anergia. Ambos revelam duas características comuns: o *embotamento* (N1) e o *distanciamento emocional* (N2), sendo que o cluster referido, além destes, inclui a *lentificação motora* (G7) e a *desorientação* (G10). Como o síndrome Negativo se mantém relativamente constante ao longo do tempo, este facto poderá ser fundamentado pela maior incapacidade de passar ao acto, bem como pela menor importância, a existirem, dos sintomas produtivos, principalmente de actividade delirante, a qual tem sido relacionada positivamente com actos agressivos. Também a associação da anergia com ausência prévia de actos criminais parece poder ser explicada pelos sintomas inerentes, os quais condicionam maior incapacidade de relacionamentos interpessoais, a todos os níveis, nomeadamente os pautados por actos agressivos e violentos. Ainda em relação à variável considerada, e de acordo com o já referido, observou-se nos doentes que apresentavam antecedentes criminais maior diferencial entre a Escala positiva e a Escala negativa, conforme o significado da Escala composta (pontuação na escala positiva subtraída da obtida na escala negativa). Nestes doentes poder-se-á sugerir que tal sucede devido à elevada pontuação na Escala negativa, já considerada.

O agrupamento Perturbação do pensamento tem sido associado, em doentes crónicos, a pior prognóstico (Liddle, 1987, Kay, 1992). Nesta amostra verificou-se associação positiva entre os sintomas constituintes: *desorganização conceptual* (P2), *comportamento alucinatório* (P3), *ideias de grandeza* (P5) e *conteúdo estranho do pensamento* (G9) e o não usufruto do regime de saídas precárias. Sabendo que estas saídas são importantes para a progressiva ressocialização do esquizofrénico inimputável, a reinserção social parece assim cada vez mais difícil, dada a provável progressão destes doentes para a deterioração cognitiva e social. A família demite-se do seu papel ressocializador, frequentemente logo após o crime, pelo que nada mais resta a muitos destes doentes que permanecer, por *despacho judicial*, em situação de institucionalização.

O presente estudo conclui pela importância (e necessidade) de prosseguir as investigações nesta área. As consequências ao nível familiar, social, clínico e mesmo jurídico-penal, relativamente aos doentes esquizofrénicos após cometimento de um crime, e por tal facto sentenciados *inimputáveis perigosos*, são inegavelmente (e perpetuamente?) negativas. Parece-nos fundamental aprofundar os dados obtidos, prosseguindo a investigação do tema, através do aumento da amostra e da inclusão de novas variáveis, acreditando que possam vir a ocorrer repercussões positivas deste tipo de estudos nas várias esferas vivênciais destes doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA F (1999). *Homicidas em Portugal*. Instituto Superior da Maia (ed.) pp.452.

ANDREASEN NC (1979a). Thought, language and communication disorders. I Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315-21.

ANDREASEN NC (1979b). Thought, language and communication disorders. II Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1325-30.

ANDREASEN NC (1982). Negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39:784-788.

ANDREASEN NC & AKISKAL HS (1983). The specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: a critical reeavaluation. *Psychiatric Clinics of North America*, 6, 41-54.

ANDREASEN NC, FLAUM M, SWAYSE I, TYRREL G, ARNT S (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 47:615-621.

ANDREASEN NC & OLSEN S (1982). Negative versus Positive schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39:789-794.

ARBOLEDA-FLÓREZ J & STUART HL (2000). The future for risk research. *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. II, n.° 3, December pp. 506-509.

ANGERMEYER MC (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* S407: 63-67.

ARNDT S, ALLIGER RJ & ANDREASEN NC (1991). The distinction of positive and negative symptoms: the failure of a two-dimensional model. British Journal of Psychiatry, 158:317-322.

ARNDT S, ANDREASEN NC, FLAUM M, MILLER D, NOPOULOS P (1995). A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 352-60.

ARANZADI AJ (1999). Aspectos legais y criminológicos en el enfermo esquizofrénico. In *Esquizofrenia Enfermedad del cerebro y reto social*. Ed. Jerónimo Sáiz Ruiz, 1ª Édicion, Barcelona Masson As, 231-59.

ARSENEAULT, L, MOFFIT, TE, CASPI, A, E COL. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry* 57: 979-968.

ASNIS GM, KAPLAN ML, HUNDERFEAN G, SAEED W. (1997). Violence and homicidal behaviours in psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics North America* 20: 405-424.

BARNES TRE, CURSON DA, LIDDLE PF, E PATEL M (1989). The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 154, 486-91.

BARTELS SSJ, DRAKE RE, WALACH MA E COL. (1991). Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin* 17: 163-171.

BECK JC (1994). Epidemiology of mental disorder and violence: beliefs and research findings. *Harvard Review of Psychiatry* 2: 1-6.

BELL P, GABRIEL E, KATSCHING H, KIEFFER W, KOEHLER K, E COL. (1992). *Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Affective Psychosis*, World Psychiatric Association, pp. 19-20.

BENEZECH M, LE BIHAN P, BOURGEOIS ML (2002). Criminologie et Psychiatrie. *Encyclopedie Médico Chirurgicale*, Psychiatrie, 37-906-A-10, 16p.

BERGEMAN CS & SEROCZYNSKI AD (1998). Genetic and environmetal influences on agression and impulsivity. Maes M & Coccaro EF (eds) *Neurobiology and Clinical view on Agression and Impulsivity*, British Library, Wiley & Sons, pp. 63-80.

BERGERET J (1998). Violência e evolução afectiva humana. *Psicologia patológica teórica e clínica*, J. Bergeret (Dir.) e col., Climepsi editores, pp. 97-101.

BERNER P, GABRIEL E, KATSHING H, KIEFFER W, KOEHLER K, SIMHANDL CH (1983). Diagnostic criteria for schizophrenia and affective psychoses. Ward Psychiatry Association, pp.19-20.

BERRIOS GE (1981). Stupor: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 11, 677-88.

BERRIOS GE (1985). Positive and negative symptoms and Jackson. *Archives of General Psychiatry*, 42:95-97.

BERRIOS GE (1987). Dementia during the 17th and 18th century: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 17, 829-37).

BERRIOS GE (1989a). Non-cognitive symptoms and the diagnosis of dementia. Historical and clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 154, 11-16.

BERRIOS GE (1989b). French view on positive and negative symptoms: a conceptual history. *Compreensive Psychiatry*, 32:395-403.

BERRIOS GE (1991). Delusions as "wrong beliefs": a conceptual history. British Journal of Psychiatry 159 (suppl 14):6-13.

BERRIOS GE (2000. Schizophrenia: a conceptual history. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* – Edited by Gelder MG, López-Ibor Jr JJ, Andreasen NC Oxford University Press pp. 567-571.

BERRIOS GE (2001) La historiografia de los delirios, in. *Actualización en delirios*, Ruiloba JV & Plannel LS (ed.), Madrid pp.1-16.

BERRIOS GE & FUENTENEBRO F (1996). Delirio. Historia Clinica Metateoría. Trotta. Madrid pp. 20-39.

BONTA J, LAW M, HANSON K (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally ill offenders: a meta analysis. *Psychological Bulletin*, 122, 123-42.

BOURGEOIS M & BENEZECH M (2001). Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Annals Médicine et Psychology* 159: 1-12.

BOUTROS MN, BOWERS MB & QUINLAN D (1998). Chronological association between increases in drug abuse and psychosis in Connecticut State Hospitals. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 10: 48-54.

BRENNAN PA MEDNICK SA & HODGINS S (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 57: 494-500.

BUCHANAN A, REED A, WESSELY S, GARETY P E COL. (1993). Acting on Delusions. II: The phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry*, !63: 77-81.

CANTWELL R, BREWIN J, GLAZEBROOK C E COL. (1999) Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* 174: 150-153.

CARPENTER WT, HEIRICHS DW & WAGMAN AM (1988). Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. American Journal of Psychiatry, 145:578-583.

CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS, CLINICAL DISCRIPTIONS AND DIAGNOSTIC GUIDELINES-CID-10 (1992). *World Health Organization*.

COCCARO EF (1998). Central neurotransmitter function in human aggression and impulsivity. In *Neurobiology and Clinical View on Aggression and Impulsivity*, Maes M & Coccaro EF (eds), pp 143-168.

COCCARO EF, HARVEY PD, KUPSAW-LAURENCE E E COL. (1991). Development of neuropharmacologically based behavioural assessments of impulsive aggressive behaviour. *Psychiatry and Clinics Neuroscience* 3:S44-S51.

COCCARO EF & KAVOUSSI RJ (1997). Fluoxetine and impulse aggressive behaviour in personality disordered subjects. Archives of General Psychiatry 54:1081-1088.

CÓDIGO PENAL (1982). Livraria Almedina, Coimbra, 1997.

CÓDIGO DE PROCESSO PENAL (1987). Leal-Henriques M & Santos SM, *Código de Processo Penal anotado*, Rei dos Livros (ed.), 1999, Porto.

COELHO C & NOBRE P (1997). Acompanhamento e enquadramento de inimputáveis. *Boletim Informativo Interno do Instituto de Reinserção Social*, n.º 19, pp. 23-31.

CROW TJ (1980). The molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?. *British Medical Journal*, 280, 66-8.

CROW TJ (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. Schizophrenia Bulletin, 11:471-485.

CORREIA E (1971). *Direito Criminal* I, Livraria Almedina, Coimbra, pp. 201-250.

CÔTE G, HODGINS S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1992; 15: 89-99.

CUFFEL BJ (1992). Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180: 589-592.

DAVIS S (1991). Violence by psychiatric inpatients: a review. Hosp Community Psychiatry 42: 585-590.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS-DSM-IV (1994), 4th ed. *American Psychiatry Association APA*, Washington, DC.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS-DSM-III (1980), ed. *American Psychiatry Association APA*, Washington, DC.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS-DSM-III-R (1987), 2.th ed. *American Psychiatry Association APA*, Washington, DC.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS-DSM-IV-TR (2002), 1.th ed. *American Psychiatry Association APA*, Washington, DC.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001). Academia de Ciências de Lisboa e Editorial Verbo.

ENTRALGO JF (1994). La enajenation y el transtorno mental transitorio: tratamiento jurídico-penal, in. *Tratado de Psiquiatria Legal y Forense I.* Santiago Delgado Bueno (dir.) Madrid, Colex (ed) pp. 113-144.

ERONEN M, HAKOLA P, TIIHONEN J (1996a). Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53: 497-501.

ERONEN M, TIIHONEN J, HAKOLA P (1996b). Schizophrenia and homicidal behaviour. *Schizophrenia Bulletin* 22:69-82.

ERONEN M, ANGERMEYER MC & SCHULZE B (1998). The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: S13-S23.

EY H, BERNARD P, BRISSET, C (1963). Manual de Psiquiatria, Atheneu (ed.), Rio de Janeiro, 5.ª edição, 1987, pp. 1002-1004.

FERNANDES E (1987). Agressividade, in *Polis, Enciclopédia da Sociedade e do Estado*, vol. I Ed. Verbo pp. 189-93.

FERNANDÉZ JM & RODRIGUÉZ EE (1994). Introduction histórica y epistemológica, in. *Psiquiatría Legal y Forense* vol. I, Santiago Delgado Bueno (dir.) Madrid, Colex (ed) pp. 50-70.

FIGUEIREDO DIAS J (1983). *Liberdade Culpa e Direito Penal*, Biblioteca Jurídica Coimbra Editora, 2ª Edição.

