

FDUP
2013

Esquizofrénicos em Medida de Internamento:
Análise Diferencial das Características e do Risco
de Violência de Homicidas e não Homicidas

Armando Vasco Coelho
Duarte de Azevedo

Esquizofrénicos em Medida de Internamento:

Análise Diferencial das Características e do Risco de Violência de Homicidas e não Homicidas

Armando Vasco Coelho Duarte de Azevedo

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CRIMINOLOGIA APRESENTADA
À FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DO PORTO



Universidade do Porto
Faculdade de Direito

Armando Vasco Coelho Duarte de Azevedo

**Esquizofrénicos em Medida de Internamento:
Análise Diferencial das Características
e do Risco de Violência de Homicidas
e não Homicidas**

Mestrado em Criminologia

Trabalho realizado sob a orientação do
Doutor Jorge Albino Quintas de Oliveira

Maio de 2013

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o contributo de várias pessoas, que não posso deixar de aqui nomear.

Em primeiro lugar, um agradecimento especial ao meu orientador, Doutor Jorge Quintas, pelo interesse demonstrado neste trabalho desde o primeiro momento em que avancei com o projeto de tema para a minha dissertação, e pelo constante acompanhamento e incentivo tendo em vista a melhoria do seu conteúdo.

A todo o quadro de funcionários do Tribunal de Execução de Penas do Porto, magistrados judiciais, secretário de justiça e especialmente os funcionários judiciais, meus ex-colegas, pela amizade com que me voltaram a receber e pela constante paciência e ajuda na pesquisa dos processos judiciais, apesar da eterna falta de condições de trabalho e da sobrecarga provocada pela famosa “pendência processual”. O meu muito obrigado.

Ao meu amigo de há muitos anos, e colega da licenciatura em Direito, Carlos Azevedo, na realidade o responsável pela minha entrada no mundo da Criminologia quando me desafiou a entrar para o Mestrado. Também pela ajuda no processo de revisão deste trabalho, o meu muito obrigado.

E porque os últimos são sempre os primeiros, um agradecimento muito especial aos meus pais. Por tudo o que significam para mim!

À minha família mais próxima,

humana e canina.

RESUMO

Há evidências empíricas de que as pessoas com doença mental têm maior probabilidade de cometer uma ofensa criminal do que as pessoas sem qualquer perturbação e de que a probabilidade dos esquizofrênicos cometerem homicídios é superior à de outros doentes psicóticos e da população em geral. Acresce que existe atualmente uma forte evidência da associação entre esquizofrenia, o risco de cometer uma ofensa violenta, especialmente homicídio, e a comorbilidade com o abuso de substâncias. Contudo, os ofensores com perturbações mentais têm menor probabilidade de reincidir do que os ofensores sem perturbações mentais, apesar de existir uma semelhança entre os principais fatores de risco de reincidência entre ambos. A avaliação do risco de reincidência criminal é, neste contexto, relevante, especialmente dada a questão da eventual continuidade injustificada de medidas de segurança de Internamento.

O presente estudo pretende determinar e diferenciar as características dos inimputáveis considerados perigosos e o nível de risco de violência numa amostra de internados esquizofrênicos do sexo masculino (N=45), agrupados segundo o tipo de crime cometido: homicídio e outros crimes. Os dados foram recolhidos através de uma grelha de análise de quatro conjuntos de variáveis caracterizadoras dos inimputáveis, e do preenchimento de um instrumento de avaliação do risco de quarta geração (LS/CMI). Os principais objetivos são proceder à caracterização geral dos inimputáveis, determinar os níveis de risco e diferenciar os homicidas dos não homicidas.

Genericamente, da caracterização geral da amostra resultaram quatro situações de diferenciação estatisticamente significativas. A gravidade da ofensa, que serviu de critério de inclusão dos participantes, afigura-se como inversamente relacionada com os níveis de risco. Os internados não homicidas diferenciam-se dos homicidas por apresentar mais antecedentes criminais e segundas patologias, e menor duração e tempo de internamento. Apresentam também níveis significativamente maiores de risco de violência, particularmente devido ao seu histórico criminal. Os níveis de risco determinados no nosso estudo são menores do que os alcançados por outros estudos de referência, para populações similares.

Este estudo pretendeu contribuir para o incremento da precisão da tomada de decisão dos intervenientes no processo de libertação dos ofensores com perturbações mentais.

ABSTRACT

Empirical evidence demonstrates that people who develop major mental disorders are more likely of committing any criminal offense than persons without these disorders, and that schizophrenics are more likely to commit homicide than other psychotics and the general population. Also, there is now robust evidence demonstrating the association between schizophrenia, the risk of committing a violent offending, specially homicide, and the presence of co-occurring substance abuse disorder. Yet, mentally disordered offenders are less likely to recidivate than nondisordered offenders, although the predictors of recidivism are almost identical in both groups. Criminal reoffending risk assessment is relevant, especially because this rise the question of the eventual unjustified confinement of mentally disordered offenders.

The current study aims to access and differentiate the characteristics of men not guilty by reason of insanity, considered dangerous, and the risk level of violence within a sample of male schizophrenic inmates (N=45), grouped into two domains of index offense: homicidal and non-homicidal. Data were collected through a set of four groups of variables related to the characteristics of the sample, and the use of a fourth generation risk assessment tool (LS/CMI). The main goals are to generally characterize men not guilty by reason of insanity, to determine the levels of risk and to differentiate homicidal from non-homicidal inmates.

Generically, there were four statistically significant outcomes. The seriousness of the offense seems inversely related to risk levels. Non-homicidal inmates differentiate from their homicidal counterparts by having more criminal history and other pathologies than schizophrenia, and less length and period of confinement in psychiatric ward. They are also significantly more likely to be at risk of violence particularly because of their criminal history. The risk levels found in our study are lower than those from other reference studies, for the same population or general offenders.

This study aimed to contribute for the improvement of decision making regarding the release of mentally disordered offenders.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE GERAL	v
ÍNDICE DE TABELAS	viii
INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1 – REVISÃO DE LITERATURA	5
1 – Doença mental e comportamento violento	5
1.1 – Relação entre doença mental e comportamento violento	5
1.1.1 – Tipos de estudos para a determinação da relação	6
1.2 – Esquizofrenia, comportamento violento e homicídio	11
1.2.1 – A esquizofrenia	11
1.2.2 – Relação entre esquizofrenia, comportamento violento e homicídio	14
1.3 – Outros fatores relevantes na ocorrência de comportamento violento	16
1.4 – Estudos sobre doença mental e crime em Portugal	20
2 – A avaliação do risco de violência	24
2.1 - A avaliação do risco de violência em doentes mentais	24
2.1.1 - Abordagens de avaliação do risco de violência	26
2.1.1.1 – A predição clínica e atuarial	26
2.1.1.2 – A evolução do paradigma na predição do risco	28
2.1.1.3 – A questão da fiabilidade e validade preditiva	30
2.1.2 – Evolução das técnicas de avaliação de ofensores - 4 gerações de instrumentos de avaliação do risco de violência	32
2.2 – A avaliação do risco de reincidência criminal	35
2.2.1 – Os fatores de risco	35
2.2.2 – Principais fatores de risco e necessidades criminógenas	36

2.2.3 – É a perturbação mental um fator de risco de reincidência de comportamento criminal e violento?	37
2.3 – O ressurgimento das políticas de tratamento e reabilitação.	43
2.3.1 – A Psicologia da Conduta Criminal (PCC).....	43
2.3.2 – Princípios e modelo do Risco, Necessidade e Responsividade (RNR).....	45
2.3.2.1 – Princípios do RNR	45
2.3.2.2 – O modelo RNR.....	47
2.3.2.3 – As implicações do modelo RNR na avaliação do risco	48
Capítulo 2 – METODOLOGIA.....	50
1 – Participantes	50
1.1 - Critério de inclusão no estudo.....	50
1.2 – Procedimento de seleção da amostra.....	50
1.3 - Caracterização dos inimputáveis: variáveis demográficas.....	53
2 – Objetivos gerais e específicos do presente estudo.....	54
3 – Procedimentos de recolha de dados.....	55
3.1 – A opção por um desenho quantitativo	55
3.2 – A questão do método de recolha de dados	56
4 – Caracterização dos instrumentos	59
4.1 – A grelha de análise de processos judiciais	59
4.2 – Instrumento de avaliação do risco: o LS/CMI.....	59
Capítulo 3 – RESULTADOS	63
1 – Grelha de Análise de Processos Judiciais	63
1.1 – Variáveis relativas à história criminal	63
1.2 – Variáveis relativas à doença.....	65
1.3 – Variáveis relativas ao percurso de internamento.....	66
1.4 – Variáveis relativas ao enquadramento sociofamiliar	68
2 – Análise do risco de reincidência criminal (instrumento LS/CMI)	69
3 – Comparação entre variáveis caracterizadoras da amostra e o risco de violência.....	74
Capítulo 4 - CONCLUSÕES.....	78

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXO 1 – Deferimento do pedido de consulta dos processos judiciais	96
ANEXO 2 – Grelha de análise de processos judiciais	97

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Necessidades criminógenas e não criminógenas	46
Tabela 2. Total de processos de internamento no TEP-P – Dezembro 2012 (N= 182)	51
Tabela 3. Total de processos de internamento efetivos – TEP-P Dezembro 2012 (N=129)....	52
Tabela 4. Variáveis demográficas (N=45)	53
Tabela 5. História criminal	63
Tabela 6. Doença.....	65
Tabela 7. Internamento.....	67
Tabela 8. Enquadramento sociofamiliar.....	69
Tabela 9. Comparação de Médias entre esquizofrénicos homicidas e não homicidas no total da Secção 1 e nas 8 subsecções dos Fatores Gerais de Risco / Necessidade do LS/CMI.....	70
Tabela 10. Distribuições de frequência dos níveis de risco por grupos	71
Tabela 11. Comparação de Médias e Desvios-Padrão com valores de estudos de referência .	72
Tabela 12 Comparação de distribuições, Médias e Desvios-Padrão entre variáveis da Grelha de Análise e o Total da Secção 1 do LS/CMI	75
Tabela 13. Matriz de correlações entre o Total da Secção 1 do LS/CMI e variáveis de caracterização de inimputáveis.....	77

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da Humanidade, sempre persistiu a crença de que as pessoas com doença mental são perigosas e com tendência para a prática de atos violentos (Monahan, 1992). Para este facto contribuiu também, em tempos recentes, a mediatização conferida pelos meios de comunicação social a alguns homicídios cometidos por doentes mentais, em especial, esquizofrénicos, o que tende a reforçar na opinião pública a ideia de que o crime deriva da doença. De certo modo, permanece firmemente enraizado na consciência coletiva o princípio de que alguém que mata um desconhecido na rua é, necessariamente, um doente mental (Richard-Devantoy, Duflot, Chocard, Lhuillier, Garré e Senon, 2009). A título de exemplo, de acordo com os resultados de um inquérito sobre a imagem da esquizofrenia e seus doentes junto do grande público, levado a cabo em França em 2001, 48% dos franceses consideraram que os esquizofrénicos são perigosos. No mesmo sentido, a prática dos crimes de homicídio e de violação são associados, pela maioria dos franceses interrogados, ao doente mental (Greacen, 2006 e Quintin, Klein e Carrière, 2001, citados por Richard-Devantoy *et al.*, 2009).

Esta crença na ligação entre a perturbação mental e o comportamento violento é importante, porque conduz as leis e políticas pelas quais a sociedade tenta controlar o comportamento das pessoas atingidas por uma perturbação mental e determina o modo como interagimos com estes indivíduos (Monahan, 1992). Estas atitudes afetam profundamente a vida dos doentes mentais, independentemente do facto de terem ou não um histórico de violência (Blumenthal e Lavender, 2000), contribuindo de forma determinante para a rejeição social muitas vezes experienciada por pessoas com doença psiquiátrica e para a estigmatização associada à utilização dos serviços de saúde mental (Swanson, Borum, Swartz e Monahan, 1996). Porém, e de uma forma ainda mais prejudicial, ambas as realidades foram significativamente agravadas pela presunção de que a criminalidade e a violência, que caracterizam alguns indivíduos com um distúrbio mental significativo, são comuns a todos os indivíduos que sofrem do mesmo distúrbio (Hodgins, 2001).

Assim, a perceção pública da perigosidade, independentemente da sua fiabilidade, desempenha um papel central na estigmatização (Link, Cullen, Frank e Wosniak, 1987, citados por Hodgins, 2008). Perante esta realidade de estigmatização e rejeição pela comunidade, tem-se assistido a uma erosão contínua no apoio público ao financiamento de serviços de saúde mental adequados, o que se traduz, inevitavelmente, em dificuldades no

diagnóstico da doença, na constituição de centros de apoio, em encontrar emprego apropriado, na integração dos doentes mentais na sua comunidade e no tratamento e recuperação, comprometendo assim a qualidade de vida dos doentes (Link e Pelham, 2006, citado por Hodgins, 2008).

Além disso, a referida estigmatização dos doentes mentais acarreta um enorme sofrimento humano, seja o das vítimas dos crimes e daqueles que lhes são mais próximos, seja o dos próprios agressores, que, além de demonstrarem, em certos casos, uma propensão para desenvolver comportamentos agressivos entre si (Hodgins, 2008), têm, no caso específico dos esquizofrênicos, uma maior probabilidade de serem vítimas de crime do que a população em geral (Teplin, McClelland, Abram e Weiner, 2005). Para além destes custos em termos humanos, há também a considerar os enormes custos financeiros que resultam dos comportamentos ilícitos dos doentes (Hodgins, 2001).

Assim, constata-se que o estudo da violência entre pessoas com esquizofrenia é muito relevante, pois serve para enquadrar o desenvolvimento de programas de tratamento e prevenção, desejáveis para a redução de tais comportamentos e, provavelmente, fornecer um maior entendimento sobre os mecanismos cerebrais envolvidos no comportamento agressivo (Hodgins, 2008).