FILHO RM & MORANA HC (2003). Transtornos psicóticos, in. Psiquiatria Forense, Artmed 2004, Porto Alegre, pp. 223-242.

FOWLER IL, CARR VC, CARTER NT E COL. (1998). Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 24: 443-455.

FREDRIKSON DH, STEIGER JM, MACEWAN GM, ALTMAN S, E COL. (1997). PANSS symptom factors in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 24:15.

FUENTENEBRO F (2001). Estados predelirantes, in. *Actualización en delirios*, Ruiloba JV & Plannel LS (ed.), pp.17-33.

GEORGIEFF, (2001). Investigações cognitivas e esquizofrenia, In *A esquizofrenia. Investigações actuais e perspectivas*, Dalery J & d´Amato T. Climepsi editores, Lisboa, pp. 185-234.

GISBERT MS, VERDU FA, VICENT R (1995a). *Glosário de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*, Masson S.A (ed.) Barcelona, pp. 7.

GISBERT MS, VERDU FA, VICENT R (1995b). *Glosário de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*, Masson S.A (ed.) Barcelona, pp. 117.

GONÇALVES, RA (2000). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*, Quarteto, pp.267-268.

GRASSI L, PERON L, MARANGONI C, ZANCHI P, VANNI A (2001). Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients : a 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 273-278.

GUNN J (1996). Let´s get serious about dangerousness. *Criminal Behaviour and Mental Health* (Supp.), 51-64.

HAFNER H & BÖKER W (1982). *Crimes of violence by mentally abnormal offenders*. Cambridge University Press, pp.145-65.

HAMBRECHT M & HAFNER H (1996). Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry* 40: 1155-1163.

HARE, E (1988a). Schizophrenia as a recent disease. *British Journal of Psychiatry*, 153, 521-31.

HARE, E (1988b). Schizophrenia before 1800? The case of the Revd. George Trosse. *Psychological Medicine*, 18, 279-85.

HARRIS G, RICE M & QUINSEY V (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. Criminal Justice and Behaviour 20: 315-335.

HODGINS S, CÔTE G (1990). The prevalence of mental disorders among penitentiary inmates. *Canadian Mental Health* 38: 1-5.

HODGINS S (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 49: 476-483.

HODGINS S, MEDNICK SA, BRENNAN PA, SCHLSINGER F, ENGBERG M (1996). Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 49: 476-483.

HOENIG J. (1983). The concept of schizophrenia: Kraepelin-Bleuler-Schneider. *British Journal of Psychiatry*, 142, 547-56.

HOLZMAN PS, SHERTON ME & SOLOVAY MR (1986). Quality of thought disorder in differencial diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 360-71

HUMPHREYS MS, JOHNSTONE EC, MACMILLAN JF E COL. (1992). Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160: 501-505.

JASPERS, K (1963). *Psicopatologia geral*. Atheneu (ed.), Rio de Janeiro, 2.ª edição, 1987, pp. 340-344.

JABLENSKY A (2000). Epidemiology of schizophrenia In *New Oxford Textbook of Psychiatry* – Edited by Gelder MG, López-Ibor Jr JJ, Andreasen NC Oxford University Press pp. 585-598.

JABLENSKY A, SARTORIUS N, ERNBERG G E COL. (1992). Schizophrenia: manifestations and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychological Medicine* Monograph Supp 20. Cambridge University Press.

JOHNSON, DAW (1988). The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 152, 320-3.

JUNGINGER J, PARKS-LEVY J, MCGUIRE L (1998). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services* 49: 218-220.

KAY SR (1990). Positive-Negative Assessment in schizophrenia: psychometric issues and scale comparison. *Psychiatric Quarterly* 61:163-168.

KAY SR (1992). *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia*. Brunner/Mazel (eds), New York, pp. 60-120.

KAY SR, FISZBEIN A & OPLER LA (1987). *The Positive and Negative Scale for Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 13:261-276.

Kay SR & Murrill LM (1990). Predicting outcome of schizophrenia: significance of symptom profiles and outcome dimension. Comprehensive Psychiatry 31, 91-102.

KAY SR & OPLER LA (1985). L-DOPA in the treatment of negative schizophrenic symptoms: a single-subject study experimental design. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175:152-160.

KAY SR & OPLER LA (1990). Structured Clinical Interviw for the Positive and Negative Syndrome Scale (SCI-PANSS). Toronto: *Multi-Health Systems* Inc.

KAY SR, OPLER LA & LINDENMAYER JP (1989). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standartization. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl17):59-65.

KAY SR, OPLER LA & LINDENMAYER JP (1988). Reliability and Validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Psychiatric Research*, 23:99-110.

KARSON C & BIGELOW LB (1987). Violent behaviour in schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 161-164.

KIRKPATRICK B, AMADOR XF, FLAUM M E COL. (1996). The deficit syndrome in the DSM-IV field trial: alcohol and other drug abuse. *Schizophrenia Research* 20: 69-77.

KRAEMER H, KAZDIN A., OFFORD D E COL. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-41.

LAMB HR, WEINBERGER LE (1998). Persons with severe mental illness in jail and prisons: a review. *Psychiatric Services* 49: 483-492.

LEAL-HENRIQUES M & SANTOS MS (2002a). Código Penal Anotado, 1.° vol. , 3.ª Edição, Rei dos Livros (ed.), Porto, pp. 261-266.

LEAL-HENRIQUES M & SANTOS MS (2002b). Código Penal Anotado, 1.º vol. , 3.ª Edição, Rei dos Livros (ed.), Porto, pp. 1017-1058.

LEAL-HENRIQUES M & SANTOS MS (2002c). Código Penal Anotado, 2.º vol. , 3.ª Edição, Rei dos Livros (ed.), Porto, pp. 132.

LIDDLE PF (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examinationa of the positive and negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-51.

LIDDLE PF (1999). The multi-dimensional phenotype of schizophrenia. In *Schizophrenia in a molecular age* /ed CA Taminga), pp. 1-28.

LIDDLE, PF (2000). Descriptive clinical features of schizophrenia. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* Edited by Gelder MG, López-Ibor Jr JJ, Andreasen NC Oxford University pp. 571-6.

LINDEMAYER JP, BERNEISTEIN-HYMAN R, GROSHOWISK S & BANK N (1985). Psychopathology of schizophrenia. Initial validation of a 5-factor model. *Psychopathology*, 28:22-31.

LINDQVIST P & ALLEBECK P (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockolm. *British Journal of Psychiatry* 157: 345-350.

LINK BG, ANDREWS H & CULLEN FT (1992). The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *American Sociological Review* 57: 75-292.

LINK BG & STUVE A (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. In: Monahan J, Steadman HJ (eds) *Violence and mental disorder*. Chicago, University of Chicago Press, pp 137-159.

LINK BG, STUVE A, PHELAN J (1998). Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of "threat/control override symptoms. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: S55-S60.

LINSZEN DH, DINGEMANS PM & LENIOR ME (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry* 51: 273-278.

LOGOS, *Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*. Verbo, 1997.

MACEDO JB 1987 Polis, *Enciclopédia da Sociedade e do Estado*, Verbo Lisboa / São Paulo pp. 1524-1537.

MACHERET-CHRISTE F, GRAVIER B (2001). Schizophrénie, psychose et prison. *Lettre de Schizophrénie* 23: 2-7.

MAGLASH TM & FENTON WS (1992). THE POSITIVE-NEGATIVE DISTINCTION IN SCHIZOPHRENIA. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 49:63-72.

MATOS MB, BRAGANÇA M & SOUSA R (2003a). *Esquizofrenia de A a Z*. Edt. Climepsi 1ª edição, Lisboa, pp. 9-10.

MATOS MB, BRAGANÇA M & SOUSA R (2003b). *Esquizofrenia de A a Z*. Edt. Climepsi 1ª edição, Lisboa, pp. 66.

MATOS MB, BRAGANÇA M & SOUSA R (2003c). *Esquizofrenia de A a Z*. Edt. Climepsi 1ª edição, Lisboa, pp. 71.

MATOS MB, BRAGANÇA M & SOUSA R (2003d). *Esquizofrenia de A a Z*. Edt. Climepsi 1ª edição, Lisboa, pp. 67

MATOS MB, BRAGANÇA M & SOUSA R (2003e). *Esquizofrenia de A a Z*. Edt. Climepsi 1ª edição, Lisboa, pp. 14.

MATOS MB, BRAGANÇA M & SOUSA R (2003f). *Esquizofrenia de A a Z*. Edt. Climepsi 1ª edição, Lisboa, pp. 177.

MATOS MB, BRAGANÇA M & SOUSA R (2003g). *Esquizofrenia de A a Z*. Edt. Climepsi 1ª edição, Lisboa, pp. 183.

MEDINA PG (1994). Agressividad y violencia: marco psicosocial para la prevención in *Psiquiatría Legal y Forense I.* Santiago Delgado Bueno (dir.) Madrid, Colex (ed) pp. 531-550.

MELLOR CS (1970). First rank symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 117, 15-23.

MODESTIN J & AMMANN R (1996). Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 22: 69-82.

MODESTIN J (1998). Criminal and violent behaviour in schizophrenic patients: an overview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52: 547-554.

MOYER KE (1976), Kinds of aggression and their physiological basis. *Community Behavioural Biology*, Part A 2:65-87.

MOYER KE (1976). *The psychobiology of Aggression*. New York, Harper & Row, pp. 45-78.

MONAHAN J (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: generating useful knowledge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 11, 249-57.

MONAHAN J (1992) Mental disorder and violent behaviour: perception and evidence. *American Psychology* 47: 511-521.

MONAHAN J E STEADMAN HJ (1994). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. University of Chicago Press, pp. 67-75.

MONAHAN J, STEADMAN HJ E COL. (2001). *Rethinking Risk Assessment*. Oxford University Press, pp. 12-20.

MOOR JC JR & KRUPAT E (1978.). Relationships between source status, authoritarism and conformity in a social influence setting. *Sociometry*, 1971; 34:122-134.

MORTIMER AM, LUNDT CE & MCKENNA PJ (1990). The positive-negative dichotomy in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 157:41-49.

MOSSMAN D (1994). Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-92.

MUESER KT, YARNOLD PR, LEVINSON DF E COL. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin* 16: 31-56.

MUESER KT, DRAKE RE & WALLACH MA (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviours* 23: 717-734.

MULLEN PE (1984). Mental disorder and dangerousness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10:324-330.

MULLEN PE (2000). Dangerousness, risk, and the prediction of probability, in *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Edited by Gelder MG, López-Ibor Jr JJ, Andreasen NC Oxford University pp. 2067-2078.

MURRAY RM & CASTLE DJ (2000). Genetic and environmental risk factors for schizophrenia, in. *New Oxford Textbook of Psychiatry,* Edited by Gelder MG, López-Ibor Jr JJ, Andreasen NC Oxford University Press pp. 599-605

MYERS KM, DUNNER DL (1984). Self and other directed violence on a closure accurate-care ward. *Psychiatry Quarterly*, 56: 178-188.

NESTOR PG, HAYCOCK J, DOIRON S E COL. (1995) Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* 23. 331-334.

O'GRADY JC (1990). The prevalence and diagnostic significance of first-rank symptoms in a random sample of acute schizophrenia in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 156, 496-500.

OTTO R (1992). The prediction of dangerous behaviour. A review and analysis of "second generation" research. *Forensic Research* 5: 103-133.