O tema da ligação entre violência e perturbações mentais tem sido maioritariamente estudado com especial focalização nos fatores individuais, e não tanto no quadro das questões desenvolvimentais e interpessoais associadas a perturbações de personalidade e das circunstâncias contextuais, que poderão providenciar um importante conhecimento das características associadas ao crime violento (Blumenthal e Lavender, 2000; Nordström, Dahlgren e Kullgren, 2006). Será necessário atender à existência de fatores envolvidos num crime violento que são mais facilmente mensuráveis, como o tipo de doença mental, o uso de álcool ou estupefacientes e o processo que precede o ato violento, aos quais deverá ser dada especial atenção já que são essenciais para compreender a passagem ao ato (Nordström e Kullgren, 2003).

Tendo em conta que a medida de segurança de Internamento se pode desenrolar por muitos anos, sendo sucessivamente renovada a cada dois anos por decisão do tribunal de execução de penas, coloca-se com bastante pertinência a questão da continuidade da mesma em situações em que os indivíduos apresentem eventual diminuição dos níveis de risco. No estudo de Hilton e Simmons (2001), é sugerido que a decisão de internamento era pouco ou nada influenciada pelo risco de reincidência. Pretendendo contribuir para a investigação

empírica sobre ofensores com perturbações mentais e para um incremento da precisão na tomada de decisão de todos os intervenientes no processo de internamento dos mesmos, o objeto deste estudo tem por objetivo tentar auxiliar na melhoria da avaliação do risco nesta população. Tendo em vista esse fim, o estudo iniciar-se-á pela caracterização geral de uma amostra de indivíduos doentes mentais internados com diagnóstico de esquizofrenia, que foram divididos em dois grupos: um de condenados por crime de homicídio e outro de condenados por outros crimes menos graves. Esta caracterização será efetuada através da análise de um conjunto de variáveis previamente escolhidas para integrarem uma grelha de análise dos processos judiciais que cada um dos indivíduos internados tem pendente em processo de execução de medida de internamento.

Seguidamente, e com base na mesma informação processual disponível nessa fonte documental, será determinado o nível de risco para cada um destes grupos através da utilização de um instrumento atuarial de quarta geração.

Por fim, da interpretação dos resultados obtidos por ambos os procedimentos, serão avançadas as principais diferenças entre os grupos de homicidas e não homicidas.

A estrutura da presente dissertação tem início com o capítulo teórico, dividido em duas partes. Na primeira, será revista a literatura relativa à relação entre doença mental e comportamento violento, sendo dada especial atenção aos tipos de estudo utilizados para a sua determinação, à relação entre esquizofrenia, comportamento violento e homicídio e aos outros fatores relevantes na ocorrência de comportamento violento, tais como o comportamento passado, o histórico de violência, a comorbilidade de perturbação mental com dependência de substâncias e os principais sintomas positivos associados à esquizofrenia. A primeira parte termina com uma alusão aos estudos realizados até hoje em Portugal sobre as relações entre doença mental e crime. A segunda parte da revisão do estado da arte centra-se na avaliação do risco de violência numa dupla perspetiva, visando especificamente os ofensores com perturbações mentais e, mais genericamente, o risco de reincidência criminal dos ofensores em geral, segundo os princípios de tratamento e reabilitação.

O segundo capítulo é relativo às questões metodológicas, i.e., de definição das regras que guiaram o procedimento de constituição da amostra, a sua caracterização e o estabelecimento dos objetivos gerais e específicos do presente estudo, assim como das respetivas questões de investigação. Também aqui se enquadram o procedimento de recolha de dados, com especial atenção à questão do método utilizado para o mesmo, e a caracterização dos instrumentos selecionados para a recolha.

O capítulo relativo à apresentação dos resultados divide-se em três partes: a interpretação das variáveis caracterizadoras da amostra constantes da grelha de análise de processos judiciais, a análise do nível de risco de violência por intermédio do instrumento atuarial LS/CMI, e por fim uma comparação entre as variáveis caracterizadoras e o risco de violência.

Por fim, temos o capítulo relativo à discussão dos resultados obtidos na presente dissertação e respetivas conclusões, que responderão às questões de investigação colocadas.

Capítulo 1 – REVISÃO DE LITERATURA

1 – Doença mental e comportamento violento

Atendendo à realidade descrita no início da Introdução desta dissertação, e tendo sempre em consideração os problemas e desafios que ela coloca a toda a sociedade – antes de mais, e sobretudo, aos serviços de saúde mental –, propomo-nos traçar nesta parte o quadro das relações existentes entre doença mental, esquizofrenia, comportamento violento e crime, com especial atenção ao crime de homicídio, tendo em consideração o risco que a doença assume na prática deste. Neste contexto, serão ainda considerados outros fatores conhecidos por aumentar substancialmente a ocorrência de ofensas violentas quando associados à doença mental: o comportamento violento passado, a comorbilidade do abuso ou dependência de álcool e/ou estupefacientes com a esquizofrenia e o papel desempenhado pelos mais importantes sintomas psicóticos positivos associados à esquizofrenia, i.e., os delírios e as alucinações, na prática de atos violentos. Serão ainda descritos os principais estudos realizados em Portugal sobre doença mental e homicídio.

1.1 – Relação entre doença mental e comportamento violento

De uma maneira geral, a associação entre doença mental e crime tem sido uma questão muito debatida desde há séculos, acreditando-se desde a antiga Grécia que as pessoas com doença mental cometem mais crimes do que a população em geral, embora seja importante referir que, já nessa altura, a perceção pública não era a de que todos, a maioria ou mesmo alguns dos mentalmente perturbados eram violentos, mas tão-só a de que um número desproporcionado deles o era (Monahan, 1992).

A questão da existência de uma relação entre doença mental e comportamento violento ou crime representa, na área da lei de saúde mental, uma das problemáticas mais complexas em termos empíricos e das mais controversas em termos políticos. Tanto mais quanto as evidências empíricas demonstram que, entre os homens que desenvolvem uma doença mental grave, a probabilidade de cometer uma ofensa criminal é duas vezes e meia mais alta do que entre pessoas sem doença mental e é quatro vezes mais alta a probabilidade de cometer uma ofensa violenta (Hodgins, 1992). Apesar da controvérsia, o legislador há muito que assumiu a ligação, sendo os doentes mentais os únicos indivíduos em sociedades democráticas a serem detidos unicamente devido ao seu potencial de violência (Blumenthal e Lavender, 2000). A opinião pública, bem como os seus representantes políticos, parece acreditar convictamente na

perspetiva de a doença mental e a violência estarem intimamente ligadas. Apesar disso, os primeiros estudos científicos efetuados até aos anos 60 do século XX não suportaram essa crença generalizada, pois de acordo com estes a taxa de crime entre pessoas com doença mental não era superior à registada entre a população em geral, até porque até aí os que padeciam de perturbação mental eram hospitalizados durante a maior parte da doença (Häkkinen e Laajasalo, 2006); por outro lado, vários investigadores de ciências sociais já advogaram com igual convicção que uma tal relação não existe (e.g., Monahan, 1981), embora tenham mais tarde vindo a assumir que tal posição foi prematura e possivelmente incorreta (Monahan, 1992).

Até à década de 60 existia pouca motivação para a predição da perigosidade, devido a políticas muito conservadoras na gestão de pessoas com perturbações mentais, particularmente em instituições forenses (Quinsey, Harris, Rice e Cormier, 1998). Mas as mudanças que entretanto se verificaram, sobretudo no campo das liberdades civis dos doentes mentais, levou a um maior contacto entre estes e a sociedade em geral e, conseqüentemente, a uma necessidade de melhorias na predição do risco de violência por parte destes indivíduos (Blumenthal e Lavender, 2000).

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento no número de estudos, com um nível de sofisticação metodológica avançado, que associam a violência e o homicídio à doença mental. Pode concluir-se que existe uma relação estatística entre as duas realidades, consistente mas modesta (Monahan, 1992), embora devamos sempre ter presente que não se pode dizer que a doença mental *per se* seja a causa do comportamento criminal (Häkkinen e Laajasalo, 2006).

O que parece indiscutível é que os doentes mentais graves, nomeadamente os esquizofrénicos, apresentam, quando descompensados, uma criminalidade muito superior àquela que se verifica quando estão compensados, pelo que é fundamental não desvalorizar a sua perigosidade potencial (Almeida, 1999). A existir uma relação entre comportamento violento e perturbação mental, ela provavelmente não é acentuada, embora possa ser importante, tanto para a *Teoria da Lei* como para as políticas sociais (Monahan, 1992).

1.1.1 – Tipos de estudos para a determinação da relação

Diversos e distintos desenhos experimentais têm sido utilizados para analisar a relação entre os principais distúrbios mentais e a criminalidade e/ou violência, sendo cada um deles caracterizado por específicos pontos fortes e fracos e por se limitar a responder a algumas

questões, o que resulta no facto da generalização dos achados variar consideravelmente (Hodgins, 2001). Embora alguns desenhos sejam inerentemente mais robustos do que outros, nenhum por si só é ideal para determinar a natureza da relação (Blumenthal e Lavender, 2000). Contudo, apesar dos países onde as investigações têm lugar apresentarem diferentes taxas de criminalidade e uma distribuição específica dos tipos de crime, assim como diversas taxas de resolução de crime (probabilidade de um comportamento ilícito conduzir a uma condenação) e diferenças no acesso aos tratamentos de saúde mental e aos serviços sociais, os estudos apresentam várias características similares em alguns pontos relevantes: políticas de saúde mental marcadas pela desinstitucionalização, serviços sociais e de tratamento e, sobretudo, taxas de prevalência das principais perturbações mentais muito semelhantes (Hodgins, 2001).

Existem duas formas complementares de determinar a existência de uma relação entre violência e perturbação mental, através de métodos epidemiológicos, e, em caso positivo, de estimar a intensidade dessa associação (Monahan, 1992). A primeira é verificar se o facto de se ser portador de uma perturbação mental é um fator de risco que aumenta a probabilidade de cometer um ato violento, ou seja, se a prevalência de violência é maior entre os doentes mentais. A segunda é determinar a prevalência de perturbações mentais entre pessoas que cometeram atos violentos, ou seja, saber em que medida aquelas são as causas que contribuem para a ocorrência de violência. Em cada uma destas categorias existem dois tipos de investigação: a que inclui indivíduos a serem tratados por perturbação mental (em hospitais) ou comportamento violento (em prisões) e a que envolve indivíduos na comunidade não selecionados para tratamento.

Na primeira categoria, da prevalência de violência em indivíduos com perturbações mentais, existem três tipos de estudos (Blumenthal e Lavender, 2000): a avaliação da prevalência de violência antes da entrada no hospital, durante a estadia no hospital e após a alta do hospital. Cada um destes tipos de estudos tem importantes implicações políticas e práticas, sobretudo o terceiro, que fornece informação essencial à avaliação do risco envolvida na tomada de decisão de libertação (Monahan, 1992). Por esta razão, e atendendo ao nosso objeto de estudo, apenas faremos aqui referência aos estudos que avaliam a prevalência de violência após a alta do hospital.

Klassen e O'Connor (1989) descobriram que, em duas amostras de 265 e 251 elementos, respetivamente 25% e 30% dos indivíduos, selecionados por estarem em risco de violência, são violentos no espaço de um ano após a alta do hospital. Trata-se de uma amostra

relevante, apesar de muito selecionada. A resultados semelhantes chegou o *MacArthur Risk Assessment Study*, que indica que 27,5% dos doentes psiquiátricos com alta hospitalar cometem pelo menos um ato violento no espaço de um anos após alta (Steadman, Mulvey, Monahan, Robbins, Appelbaum, Grisso, Roth e Silver, 1998). Buchanan (1998) examinou o registo criminal de uma coorte de 425 ex-pacientes e, após um período de dez anos e meio, 34% deles foi condenado pelo menos por uma ofensa (não necessariamente violenta) e 14% por uma ofensa violenta.

Porém, cada um dos três tipos de estudos referidos é ineficaz no propósito de determinar a existência de uma relação entre perturbação mental e violência (Monahan, 1992). A ausência de dados da prevalência de violência em grupos de não pacientes torna a comparação entre grupos especulativa. Além disso, nos estudos de violência após hospitalização apenas os pacientes clinicamente avaliados como não violentos foram libertados. A prevalência de violência nestes estudos pode resultar do tipo de pacientes selecionados para hospitalização, da natureza e duração do tratamento e das avaliações do risco usadas para determinar se o indivíduo é elegível para ter alta (Blumenthal e Lavender, 2000).

A solução para ultrapassar esta questão passa por focalizar a investigação em amostras de indivíduos com perturbações mentais presentes na comunidade e não selecionados para tratamento, incluindo estudos de coortes de nascimento e estudos de prevalência de perturbação mental que incorporam taxas de detenção e condenação e violência auto-reportada, utilizando grupos de controlo na comunidade. A utilização destas múltiplas medidas de violência supera o problema de confiar apenas em dados oficiais, e os grupos de controlo excluem a interferência de fatores demográficos na estimação de violência entre doentes mentais (Blumenthal e Lavender, 2000).

Swanson, Holzer, Gunju e Jono (1990) foram os primeiros a efetuar tal estudo (Blumenthal e Lavender, 2000), utilizando para o efeito amostras representativas de três cidades agrupadas para formar uma base de dados de 10.000 pessoas. Foi realizada uma entrevista estruturada para determinar a perturbação mental, sendo utilizados cinco itens desta como indicadores de violência e o indivíduo classificado como violento se se incluísse num destes indicadores e reportasse ter estado envolvido nesse comportamento no ano anterior à entrevista. O principal resultado é claro: a prevalência de violência é mais do que cinco vezes superior entre os que sofrem de uma perturbação mental grave do que naqueles que não

apresentam diagnóstico, e é muito semelhante entre os diversos subgrupos de diagnóstico (esquizofrenia, depressão, distúrbio bipolar).

Link, Andrews e Cullen (1992) colocam duas questões fundamentais no seu estudo, a saber: (1) se os doentes mentais e ex-pacientes mentais apresentam taxas de comportamento violento/ilegal mais elevadas dos que os não pacientes e (2) se as diferenças que entre eles existam podem ser explicadas por outros fatores que não a doença mental. Foram formadas duas amostras: uma de 521 residentes que nunca tiveram contacto com um profissional de saúde mental e uma de 232 pacientes recrutados de uma clínica de ambulatório e de um serviço comunitário de internamento localizados na mesma zona, dos quais 46 estavam internados. Como medida do comportamento violento/ilegal, foram utilizados seis indicadores baseados em diferentes métodos de recolha de dados (auto-reporte e registos oficiais): (1) detenção auto-reportada; (2) detenção oficial; (3) agressão; (4) participação em luta; (5) utilização de arma em luta; (6) ferimento grave infligido a outrem.

Apesar de terem descoberto um risco elevado de comportamento violento/ilícito entre doentes mentais, geralmente entre duas a três vezes superior à taxa do grupo de controlo, em termos relativos, a magnitude do efeito deste não é grande, sobretudo se comparado com variáveis como a idade, sexo e nível de educação. Os dados reportados por Swanson *et al.* (1990) e Link *et al.* (1992) são notáveis e fornecem o elemento crucial que preenche o quadro epidemiológico da perturbação mental e violência, pois ao utilizar amostras representativas da comunidade não sofrem dos desvios de seleção apontados aos estudos anteriores (Monahan, 1992).

Alertados para os problemas metodológicos colocados pelas distorções patentes nos estudos que revelam existir uma taxa de detenções mais elevada entre os ex-pacientes mentais, Link *et al.* (1992) anteciparam a conclusão de que a associação entre a condição do doente mental e a violência desapareceria quando explicações alternativas fossem consideradas. Contudo, a única variável que explicou alguma das diferenças entre os dois grupos foi a escala de sintomas psicóticos, o que sugere uma ligação entre uma forma de doença mental e o comportamento violento/ilícito e nega a tese de que a relação paciente/taxa de detenção é falsa.

Mas tal não significa que os sintomas psicóticos sejam uma fonte preponderante de comportamento violento, já que são relativamente raros e de modo nenhum tão importantes como, por exemplo, o uso de estupefacientes. Contudo, apenas os pacientes com sintomas psicóticos atuais apresentam elevadas taxas de comportamento violento, o que se deve,

provavelmente, à reação de terceiros perante os sintomas psicóticos, que pode conduzir a uma espiral de violência por parte do doente; e, mesmo neste caso, não podemos concluir que sejam *per se* a causa do comportamento violento. Se o doente não apresenta um episódio psicótico ou se o seu problema psiquiátrico não envolve sintoma psicótico, ele não tem maior probabilidade de comportamento violento/ilícito do que a média da população.

Examinando melhor a relação entre sintomas psicóticos e comportamento violento, Link e Stueve (1994) afirmam que as elevadas taxas de violência nos doentes mentais surgem quando os sintomas psicóticos causam uma impressão de ameaça iminente ou envolvem uma intromissão de forças “externas” no pensamento, sobrepondo-se ao autocontrole. Tal contrasta com o estereótipo criado do doente mental metódico, calculista e hábil, que por vezes legitima reações coercivas e até violentas contra ele.

Como vimos anteriormente, a segunda forma de determinar a existência de uma relação entre violência e perturbação mental passa por examinar a prevalência de perturbações mentais entre pessoas que cometeram atos violentos e se encontram detidas. Se a perturbação mental é de facto uma causa da ocorrência de violência, então a sua prevalência deve ser maior entre aqueles que cometem atos violentos. Apesar de nem todos os detidos serem condenados por crimes violentos, não existem provas de que as taxas de perturbação mental difiram entre os condenados por crimes violentos e não violentos, pelo que os dados da prevalência de perturbação mental entre os detidos em geral se aplicam razoavelmente bem aos detidos violentos em particular (Monahan, 1992).

De um exame dos registos de 1.241 homens reencarcerados quatro meses após libertação resultou que o risco de violência entre esquizofrénicos era alto, pois 9% dos condenados por crimes violentos mas não fatais e 11% dos condenados por homicídio preenchiam os critérios de diagnóstico desta patologia. Apenas nove dos 121 ofensores com perturbação mental não apresentavam sintomas ao tempo da ofensa (Taylor e Gunn, 1984).

Teplin (1990), numa revisão de 18 estudos sobre perturbações mentais em amostras prisionais aleatórias, alcançou taxas que variavam entre 5 e 16%, sendo a prevalência da esquizofrenia aproximadamente três vezes superior à da restante população e, em geral, a de qualquer perturbação mental severa três a quatro vezes superior. Porém, devido ao erro sistemático inerente ao uso de ofensores identificados, também aqui são necessários dados complementares da prevalência de perturbações mentais entre amostras não selecionadas de pessoas na comunidade que cometeram atos violentos (Monahan, 1992). E é o estudo de Swanson *et al.* (1990), uma vez mais, que os fornece, indicando que a prevalência de

esquizofrenia entre os que se incluíam em pelo menos um dos indicadores de violência já analisados era aproximadamente quatro vezes superior à daqueles que não reportaram violência e, em geral, a de qualquer diagnóstico era quase três vezes superior.

1.2 – Esquizofrenia, comportamento violento e homicídio

1.2.1 – A esquizofrenia

O termo esquizofrenia envolve um grupo de doenças psicóticas não associadas a qualquer forma de dano cerebral, que caracteristicamente demonstram uma tendência acentuada para produzir uma desintegração da personalidade (Spry, 1984). Após uma primeira definição como síndrome distinta por Emil Kraepelin em 1896, foi Eugène Bleuler (1857-1939) quem introduziu a noção de esquizofrenia como um grupo de psicoses cujo curso é por vezes crônico, marcado por ataques intermitentes, cessa ou retrocede em qualquer momento, mas não permite um completo *restitutio ad integrum* (Spry, 1984). Significando etimologicamente ‘cisão da mente’, esta doença do foro psiquiátrico é caracterizada essencialmente por uma tríade sintomática: dissociação, autismo e ambivalência (Cordeiro, 2008). A esquizofrenia é a mais grave, a mais rica em sintomas e a mais típica doença psiquiátrica, representando o modelo popular da doença mental (Polónio, 1975). É uma doença tipicamente episódica, manifestando na fase aguda uma acentuada perturbação do pensamento, das emoções, da atividade e, possivelmente, do movimento. Entre os episódios de perturbação aguda podem ocorrer períodos de relativa remissão, mas, em casos não tratados, cada recorrência aumenta o nível de incapacidade até à total incapacidade social ou invalidez crónica (Spry, 1984).

Segundo Cordeiro (2008), a esquizofrenia tende a ocorrer nas populações de nível socioeconómico mais baixo. É comumente aceite que não é a pobreza que provoca esta doença mas, pelo contrário, é a esquizofrenia que leva a que quem dela padece não tenha, em muitos casos, a capacidade de encontrar um emprego com vencimento que lhe possibilite, no mínimo, um nível de vida médio (Spry, 1984; Cordeiro, 2008).

A esquizofrenia desenvolve-se no adolescente ou no jovem adulto com menos de 30 anos e evolui de forma crónica (sendo necessário um tratamento prolongado), perturbando gravemente a vida relacional, social e profissional (Spry, 1984; Georgieff, 1995). Normalmente, a esquizofrenia é diagnosticada mais precocemente nos homens (em regra, entre os 18 e os 25 anos) do que nas mulheres (em regra, entre os 25 e os 35 anos); contudo,

pode ser diagnosticada em qualquer altura da vida, embora seja menos frequente antes dos 10 anos e depois dos 50 anos (Cordeiro, 2008).

No que concerne ao prognóstico, a evolução da esquizofrenia varia conforme os casos, traduzindo-se num agravamento em 25 % dos casos, numa estabilização ou melhoria progressiva em 50% dos casos e numa melhoria nítida ou remissão em 25% dos casos diagnosticados (Georgieff, 1995).

Quanto ao tratamento, este associa medicamentos (sobretudo, neurolépticos¹) e a psicoterapia, ou seja, a utilização de diferentes métodos baseados na palavra e na relação. Em determinados momentos, pode tornar-se necessária a hospitalização, embora a longo prazo o tratamento seja, na maioria dos casos, ambulatorio (Georgieff, 1995).

Clinicamente, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV* (DSM – IV) da *American Psychiatric Association* (APA, 2002) identifica cinco subtipos principais de esquizofrenia²: (1) *Paranóide*; (2) *Desorganizado* (ou *Hebefrénico*³); (3) *Catatónico*; (4) *Indiferenciado*; e (5) *Residual/Atípico*.

O *Tipo Paranóide* caracteriza-se essencialmente pela “presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afeto” (DSM-IV, p. 313). Tipicamente, as ideias delirantes (ou delírios) são persecutórias e/ou de grandeza, embora possam também ser de outra natureza (e.g., ciúme e místicas); e podem ser múltiplas, embora estejam geralmente organizadas em torno de um tema coerente. Por seu lado, as alucinações estão tipicamente relacionadas com o contexto da temática delirante. As características associadas a este tipo são a ansiedade, a cólera, a indiferença e a querulência. No contexto da investigação que nos propomos realizar, é de suma importância destacar que, ainda de acordo com o que é referido no DSM-IV (APA, 2002), “o sujeito pode apresentar uma postura de superioridade ou de comando e também afetação, formalismo ou uma extrema intensidade nas relações interpessoais (...) e a combinação de ideias delirantes persecutórias e de grandeza com cólera pode predispor o sujeito a atos violentos” (p. 313). Em relação aos restantes, este tipo de esquizofrenia tende a surgir mais tarde, as suas características distintivas podem ser mais estáveis no tempo e o seu prognóstico tende a ser consideravelmente melhor.

¹ Os neurolépticos são medicamentos utilizados no tratamento das psicoses, sendo classificados segundo a sua ação antiprodutiva (redução do delírio e das alucinações), sedativa (efeito sobre a ansiedade e a agitação) e desinibidora (ação sobre o retraimento autístico).

² Paralelamente a estes cinco subtipos, há quem entenda existir o tipo *simples*, descrito por Bleuler, embora seja discutível a sua existência.

³ A designação *Hebefrénico* é utilizada historicamente e noutros sistemas de classificação (DSM-IV, p. 314).

O *Tipo Desorganizado* caracteriza-se fundamentalmente pelo discurso e comportamento desorganizados e pelo afeto inapropriado ou embotado, acompanhados de comportamentos pueris e risos não relacionados com o contexto do discurso, bem como de uma incapacidade para levar a cabo tarefas básicas quotidianas (DSM-IV, p. 314). Caso estejam presentes ideias delirantes e alucinações, elas são fragmentadas e incoerentes. As características associadas a este tipo são os trejeitos, os maneirismos e a estranheza do comportamento, estando ele associado a uma alteração da personalidade pré-mórbida, a um início precoce e insidioso e a uma evolução contínua sem remissões significativas.

O *Tipo Catatónico* tem como característica essencial “a alteração psicomotora que pode envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva, negativismo extremo⁴, mutismo⁵, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia⁶ ou ecopraxia⁷” (DSM-IV, p. 315).

O *Tipo Indiferenciado* caracteriza-se pela “presença de sintomas que preenchem o critério A da esquizofrenia, mas que não preenchem os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatónico” (DSM-IV, p. 316). Os sintomas característicos do critério A da esquizofrenia encontram-se enunciados no DSM-IV (p. 312), a saber:

1. Ideias delirantes;
2. Alucinações;
3. Discurso desorganizado;
4. Comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico;
5. Sintomas negativos.

Dos sintomas enunciados, pelo menos dois devem estar presentes por um período significativo de tempo durante um mês (eventualmente menos, quando tratados com êxito).

Por fim, o *Tipo Residual/Atípico* “deve ser utilizado quando tenha existido pelo menos um episódio de esquizofrenia, mas no quadro clínico não exista evidência de sintomas psicóticos positivos dominantes (por exemplo, ideias delirantes, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado)” (DSM-IV, p. 316). A sua evolução pode estar limitada no tempo e representar uma transição entre um episódio e uma remissão completos, podendo, contudo, persistir durante vários anos.

⁴ O *negativismo extremo* consiste em manter posturas rígidas contra tentativas de ser movido ou resistência a instruções.

⁵ O *mutismo* consiste na incapacidade de compreender e falar a linguagem em certas situações sociais.

⁶ A *ecolalia* consiste na repetição patológica e sem sentido de uma palavra ou frase dita por terceiros.

⁷ A *ecopraxia* é a imitação repetitiva de movimentos executados por terceiros.

A esquizofrenia é diagnosticada através do diagnóstico diferencial. O diagnóstico diferencial da esquizofrenia é de relativo interesse forense e, em geral, não apresenta dificuldades ao médico, interessando ao juiz que o perito demonstre se a pessoa está ou não dominada por uma doença mental no momento em que praticou o ato (Polónio, 1975).

1.2.2 – Relação entre esquizofrenia, comportamento violento e homicídio

Atualmente, existe uma evidência forte da associação entre esquizofrenia e ofensa violenta, observada por diferentes equipas de pesquisa através de amostras recrutadas em países com diferentes culturas e sistemas de saúde e de justiça, e utilizando diferentes desenhos experimentais (investigações longitudinais de coortes de nascimento – ‘*birth cohorts*’ – e de população, comparações entre doentes esquizofrénicos e pessoas da sua proximidade e estudos diagnósticos de amostras aleatórias de agressores condenados por crimes cometidos na comunidade) (Hodgins, 2008).