OVERALL JE & GORHAM DR (1962). The Brief Psychiatry Rating Scale. *Psychological Reports* 10, 799-812.

PALHA AP & ESTEVES MF (1997). The origin of dementia praecox. *Schizophrenia Research*, 28:99-103.

PEARSON M, WILMON E, PADI M (1986). A study of violent behaviour among in-patients in a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry* 149, 232-235.

PERALTA V, CUESTA MJ & DE LEON J (1995). Positive and Negative Symptoms/Síndromes in schizophrenia. British Journal of Psychiatry 157:41-49.

POLÓNIO P (1975). *Tratado de Psiquiatria Forense*, Coimbra Editora, pp. 9.

QUINSEY VL, HARRIS GT, RICE ME, CORMIER CA. (1998). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk.* Washington, DC: American Psychological Association.

RASANEN P, TIIHONEN J, ISOHANNI M E COL. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behaviour: a 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin* 24:437-441.

RASKIN DE (1975). Bleuler and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 127, 231-4.

RAYMOND SG. Faits de violence et prédiction des comportements. *Encyclopedie Médico Chirurgicale*, Psychiatrie, f. a. 37-145-A-10, 1990, 4 p.

RICE ME & HARRIS T (1995a). Psychopaty, schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry* 18: 333-342.

RICE ME & HARRIS GT (1995b). Violent recidivism: assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-48.

ROJO JM (1994). La funcion del médico forense en la administration de justicia, in.*Tratado de Psiquiatria Legal y Forense*, Santiago Delgado Bueno (dir.) Madrid, Colex (ed.) pp. 71-82.

ROBINS LN, REGIER PA (1991). *Psychiatric disorder in America. The Epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.

ROSSI AM, JACOBS M, MONTELEONE M, OLSEN R E COL (1986). Characteristics of psychiatry patients who engage in assaultive or other fear-inducing behaviour. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 174, 154-160.

SASS H (1985). The historical evolution of the concept of negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl):26-31.

SCHARFETTER, C.(1975). The historical development of the concept of schizophrenia. In *Studies of schizophrenia* (ed. M.H. Lader), pp. 5-8. Headley, Ashford.

SCHELLER-GILKEY G, LEWINE RRJ, CAUDLE J E COL. (1999). Schizophrenia, substance use and brain morphology. *Schizophrenia Research* 35: 113-120.

SCOTT H, JOHNSON S, MENEZES P E COL. (1998). Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 172: 345-350.

SCOTT PD (1977). Assessing dangerousness in criminals. *Medicine Science and Law,* 19, 127-42.

SENA AM (1883). in *Os Alienados em Portugal*, Ulmeiro (1.ª ed.), Lisboa, 2003, pp. 77-78.

SHAW SH (1973). The dangerousness of dangerousness. *Medicine Science and Law*, 13, 269-71.

SHORE D, FILSON CR, JOHNSON WE (1988). Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: the White House Case Studies. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14, 2: 279-281.

SHORTER E (2001). *Uma História da Psiquiatria: da Era do manicómio à Idade do Prozac*. Climepsi ed. pp. 23.

SINGH MM, KAY SR & OPLER LA (1987). Anticholinergic-neuroleptic antagonism in terms of Positive and Negative Symptoms of schizophrenia: implications for psychobiological subtyping. *Psychological Medicine*, 17:39-48.

SIRIS SG, (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 75-98.

SKODOL AE (1998) *Psychopathology and violent crime*. American Psychiatric Press, Skodol (ed.), prefácio.

SMITH J & HUCKER S (1994). Schizophrenia and substance abuse. *British Journal of Psychiatry* 165: 13-21.

SNOWDEN (1997). Pratical aspects of clinical risk assessment and manegement. *British Journal of Psychiatry*, 170, (Supp.32), 32-4.

SOBRAL CID (1934). Psicopatologia Criminal Casuística e Doutrina, in. *Obras de José de Matos Sobral Cid, psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense*, vol. I, pp. 476-477.

SOYKA M, ALBUS M, FINNELI A E COL. (1993). Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 242: 362-372.

SOYKA M (1994). Substance abuse and dependency as a risk factor for delinquency and violent behaviour in schizophrenic patients – how strong is the evidence? *Journal of Clinical and Forensic Medicine* 1: 3-7.

SOYKA M (2000) Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry* 176: 345-350.

STEADMAN HJ & COCOZZA JJ (1975). We can't predict who is dangerous. *Psychology Today*, 8, 22-35.

STEADMAN HJ, MULVEY EP, MONAHAN J E COL. (1998) Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry* 55: 1-9.

STEIN DJ, HEERDEN BV & HUGO F (1998). *Neuropsychiatry of Aggression and Impulsivity*. Coccaro EF & Moers M (eds) pp. 96-109.

STRAUSS JS, CARPENTER WT & BARTKO JJ (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia; part III Speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs, *Schizophrenia Bulletin* 11:61-69.

STUVE A & LINK BG (1997). Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatry Quarterly* 68: 327-342.

SWANSON JW, HOLZER CE, GANJU VK E COL. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital Community Psychiatry* 41: 761-770.

SWANSON JW, BORUM R, SWARTZ MS (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health* 6: 309-329.

SWANSON JW, ESTROFF S, SWARTZ M E COL. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry Quarterly* 60:1-22.

SWANSON JW, HOLZER CE, GANJU VK, JONO RT (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic catchment area surveys. *Hospital Community Psychiatry* 41: 760-77.

SWARTZ MS, SWANSON JW, HIDAY VA E COL. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry* 155: 226-231.

TABORDA JV, CHALUB M, ABDALLA-FILHO (2003). *Psiquiatria Forense*, Artmed 2004, Porto Alegre, pp. 223-242.

TAYLOR PJ & GUNN J (1984). Violence and psychosis. Risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal* 288: 1945-1949.

TAYLOR PJ (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry* 147: 491-498.

TAYLOR PJ & MONAHAN J (1996). Dangerous patients or dangerous diseases? *British Medical Journal* 312: 967-969.

TAYLOR PJ & GUNN J (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry* 174: 9-14.

TEPLIN LA (1990). The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees: comparison with the epidemiological catchment area program. *American Journal of Public Health* 80: 663-669.

TEPLIN LA, ABRAM KM, MCCLELLAND GM (1994). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychology* 49: 335-342.

TEPLIN LA, ABRAM KM, MCCLELLAND GM (1996). Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women: Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry* 53: 505-512.

TIIHONEN J, ERONEN M, HAKOLA P (1993). Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Archives of General Psychiatry* 50: 917-918.

TIIHONEN, J, ISOHANNI M, RASANEN P E COL. (1997) Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1996 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry* 154: 840-845.

THOMPSON PA & MELTZER H (1993). Positive, negative and disorganization factors from the shedule for affective disorders and schizophrenia and the Present State Examination. British Journal of Psychiatry, 163:344-351.

VALLEJO J & PLANELL LS (2001). Actualization en delirios Vallejo & Planell (eds), prólogo.

VIEIRA F (2002). A violência na sua interface jurídico-psiquiátrica, in *Direito da Medicina*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra/Centro de Direito Biomédico. Coimbra Editora, pp. 53-164..

VOLAVKA J (1995a). Violent behaviour of persons with mental disorders outside of hospitals, in. *Neurobiology of Violence*, American Psychiatric Press (ed.), 1st edition , pp 211-247.

VOLAVKA J (1995b). Human aggression and Criminal Violence, in. *Neurobiology of Violence*. American Psychiatry Press (ed.), first edition, pp. 1-20.

VOLAVKA J, LASKA E, BAKER S E COL. (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry* 171: 9-14.

WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P E COL. (1998a). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry* 164: .824-828.

WALLACE C, MULLEN P, BURGESS P E COL. (1998b). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 172: 477-484.

WALKER E & LEVINE RJ (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from schidhood home videos of the patients. *American Journal of Psychiatry*, 89, 704-16.

WALKER Z & SEIFERT R (1994). Violent incidents in a psychiatric intensive care unit. *British Journal of Psychiatry* 1772: 477-484.

WALSH E, BUCHANAN A & FAHY T (2002) Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry* 180: 490-495.

WESSELY S, TAYLOR R (1991) Madness and crime: criminology versus psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1: 193-228.

WESSELY SC, BUCHANAN A, REED J, CUTTING B E COL. (1993) Acting on Delusions. I: Prevalence. *British Journal of Psychiatry* 163: 69-76.

WESSELY SC (1997) The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 170: S32, 8-11.

WESSELY SC, CASTLE D, DOUGLAS AJ E COL. (1994) The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine* 24: 483-502.

WING JK (1989). The concept of negative symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 155 (supp 17):10-14.

YUDOFSKY SC, SILVER JM, JACKSON W E COL (1986).The Overt Agression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. American Journal Psychiatry, 143:35-39.

ANEXOS

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS

Exmo Sr.
Professor Doutor A Pacheco Palha
Director de Psiquiatria e Saúde Mental da
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Professor Hernâni Monteiro

4 200 – 319 PORTO

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Lisboa, 25/03/2002
	2002/03/15	116 /DSPDERI/2002	

ASSUNTO: Tese de Mestrado em Psiquiatria Forense

Em resposta ao pedido de colaboração de V. Exa, para que a mestranda Drª. Susana Maria Pinto Almeida Leitão da Cunha seja autorizada a recolher elementos junto dos doentes da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo a fim de poder elaborar a sua tese subordinada ao tema "Agressividade na Esquizofrenia", cumpre-me informar da nossa disponibilidade para tal, desde que se precisem algumas questões metodológicas.

Assim, e conforme ao disposto na Circular nº 5 / GDG / 2001 de 18 de Junho, necessitamos de documentação onde se especifiquem o projecto e metodologias que pretende desenvolver, bem como do tipo de informação que se propõe recolher. Terá, igualmente, que garantir a voluntariedade e anonimato dos eventuais inquiridos/entrevistados e que indicar o tempo que julga necessário para concretizar o trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora de Serviços

(Maria José Matos)

NA RESPOSTA INDICAR O NÚMERO E AS REFERÊNCIAS CONstantes deste documento

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS

Exmo Sr.
Professor Doutor A Pacheco Palha
Director de Psiquiatria e Saúde Mental da
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Professor Hernâni Monteiro

4 200 – 319 PORTO

Sua referência	**Sua comunicação de**	**Nossa referência**	**Lisboa, 22/05/2002**
	2002/05/10	220 /DSPDERI/2002	

ASSUNTO: Tese de Mestrado em Psiquiatria Forense

Em cumprimento de despacho do Senhor Director – Geral, tenho a honra de informar V. Exa que a mestranda, Drª Susana Maria Pinto Almeida Leitão da Cunha está autorizada a realizar a investigação junto dos internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, tendo em vista a conclusão da sua tese de mestrado subordinada ao tema " Agressividade na Esquizofrenia".

Reafirma-se, em cumprimento ao disposto na Circular nº 5 / GDG / 2001 de 18 de Junho, que o trabalho deverá assentar na anuência dos internados a contactar, bem como na confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e das pesoas envolvidas. Solicita-se, igualmente, que seja enviada, a esta Direcção – Geral, cópia do trabalho final.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora de Serviços

(Maria José Matos)

NA RESPOSTA INDICAR O NÚMERO E AS REFERÊNCIAS CONstantes deste documento

ESTUDO INVESTIGACIONAL
Tese de Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental

INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

INTRODUÇÃO

O Sr é convidado a participar voluntariamente num estudo de carácter investigacional no âmbito de Tese de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, área de Psiquiatria Forense, no qual serão utilizadas várias entrevistas e questionários.