Comparando com a população em geral, os doentes esquizofrénicos estão expostos a um risco quatro a seis vezes mais elevado de cometerem um crime violento (Nordström *et al.*, 2006). No estudo efetuado por Wallace, Mullen e Burgess (2004), que comparou os registos criminais de um grupo de 2.861 doentes esquizofrénicos com os de um grupo de comparação constituído por igual número de sujeitos e características, durante um período de 25 anos (1975-2000), aqueles acumulavam um número muito maior de condenações criminais (8.791 contra 1.119) e tinham uma probabilidade maior de serem condenados por um crime violento (8,2% contra 1,8%). Os sujeitos com esquizofrenia apresentavam entre 3,6 e 6,6 vezes maior probabilidade de apresentar, pelo menos, uma condenação por crime violento. No mesmo sentido, Brennan, Mednick e Hodgins (2000) examinaram os registos criminais de uma coorte de nascimento composta por todas as 358.180 pessoas nascidas na Dinamarca entre 1944 e 1947, acompanhadas até completarem 44 anos de idade, com e sem diagnóstico de esquizofrenia. Concluiu-se que aqueles sofrem da patologia apresentam um risco mais elevado de cometer um crime violento, sendo mais elevado no caso das mulheres (23,2 vezes) do que nos homens (4,6 vezes). Resultados notavelmente semelhantes em termos de risco elevado de violência para os esquizofrénicos foram constatados em estudos do mesmo tipo, apesar de conduzidos em diferentes países (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes e Grann, 2009; Hodgins, 1992; Wessely, Castle, Douglas e Taylor, 1994; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger e Engberg, 1996; Tiihonen, Isohanni, Rasanen, Koiranen e Moring, 1997; Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor e Silva, 2000). Como complemento aos dados obtidos por

estes estudos, é de referir que ficou demonstrado que a associação entre uma perturbação mental grave e o crime é mais forte no caso de crimes violentos, e que este risco acrescido é maior entre as mulheres (Hodgins, 2001; Brennan *et al.*, 2000).

Contudo, outros estudos não encontraram relação entre o diagnóstico psiquiátrico e a violência, argumentando que, em amostras de indivíduos em situação de alto risco de violência ou de sujeitos detidos, a evidência de que a esquizofrenia ou os sintomas psicóticos aumentem esse risco é menor (Rice e Harris, 1995; Teplin, Abram e McClelland, 1994; Steadman *et al.*, 1998). Além disso, entre indivíduos em alto risco de violência, os esquizofrénicos têm até menor probabilidade de risco de futura violência do que indivíduos não esquizofrénicos (Lidz, Mulvey e Gardner, 1993; Harris, Rice e Quinsey, 1993; Rice e Harris, 1995).

No que diz respeito ao risco colocado pela esquizofrenia para a prática do crime de homicídio, os números são ainda mais elevados (Nordström *et al.*, 2006). Eronen, Hakola e Tiihonen (1996a) concluíram que a esquizofrenia aumenta oito vezes a probabilidade de violência homicida nos sujeitos de sexo masculino. Os dados epidemiológicos indicam que, apesar da prevalência da perturbação esquizofrénica ser normalmente estimada abaixo de 1% da população, entre 5% a 20% dos homicídios são cometidos por pessoas que sofrem de esquizofrenia (Nielssen e Large, 2010; Richard-Devantoy *et al.*, 2009; Fazel e Grann, 2004).

Devido ao facto de na Finlândia a polícia conseguir resolver perto de 97% dos casos de homicídio, e de cerca de 85% destes estar sujeito a um exame psiquiátrico forense intensivo (Häkkinen e Laajasalo, 2006), o estudo de Eronen, Tiihonen e Hakola (1996b) recorreu a dados de 93 homicidas com esquizofrenia (86 homens e 7 mulheres) de entre os 1.423 detidos por homicídio ao longo de um período de 12 anos, o que assegura que o exame referido terá sido elaborado em praticamente todos os casos de homicidas com esquizofrenia. Os dados obtidos permitiram concluir que, em ambos os sexos, a esquizofrenia aumentava em dez vezes as hipóteses de cometer homicídio, comparativamente com a população em geral, e que no caso da sua associação ao alcoolismo esse aumento era ainda superior (dezassete vezes nos homens e oitenta vezes nas mulheres). Como tal, apesar destes resultados indicarem uma associação estatística entre esquizofrenia *per se* e homicídio, e do risco da sua ocorrência ser consideravelmente alta num pequeno grupo de doentes esquizofrénicos, estes não podem ser considerados perigosos, embora seja essencial identificar melhor os ofensores de alto risco (Eronen *et al.*, 1996b). Erb, Hodgins, Freese, Müller-Isberner e Jockel (2001) concluíram não haver um acréscimo no risco da prática de homicídio entre os esquizofrénicos devido à

política de desinstitucionalização, mas que aquele poderá ser reduzido através de tratamento especializado a longo prazo.

Considerando como principal resultado destas pesquisas a constatação de que aqueles que desenvolvem uma perturbação mental importante têm maior probabilidade de cometerem uma ofensa violenta do que a população em geral – o que só por si é alarmante, tendo em conta o enorme sofrimento humano que acarreta –, são necessárias respostas a vários níveis – científico, político e médico – na tentativa de encontrar modelos de tratamento e serviços de prevenção efetivos para o conjunto complexo de problemas que estes doentes colocam. A questão da explicação da etiologia do comportamento antissocial, até aqui largamente ignorada, seria importante não só como base para a prevenção primária, mas também para a identificação de distintos grupos de doentes com diferentes necessidades de tratamento, melhorando assim a efetividade do tratamento (Hodgins, 2001).

1.3 – Outros fatores relevantes na ocorrência de comportamento violento

A Organização Mundial de Saúde afirma que “as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais” (WHO, 2001). Geralmente, os estudos sobre a relação entre doença mental *per se* e homicídio centram-se quase exclusivamente na busca de uma relação estatística entre ambos os conceitos, mas este tipo de informação acrescenta pouco à nossa compreensão dos processos psicológicos subjacentes ao homicídio (Häkkinen e Laajasalo, 2006). Deste modo, para potenciar medidas específicas de intervenção, é necessário identificar os possíveis estímulos e circunstâncias contextuais e a sua associação com as relações ofensor-vítima (Nordström *et al.*, 2006).

O comportamento passado é um dos mais estáveis preditores do comportamento futuro, e um histórico de violência é altamente preditivo de comportamento agressivo futuro (Blumenthal e Lavender, 2000). A meta-análise de Bonta, Law e Hanson (1998) compara a predição do risco de ofensores com e sem perturbações mentais, concluindo que para ambos os grupos as variáveis de histórico criminal eram os melhores preditores de futuras ofensas. De acordo com Gunn (1993) a predição do risco baseada no histórico de violência identifica corretamente 80% da violência futura, embora a sua baixa especificidade (35%) provoque a detenção desnecessária de dois em cada três indivíduos identificados como estando em risco. Contudo, a história criminal é um preditor de violência imperfeito, pois muitos dos doentes que foram violentos são os mesmos que requerem uma avaliação do risco, sendo essencial

distinguir os que têm probabilidade de ser violentos no futuro dos que têm um histórico de violência (Blumenthal e Lavender, 2000). Além da simples afirmação de que um indivíduo tem uma história de violência, de modo a avaliar com precisão o seu comportamento futuro, é necessário obter uma descrição detalhada desses acontecimentos violentos (Gunn, 1993).

O incremento do risco de ofensa violenta por ação da comorbilidade⁸ de dependência de álcool e esquizofrenia foi analisado em variados estudos. No trabalho de Hodgins (1992), o abuso de substâncias estava presente em 49% dos ofensores violentos com perturbações mentais. Wessely *et al.* (1994) descobriram que o abuso de substâncias aumentava a probabilidade dos ofensores com perturbações mentais deterem um registo criminal. Räsänen, Tiihonen, Isohanni, Rantakallio, Lehtonen e Moring (1998) utilizaram uma coorte de nascimento não seleccionada de 11.017 pessoas seguidas até aos 26 anos, sendo os dados sobre perturbações mentais e crimes obtidos dos registos oficiais. Os homens com diagnóstico de esquizofrenia e alcoolismo tinham 25,2 vezes maior probabilidade de cometer um crime violento do que os mentalmente sãos, enquanto naqueles sem diagnóstico de alcoolismo o risco era de apenas 3,6 vezes. Além disso, aqueles apresentavam um risco de cometer mais crimes 9,5 vezes maior do que estes, pelo que os autores sugerem atenção especial no diagnóstico da comorbilidade de dependência de álcool e esquizofrenia. A resultados semelhantes chegaram Eronen *et al.* (1996b), ao concluírem que a comorbilidade referida aumentava nos homens o risco de homicídio em 17 vezes, contra 7 vezes na ausência da mesma. No mesmo sentido, Steadman *et al.* (1998), numa das mais impressionantes demonstrações da importância da associação do abuso de substâncias com a violência (Blumenthal e Lavender, 2000), concluem que a comorbilidade de abuso de substâncias e perturbação mental é um fator chave na violência. Os doentes com uma coocorrência de abuso de substâncias tinham uma taxa de violência quase duas vezes superior à dos doentes sem abuso de substâncias. Apesar disso, a prevalência de violência entre doentes não dependentes de substâncias não é significativamente maior do que no grupo de controlo isento de sintomas de abuso de substâncias. Harris e Rice (1995) descobriram que num subgrupo de indivíduos com doença mental e abuso de álcool, a taxa de reincidência era muito maior do que a de indivíduos apenas com doença mental. A meta-análise conduzida por Fazel *et al.*, 2009,

⁸ A Organização Mundial de Saúde define comorbilidade, ou diagnóstico duplo, como a «coocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoativas e uma outra perturbação psiquiátrica» (WHO, 1994); De acordo com Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, uma pessoa com diagnóstico duplo é uma «pessoa diagnosticada como tendo um problema de abuso de álcool ou droga em conjunto com outros diagnósticos, habitualmente do foro psiquiátrico, como por exemplo alterações do estado de humor e esquizofrenia» (UNODCCP, 2000).

apesar de constatar um aumento substancial do risco de violência de entre três e vinte e cinco vezes por ação desta comorbidade, alerta para o facto da esquizofrenia ou outra psicose parecerem não acrescentar nenhum risco adicional àquele conferido pelo simples abuso de substâncias. Contudo, crucial foi o achado do estudo de Swanson *et al.* (1990), que refere não só que o abuso de substâncias é um fator de risco de violência independente, mas que existe uma interação significativa entre aquele e a perturbação mental.

Os resultados de estudos sobre a associação entre os principais sintomas positivos (delírios e alucinações) e o comportamento violento em esquizofrénicos são contraditórios (Hodgins, 2008). Appelbaum, Robbins e Monahan (2000) afirmam que, apesar dos delírios poderem precipitar violência em casos individuais, não aumentam o risco geral de violência no ano seguinte à alta. Tal não significa que os delírios nunca causam violência, mas talvez que estão por vezes associados a condições psicóticas crónicas causadas pelo afastamento social. No mesmo sentido, no estudo de Teplin *et al.* (1994) os indivíduos com sintomas de alucinações e delírios tinham um número de detenções ligeiramente superior por crimes violentos, mas não significativo.

Em sentido contrário, outros estudos sugerem que um subgrupo particular de delírios representa um importante fator de risco de violência na população geral e em vários grupos de pacientes (Link e Stueve, 1994; Swanson *et al.*, 1996). Link *et al.* (1992) descobriram uma relação significativa entre sintomas psicóticos e taxas de violência, atribuindo em grande medida àqueles o risco aumentado de violência entre doentes psiquiátricos. Swanson (1994) conclui que a sintomatologia ativa associada à perturbação mental está relacionada com o comportamento ofensivo. Já outros estudos identificam estes sintomas positivos como essenciais no impulso homicida (Taylor, 1998; Nordström *et al.* 2006; Häkkänen e Laajasalo, 2006; Richard-Devantoy *et al.*, 2009).

Como justificação para esta contradição apontam-se características metodológicas dos estudos, como a avaliação retrospectiva dos sintomas e a não consideração de outros fatores como a intoxicação por álcool e drogas, bem como o facto dos estudos compararem agressores com esquizofrenia e não agressores com esquizofrenia, assumindo que os agressores constituem um grupo homogéneo, facto que não tem apoio na evidência empírica (Hodgins, 2008).

Já relativamente às alucinações, frequentemente associadas à esquizofrenia, que são normalmente auditivas (vozes que falam diretamente ao doente ou comentam o seu comportamento), os estudos falharam a demonstração de uma relação clara entre

comportamento ofensivo e alucinações de comando ou ordem para agir em consequência da alucinação (McNiel, 1994), sendo por isso elas referidas como tendo uma fraca associação com a violência, embora possam interagir com os delírios (Taylor, 1998).

Atendendo a que os indivíduos com esquizofrenia têm uma menor rede de contactos sociais do que a população em geral, devido a dificuldades de interação social (Estroff, Zimmer, Lachicotte e Benoit, 1994), os membros da família, apesar de desempenharem um papel importante na vida do doente, têm maior probabilidade do que a população em geral de serem vítimas de violência desencadeada por relações familiares tensas com o doente (Nordström *et al.* 2006; Solomon, Cavanaugh e Gelles, 2005) e de serem vítimas de homicídio (Gottlieb, Gabrielsen e Kramp, 1987; Nordström e Kullgren, 2003; Häkkänen e Laajasalo, 2006; Richard-Devantoy *et al.*, 2009). E, entre os membros da família, as mulheres, em geral, e as mães, em particular (Estroff *et al.*, 1994), apresentam um risco de ser alvo de violência 24 vezes superior aos outros membros da rede de contactos sociais do doente, já que, além de serem os membros da família que mais partilham a habitação com os doentes, se confrontarem com a dependência económica, a dependência de álcool e/ou drogas e o abandono dos serviços de saúde mental por parte do doente (Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz e Bolduc, 1998). Em consequência desta coabitação, existe maior probabilidade da violência dirigida aos membros da família estar ligada a sintomas psicóticos positivos (Taylor, 1998). Na maioria dos casos em que estes estão ausentes, são as intoxicações com álcool e drogas que mais contribuem para o comportamento violento, especialmente contra conhecidos, ocorrendo neste caso o homicídio após o agressor e a vítima terem passado algum tempo juntos, e normalmente após uma discussão durante a qual o agressor perde o controlo e emprega um nível de violência extremo (Nordström *et al.* 2006). A seguir aos familiares, os amigos e os conhecidos do doente encontram-se entre aqueles que têm maior probabilidade de serem vítimas deste (Steadman *et al.*, 1998).

Normalmente, o facto de o agressor matar um conhecido não significa necessariamente que nunca tenha demonstrado anteriormente um comportamento violento em relação à família, mas apenas que esse comportamento, muitas vezes persistente, não é reportado à polícia (Nordström *et al.* 2006). Quanto ao local do homicídio, o mais frequente é ocorrer na casa do agressor ou da vítima (sobretudo quando ambos se conhecem), normalmente durante o dia (Nordström e Kullgren, 2003; Steadman *et al.*, 1998), de forma não premeditada e com recurso a armas brancas ou objectos contundentes (como pedras,

martelos e mobiliário) ou a estrangulamento (Häkkinen e Laajasalo, 2006; Richard-Devantoy *et al.*, 2009).

Com estes dados, podemos concluir que o receio da população de ser alvo de violência nas ruas por parte de doentes mentais que lhes são estranhos é infundado, já que os que se encontram em maior risco são os familiares e amigos, em suas casas ou em casa do doente, pelo que os contextos sociais e interpessoais dos doentes mentais e a percepção que deles têm os próprios são importantes fatores a ter em conta na avaliação do risco de violência provocada por pessoas com perturbações mentais (Steadman *et al.*, 1998; Estroff *et al.*, 1994).

1.4 – Estudos sobre doença mental e crime em Portugal

Entre nós, já desde o final do século XIX e início do século XX, os mais importantes psiquiatras portugueses, entre os quais se encontram Miguel Bombarda, Júlio de Matos e Magalhães Lemos, debruçaram-se sobre o estudo da relação entre doença mental e homicídio, demonstrando uma particular atenção à temática e, sobretudo, uma preocupação fundamental em estabelecer uma diferenciação entre os doentes mentais delinquentes e os delinquentes comuns (Almeida, 1999). Apesar de já existir nessa altura a percepção de que seria essencial tratar estas duas realidades de forma diferenciada, na prática a situação era muito distinta.

Almeida (1999) refere que Mendes Correia, na sua obra de 1913 intitulada “Os criminosos portugueses: estudos de antropologia criminal” (Porto, Ed. Imprensa Portuguesa), dá conta da situação existente na Penitenciária de Lisboa, onde, pelas estatísticas de 1901 a 1903, estavam detidos, em média, 515 reclusos, sendo que desta população presidiária 42 reclusos estavam detidos no hospital de “alienados”, o que representava uma percentagem de reclusos com distúrbio mental de 7,5%. Em comparação com o número total de doentes mentais existentes na população portuguesa em geral, estimado em doze mil no ano de 1906, e que correspondia a uma percentagem de 0,23% daquela, a percentagem de reclusos com doença mental detidos em Lisboa era enorme, correspondendo a uma prevalência 32 vezes superior à da população em geral. Ainda assim o autor fez questão de chamar a atenção para o facto de haver doentes detidos na Penitenciária que não davam entrada no hospital de alienados por falta de lugares neste e também para a existência de casos de reclusos cuja doença mental não estava ainda diagnosticada. Na obra acima citada, o autor apresenta os resultados por ele obtidos através da análise de 136 exames psiquiátricos efetuados entre Setembro de 1901 e Setembro de 1912, dos quais 34 eram relativos a homicidas. A doença mental foi reconhecida em 114 dos indivíduos e em 28 dos homicidas, sendo que, entre estes,

os diagnósticos mais frequentes foram epilepsia (6 casos), mania, paranóia e imbecilidade e fraqueza de espírito (4 casos) (Almeida, 1999).

Pedro Polónio, professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa e Diretor do Hospital Psiquiátrico de Júlio de Matos, foi um dos investigadores que mais se dedicou ao estudo da criminalidade dos doentes mentais (Almeida, 1999). Foi autor de um estudo que englobava três mil exames mentais realizados na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa e no Hospital Júlio de Matos entre 1942 e 1972, sendo que este grupo estava dividido em dois subgrupos: um estudado entre 1942 e 1962 e o outro entre 1962 e 1972. Relativamente ao primeiro intervalo temporal, o autor constatou uma prevalência maior de crimes graves, sendo que no caso do homicídio e tentativa de homicídio ela era de 9,2% contra 0,6% na população em geral, e no caso de agressões a progenitores era de 1,5% (na grande maioria levadas a cabo por esquizofrénicos) face a 0,3% na população em geral. O elevado número de casos de homicídio, consumado e tentado, era atribuível pelo autor ao facto de os esquizofrénicos matarem com maior frequência pais e familiares, e os alcoólicos com delírio de ciúme as suas mulheres (Polónio, 1975). Em termos comparativos, concluiu ter-se verificado uma diminuição da delinquência no grupo estudado entre 1962 e 1972, atenuação explicada, em hipótese, pelos progressos ocorridos ao tempo na assistência psiquiátrica, em especial, o surgimento de psicofármacos que se revelariam extremamente úteis do tratamento dos pacientes (Almeida, 1999). Face a estes dados, Polónio considerou estar demonstrado que continuava a haver um crescente número de doentes mentais implicados em crimes violentos, o que contrariava a regra geral vigente de que a criminalidade era menor entre os doentes psiquiátricos. Mas, apesar de tudo, a grande maioria da criminalidade violenta continuava a ser devida aos delinquentes comuns (Polónio, 1975).

Dos três mil exames efetuados no estudo de Polónio, em que 463 casos eram de esquizofrenia (sendo só ultrapassada pela oligofrenia, com 523 casos), verificou-se a ocorrência de atos delinquentes em cerca de dois mil, e destes foi realizada uma avaliação de perigosidade em 18,6% dos casos, sendo que nestes a esquizofrenia se destacava com 31%, seguida de longe pela oligofrenia com 16% (Polónio, 1975). Relativamente aos 463 casos diagnosticados de esquizofrenia, em 92% deles o doente foi considerado inimputável, em 4% a imputabilidade foi atenuada e em 4% o paciente foi declarado imputável. Predominavam os casos de delitos contra as pessoas (68,5%), ficando-se os crimes contra a propriedade nos 12,8%. Os homicídios, consumados e tentados, representavam 15% do total de delitos, sendo

as vítimas maioritariamente o pai, a mãe, a mulher e outros membros da família (Polónio, 1975).

Posteriormente a este trabalho de referência de Polónio, vários autores estudaram a relação entre doença mental e homicídio em intervalos de tempo cronologicamente consecutivos, que decorrem entre os anos sessenta e noventa do século XX.

Serra e Ponciano (1980) procederam ao exame de 1.044 exames mentais do arquivo do Conselho Médico-Legal de Coimbra relativos ao período compreendido entre 1963 e 1977, dos quais 729 eram do sexo masculino e 315 do sexo feminino. Em 145 casos (ou seja, 15,8%) não foi detetada qualquer patologia mental; dos restantes 899 casos, 136 apresentavam um diagnóstico de esquizofrenia, sendo de relevar que, apesar de ser claramente ultrapassada pela oligofrenia em número de casos (473 para esta), a esquizofrenia representava 25% do total de crimes cometidos contra a segurança das pessoas, contra apenas 9,30% no caso da oligofrenia. Esta relação inversa entre o número de casos clínicos diagnosticados e o número de crimes cometidos pode ser equiparada à existente nos resultados alcançados no estudo de Polónio relativamente à avaliação de perigosidade em ambas as patologias. Dos resultados alcançados por estes autores, podemos destacar que, em termos de perfil sociodemográfico, eles apresentam as seguintes características: a maioria dos indivíduos era solteiro, tinham idade inferior a 39 anos, eram analfabetos e maioritariamente provenientes de uma classe socioeconómica desfavorecida (Almeida, 1999).

O estudo levado a cabo por Ferreira, Costa e Azevedo (1988) selecionou os 73 exames mentais respeitantes a casos de homicídio que faziam parte de um total de 1.336 processos pertencentes ao arquivo do Conselho Médico-Legal de Coimbra, correspondentes a um período de 12 anos (1974-1986). Dos 73 casos estudados, 63 eram relativos a indivíduos do sexo masculino e 10 do sexo feminino, tendo os investigadores subdividido esta amostra em dois grupos: um de população doente (56 masculinos e 9 femininos) e um de população normal (7 masculinos e 1 feminino). O perfil sociodemográfico da amostra assim constituída coincide plenamente com o encontrado no estudo de Serra e Ponciano (1980): faixa etária inferior aos 39 anos, solteiros, analfabetos. Relevante no estudo é o facto de apresentar dados no que diz respeito às vítimas destes homicídios, já que metade dos que foram conhecidos ocorreu no seio familiar (60% dos quais vitimaram a esposa e os filhos), demonstrando a população doente uma maior propensão do que a população normal para praticar o crime dentro da sua própria residência. No que se refere à motivação do crime, foi apurado que, à data do crime e em 23,8% dos casos conhecidos, os indivíduos apresentavam uma atividade

psicótica traduzida em alterações de percepção na forma de alucinações auditivas e delírios persecutórios. Além disso, a arma de fogo foi utilizada em 38,2% dos casos. Relativamente aos diagnósticos psiquiátricos presentes na amostra, foram detetados, referindo apenas os principais e por ordem decrescente, a esquizofrenia (19 casos), que, junto com o estado paranóide (4 casos, sobretudo delírios de ciúme) representavam 31,5% dos casos, a oligofrenia (15 casos e 20,5%) e a epilepsia (11 casos e 15,1%).

Almeida e Pinto da Costa (1992) analisaram retrospectivamente as perícias psiquiátricas dos homicidas examinados no período 1988-1990 no Distrito Judicial do Porto. Numa amostra constituída por 40 indivíduos, dos quais 38 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, e que foram responsáveis por 47 homicídios, existe também uma identidade com o perfil socioeconómico traçado nos estudos efetuados em Coimbra, analisados anteriormente, pertencendo também as vítimas preponderantemente ao círculo familiar do homicida. Os diagnósticos patentes nesta amostra estavam distribuídos da seguinte forma: a perturbação de personalidade representava 20 indivíduos, ou seja, 50% dos casos, o ligeiro atraso mental representava 12 indivíduos (30%) e a esquizofrenia e a psicose paranóide, com 4 casos cada, representavam 10% dos casos cada. Para o desencadear da passagem ao ato foi muito relevante a presença de atividade delirante em 7 dos 9 casos psicóticos, tendo ocorrido noutro caso concomitante fator alucinatório. Os autores salientam como muito relevante o facto de 9,3% dos homicídios terem sido perpetrados por doentes mentais graves, logo inimputáveis. Verificou-se ainda que os doentes com esquizofrenia revelaram neste estudo uma taxa de homicídio 8,5 vezes superior à da população em geral.

Finalmente, Saraiva, Costa e Pereira (1995) analisaram as 234 perícias realizadas no Instituto de Medicina Legal de Coimbra no período compreendido entre os anos de 1985 e 1992. A sua amostra era constituída maioritariamente por homens (212), com uma idade média de 36 anos e os indivíduos eram de baixo nível socioeconómico. Os autores concluem que os esquizofrénicos, que representam 22% da sua amostra, apresentam a mais elevada perigosidade social, já que 10 em 13 dos sujeitos nos quais esta foi decretada padeciam daquela patologia, verificando-se também que a esquizofrenia e a psicopatia aumentam a probabilidade dos doentes se tornarem homicidas, enquanto os oligofrénicos tendem mais para o crime de furto.

Isto é, da análise de todos estes estudos, levados a cabo por diferentes investigadores portugueses, sobressai a confirmação de que são os doentes que padecem de quadros psicopatológicos menos graves que tendem a cometer homicídios, embora não seja de

negligenciar a perigosidade que colocam certos quadros patológicos graves, como a esquizofrenia e as psicoses paranóides (essencialmente os delírios de ciúme). Também é relevante, mormente para o nosso objeto de estudo, a conclusão de que os doentes com perturbação mental têm maior probabilidade do que a população em geral de matar membros da sua família e na sua residência (Almeida, 1999).

2 – A avaliação do risco de violência

Nesta segunda parte, será apresentada uma revisão do estado da arte relativamente ao tema da avaliação do risco, enunciado em duas partes distintas. Em primeiro lugar, e visando especificamente os ofensores com perturbações mentais, estudaremos a avaliação do risco de violência, matéria da qual emerge com grande relevância a questão da dicotomia entre dois métodos principais de diagnóstico, o clínico e o atuarial, sua fiabilidade e validade preditiva e a evolução dos instrumentos de avaliação do risco de violência. Em segundo lugar, e numa visão mais genérica da criminologia e do crime em geral, analisaremos a matéria da avaliação do risco de reincidência criminal, na perspetiva dos princípios de tratamento e reabilitação dos prisioneiros em geral e seu contributo para a avaliação do risco.

2.1 - A avaliação do risco de violência em doentes mentais

A violência é um assunto de saúde pública relevante, e não só uma questão criminal *per se*, sendo a sua prevenção e predição uma tarefa na qual muitos investigadores, clínicos, políticos e autoridades correcionais e de saúde mental têm investido bastantes recursos. As avaliações do risco para vários tipos de violência são hoje chamadas com maior frequência do que no passado. Coloca-se uma importante questão no âmbito dos sistemas de justiça penal, saúde mental e outros: em que medida podem os profissionais de saúde mental e outros no campo forense prever com precisão a probabilidade de ocorrência de comportamento violento (Douglas e Webster, 1999)?

Genericamente, a avaliação do risco é o processo de identificar e estudar perigos com vista à redução da probabilidade da sua ocorrência. Especificamente, os cientistas sociais e profissionais de saúde mental com interesse na questão da violência tendem a definir a avaliação do risco de violência como o processo de avaliar indivíduos para (1) caracterizar a probabilidade deles virem a cometer atos de violência e (2) desenvolver intervenções de forma a gerir ou reduzir aquela probabilidade (Hart, 1998).