A entrevistadora é médica devidamente identificada e credenciada para o efeito pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João/Faculdade de Medicina do Porto.

OBJECTIVO DO ESTUDO

O objectivo do estudo é avaliar algumas particularidades comportamentais da perturbação de que padece.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar-se a participar ou pode suspender a sua participação em qualquer altura da entrevista.

CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações serão confidenciais.

BENEFÍCIOS POSSÍVEIS

O Sr poderá receber informações sobre a sua saúde. As informações obtidas neste estudo irão contribuir para um melhor conhecimento da perturbação em causa e de um mais adequado apoio aos doentes que dela sofrem.

Eu, _____, após a leitura deste documento, compreendi e esclareci todas as dúvidas, pelo que aceito participar e dato e assino o mesmo,

(Assinatura do participante)

Eu, _____, como investigadora comprometo-me a cumprir o que consta do presente documento, o qual dato e assino,

ENTREVISTA CLÍNICA

N.º_____

1 - IDADE____

2.-. IDADE À DATA DO CRIME____

3.-. IDADE À DATA DO DIAGNÓSTICO____

4- - ESTADO CIVIL

Solteiro 1 ☐
Casado ou vivendo como tal 2 ☐
Viúvo 3 ☐
Divorciado 4 ☐
Há quanto tempo?_____
(se 2, 3 ou 4)

5 - FILHOS

Sim 1 ☐
Não 2 ☐
Quantos e que idade tem ?_____
(se 1)

6 - NATURALIDADE (Distrito)

Rural 1 ☐
Urbano 2 ☐

7 - PROFISSÃO

Antes do diagnóstico

Estudante 1 ☐
A trabalhar 2 ☐
De baixa 3 ☐
Desempregado 4 ☐
Reformado 5 ☐

Depois do diagnóstico

Estudante 1 ☐
A trabalhar 2 ☐
De baixa 3 ☐
Desempregado 4 ☐
Reformado 5 ☐

8 – 0CUPAÇÃO ACTUAL

Sem ocupação 1 ☐
RAVI 2 ☐
RAVE 3 ☐
Se RAVI/RAVE especifique
_____

9 - RESIDÊNCIA (Distrito)

Rural 1 ☐
Urbana 2 ☐

10 - VIVE COM

Sozinho 1 ☐
Pais 2 ☐
Companheiro 3 ☐
Companheiro e filhos 4 ☐
Outros 5 ☐

11 - ESCOLARIDADE

4ª Classe 1 ☐
> 4ª Classe < 9º Ano 2 ☐
> 9º Ano < 12º Ano 3 ☐
Superior 4 ☐

12 - RELIGIÃO

Sem religião 1 ☐
Católica 2 ☐
Outra 3 ☐
Qual ?_____

Praticante 1 ☐
Não praticante 2 ☐

13 – CRENÇAS MÁGICO-PRIMITIVAS

Sim 1 ☐
Não 2 ☐

14 – DATA DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

Antes do crime 1 ☐
Na data do crime 2 ☐

15 – DATA DE ENTRADA NA CLÍNICA

Até 5 anos 1 ☐
Entre 5 e 10 anos 2 ☐
Mais de 10 anos 3 ☐

16 – ALUCINAÇÕES DE COMANDO (à data do crime)

Sim 1 ☐
Não 2 ☐

17 – ACTO EM DELÍRIO (*"ACT ON DELUSION"*) (à data do crime)

Sim 1 ☐
Não 2 ☐

18 – HÁBITOS ALCOÓLICOS (e padrão de consumo)

Antes do diagnóstico

Não bebe 1 ☐
Bebe moderadamente 2 ☐
Bebe excessivamente 3 ☐

Bebe diariamente 4 ☐
Bebe ocasionalmente 5 ☐
(se 2 ou 3)

Depois do diagnóstico

Não bebe 1 ☐
Bebe moderadamente 2 ☐
Bebe excessivamente 3 ☐

Bebe diariamente 4 ☐
Bebe ocasionalmente 5 ☐
(se 2 ou 3)

19 – HÁBITOS TABÁGICOS

Não 1 ☐
Sim 2 ☐

(continua se respondeu 2)

Antes do diagnóstico

Menos de (ou igual a) 10 cigarros/dia 1 ☐
Entre 10 e 20 cigarros/dia 2 ☐
Entre 20 e 40 cigarros/dia 3 ☐
Mais de (ou igual a) 40 cigarros dia 4 ☐

Depois do diagnóstico

Menos de (ou igual a) 10 cigarros/dia 1 ☐
Entre 10 e 20 cigarros/dia 2 ☐
Entre 20 e 40 cigarros/dia 3 ☐
Mais de (ou igual a) 40 cigarros dia 4 ☐

20 – CONSUMO DE DROGAS

Sim 1 ☐
Não 2 ☐

Antes do diagnóstico

Haxixe/Cannabis 1 ☐
Cocaína 2 ☐
Heroína 3 ☐
Anfetaminas 4 ☐
Extasy 5 ☐
Crack 6 ☐
Outras 7 ☐
Quais?_____
Diariamente 1 ☐
Ocasionalmente 2 ☐

Depois do diagnóstico

Haxixe/Cannabis 1 ☐
Cocaína 2 ☐
Heroína 3 ☐
Anfetaminas 4 ☐
Ecstasy 5 ☐

Crack 6 ☐
Outras 7 ☐
Quais?_____
Diariamente 1 ☐
Ocasionalmente 2 ☐

21 – DURAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Mínima____
Máxima____

22 – TIPO DE CRIME

Homicídio 1 ☐
Tentativa de homicídio 2 ☐
Ofensas corporais graves 3 ☐
Ofensas corporais simples 4 ☐
Violação 5 ☐
Tentativa de violação 6 ☐
Roubo 7 ☐
Outro 8 ☐
Se outro, qual?
_____

23 – VÍTIMA

Familiar 1 ☐
Quem?_____

Vizinho (a) 2 ☐
Outros 3 ☐
Quem?_____

24 – ARMA

Arma branca 1 ☐
Arma de fogo 2 ☐
Arma contundente 3 ☐
Outras 4 ☐

25 – CONTACTO COM PSIQUIATRIA

Consultas (à data crime)
Sim 1 ☐
Não 2 ☐
Internado 3 ☐

Se não (2)
Nunca 1 ☐
Abandonou 2 ☐

Internamentos anteriores
Sim 1 ☐
Não 2 ☐

26 – ANTECEDENTES CRIMINAIS

Sim 1 ☐
Não 2 ☐

27 – ACTOS VIOLENTOS

Antes do diagnóstico

Não 1 ☐
Sim 2 ☐

Se 2
Contra as pessoas 1 ☐
Contra objectos 2 ☐
Contra o próprio 3 ☐

Depois do diagnóstico

Não 1 ☐
4 Sim 2 ☐

Se 2 (sim)
Contra as pessoas 1 ☐
Contra objectos 2 ☐
Contra o próprio 3 ☐

28 – ANTECEDENTES FAMILIARES

Sim 1 ☐
Não 2 ☐

Se 1 (sim)
Quem?_____

Especifique
Esquizofrenia 1 ☐
Perturbação afectiva 2 ☐
Alcoolismo 3 ☐
Outros 4 ☐
Se outros quais?_____

29 - VISITAS

Sim 1 ☐
Não 2 ☐
Se sim quem?_____

30 – Saídas precárias

Sim 1 ☐
Não 2 ☐

EAE-M – Escala de Agressividade Expressa Modificada
Coccaro e col., 1991

(Tradução: Susana Almeida Cunha)

Agressividade verbal (discussões ou ameaças feitas a familiares directos, cônjuge, namorado/namorada, amigos próximos ou desconhecidos):

0 – não ocorreu
1 – gritou a alguém
2 – ameaçou ou insultou alguém
3 – envolveu-se numa discussão
4 – ameaçou bater em alguém que conhece
5 – ameaçou bater num estranho

Agressividade contra objectos (ataques físicos intencionais contra bens do próprio, bens de outros, ou animais):

0 – não ocorreu
1 – bateu com portas, deu pontapés em móveis, atirou roupa com fúria
2 – partiu objectos com raiva
3 – partiu várias coisas com raiva
4 – ateou fogos, danificou bens de alguém
5 – agrediu ou torturou um animal de estimação ou outro ser vivo

Agressividade contra pessoas (determinar ataques físicos intencionais contra outras pessoas):

0 – não ocorreu
1 – fez gestos ameaçadores
2 – agressão que não resultou em lesões físicas
3 – agressão que resultou em lesões físicas
4 – agressão que resultou em lesões físicas graves
5 – agressão que necessitou de observação médica

Agressividade contra o próprio (determinar ataques físicos intencionais contra o próprio):

0 – não ocorreu
1 – mordeu, arranhou, bateu
2 – bateu com a cabeça ou deu murros na parede
3 – fez cortes, hematomas ou queimaduras mas só superficiais
4 – fez cortes, hematomas ou queimaduras profundas ou com gravidade
5 – dentes partidos, fracturas ou traumatismos cranianos

Irritabilidade global subjectiva: intensidade e duração de sentimentos de irritabilidade, raiva, rancor, aborrecimento:

0 – não ocorreu/sem importância clínica
1 – leve; importância clínica duvidosa
2 – ligeira; mais do que o necessário, mas só ocasional e nunca intensa
3 – moderada; percepção frequente de sentimentos de raiva (ocasionalmente intensa)
4 –marcada; percepção de sentimentos de raiva a maior parte do tempo (frequentemente intensa)
5 – extrema; percepção quase constante de sentimentos de intensa raiva

Irritabilidade global expressa: irritabilidade ou raiva expressas

0 – não ocorreu/só sentimentos
1 – leve; impertinência ocasional de importância clínica duvidosa
2 – ligeira; argumentativo, mostra facilmente aborrecimento
3 – moderada; grita frequentemente
4 – severa; atira/parte objectos, por vezes agressivo
5 – grave; frequentemente violento com objectos ou pessoas

Tendência suicida: pensamentos de morte ou suicídio

0 – não
1 – leve: pensamentos ocasionais de morte
2 – ligeira: desejo frequente de morrer / pensamentos ocasionais de suicídio
3 – moderada: pensa muitas vezes em suicídio ou já pensou num método específico
4 – severa: pensa frequentemente em suicídio, ensaia mentalmente um plano, teve um gesto suicida
5 – extrema: preparou uma tentativa grave de suicídio
6 – muito grave: tentativa de suicídio com intenção óbvia de morrer ou com grande potencial de morte / consequências médicas graves

Continua se respondeu 4, 5 ou 6

<u>Intencionalidade e gravidade</u> do acto avaliadas pelas circunstâncias do mesmo incluindo: probabilidade de ser salvo; precauções em ocultar o acto; pedir ajuda antes, durante ou depois; premeditação e finalidade do acto

0 – sem intenção suicida; acto manipulativo
1 – intenção duvidosa ou mínima
2 – intencional mas com ambivalência
3 – grave
4 – muito grave
5 – morte muito provável

<u>Letalidade médica</u>: tipo e gravidade da ofensa corporal

0 – sem perigo (segurava comprimidos na mão)
1 – mínima (arranhão no pulso)
2 – ligeira (gastrite ligeira)
3 – moderada (inconsciente por curto período de tempo)
4 – grave (corte no pescoço)
5 – muito grave (paragem respiratória ou coma prolongado)