Douglas, Cox e Webster (1999) consideram importantes vários elementos nesta definição. Por um lado, o facto da avaliação do risco ser descrita como um processo denota um procedimento de avaliação contínuo. Além disso, a avaliação do risco requer a caracterização da probabilidade de violência futura, ou predição de violência. Aqui se enquadra a avaliação do risco por via forense, anterior ao julgamento em tribunal, que serve para fixar a inimputabilidade dos sujeitos portadores de doença mental. O processo de avaliação do risco convida a considerar o que pode ou não ser feito para evitar mais violência no futuro, o que nos conduz ao conceito de gestão do risco de violência que, sendo de importância vital, talvez só recentemente tenha sido reconhecido como tal. Neste âmbito insere-se a avaliação dos riscos para intervenção, implicando que a tarefa da avaliação do risco de violência é muito mais ampla do que a mera predição de violência, pois sendo esta relevante, também é fulcral a ação que procede dela, no sentido de providenciar tratamento, programação, planos de libertação e outras estratégias destinadas a reduzir a probabilidade de violência (Douglas *et al.*, 1999).

Até há relativamente pouco tempo, era comum afirmar-se a incapacidade de precisão da predição dos profissionais de saúde mental, especialmente a dos psiquiatras (Douglas e Webster, 1999). Embora o risco de violência seja usado extensivamente como um argumento para a detenção involuntária, existe bastante investigação que demonstra uma precisão limitada na avaliação do mesmo (Steadman, Monahan, Robbins, Appelbaum, Grisso, Klassen, Mulvey e Roth, 1993), sendo mesmo declarado por Monahan (1981) que psicólogos e psiquiatras tendiam a errar pelo menos duas vezes mais do que a acertar na sua predição de violência.

Apesar destas críticas à avaliação do risco, apresentadas nos anos 70 e 80, os tribunais pareciam mais interessados em recrutar profissionais de saúde mental para avaliar o risco futuro de comportamento violento, em parte devido ao famoso caso Tarasoff v. Reitoria da Universidade da Califórnia (1976). Resumindo: um estudante desta universidade, no decurso de um programa terapêutico que decorria na clínica universitária, indicou o desejo de assassinar uma jovem chamada Tatiana Tarasoff, tendo o psicólogo alertado o seu superior para o facto. A opinião da polícia foi de que o jovem não era perigoso, mas, dois meses mais tarde, ele consuma o crime. A família da vítima processa o psicólogo por má prática e em 1974 o Tribunal Supremo da Califórnia decide que o clínico foi negligente ao falhar o dever de avisar Tarasoff. Dois anos mais tarde, o tribunal alerta para a sua decisão original, fixando aos profissionais de saúde mental um dever de tomar as medidas razoáveis para proteger as

potenciais vítimas (Douglas e Webster, 1999; Borum, 1996) “quando o terapeuta de facto determina, ou sob padrões profissionais aplicáveis razoavelmente devesse ter determinado, que o paciente constitui um sério perigo de violência para terceiros” (Tarasoff, 1976). Esta decisão, que criou precedente nos EUA, consolidou a ideia de que os profissionais de saúde mental devem ter a capacidade de isolar e actuar em informação que pode ser relevante em futura conduta violenta (Douglas e Webster, 1999).

Tendo em conta todos os contributos sociais e legais para o crescimento da avaliação do risco nos sistemas legais, de saúde mental, correcionais e outros, não é surpresa que muito esforço académico e de investigação seja hoje devotado à melhoria da eficácia da predição, conduzindo a avaliação do risco a uma das principais áreas de investigação em psicologia forense, psiquiatria e outras profissões da área de saúde mental (Douglas e Webster, 1999). Como afirma Andrews (1989), o maior conjunto de resultados de investigação bem estabelecidos em toda a Criminologia é o dedicado à predição da conduta criminal dos indivíduos.

A importância dada à utilização de instrumentos de avaliação de ofensores validados e objetivos não pode ser exagerada. Em todo o caso, a avaliação de ofensores:

- Ajuda a identificar aqueles com maior risco de reincidência;
- Identifica quem necessita de maior intervenção (ou de nenhuma);
- Ajuda a guiar a tomada de decisão fornecendo mais informação de forma sistemática;
- Ajuda a reduzir desvios, seguindo critérios objetivos em lugar de julgamentos e intuições pessoais;
- Melhora a utilização de recursos e aumenta a segurança pública (Latessa e Lovins, 2010).

2.1.1 - Abordagens de avaliação do risco de violência

2.1.1.1 – A predição clínica e atuarial

De uma forma geral, perante um conjunto de dados relativos a um indivíduo ou grupo, existem dois tipos de procedimentos de combinação destes para um propósito preditivo ou de diagnóstico, estudados largamente na psicologia e medicina: o julgamento clínico e a predição mecânica (Grove e Meehl, 1996; Grove, Zald, Lebow, Snitz, Nelson, 2000).

No campo da avaliação do risco de violência é geralmente aceite que as duas abordagens fundamentais de tomada de decisão (Hart, 1998; Monahan, 2000) se caracterizam, uma, por ser um método estatístico, formal, algorítmico e objetivo que utiliza uma equação, uma fórmula, um gráfico ou um quadro para alcançar uma probabilidade, um valor expectável ou um resultado (abordagem atuarial); outra, por utilizar processos intuitivos e informais de combinar ou integrar dados – abordagem clínica, impressionista e subjetiva, desde há muito utilizada por psicólogos (Grove e Meehl, 1996; Hart, 1998, Douglas *et al.*, 1999; Ægisdóttir, White, Spengler, Maugherman, Anderson, Cook, Nichols, Lampropoulos, Walker, Cohen, Rush, 2006).

É importante notar que são os dados empregues e os métodos utilizados para transformá-los numa predição que distinguem a predição clínica da estatística, e não o tipo de variáveis usadas (Monahan, 1981; Douglas *et al.*, 1999; Hilton, Harris, Rice, 2006). Enquanto a abordagem estatística fixa precisamente os tipos de dados a considerar e utiliza métodos automáticos ou mecânicos que envolvem a manipulação matemática dos dados, a abordagem clínica parece deixar a escolha dos dados variar casuisticamente, dependendo mais de uma combinação intuitiva ou subjetiva dos fatores considerados relevantes (Elstein, 1976, citado por Monahan, 1981).

Esta divisão completamente estanque entre os dois métodos preditivos ou de diagnóstico, que constitui uma das controvérsias persistentes no campo da avaliação do risco de violência (Douglas *et al.*, 1999), pode considerar-se como afirmando uma situação extrema que, na prática, não se verifica tão radicalmente nestes termos.

Os termos “clínico” e “atuarial” têm sido utilizados indistintamente e imprecisamente (Blumenthal e Lavender, 2000). Nem o método atuarial dispensa totalmente a avaliação clínica, nem esta é absolutamente desestruturada. Não se defendendo a utilização exclusiva de instrumentos atuariais de risco, os profissionais devem atender aos resultados destes antes de invocar a prioridade de uma decisão profissional (Andrews e Bonta, 2010b). A avaliação e gestão do risco exige assim uma combinação de perícia atuarial e clínica.

Estimar a probabilidade de um indivíduo vir a ser violento no futuro requer duas tarefas conceptualmente distintas (Hilton *et al.*, 2006). Por um lado, seleccionar as características pessoais e circunstanciais a atender, o que, através do método atuarial, permite seleccionar, em primeiro lugar, os preditores mais fortes; e, depois, adicionar itens apenas quando melhoram a predição.

A investigação sobre reincidência violenta (e.g., Bonta *et al.*, 1998) indica que constructos não clínicos como a idade e o histórico criminal e de violência, são preditores importantes de comportamento violento. O julgamento clínico, por seu lado, baseia a seleção na intuição e experiência não empírica e, ao avaliar o risco de violência, os clínicos atendem, ou alegam atender, a sintomas e diagnósticos psiquiátricos (Quinsey e Ambtman, 1979; Hilton e Simmons, 2001).

A investigação empírica também estabeleceu que muitos constructos clínicos (e.g., psicopatia, distúrbio de comportamento) são centrais para uma boa avaliação do risco de violência. Outros, sobretudo sintomas e diagnósticos de distúrbio mental sério, não estão relacionados (ou estão inversamente relacionados) com a violência subsequente (Harris *et al.*, 1993; Bonta *et al.*, 1998; Harris, Rice, Cormier, 2002). Assim, a seleção de diagnósticos e sintomas psicóticos como fatores de risco positivos incorporaria o julgamento clínico, enquanto um sistema que tratasse tais características como fatores protetores incorporaria uma abordagem atuarial (Hilton *et al.*, 2006).

A segunda tarefa na avaliação do risco diz respeito ao modo de combinar os fatores de risco para fornecer uma interpretação. Uma regra de combinação indefinida representa um julgamento clínico desestruturado, contrariamente a uma combinação de fatores de risco utilizando itens derivados de relações empiricamente estabelecidas com a reincidência violenta, típica do método atuarial (Hilton *et al.*, 2006).

2.1.1.2 – A evolução do paradigma na predição do risco

Historicamente, a abordagem mais utilizada foi o julgamento clínico desestruturado, cuja marca distintiva é não existirem restrições à tomada de decisão pelos avaliadores, baseada na informação disponível, sendo a sua principal vantagem a flexibilidade e o foco na prevenção da violência (Hart, 1998). Contudo, foi criticado por diversas razões: tendência para a falta de consistência ou acordo entre avaliadores quanto à condução das avaliações e tomada de decisões (i.e., baixa fiabilidade entre observadores); baixa evidência de que as decisões tomadas são precisas (i.e., baixa fiabilidade); possibilidade dos avaliadores não conseguirem especificar como e porquê tomaram uma decisão, dificultando o questionamento da mesma; estar sujeito aos mesmos erros e distorções cometidos por leigos (Hart, 1998; Hilton e Simmons, 2001; Quinsey e Ambtman, 1979).

A principal característica da abordagem atuarial é ser fundamentada em decisões tomadas pelos avaliadores com base na informação disponível e de acordo com regras fixas e

explícitas. Geralmente, são também baseadas em dados de avaliação específicos codificados de forma pré-determinada, selecionados por ter sido empiricamente demonstrada a sua associação à violência (Hart, 1998). Apesar de não existirem muitas dúvidas sobre a superioridade da abordagem atuarial sobre a clínica desestruturada (e.g., Grove *et al.*, 2000), no que respeita à fiabilidade, e sobretudo relativamente à validade preditiva da avaliação do risco de violência (Monahan, 1981; Hart, 1998; Douglas *et al.*, 1999), é importante não esquecer que também aquela apresenta limitações, porque foca a avaliação num pequeno número de variáveis que se assumem ter igual valor preditivo em diferentes grupos de pessoas e em diferentes cenários (Hart, 1998). Segundo Quinsey *et al.* (1998) a principal razão da superioridade do método atuarial prende-se com o facto dos julgadores serem insensíveis às diferenças na ocorrência de dado comportamento numa população provocadas por variadas situações.

Em alternativa às abordagens clínicas e atuariais descritas, Hart (1998) apresenta o julgamento clínico estruturado, no qual a tomada de decisão é assistida por diretrizes desenvolvidas para refletir o estado da arte no que respeita ao conhecimento empírico e à prática profissional (Borum, 1996). Estas diretrizes tentam definir o risco em consideração, discutem as necessárias qualificações para conduzir uma avaliação, recomendam que informação deve ser considerada, como deve ser recolhida e identificam um conjunto central de fatores de risco que devem ser considerados, de acordo com a literatura científica e profissional. Apesar da sua estrutura e do facto de se basearem em investigação empírica, estas diretrizes clínicas não especificam como se alcança uma decisão, não podendo assim considerar-se atuariais (Hart, 1998).

Numa grande variedade de decisões tomadas em ciências médicas e sociais, as avaliações atuariais igualam ou superam consistentemente a precisão das avaliações clínicas (Grove e Meehl, 1996). Após décadas em que a predição do risco foi dominada pela perspectiva clínica (Hilton e Simmons, 2001) e por uma intenção de a melhorar continuamente, desprezando o facto da predição atuarial, baseada em dados demográficos fáceis de obter, poder constituir uma área de investigação frutífera, desde os anos de 1990 assistiu-se a uma mudança fundamental na atitude e na abordagem perante a predição do risco (Monahan, 2000; Polvi, 2001). Os estudos deixam de tentar validar a precisão de predições clínicas e passam a

tentar isolar fatores de risco específicos⁹, actuarialmente (i.e., estatisticamente) associados com a violência (Monahan, 2000).

Este movimento em direção a uma predição atuarial envolveu uma mudança no paradigma da predição da violência, em que se pratica a avaliação do risco ao invés de se formularem predições globais de perigosidade (Steadman *et al.*, 1993). Dois desenvolvimentos importantes surgem desta inovadora investigação. Por um lado, concluiu-se que as taxas de violência são mais elevadas do que originalmente se pensava (Harris *et al.*, 1993), o que torna a tarefa de predição mais acessível do que antes se presumia, devido à maior frequência do evento; e uma taxa mais elevada aumenta a possibilidade de demonstrar a validade estatística da investigação. Em segundo lugar, ela demonstrou formas mais fortes e persuasivas de analisar os dados resultantes da predição do que aquelas utilizadas anteriormente (Polvi, 2001).

Contudo, não houve um abandono do julgamento clínico desestruturado, optando-se por adotar um compromisso em que se utilizam instrumentos atuariais apenas como parte das avaliações, combinando-os de diversas formas, apesar das provas sugerirem que esta combinação não resulta num aumento de precisão da predição, podendo até reduzi-la (Seto, 2005, citado por Hilton *et al.*, 2006; e.g., Hilton e Simmons, 2001; Ægisdóttir *et al.*, 2006).

2.1.1.3 – A questão da fiabilidade e validade preditiva

A acumulação de conhecimento e o aperfeiçoamento teórico estabeleceram a existência de diferenças individuais razoavelmente robustas na probabilidade de ocorrência do crime persistente. Esta informação pode ser útil para a avaliação e a predição, sendo crucial a questão da precisão com a qual estas podem ser realizadas. A validade preditiva afere assim o sucesso de qualquer abordagem na previsão da probabilidade de envolvimento criminal (McGuire, 2004).

Na década de 1950, a perigosidade não tinha ainda emergido como um tópico de muito interesse na psicologia e psiquiatria forenses, sendo geralmente assumido que os profissionais prisionais e de saúde mental conheciam os indivíduos aptos ou não a ser perigosos (Webster e Bailes, 2000). Contudo, nas duas décadas seguintes assume-se claramente a incapacidade destes profissionais para prognosticar a violência de forma precisa

⁹ Dizer que uma variável é um “fator de risco” de violência significa apenas duas coisas: (1) a variável correlaciona-se com o resultado (neste caso, a violência), e (2) a variável precede o resultado. Mas não implica que a sua relação com o resultado é em qualquer sentido “causal” (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen, Kupfer, 1997).

(Douglas *et al.*, 1999), sendo demonstrado que apenas uma em cada três predições positivas era precisa (Monahan, 1981). Já no final dos anos 70 e início dos 80, tem início uma nova linha de pensamento, sob influência do eminente psicólogo americano Saleem Shah, que começa a constatar que os profissionais de saúde mental estavam de certa maneira obrigados a prestar opiniões sobre perigosidade, em vários momentos, nos sistemas psiquiátrico, forense e prisional (Webster e Bailes, 2000).

Devido a esta pressão, foi levada a cabo bastante investigação desde essa altura, com resultados definitivamente mais positivos na melhoria da precisão do prognóstico. Isto deveu-se, pelo menos em parte, à utilização de metodologias melhoradas e análises estatísticas (Douglas *et al.*, 1999). Um dos importantes avanços metodológicos foi a introdução de procedimentos de acompanhamento (*follow-up*), dirigidos à deteção da violência que realmente ocorre na comunidade (e.g., Steadman *et al.*, 1998). Na década de 90, o reconhecimento do valor estatístico de técnicas além da correlação, regressão e modelos de classificação leva à utilização de análises através do *Receiver Operating Characteristic* (ROC), as quais produzem um índice estatístico denominado *Area Under the Curve* (AUC), o qual varia entre 0 (prognóstico negativo perfeito), 0,50 (prognóstico casual) e 1,0 (prognóstico positivo perfeito). O AUC representa a probabilidade de uma pessoa efetivamente violenta, escolhida ao acaso, vir a ter um resultado maior do que uma pessoa efetivamente não violenta, nas mesmas condições (Douglas *et al.*, 1999).

Uma das controvérsias mais persistentes nas últimas décadas no campo da avaliação do risco, é o debate sobre qual o método de tomada de decisão mais preciso, o clínico ou o atuarial (Dvoskin e Heilbrun, 2001), sendo normalmente atribuída a Paul Meehl a sua introdução no campo da psicologia, através do seu trabalho de 1954 intitulado “*Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and review of the evidence*” (Douglas *et al.*, 1999). Meehl descobriu, entre vinte estudos analisados, que em apenas um o método estatístico não era tão ou mais preciso do que o método clínico. Tal conclusão tem vindo a ser suportada pela maioria dos estudos (Ægisdóttir *et al.*, 2006).

O debate confronta os que defendem que o julgamento clínico estruturado é um método mais apropriado para avaliar o risco de violência, já que promove sistematização, consistência e transparência, sendo suficientemente flexível para lidar com a diversidade de contextos nos quais as avaliações são conduzidas (Hart, 1998), e os que argumentam a superioridade da abordagem atuarial em termos gerais, afirmando mesmo que a utilização de

uma abordagem que não a atuarial é não só não científica e irracional, como até não ética (Grove e Meehl, 1996; Grove *et al.*, 2000).

Esta polêmica é complexa. Contudo, parece ser claro que os métodos de predição atuarial, relativamente isentos dos desvios, idiosincrasias e imperfeições do julgamento clínico humano, são superiores em termos de precisão (Douglas *et al.*, 1999; Grove *et al.*, 2000; Ægisdóttir *et al.*, 2006). Para determinar a forma em que os técnicos podem ser mais efetivos na sua tomada de decisão, é importante conhecer quando e em que circunstâncias cada método é superior (Ægisdóttir *et al.*, 2006). Contudo, desde que empiricamente validadas, as avaliações clínicas estruturadas propostas por Hart (1998) podem evitar alguns dos problemas apontados à predição atuarial, evidenciando a noção de “predição condicional” (Mulvey e Lidz, 1995, citados por Douglas *et al.*, 1999), ou seja, um sujeito pode ser considerado como estando em alto ou baixo risco devido a outras condições (falta de supervisão ou acesso a tratamento). Lidz *et al.* (1993) argumentam que o julgamento clínico tem sido desvalorizado, uma vez que investigação recente indica que é mais preciso do que previamente se pensava. No seu estudo, os técnicos foram capazes de realizar predições significativas de violência em homens, mesmo quando não existia um histórico de violência.

Assim sendo, é necessário algo mais do que a mera predição. O uso de instrumentos atuariais julgados apropriados para a amostra e o cenário pode ser importante como parte do procedimento global de avaliação, não anulando contudo as responsabilidades dos técnicos pelas suas avaliações e decisões. Uma ampla abordagem é pedida, indo além da predição passiva e envolvendo uma gestão do risco, devendo ser fundada em conhecimento cientificamente validado (Douglas *et al.*, 1999) para uma melhoria, quer a nível da prática clínica, quer da própria tecnologia da avaliação do risco (Borum, 1996).

2.1.2 – Evolução das técnicas de avaliação de ofensores - 4 gerações de instrumentos de avaliação do risco de violência

Existe na criminologia uma longa tradição de utilização de técnicas atuariais na predição de reincidência de prisioneiros, por exemplo, para determinar a possibilidade de atribuição de liberdade condicional. Contudo as técnicas atuariais só recentemente foram aplicadas à predição da violência em pessoas com perturbações mentais (Monahan, 2000). E para os tribunais encarregues de tomar a decisão relativamente à libertação de tais agressores, a disponibilidade da avaliação atuarial é relativamente recente e o seu uso virtualmente não estudado (e.g., Folino, Marengo, Marchiano, Ascazibar, 2004). Tal disponibilidade não

influencia substancialmente as opiniões técnicas ou as decisões judiciais de libertação de doentes forenses, apesar de existir alguma evidência de que os tribunais tendem a tomar decisões mais consistentes com o risco atuarial de reincidência violenta atuando independentemente de opiniões clínicas.

Existe pouco acordo acerca do modo como esta informação pode ser usada na tomada de decisão forense (Hilton e Simmons, 2001), apesar de alguns autores defenderem que a predição do risco se deve basear inteiramente em métodos atuariais, depois de terem defendido uma combinação dos métodos clínicos e atuariais (Quinsey *et al.*, 1998).

Os instrumentos de avaliação do risco sofreram várias modificações nos últimos 50 anos (Campbell, French e Gendreau, 2009). Em 1996, James Bonta reviu a literatura da predição do risco e descreveu três gerações de avaliação do risco, existindo hoje uma quarta geração (Andrews e Bonta, 2010b).

A avaliação de primeira geração (1G), ou julgamento profissional do risco, que vigorou na maior parte da primeira metade do século XX, consistia sobretudo em julgamentos profissionais desestruturados da probabilidade de comportamento ofensivo, propensos ao erro sistemático (Andrews, Bonta e Wormith, 2006; Campbell *et al.*, 2009; Grove *et al.*, 2000). Eram avaliações essencialmente clínicas nas quais aqueles que trabalham com os ofensores confiavam na experiência e intuição para decidir quais aqueles que representam um risco para a sociedade. As razões da decisão eram subjetivas, por vezes intuitivas, mas não empiricamente validadas (Andrews e Bonta, 2010b). Apesar do conhecimento clínico não dever ser desconsiderado, a investigação é clara ao mostrar que decisões baseadas nesta técnica são menos precisas do que as decisões fundadas empírica e atuarialmente (Vose, Cullen e Smith, 2008; Grove e Meehl, 1996; Grove *et al.*, 2000; Bonta, 2002; Ægisdóttir *et al.*, 2006; Hilton *et al.*, 2006). Uma variante desta abordagem é hoje denominada “julgamento clínico estruturado” (e.g., HCR-20), que reflete uma decisão baseada numa revisão de itens especificados, embora sem utilização de um sistema atuarial para ligar resultados a decisões, deixadas ao critério do profissional (Andrews *et al.*, 2006; Andrews e Bonta, 2010b).

À luz destas limitações, no início dos anos 70 reconhece-se de forma crescente que a avaliação do risco necessitava de depender mais de uma ciência atuarial baseada em provas (Bonta e Andrews, 2007). Os instrumentos de avaliação de segunda geração (2G), ou de avaliação atuarial, oferecem uma avaliação padronizada e empiricamente fundamentada, baseada em constructos estatisticamente preditivos da reincidência, embora atórica e consistindo sobretudo de itens estáticos (e.g., histórico criminal) o que levou a que fossem

criticados, pois não captavam a complexidade da reincidência nem permitiam medir mudanças do risco ao longo do tempo (Andrews *et al.*, 2006; Campbell *et al.*, 2009; Vose *et al.*, 2008). Contudo, demonstraram resultados satisfatórios na diferenciação entre ofensores de baixo e alto risco (Bonta e Andrews, 2007). Exemplos de instrumentos de 2G são o Salient Factor Score (SFS – Hoffman e Beck, 1974), o Statistical Information on Recidivism (SIR – Nuffield, 1982) e o Violence Risk Assessment Guide (VRAG – Harris *et al.*, 1993) (Bonta e Andrews, 2007; Campbell *et al.*, 2009).

Em contraste, os instrumentos de terceira geração (3G), que se desenvolvem a partir de finais dos anos 70, são também fundados empiricamente mas incluem um conjunto maior de fatores de risco dinâmicos, ou necessidades criminógenas, e tendem a ser teoricamente esclarecidos, relevando a necessidade de prever o risco, mas também de identificar as necessidades criminógenas que podem ser alvo de mudança como meio de redução do risco (Andrews *et al.*, 2006; Bonta, 2002; Campbell *et al.*, 2009). Os instrumentos de 3G são classificados como instrumentos de “risco/necessidade” pois, além dos fatores estáticos continuarem a desempenhar um papel importante, acrescentam determinados fatores dinâmicos que apuram a situação do ofensor, presente mas em contínua modificação, tais como conflitos interpessoais e atitudes antissociais (Bonta e Andrews, 2007).

A vantagem da utilização de instrumentos que avaliam fatores de risco dinâmicos é o facto de serem sensíveis a alterações no risco devidas à passagem do tempo e/ou ao resultado da reabilitação (Campbell *et al.*, 2009). Exemplos de instrumentos de 3G são o *Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme* (HCR-20 – Webster, Douglas, Eaves e Hart, 1997) e, sobretudo, o *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R – Andrews e Bonta, 1995) (Campbell *et al.*, 2009).

Por fim, os instrumentos de quarta geração (4G) têm vindo a ser introduzidos nos últimos anos, realçando a conexão entre a avaliação e a gestão de caso (Andrews e Bonta, 2010b), integrando uma intervenção e monitorização sistemáticas com a avaliação de um conjunto mais amplo de fatores de risco até agora não medidos e outros fatores pessoais importantes para o tratamento (Bonta e Andrews, 2007; Andrews *et al.*, 2006). São delineados para integração (a) no processo de gestão do risco, (b) na seleção de modos de intervenção e alvos de tratamento, e (c) na avaliação do desenvolvimento da reabilitação (Campbell *et al.*, 2009; Andrews e Bonta, 2010b; Andrews *et al.*, 2006). Exemplos desta geração de instrumentos são o *Violence Risk Scale* (VRS – Wong e Gordon, 2006), o *Correctional Offender Management Profiling for Alternative Sanctions* (COMPAS – Brennan e Oliver,

2000) e, sobretudo, o *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI – Andrews, Bonta e Wormith, 2004).

2.2 – A avaliação do risco de reincidência criminal

2.2.1 – Os fatores de risco

Ao longo do tempo, investigadores e técnicos propuseram centenas de variáveis que possivelmente poderiam prever violência e várias maneiras de conceptualizar categorias de preditores, apesar de vários constructos demonstrarem relacionar-se com a violência com alguma robustez (Douglas e Webster, 1999; Douglas *et al.*, 1999). É hoje consensual, entre académicos e profissionais de saúde mental, no quadro da previsibilidade da reincidência criminal, que os indivíduos podem ser diferenciados a um nível além do acaso, com base num conjunto de fatores situacionais, circunstanciais, pessoais, interpessoais, familiares e culturais/económicos (Andrews, 1995).

A conceptualização do crime como o resultado da interação ou combinação de uma série de fatores de risco e protetores afastou aquela conceptualização em que teorias se expressam em termos de determinantes causais diretas (McGuire, 2004). *Fatores de risco* são variáveis individuais e ambientais que se demonstrou estarem associadas com uma maior probabilidade de envolvimento em atividade criminal (Blackburn, 1993), mas cuja interação decorre de forma ainda não completamente compreendida. Funcionando em sentido contrário, os *fatores protetores* “aumentam a resiliência daqueles que estão expostos a altos níveis de risco e protegem-nos de resultados indesejados” (Catalano e Hawkins, 1996, citados por McGuire, 2004), levando a que, mesmo em circunstâncias desfavoráveis, uma parte destes não ceda ao comportamento antissocial (McGuire, 2004).

Em matéria de avaliação do risco, a tradicional distinção opõe preditores do risco estáticos (ou históricos) e dinâmicos (ou clínicos) (Douglas e Webster, 1999). Os primeiros consistem em variáveis demográficas ou de histórico criminal que são fixas em dado momento ou determinadas antecipadamente por acontecimentos prévios (e.g., género, idade da primeira condenação, tipo de crime cometido) e que não podem ser modificados (McGuire, 2004). A sua identificação é importante para estabelecer o nível de risco, absoluto ou relativo, do indivíduo, embora tenham pouco envolvimento no tratamento ou gestão do risco, dado o seu carácter imutável (Otto, 2000). Em contraste, os fatores de risco dinâmicos, que têm um papel essencial na reincidência (Zamble e Quinsey, 1997, citados por McGuire, 2004),

refletem características ou circunstâncias temporárias do indivíduo que oscilam mais rapidamente ao longo do tempo (e.g., atitudes e conhecimentos, companhias, impulsividade, sintomatologia psicótica, abuso de substâncias) e cuja identificação é importante quer para a estimativa do nível de risco, quer para o planeamento do tratamento do indivíduo (Douglas e Webster, 1999; McGuire, 2004; Otto, 2000).