Escala de sintomas positivos e negativos para esquizofrenia (PANSS)

1= ausente; 2= mínimo; 3= ligeiro; 4=moderado; 5= moderadamente grave; 6= grave; 7= extremamente grave;

1 Subescala positiva

P1	Ideias Delirantes	1....2....3....4....5....6....7
P2	Desorganização conceptual	1....2....3....4....5....6....7
P3	Alucinações	1....2....3....4....5....6....7
P4	Agitação psico-motora	1....2....3....4....5....6....7
P5	Megalomania	1....2....3....4....5....6....7
P6	Desconfiança/Perseguição	1....2....3....4....5....6....7
P7	Hostilidade	1....2....3....4....5....6....7

Subtotal ☐ ☐

2 Subescala negativa

N1	Embotamento afectivo	1....2....3....4....5....6....7
N2	Retraimento afectivo	1....2....3....4....5....6....7
N3	Pobreza de contacto	1....2....3....4....5....6....7
N4	Passividade/Apatia/Isolamento social	1....2....3....4....5....6....7
N5	Dificuldade no pensamento abstracto	1....2....3....4....5....6....7
N6	Falta de espontaneidade e fluidez no discurso	1....2....3....4....5....6....7
N7	Pensamento estereotipado	1....2....3....4....5....6....7

Subtotal ☐ ☐

3 Subescala de psicopatologia geral

G1	Preocupações somáticas	1....2....3....4....5....6....7
G2	Ansiedade	1....2....3....4....5....6....7
G3	Sentimentos de culpa	1....2....3....4....5....6....7
G4	Tensão	1....2....3....4....5....6....7
G5	Maneirismos e alterações das posturas	1....2....3....4....5....6....7
G6	Depressão	1....2....3....4....5....6....7
G7	Lentificação motora	1....2....3....4....5....6....7
G8	Falta de cooperação	1....2....3....4....5....6....7
G9	Alterações do conteúdo do pensamento	1....2....3....4....5....6....7
G10	Desorientação	1....2....3....4....5....6....7
G11	Redução da atenção (Aprosexia)	1....2....3....4....5....6....7
G12	Diminuição da capacidade crítica e auto-crítica (Insight)	1....2....3....4....5....6....7
G13	Perturbação da volição	1....2....3....4....5....6....7
G14	Redução do controle dos impulsos	1....2....3....4....5....6....7
G15	Preocupação	1....2....3....4....5....6....7
G16	Evitamento social activo	1....2....3....4....5....6....7

_____

_____ Subtotal ☐☐☐

MANUAL DE DEFINIÇÕES DA PANSS

POSITIVE SCALE (P)

P1 - ACTIVIDADE DELIRANTE

Crenças infundadas, irrealistas e idiossincráticas.
Base de avaliação: o conteúdo do pensamento expresso na entrevista e a sua influência no relacionamento social e no comportamento.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Presença de um ou dois delírios vagos, não cristalizados e que não são defendidos tenazmente. Os delírios não interferem com o raciocínio, as relações sociais ou o comportamento.
4 - MODERADO - Presença de um conjunto caleidoscópico de delírios mal formados, instáveis ou alguns delírios bem formados que ocasionalmente interferem com o pensamento, relações sociais ou com o comportamento.
5 - MODERADO GRAVE - Presença de numerosos delírios bem estruturados que são firmemente defendidos e que ocasionalmente interferem com o pensamento, as relações sociais ou o comportamento.
6 - GRAVE - Presença de um conjunto estável de delírios cristalizados, possivelmente sistematizados, defendidos firmemente e que claramente interferem no pensamento, relações sociais e no comportamento.
7 - EXTREMO - Presença de um conjunto estável de delírios que são ou altamente sistematizados ou muito numerosos e que dominam os aspectos major da vida do doente. Isto frequentemente resulta em acções irresponsáveis ou desadequadas, que podem pôr em perigo a segurança do doente ou dos outros.

P2 - DESORGANIZAÇÃO CONCEPTUAL

Desorganização dos processos do pensamento caracterizado por disrupção de sequências dirigidas a um objectivo, e.g. circunstancialidade, tangencialidade, perda de associações, falta grosseira de lógica ou bloqueio do pensamento.
Base de valiação: processos cognitivo-verbais observados no decurso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - O pensamento é circunstancial, tangencial ou paralógico. Existe alguma dificuldade em dirigir os pensamentos para um objectivo e alguma perda de associações pode ser evidenciada sob pressão.
4 - MODERADO - É capaz de focalizar o pensamento quando as comunicações são breves e estruturadas, mas perde-se ou torna-se irrelevante quando lida com uma comunicação mais complexa ou quando minimamente pressionado.
5 - MODERADO GRAVE - Na generalidade tem dificuldade em organizar os pensamentos, evidenciada por irrelevâncias frequentes, desconexão ou perda de associações mesmo sem ser sob pressão.
6 - GRAVE - O pensamento está seriamente descarrilado e é internamente inconsistente, resultando em irrelevâncias grosseiras e rotura dos processos do pensamento, que ocorre quase constantemente.

7 - EXTREMO - Os pensamentos são desconexos ao ponto do doente ser incoerente. Há uma marcada perda de associações que resulta numa falha total de comunicação, e.g. uma "salada de palavras" ou mutismo.

P3 - COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO

Relato verbal ou comportamento indicando percepções que não são geradas por estímulos externos. Estas podem ocorrer nos domínios auditivo, visual, olfactivo ou somático.
Base de avaliação: Relato verbal e manifestações físicas no decurso da entrevista assim como relatos do comportamento do doente pelo pessoal de saúde ou familiares.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Uma ou duas alucinações nitidamente formadas mas infrequentes ou então um certo número de percepções anormais vagas que não resultam em distorsões do pensamento ou do comportamento.
4 - MODERADO - As alucinações ocorrem frequentemente mas não continuamente e o pensamento e o comportamento do doente são afectados apenas em pequena extensão.
5 - MODERADO GRAVE - As alucinações são frequentes, podem envolver mais do que uma modalidade sensorial e têm tendência a distorcer o pensamento ou alterar o comportamento. O doente pode dar uma interpretação delirante a estas experiências e responder-lhes, na ocasião, emocional ou verbalmente.
6 - GRAVE - As alucinações estão presentes quase continuamente, causando uma completa ruptura no pensamento e no comportamento. O doente trata-as como percepções reais e o seu funcionamento é impedido por respostas emocionais frequentes àquelas.
7 - EXTREMO - O doente está totalmente absorto nas alucinações que virtualmente lhe dominam o pensamento e o comportamento. As alucinações têm uma interpretação delirante rígida e provocam respostas verbais e comportamentais que incluem obediência a comandos alucinatórios.

P4 - AGITAÇÃO/ EXCITAÇÃO

Hiperactividade que se reflecte em aceleração do comportamento motor, aumento da resposta a estímulos, hipervigilância ou excessiva labilidade emocional.
Base de avaliação: Manifestações comportamentais no decurso da entrevista e relatos do pessoal de saúde ou dos familiares acerca do comportamento do doente.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Tem tendência a estar ligeiramente agitado, hipervigilante ou hiperatento ao longo da entrevista, mas sem nítidos episódios de agitação ou marcada labilidade do humor. O discurso pode denotar uma ligeira pressão.
4 - MODERADO - A agitação ou hipervigília é claramente evidente através da entrevista, afectando o discurso e a motricidade em geral ou então podem ocorrer surtos episódicos de agitação.
5 - MODERADO GRAVE - São observáveis uma hiperactividade significativa ou acessos frequentes de hiperactividade motora, sendo difícil ao doente permanecer sentado mais do que alguns minutos em qualquer altura.

6 - GRAVE - Uma excitação marcada domina a entrevista, delimita a atenção e, até certa medida, afecta funções pessoais como comer e dormir.
7 - EXTREMO - Uma excitação marcada interfere gravemente no comer e dormir e torna as interacções interpessoais virtualmente impossíveis. A aceleração do discurso e da actividade motora podem resultar em incoerência e exaustão.

P5 - IDEIAS DE GRANDEZA

Exagerado auto-conceito e convicções irrealistas de superioridade, incluindo ideação delirante de capacidades extraordinárias, riqueza, sabedoria, fama, poder e integridade moral.
Base de avaliação: conteúdo do pensamento expresso na entrevista e a sua influência no comportamento.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - É evidente alguma expansividade ou ostentação, mas sem claros delírios de grandeza.
4 - MODERADO - Sente-se distintamente e irrealísticamente superior aos outros. Podem estar presentes alguns delírios pouco estruturados acerca de ter um estatuto ou capacidades especiais mas que não são assumidos.
5 - MODERADO GRAVE - São expressas ideias delirantes evidentes relacionadas com capacidades notáveis, estatuto ou poder que infuenciam as atitudes mas não o comportamento.
6 - GRAVE - São expressas ideias delirantes nítidas de uma superioridade extraordinária envolvendo mais do que um critério (riqueza, sabedoria, fama, etc.) que influenciam marcadamente as interacções e que podem ser agidas.
7 - EXTREMO - O pensamento, as interacções e o comportamento são dominados por múltiplos delírios de aptidões extraordinárias, riqueza, sabedoria, fama, poder e/ou estatura moral que podem adquirir uma qualidade bizarra..

P6 - DESCONFIANÇA / PERSEGUIÇÃO

Ideias exageradas ou irrealistas de perseguição, que se refelectem numa atitude cautelosa, desconfiada, hipervigilância duvidosa, ou delírios francos de que outros lhe querem fazer mal.
Base de avaliação: conteúdo do pensamento expresso na entrevista e a sua influência no comportamento.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Apresenta uma atitude cautelosa ou mesmo abertamente desconfiada, mas os pensamentos, as interacções e o comportamento são apenas minimamente afectados.
4 - MODERADO - A desconfiança é claramente evidente e interfere na entrevista e/ou no comportamento mas não há evidência de delírios persecutórios.Por outro lado, pode haver indícios de delírios persecutórios mal estruturados, mas estes não parecem afectar a atitude do doente ou o seu relacionamento interpessoal.
5 - MODERADO GRAVE - O doente mostra uma marcada desconfiança que leva a uma quebra notória das relações interpessoais ou então existem delírios persecutórios bem

definidos que têm um impacto limitado no relacionamento interpessoal e no comportamento.
6 - GRAVE - Delírios invasivos bem definidos que podem ser sistematizados e que interferem significativamente nas relações interpessoais.
7 - EXTREMO - Uma rede de delírios persecutórios sistematizados que domina o pensamento, o relacionamento social e o comportamento do doente.

P7 - HOSTILIDADE

Expressões de raiva e ressentimento, verbais e não-verbais, incluindo sarcasmo, comportamento passivo/agressivo, insultos verbais e perigosidade.
Base de avaliação: comportamento interpessoal observado durante a entrevista e relatos do pessoal de saúde e dos familiares.
1 - AUSENTE . A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Comunicação indirecta ou contida de raiva como sarcasmo, desrespeito, expressões hostis e irritabilidade ocasional.
4 - MODERADO - Apresenta uma atitude abertamente hostil, mostrando irritabilidade frequente e expressões directas de raiva e ressentimento.
5 - MODERADO GRAVE - O doente é altamente irritável e ocasionalmente insultuoso ou ameaçador.
6 - GRAVE - A falta de colaboração e agressividade verbal ou ameaças influenciam marcadamente a entrevista e têm um impacto sério sobre o relacionamento social. O doente pode ser violento e destruidor mas não é fisicamente agressivo com os outros.
7 - EXTREMO - Uma raiva intensa resulta numa extrema falta de colaboração, impedindo outras interacções ou em episódios de agressividade física em relação aos outros.

NEGATIVE SCALE (N)

N1 - EMBOTAMENTO AFECTIVO

Empobrecimento da resposta emocional caracterizado por redução da expressão facial, da modulação dos sentimentos e da comunicação gestual.
Base de avaliação : Observação das manifestações físicas da tonalidade afectiva e da resposta emocional durante a entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - A expressão facial e a comunicação gestual parecem forçadas, artificiais, sem modulação.
4 - MODERADO - Pouca variedade de expressão facial e gestos expressivos causando uma aparência monótona, embotada.
5 - MODERADO GRAVE - O afecto é generalizadamente insípido, apenas com algumas mudanças ocasionais na expressão facial e escassez de comunicação gestual.

6 - GRAVE - Marcada monotonia e ausência de expressões emocionais durante a maior parte do tempo. Podem existir descargas afectivas extremas desadequadas, como excitação, raiva ou risos imotivados e descontrolados.
7 - EXTREMO - Alterações da expressão facial e evidência de gestos comunicativos estão virtualmente ausentes. O doente apresenta constantemente uma expressão árida, como de "madeira".

N2 - DISTANCIAMENTO EMOCIONAL

Falta de interesse, envolvimento ou compromisso afectivo com os acontecimentos da vida.
Base de avaliação : Relatos dos técnicos de saúde ou dos familiares acerca do funcionamento do doente e observação do seu comportamento interpessoal durante a entrevista.
1 - AUSENTE - A definiçaõ não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Costuma não mostrar iniciativa e ocasionalmente pode mostrar falta de interesse nas coisas que o rodeiam.
4 - MODERADO - Em geral o doente distancia-se emocionalmente do meio e das suas solicitações, mas sendo encorajado pode envolver-se.
5 - MODERADO GRAVE - O doente está nitidamente desligado emocionalmente das pessoas e do que se passa à sua volta, resistindo a todos os esforços de envolvimento. Parece distante, dócil e desmotivado mas pode ser envolvido na comunicação ainda que por breves momentos, trata dos seus cuidados pessoais, necessitando por vezes de ajuda para isso.
6 - GRAVE - Um marcado-défice de interesse e de envolvimento emocional resulta em escassa conversação com os outros e frequente negligência dos cuidados pessoais, para os quais o doente requer supervisão.
7 - EXTREMO - O doente está práticamente alheado, não comunicando e mostra negligência nos cuidados pessoais em resultado duma profunda falta de interesse e de envolvimento emocional.

N3 - FALTA DE EMPATIA

Falta de empatia interpessoal, de abertura na conversação, de proximidade, interesse ou envolvimento com o entrevistador. Isto é evidenciado por um distanciamento interpessoal e diminuição da comunicação verbal e não-verbal.
Base de avaliação: Comportamento interpessoal durante a entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - A conversação é caracterizada por um tom tenso, forçado ou artificial. Pode faltar-lhe profundidade emocional ou tende a manter-se num plano impessoal ou intelectual.
4 - MODERADO,- O doente mostra-se distante, sendo o distanciamento interpessoal bastante evidente. Pode responder mecanicamente às perguntas, mostrar aborrecimento ou expressar desinteresse.
5 - MODERADO GRAVE - A falta de envolvimento é óbvia e impede claramente a produtividade da entrevista. O doente tende a desviar os olhos e a evitar o frente a frente.

6 - GRAVE - O doente é altamente indiferente, com um distanciamento interpessoal muito marcado. As respostas são superficiais, e há pouca evidência não-verbal de envolvimento. O doente evita o olhar e o frente a frente frequentemente.
7 - EXTREMO - O doente está completamente distanciado do entrevistador. Parece completamente indiferente e evita consistentemente as interacções verbais e não-verbais durante a entrevista.

N4 - DISTANCIAMENTO SOCIAL PASSIVO/APÁTICO

Iniciativa e interesse dimnuídos nas interacções sociais devidos a passividade, apatia, anergia ou avolição. Estes factos levam a uma redução do envolvimento interpessoal e negligência das actividades do dia a dia.
Base de avaliação : Relatos do pessoal de saúde e dos familiares acerca do comportamento social do doente.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Ocasionalmente mostra interesse nas actividades sociais mas pouca iniciativa. Habitualmente envolve-se com outros mas apenas quando é abordado primeiro por eles.
4 - MODERADO - Participa passivamente na maioria das actividades sociais mas duma forma desinteressada ou mecânica. Tende a remeter-se para um segundo plano.
5 - MODERADO GRAVE - Só participa passivamente numa número restrito de actividades e não mostra interesse ou inciativa. Passa geralmente muito pouco tempo com outros.
6 - GRAVE - Tende a isolar-se e mostra-se apático, participando muito raramente em actividades sociais, negligencia ocasionalmente os seus cuidados pessoais. Tem muito poucos contactos sociais espontâneos.
7 - EXTREMO - Profundamente apático, isolado socialmente e negligenciado nos cuidados pessoais.

N5 - DIFICULDADE DE PENSAMENTO ABSTRACTO

Incapacidade no uso do modo simbólico-abstracto de pensar, evidenciada por dificuldades em classificar, generalizar e prosseguir, para além do pensamento egocêntrico ou concreto, em tarefas de resolução de problemas .
Base de avaliação: Respostas a perguntas sobre similaridades e interpretação de provérbios e observação do uso da forma concreta vs. abstracta de pensar no decurso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3- LIGEIRO - O doente tende a dar interpretações literais ou personalizadas aos provérbios mais difíceis e pode ter alguns problemas com conceitos que são completamente abstractos ou remotamente relacionados.
4 - MODERADO - Utiliza frequentemente uma forma concreta de pensar. Tem dificuldades com a maioria dos provérbios e com algumas categorias. Mostra tendência a distrair-se por aspectos funcionais e factos relevantes.
5 - MODERADO GRAVE - O doente utiliza primariamente uma forma concreta de pensar, exibindo dificuldades com quase todos os provérbios e com a maioria das categorias.

6 - GRAVE - É incapaz de compreender o sentido abstracto de qualquer provérbio ou expressão figurada e só consegue formular classificações para as mais simples das similaridades. O pensamento ou é vago ou prende-se aos aspectos funcionais, factos relevantes e interpretações idiossincráticas.
7 - EXTREMO - Só consegue pensar duma forma concreta. Mostra completa incompreensão dos provérbios, das metáforas comuns e das categorias simples. Mesmo os atributos evidentes e funcionais não servem como base de classificação. Esta avaliação pode aplicar-se aqueles que não conseguem interagir nem minimamente com o examinador devido a uma marcada deterioração cognitiva.

N6 - FALTA DE ESPONTANEIDADE E FLUXO DE CONVERSAÇÃO

Redução do fluxo normal de comunicação associada com apatia, avolição, atitude defensiva ou défice cognitivo. Manifesta-se por uma diminuição da produtividade e da fluidez dos processos interaccionais verbais.
Base de avaliação: Processos cognitivo-verbais observados durante o curso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - A conversação mostra pouca iniciativa. As respostas do doente tendem a ser breves e pouco rebuscadas, necessitando de perguntas orientadas e directas pelo entrevistador.
4 - MODERADO - Conversação sem liberdade de fluxo, parecendo acidentada ou hesitante. Frequentemente são necessárias perguntas directivas para se obter respostas adequadas e prosseguir com a conversação.
5 - MODERADO GRAVE - O doente mostra uma marcada falta de espontaneidade e abertura, respondendo às perguntas do entrevistador com uma ou duas breves frases.
6 - GRAVE - As respostas do doente estão limitadas sobretudo a algumas palavras ou frases curtas na intenção de evitar ou abreviar a comunicação. (i.e. "Não sei","Não posso dizer") A conversação está seriamente dificultada e a entrevista é altamente improdutiva.
7 - EXTREMO - O débito verbal está restringido apenas a uma ocasional pronunciação de algumas palavras tornando a comunicação impossivel.

N7 - PENSAMENTO ESTEREOTIPADO

Redução da espontaneidade, fluidez e flexibilidade do pensamento, evidenciada num conteúdo rígido, repetitivo ou estéril.
Base de avaliação: Processos cognitivo-verbais observados durante a entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Alguma rigidez mostrada nas atitudes e crenças. O doente pode recusar considerar posições alternativas ou ter dificuldade em mudar de ideias.
4 - MODERADO - A conversa discorre à volta dum tema recurrente, resultando em dificuldades de mudar para um novo tópico.
5 - MODERADO GRAVE - O pensamento é rígido e repetitivo ao ponto de, apesar dos esforços do entrevistador, a conversa limitar-se a apenas dois ou três tópicos dominantes.

6 - GRAVE - É incapaz de compreender o sentido abstracto de qualquer provérbio ou expressão figurada e só consegue formular classificações para as mais simples das similaridades. O pensamento ou é vago ou prende-se aos aspectos funcionais, factos relevantes e interpretações idiossincráticas.
7 - EXTREMO - Só consegue pensar duma forma concreta. Mostra completa incompreensão dos provérbios, das metáforas comuns e das categorias simples. Mesmo os atributos evidentes e funcionais não servem como base de classificação. Esta avaliação pode aplicar-se aqueles que não conseguem interagir nem minimamente com o examinador devido a uma marcada deterioração cognitiva.

N6 - FALTA DE ESPONTANEIDADE E FLUXO DE CONVERSAÇÃO

Redução do fluxo normal de comunicação associada com apatia, avolição, atitude defensiva ou défice cognitivo. Manifesta-se por uma diminuição da produtividade e da fluidez dos processos interaccionais verbais.
Base de avaliação: Processos cognitivo-verbais observados durante o curso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - A conversação mostra pouca iniciativa. As respostas do doente tendem a ser breves e pouco rebuscadas, necessitando de perguntas orientadas e directas pelo entrevistador.
4 - MODERADO - Conversação sem liberdade de fluxo, parecendo acidentada ou hesitante. Frequentemente são necessárias perguntas directivas para se obter respostas adequadas e prosseguir com a conversação.
5 - MODERADO GRAVE - O doente mostra uma marcada falta de espontaneidade e abertura, respondendo às perguntas do entrevistador com uma ou duas breves frases.
6 - GRAVE - As respostas do doente estão limitadas sobretudo a algumas palavras ou frases curtas na intenção de evitar ou abreviar a comunicação. (i.e. "Não sei","Não posso dizer") A conversação está seriamente dificultada e a entrevista é altamente improdutiva.
7 - EXTREMO - O débito verbal está restringido apenas a uma ocasional pronunciação de algumas palavras tornando a comunicação impossivel.

N7 - PENSAMENTO ESTEREOTIPADO

Redução da espontaneidade, fluidez e flexibilidade do pensamento, evidenciada num conteúdo rígido, repetitivo ou estéril.
Base de avaliação: Processos cognitivo-verbais observados durante a entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Alguma rigidez mostrada nas atitudes e crenças. O doente pode recusar considerar posições alternativas ou ter dificuldade em mudar de ideias.
4 - MODERADO - A conversa discorre à volta dum tema recurrente, resultando em dificuldades de mudar para um novo tópico.
5 - MODERADO GRAVE - O pensamento é rígido e repetitivo ao ponto de, apesar dos esforços do entrevistador, a conversa limitar-se a apenas dois ou três tópicos dominantes.

6 - GRAVE - Repetição incontrolada de reclamações, exclamações, ideias ou perguntas que impede severamente a conversação.
7 - EXTREMO - O pensamento, o comportamento e a conversação são dominados por uma repetição constante de frases curtas ou de ideias fixas, levando a uma rigidez grosseira, desadequação e limitação da comunicação do doente.

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL (G)

G1 - PREOCUPAÇÕES SOMÁTICAS

Queixas fisicas ou crença numa doença ou mau funcionamento somático. Pode variar desde uma sensação vaga de mal-estar até um delírio bem definido duma doença fisica catastrófica.
Base de avaliação: Conteúdo do pensamento expresso na entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Nitidamente preocupado com a saúde ou problemas corporais, evidenciado por perguntas ocasionais e desejo de tranquilização.
4 - MODERADO - Queixas acerca da saúde ou de mau funcionamento corporal, mas sem convicção delirante, a preocupação pode ser aliviada por tranquilização.
5 - MODERADO GRAVE - O doente expressa queixas numerosas ou frequentes acerca duma doença fisica ou de mau funcionamento do corpo ou apresenta um ou dois delírios bem evidentes à volta destes temas mas sem estar preocupado com eles.
6 - GRAVE - O doente está preocupado com um ou dois delírios acerca duma doença fisica ou da disfunção de um orgão, mas o afecto não está completamente imerso nestes temas e o pensamento pode ser desviado pelo entrevistador com algum esforço.
7 - EXTREMO - Delírios somáticos numerosos e frequentes ou apenas alguns de natureza catastrófica, que dominam totalmente o afecto e o pensamento do doente.

G2 - ANSIEDADE

Experiência subjectiva de nervosismo, preocupação, apreensão ou intranquilidade, variando entre uma preocupação excessiva com o presente ou o futuro e sensações de pânico.
Base de avaliação: Relato verbal do doente durante a entrevista e as manifestações fisicas correspondentes.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Expressa alguma inquietação, preocupação ou intranquilidade subjectiva mas não há evidência de consequências somáticas ou comportamentais.
4 - MODERADO - O doente refere sintomas nítidos de nervosismo que se reflectem em ligeiras manifestações fisicas como tremor fino das mãos e sudação excessiva.
5 - MODERADO GRAVE - O doente refere sérios problemas de ansiedade que têm consequências fisicas e comportamentais significantes, tais como tensão marcada, dificuldades de concentração, palpitações, ou perturbações do sono.
6 - GRAVE - Estado subjectivo de medo constante associado com fobias, intranquilidade marcada ou manifestações somáticas numerosas.

7 - EXTREMO - A vida do doente é sériamente afectada pela ansiedade, que está presente constantemente e que por vezes atinge proporções de pânico ou se manifesta em verdadeiros ataques de pânico.

G3 - SENTIMENTOS DE CULPA

Sentimentos de remorso ou de auto-acusação por más acções no passado reais ou imaginárias.
Base de avaliação: Relato verbal de sentimentos de culpa no decurso da entrevista e a sua repercussão nas atitudes e no pensamento.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - O interrogatório põe a descoberto um sensação vaga de culpa ou de auto-acusação acerca dum incidente menor, mas o doente não se mostra preocupado.
4 - MODERADO - O doente mostra-se claramente preocupado acerca da sua responsabilidade num incidente real da sua vida mas não se deixa afectar por isso, as suas atitudes e o seu comportamento também não são essencialmente afectados.
5 - MODERADO GRAVE - O doente expressa um intenso sentimento de culpa associado a auto-reprovação ou a convicção de que merece castigo. Os sentimentos de culpa podem ser de carácter delirante, podem ser uma fonte de preocupação e/ou de humor depressivo e não conseguem ser eficazmente aliviados pelo entrevistador.
6 - GRAVE - Ideação intensa de culpa de carácter delirante que leva a uma atitude de desespero e incapacidade.O doente acredita que tem de sofrer uma punição severa pelas suas más acções e pode até encarar a sua situação actual como esse castigo.
7 - EXTREMO - A vida do doente é dominada por delírios inabaláveis de culpa, para os quais ele sente merecer uma punição drástica, como a prisão, tortura ou a morte. Podem surgir associadas ideias de suicídio ou atribuição de culpa por problemas dos outros às próprias más acções do passado.

G4 - TENSÃO

Manifestações fisicas claras de medo, ansiedade e agitação como tensão, tremor,sudação profusa e intranquilidade.
Base de avaliação: Relato verbal confirmando a ansiedade e para além disso, a gravidade das manifestações fisicas de tensão observadas durante a entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - A postura e os movimentos indiciam uma leve apreensão, como uma rigidez mínima, intranquilidade ocasional, mudanças de posição ou um tremor fino e rápido das mãos.
4 - MODERADO - Uma aparência claramente nervosa emerge de variads manifestações como um comportamento inquieto, tremor óbvio das mãos, sudação excessiva ou maneirismos nervosos.
5 - MODERADO GRAVE - Uma tensão pronunciada é evidenciada por numerosas manifestaçãoes como um trémulo nervoso, sudação profusa, inquietação, mas o comportamento durante a entrevista não é sinificantemente afectado.
6 - GRAVE - Tensão marcada ao ponto de afectar as interacções interpessoais. O doente, por exemplo, pode estar constantemente inquieto, incapaz de parar quieto ou apresentar hiperventilação.

7 - EXREMO - Uma tensão marcada é manifestada por sinais de pânico ou de grande aceleração motora, como andar rápidamente de um lado para o outro e incapacidade de se manter sentado mais do que um minuto, o que torna impossível uma conversa prolongada.

G5 - MANEIRISMOS E ALTERAÇÕES POSTURAIS

Movimentos e postura pouco naturais caracterizando uma aparência desajeitada, empolada, desorganizada ou bizarra.
Base de avaliação: Observação das manifestações fisicas durante a entrevista assim como os relatos dos técnicos de saúde e dos familiares.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Movimentos algo desajeitados ou uma rigidez minor na postura.
4 - MODERADO - Os movimentos são claramente desajeitados ou desconjuntados ou então mantem uma postura antinatural por breves períodos.
5 - MODERADO GRAVE - São observados ocasionalmente rituais bizarros ou uma postura contorcida, uma posição anormal é mantida por longos períodos.
6 - GRAVE - Repetição frequente de rituais bizarros, maneirismos ou movimentos estereotipados, ou manutenção duma postura contorcida por longos períodos.
7 - EXTREMO - O funcionamento do doente está sériamente afectado por um constante envolvimento em movimentos ritualísticos, maneirísticos ou estereotipados ou por uma postura fixa antinatural que é mantida a maior parte do tempo.

G6 - DEPRESSÃO

Sentimentos de tristeza, desânimo, desamparo e pessimismo.
Base de avaliação: Relato verbal do humor depressivo no decurso da entrevista e a observação da sua influência na atitude e no comportamento.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 LIGEIRO - Expressa alguma tristeza ou desânimo sómente se for perguntado, mas não há evidência de depressão nas atitudes em geral ou no procedimento.
4 - MODERADO - Sentimentos claros de tristeza ou desamparo, que podem ser espontâneamente divulgados, mas o humor depressivo não tem um impacto major no comportamento ou no funcionamento social e o doente habitualmente pode ser alegrado.
5 - MODERADO GRAVE - O humor depressivo associa-se distintamente a uma tristeza óbvia, pessimismo, perda de interesse pela vida social, lentificação psicomotora e interfere com o apetite e o sono. O doente não é fácilmente alegrável.
6 - GRAVE - Um humor depressivo marcado associa-se a sentimentos profundos de desgraça, desespero, inutilidade e a choro ocasional. Para além disso há uma interferência major no apetite e/ou no sono assim como no normal funcionamento motor e social com eventuais sinais de negligência pessoal.
7 - EXTREMO - Os sentimentos depressivos interferem sériamente na maioria das funções. As manifestações incluem choro frequente, sintomas somáticos intensos, dificuldades de concentração, lentificação psicomotora, desinteresse social, negligência pessoal, delírios depressivos ou niilistas possíveis e/ou possibilidade de pensamentos ou acções suicidas.

G7 - LENTIFICAÇÃO MOTORA

Redução da actividade motora reflectida na lentificação ou empobrecimento dos movimentos e do discurso, resposta diminuida a estímulos e tónus fisico reduzido.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Leve mas perceptível diminuição na cadência dos movimentos e do discurso. O doente pode ser de certo modo pouco produtivo na conversação e nos gestos.
4 - MODERADO - O doente é claramente lento nos movimentos e o discurso pode caracterizar-se por escassa produtividade, incluindo longa latência de resposta, pausas prolongadas ou um ritmo lento.
5 - MODERADO GRAVE - Uma marcada redução na actividade motora torna a comunicação altamente improdutiva ou limita o funcionamento em situações sociais e ocupacionais. O doente encontra-se habitualmente sentado ou deitado.
6 - GRAVE - Os movimentos são extremamente lentos, resultando em actividade e discurso mínimos.
7 - EXTREMO - O doente está práticamente imóvel e virtualmente não responde a estímulos externos.

G8 - FALTA DE COLABORAÇÃO

Recusa activa de ceder à vontade de pessoas significativas, incluindo o entrevistador, o pessoal hospitalar ou os familiares, que pode estar associado a desconfiança, auto-defesa, teimosia, negativismo, rejeição da autoridade, hostilidade ou beligerância.
Base de avaliação: Comportamento interpessoal observado durante o curso da entrevista assim como os relatórios do pessoal de saúde ou dos familiares.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Colabora com uma atitude de ressentimento, impaciência ou sarcasmo. Pode duma forma inofensiva opôr-se a uma avaliação mais sensível, durante a entrevista.
4 - MODERADO - Recusa aberta ocasional a ceder às normais exigências sociais, como fazer a cama, cumprir os programas agendados, etc. O doente pode mostrar uma atitude hostil, defensiva ou negativista mas que habitualmente pode ser ultrapassada.
5 - MODERADO GRAVE - O doente frequentemente não cumpre as exigências do meio à sua volta e pode ser caracterizado pelos outros como um "proscrito" ou como tendo "um problema sério de comportamento". A falta de colaboração reflecte-se numa óbvia atitude defensiva ou irritabilidade com o entrevistador e possível má vontade em responder às questões do entrevistador.
6 - GRAVE - O doente é altamente não-cooperante, negativista e também, possívelmente, beligerante. Recusa-se a cumprir a maior parte das exigências sociais e pode mostrar má vontade para iniciar ou concluir a entrevista.
7 - EXTREMO - Uma resistência activa causa impacto sério virtualmente nas áreas major do funcionamento. O doente pode recusar envolver-se em qualquer actividade social, cuidar da sua higiene pessoal, conversar com familiares ou pessoal de saúde ou participar, mesmo duma forma breve, numa entrevista.

G9 - CONTEÚDO ESTRANHO DO PENSAMENTO

Pensamento caracterizado por ideias estranhas, fantásticas ou bizarras, de distantes ou atípicas até distorcidas, ilógicas ou claramente absurdas.
Base de avaliação: conteúdo do pensamento expresso durante a entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - O conteúdo do pensamento é algo peculiar ou idiossincrático, ou ideias comuns inserem-se num contexto estranho.
4 - MODERADO - As ideias são frequentemente distorcidas e ocasionalmente parecem bastante bizarras.
5 - MODERADO GRAVE - O doente expressa muitos pensamentos estranhos e fantásticos (ex. ser um filho de um rei adoptado, ser um fugitivo duma sentença de morte) dos quais alguns são claramente absurdos (ex. ter centenas de filhos, receber mensagens rádio do espaço através de uma obturação dentária).
6 - GRAVE - O doente expressa muitas ideias ilógicas ou absurdas ou que têm uma qualidade claramente bizarra (ex. ter três cabeças, ser um visitante de outro planeta).
7 - EXTREMO - O pensamento está repleto de ideias absurdas, bizarras e grotescas.

G10 - DESORIENTAÇÃO

Falta de lucidez na relação com o meio em redor, incluindo pessoas, espaço e tempo, o que pode ser devido a confusão ou alheamento.
Base de avaliação - respostas às questões da entrevista sobre orientação.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - A orientação geral é adequada mas há alguma dificuldade na especificidade. Por exemplo, o doente sabe a sua localidade mas não a sua morada postal, conhece os nomes do pessoal hospitalar mas não as suas funções, sabe em que mês está mas confunde o dia da semana com o dia adjacente ou erra na data por mais de dois dias. Pode haver diminuição do interesse evidenciada por familiariedade com o que está próximo mas não com a totalidade do que o rodeia, como seja, tem capacidade de identificar o pessoal de saúde mas não o Presidente da Câmara, o Primeiro-Ministro ou o Presidente da República.
4 - MODERADO - Sucesso parcial no reconhecimento de pessoas , local e data. Por exemplo, o doente sabe que está no hospital mas não sabe qual, sabe o nome da sua cidade mas não da Freguesia ou do Concelho, sabe o nome do seu médico mas não dos outros profissionais de saúde que lidam com ele directamente, sabe em que ano está e a estação do ano, mas não tem a certeza do mês.
5 - MODERADO GRAVE - Dificuldades consideráveis no reconhecimento de pessoas, espaço e tempo. O doente tem apenas uma noção vaga de onde está e age como um desconhecido com a maior parte das pessoas ao seu redor. Pode identificar o ano correctamente ou aproximadamente, mas não sabe em que dia está, semana, mês ou estação do ano.
6 - GRAVE - Incapacidade marcada em reconhecer pessoas, local e data. Por exemplo, o doente não tem qualquer noção do seu paradeiro, confunde a data por mais de um ano e só consegue identificar uma ou duas pessoas na sua vida do dia a dia.
7 - EXTREMO - O doente apresenta-se completamente desorientado quanto a pessoas, espaço e tempo. Mostra uma grande confusão ou total ignorância quanto ao local, ano em que está e até às pessoas mais familiares como os pais, o cônjuge e amigos e o médico.

G11 - DIFICULDADES DE ATENÇÃO

Incapacidade em focar a atenção, manifestada por escassa concentração, distractibilidade por estímulos internos ou externos e dificuldade em prender, manter ou desviar a atenção para um novo estímulo.
Base de avaliação: manifestações no decurso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Concentração limitada evidenciada por uma ocasional vulnerabilidade à distracção, ou vacilação da atençaõ para o final da entrevista.
4 - MODERADO - A conversa é afectada pela tendência a ser fácilmente distraído, dificuldade em manter por muito tempo a concentração num dado tópico ou problemas em deslocar a atenção para novos tópicos.
5 - MODERADO GRAVE - A conversação é sériamente dificultada por défice de concentração, distractibilidade e dificuldade em deslocar a atenção apropriadamente.
6 - GRAVE - Apenas se pode prender a atenção do doente por breves momentos ou com grande esforço devido a marcada distracção por estímulos internos ou externos.
7 - EXTREMO - A atenção está tão afectada que nem uma conversa breve é possível.

G12 - FALTA DA CAPACIDADE DE AJUIZAR E DE AUTO-CRÍTICA

Falta de consciencialização ou compreensão da sua própria condição psiquiátrica e situação de vida. Isto evidencia-se na falha em reconhecer a existência de sintomas ou doença psiquiátrica passada ou presente, negação da necessidade de hospitalização ou tratamento psiquiátrico, decisões caracterizadas por dificuldade de antecipação das consequências e por projectos irrealistas a curto e a longo prazo.
Base de avaliação: conteúdo do pensamento expresso no decurso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Reconhece ter uma doença psiquiátrica mas subestima claramente a sua gravidade, as implicações do tratamento ou a importância de tomar medidas para evitar as recaídas. Os projectos podem ser concebidos de forma deficiente.
4 - MODERADO - O doente mostra apenas um reconhecimento vago ou superficial da doença.Pode haver flutuações no reconhecimento de estar doente ou pouca consciência de sintomas major que estão presentes, como delírios, desorganização do pensamento, desconfiança e distanciamento social. O doente pode racionalizar a necessidade de tratamento em termos do alívio de sintomas menores como a ansiedade, tensão e dificuldades de sono.
5 - MODERADO GRAVE - Admite uma doença psiquiátrica passada mas não actual. Se desafiado, o doente pode admitir a presença de sintomas insignificantes ou não relacionados, os quais tendem a ser explicados por interpretações defeituosas ou pensamento delirante. A necessidade de tratamento psiquiátrico não é igualmente reconhecida.
6 - GRAVE - O doente nega alguma vez ter tido uma doença psiquiátrica. Repudia a presença de quaisquer sintomas psiquiátricos no passado ou no presente e embora colaborante, nega a necessidade de tratamento e hospitalização.
7 - EXTREMO - Negação empática de doença psiquiátrica passada ou presente. À hospitalização e ao tratamento actuais é dada uma interpretação delirante (ex. punição

por más acções, perseguição por atormentadores, etc.) e o doente pode portanto recusar colaborar com os terapeutas, medicação ou outros aspectos do tratamento.

G13 - PERTURBAÇÃO DA VOLIÇÃO

Perturbação do início, manutenção e controle voluntários dos próprios pensamentos, comportamento, movimentos e discurso.
Base de avaliação: conteúdo do pensamento e comportamento manifestado no decurso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Há evidência de alguma indecisão na conversação e no pensamento, que podem impedir os processos verbais e cognitivos duma forma minor.
4 - MODERADO - O doente é frequentemente ambivalente e mostra uma clara dificuldade em tomar decisões. A conversa pode ser marcada por alternâncias no pensamento e como consequência o funcionamento verbal e cognitivo é claramente afectado.
5 - MODERADO GRAVE - A perturbação da volição interfere no pensamento assim como no comportamento. O doente mostra uma pronunciada indecisão que impede o início e a continuação das actividades motoras e sociais e a qual também pode ser evidenciada no discurso hesitante.
6 - GRAVE - A perturbação da volição interfere na execução de funções motoras simples e automáticas, como vestir-se, cuidar-se e afecta marcadamente o discurso.
7 - EXTREMO - Uma quase completa falência da volição é manifestada por uma inibição grosseira do movimento e do discurso, resultando em imobilidade e/ou mutismo.

G14 - DIFICULDADE DE CONTROLE DOS IMPULSOS

Perturbação da regulação e controle da acção dos impulsos internos, resultando em descargas súbitas, arbitrárias e não dirigidas de tensão e emoções sem preocupação com as consequências.
Base de avaliação: comportamento no decurso da entrevista e relatado pelo pessoal de saúde ou pela família.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - O doente tem tende a ser fácilmente irritável e frustrado perante um stress ou uma gratificação negada mas raramente age impulsivamente.
4 - MODERADO - O doente fica encolerizado e verbalmente agressivo com uma provocação mínima. Pode ser ocasionalmente ameaçador, destruidor ou ter um ou dois episódios envolvendo confronto físico ou uma rixa ligeira.
5 - MODERADO GRAVE - O doente exibe episódios impulsivos repetidos envolvendo insultos verbais, destruição de propriedade ou ameaças físicas. Pode haver um ou dois episódios envolvendo agressões sérias, para os quais o doente necessite de isolamento, contenção física ou sedação.
6 - GRAVE - O doente é com frequência impulsivamente agressivo, ameaçador, reivindicativo e destruidor, sem qualquer preocupação aparente pelas consequências. Apresenta um comportamento agressivo e pode ser também sexualmente ofensivo e responder comportamentalmente a comandos alucinatórios.
7 - EXTREMO - O doente exibe ataques homicidas, assaltos sexuais, brutalidade constante ou comportamento auto-destrutivo. Necessita de uma supervisão directa

constante ou de meios de contenção externa devido à incapacidade de controlar impulsos perigosos.

G15 - PREOCUPAÇÃO

Concentração nos pensamentos e sentimentos gerados internamente e nas experiências autísticas em detrimento da orientação para a realidade e de um comportamento adaptativo.
Base de avaliação: comportamento interpessoal observado no decurso da entrevista.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - Envolvimento excessivo com os problemas ou necessidades pessoais, de tal modo que a conversa recai sobre temas egocêntricos e há uma diminuição do interesse mostrado em relação aos outros.
4 - MODERADO - O doente ocasionalmente parece auto-absorto, como a sonhar acordado ou envolvido em experiências internas, que interferem na comunicação duma forma mínima.
5 - MODERADO GRAVE - O doente parece muitas vezes imerso em experiências autísticas, evidenciando-se em comportamentos que interferem significativamente na comunicação e no funcionamento social, tal como apresentar um olhar vazio, falar sózinho ou envolver-se em actividades motoras estereotipadas.
6 - GRAVE - Preocupação marcada com experiências autísticas que lhe limitam sériamente a concentração, a capacidade de conversar e de se orientar para o meio em redor. O doente pode muitas vezes ser observado sorrindo, rindo, murmurando, falando ou gritando consigo próprio.
7 - EXTREMO - Concentração exagerada em experiências autísticas que afecta profundamente os aspectos major do comportamento. O doente pode estar constantemente a responder verbal e comportamentalmente a alucinações e mostra-se pouco consciente dos outros ou do ambiente externo.

G16 - EVITAMENTO SOCIAL ACTIVO

Redução do envolvimento social associado a um medo injustificado, hostilidade ou desconfiança.
Base de avaliação: relatos do pessoal de saúde ou dos familiares acerca do funcionamento social do doente.
1 - AUSENTE - A definição não se aplica.
2 - MÍNIMO - Patologia questionável; pode considerar-se no extremo superior dos limites da normalidade.
3 - LIGEIRO - O doente sente-se mal na presença de outros e prefere passar o tempo sózinho, embora participe nas actividades sociais quando é preciso.
4 - MODERADO - O doente colabora de má vontade em todas ou quase todas as actividades sociais mas pode necessitar de ser persuadido ou abandoná-las prematuramente devido a ansiedade desconfiança ou hostilidade.
5 - MODERADO GRAVE - Por medo ou irritação, o doente afasta-se da maior parte das interacções sociais apesar de todos os esforços dos outros para envolvê-lo. Tem tendência a passar o tempo sózinho duma forma não estruturada.
6 - GRAVE - O doente participa em poucas actividades sociais devido a medo, hostilidade ou desconfiança. Quando abordado, o doente mostra uma forte tendência a quebrar as interacções e geralmente tende a isolar-se dos outros.

7 - EXTREMO - Não é possível envolver o doente nas actividades sociais em virtude de medos, hostilidade e delírios persecutórios marcados. Na medida do possível , evita todas as interações e permanece isolado dos outros.