Hanson (1998), citado por Otto (2000), acrescenta a distinção entre fatores dinâmicos estáveis e agudos, sendo os primeiros modificáveis mas mantendo alguma estabilidade no tempo e contexto (e.g., relações interpessoais melhoradas na família, escola ou trabalho), ocorrendo mudanças numa questão de semanas, meses ou mesmo anos (Andrews e Bonta 2010b), enquanto os segundos refletem situações ou circunstâncias imediatas, podendo mudar quase instantaneamente (e.g., intoxicação alcoólica). A primeira categoria é mais importante em termos de planos de tratamento e de intervenção para futuro; a segunda, em termos de avaliação de risco e intervenções iminentes.

2.2.2 – Principais fatores de risco e necessidades criminógenas

Quais os principais fatores de risco e necessidade na análise do comportamento criminal, e quão fortemente estão associados com este, separadamente ou atuando em conjunto (Andrews e Bonta, 2010b)?

O atual conhecimento sobre correlativos e preditores da conduta criminal individual é suficientemente forte para se afirmar que os fatores de risco de conduta criminal melhor comprovados, em praticamente qualquer amostra, são (1) a cognição antissocial, (2) os parceiros antissociais, (3) o histórico de comportamento antissocial e (4) o conjunto de indicadores de um padrão de personalidade antissocial. Estes são normalmente denominados os “quatro grandes” fatores de risco e necessidade, as principais variáveis, preditivas e causais, na análise do comportamento criminal dos indivíduos (Andrews e Bonta, 2010b), que estão entre os melhores preditores da reincidência (Gendreau, Little e Goggin, 1996). Eles são os fatores pessoais e interpessoais mais próximos da ocorrência de atividade criminal em situações de ação imediata (Andrews, Guzzo, Raynor, Rowe, Rettinger, Brews, Wormith, 2011).

Desde os anos 90 até hoje, descobriu-se de forma consistente que as avaliações estruturadas dos “quatro grandes” explicam a grande maioria das predições válidas (Andrews e Bonta, 2010b). Completando os “oito essenciais” fatores de risco que estão solidamente validados na literatura, surgem os “quatro moderados” (Andrews e Bonta, 2010b). Estes são

constituídos por (1) circunstâncias familiares e conjugais, (2) escola e trabalho, (3) lazer e recreação e (4) abuso de substâncias, teoricamente menos próximos da ocorrência de atividade criminal (Andrews *et al.*, 2011). O LS/CMI, na sua secção 1, contém itens que avaliam todos estes oito domínios (Andrews *et al.*, 2004), os quais fazem sentido teoricamente, na prática das avaliações correcionais e no planeamento e prestação de tratamento, além de permitirem aos profissionais que trabalham com os ofensores identificar os fatores individualizados de risco (necessidades criminógenas) que podem ser alvo em programas de prevenção de crime (Andrews *et al.*, 2011).

Efetuando um resumo de oito investigações meta-analíticas sobre a validade preditiva dos “oito essenciais” na predição da reincidência, Andrews e Bonta (2010b) alcançaram uma média do valor do r de Pearson de 0,26 (95% IC=.22/.30) para os “quatro grandes” e de 0,17 (95% IC=.13/.20) para os “quatro moderados”. Sendo à primeira vista o valor médio de 0,17 bastante baixo, ganha maior relevo se comparado com o de 0,03 (95% IC= -.02/.08) alcançado por um conjunto de fatores de risco menores (Andrews *et al.*, 2011), constituindo forte prova do poder preditivo dos “oito essenciais”, no seu conjunto e dos “quatro grandes”, em particular. Em termos gerais, o resultado da investigação relativa à validade da avaliação dos “oito essenciais” é impressionante, particularmente quando comparado com a validade preditiva média dos julgamentos profissionais desestruturados (Andrews e Dowden, 2007; Andrews *et al.*, 2006).

2.2.3 – É a perturbação mental um fator de risco de reincidência de comportamento criminal e violento?

Avaliar o risco de alguém reincidir é uma tarefa bastante difícil, mas em nenhum outro caso mais do que no de ofensores com sérias perturbações mentais e um histórico de violência, onde qualquer erro pode ter custos sociais consideráveis (McGuire, 2004). Apesar de existir acordo quanto ao facto das necessidades de saúde mental dos ofensores serem um desafio para a reabilitação, existe ainda pouco consenso sobre se uma perturbação mental grave constitui fator de risco de comportamento criminal (Blackburn, 2004). Apesar da investigação epidemiológica indicar que as perturbações mentais principais aumentam o risco de crime e violência (e.g., Hodgins *et al.*, 1996; Fazel *et al.*, 2009), e particularmente o homicídio (Nielssen e Large, 2010), permanece a dúvida sobre a existência de uma relação entre psicose e reincidência (Fazel e Yu, 2011).

Uma importante meta-análise conduzida por Bonta, Law e Hanson (1998) examinou se existe diferença nos preditores de reincidência geral e violenta entre os ofensores com e sem perturbações mentais. No total, uma amostra de 64 estudos longitudinais foi utilizada, incluindo 35 preditores de reincidência geral e 27 de reincidência violenta, agrupados em quatro categorias: demográficos pessoais, história criminal, história de estilo de vida desviante e clínicos (Bonta *et al.*, 1998).

Relativamente à reincidência geral, três variáveis demográficas foram preditores significativos: idade, género masculino e estado civil solteiro. É de relevar o facto de quase todas as variáveis da categoria história criminal serem preditores significativos, pelo que aqueles que cometeram crimes no passado têm maior probabilidade de reincidir no futuro. À exceção de um, todos os estudos reportaram uma correlação positiva entre história criminal e reincidência (entre $r= 0,03$ e $r= 0,56$), apesar da maior parte de um subconjunto de variáveis relacionadas com a seriedade da ofensa (e mais especificamente o homicídio) apresentar uma correlação negativa com a mesma, salientando a importância de combinar o tipo de crime com fatores de história criminal.

A maioria das variáveis da categoria história de estilo de vida desviante mostrou uma relação moderada com a reincidência. Disfunções familiares e relacionais e abuso de substâncias (sobretudo droga) eram preditores significativos, ao contrário de educação e emprego. Quanto às variáveis da categoria clínica, o facto mais saliente é que muitas delas eram não significativas (e.g., história de tratamento) ou negativamente relacionadas com a reincidência geral (psicose). O único preditor clínico digno de nota era o diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial (significativamente melhor preditor do que a esquizofrenia) e a história de admissões para tratamento psiquiátrico.

No que se refere à reincidência violenta, quase todas as variáveis da categoria história criminal eram também preditivas. Mais uma vez, a história de violência era um preditor melhor do que a seriedade da ofensa (tipo de crime), apresentando o crime violento uma correlação positiva com a reincidência violenta. As variáveis demográficas acima referidas eram uma vez mais os segundos melhores preditores. Nas variáveis da categoria de história de estilo de vida desviante, os problemas no emprego e na família eram os melhores preditores. Por fim, as variáveis da categoria clínica replicavam o padrão encontrado na análise da reincidência geral.

Surpreendentemente, os preditores de reincidência entre ofensores com e sem perturbações mentais eram quase idênticos (Rice, Harris, Lang e Bell, 1990) e a maioria dos

preditores da reincidência geral também prognosticou a reincidência violenta. Estudos posteriores confirmaram esta semelhança entre os principais fatores de risco de reincidência (Gray, Snowden, MacCulloch, Phillips, Taylor e MacCulloch, 2004; Phillips, Gray, MacCulloch, Taylor, Moore, Huckle e MacCulloch, 2005). À imagem de outras meta-análises de populações gerais de ofensores (Andrews e Bonta, 2010b; Gendreau *et al.*, 1996), as variáveis de história criminal constituíam um dos melhores conjuntos de preditores de reincidência, embora com menor extensão na reincidência violenta do que na geral. Este resultado é semelhante ao alcançado por outros investigadores, que descobriram que as variáveis sociológicas e sociopsicológicas relacionadas com a história criminal estão mais ligadas à reincidência em ofensores com perturbações mentais do que as variáveis clínicas ou psicológicas (Hodgins, 1987; Rice *et al.*, 1990; Phillips *et al.*, 2005).

Assim, existe uma igualdade nos fatores que causam o comportamento antissocial nos ofensores com perturbações mentais e o crime nos ofensores sem perturbações mentais, sendo um grave erro basear a libertação daqueles apenas em sintomas psicopatológicos ou na sua recuperação (Rice *et al.*, 1990). Contudo, Hilton e Simmons (2001) descobriram que uma decisão judicial de internamento era melhor prevista por opiniões técnicas dadas em audiência, não existindo correlação significativa entre o risco atuarial de reincidência violenta e a decisão judicial ou as opiniões técnicas. O que indica que, contrariamente ao atual otimismo neste campo, a avaliação atuarial do risco tem pouca influência nos julgamentos técnicos e nas decisões judiciais. Sugere também o estudo destes autores que as decisões sobre a libertação de ofensores com perturbações mentais são tomadas, de certa forma, na base do sucesso no tratamento da perturbação. Apesar da formação de psicólogos e psiquiatras clínicos os predispõem a procurar explicações em fatores como psicose e outras medidas de distúrbio psicológico, os resultados de Bonta *et al.* (1998) demonstram que estes fatores são fracos preditores da reincidência (Andrews e Bonta, 2010b).

A literatura considera os fatores clínicos fundamentais para a compreensão dos ofensores com perturbações mentais. Não obstante, os resultados da meta-análise de Bonta *et al.* (1998) sugerem que muitos daqueles tinham pouca relevância na avaliação do risco de reincidência de longo prazo. A maioria das variáveis clínicas era ou não relacionada, ou inversamente relacionada com a reincidência, e as perturbações mentais severas (e.g., psicose e esquizofrenia) eram inversamente relacionadas com a reincidência geral ($r = -0,05$) e violenta ($r = -0,04$), possivelmente devido ao facto da ocorrência destes preditores clínicos ser episódica. Isto apesar da tradicional crença numa associação positiva (Harris e Rice, 1997;

Steadman, Silver, Monahan, Appelbaum, Robbins, Mulvey, Grisso, Roth, Banks, 2000). Um estudo de ofensores na comunidade também não encontrou associação entre ser diagnosticado com esquizofrenia e reincidir violentamente (Grann, Danesh e Fazel, 2008). De acordo com esta conclusão de que a psicose está inversamente relacionada com a reincidência, alguns instrumentos de avaliação do risco (Harris *et al.*, 1993) incluíram a doença mental grave como um fator protetor ou de resistência (ou necessidade não criminógena), i.e., uma característica de pessoas ou das suas circunstâncias associada a possibilidades reduzidas de atividade criminal (Fazel e Yu, 2011; Andrews e Bonta, 2010b).

Contudo, provas mais recentes recolhidas em amostras maiores descobriram que a esquizofrenia não é protetora (Fazel e Yu, 2011). Um estudo de coorte retrospectivo, no período de seis anos anteriores ao início do cumprimento da pena, de todos os 79.211 prisioneiros do estado do Texas, encontrou associações entre psicose e múltiplas prisões (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams e Murray, 2009), ao contrário de outros estudos sobre uma única repetição de prisão, focados em subgrupos da população correcional relativamente pequenos e específicos (Teplin *et al.*, 1994). Esta diferença metodológica justifica, segundo os autores, a divergência de resultados entre os estudos. O facto de ter sido realizado em toda a população do maior sistema prisional estatal dos E.U.A. confere ao estudo de Baillargeon e colaboradores um alto grau de poder estatístico e de generalização. Quanto às principais ofensas violentas, os detidos com esquizofrenia tinham maiores taxas de agressão, roubo e homicídio, e bastante maior probabilidade de ter tido prisões prévias do que os detidos sem perturbação psiquiátrica. Os resultados do estudo de Baillargeon *et al.* (2009) sugerem um risco de reincidência substancialmente aumentado entre internados com doença mental libertados.

A conclusão mais relevante da meta-análise de Bonta *et al.* (1998) é a de que os ofensores com perturbações mentais, comparados com os sem perturbações mentais, têm menor probabilidade de reincidir, em geral ($r = -0,19$) ou violentamente ($r = -0,10$), apesar de os preditores de reincidência geral e violenta entre ambos serem quase idênticos. Esta descoberta corrobora integralmente a do estudo de Rice *et al.* (1990), que se refere a um período de acompanhamento médio de seis anos após a libertação. Bonta e colaboradores interpretam esta menor taxa de reincidência com o facto dos ofensores com perturbações mentais estarem a ser desviados do sistema de justiça criminal para o sistema de saúde mental. Como as anteriores admissões para tratamento psiquiátrico mostraram ser preditores da reincidência geral e violenta, sugere-se que os ofensores com perturbações mentais são

razoavelmente bem conhecidos das autoridades psiquiátricas, e que talvez sejam monitorizados e readmitidos para tratamento em caso de comportamento problemático. Uma outra explicação avançada por Bonta e seus colaboradores prende-se com o simples facto do grupo de comparação consistir de ofensores criminais condenados e com maior probabilidade de deterem já um registo criminal, sendo razoável esperar que, em comparação com estes, os ofensores com perturbações mentais apresentem taxas de reincidência mais baixas.

Apesar da relevância dos resultados do estudo de Bonta *et al.* (1998), eles são contrariados por uma revisão sistemática de seis bases de dados bibliográficas do período 1966-2009, e meta-análise do risco de reincidência em doentes com perturbações psicóticas, que reuniu uma amostra de 27 estudos de dez países apresentando risco de reincidência em indivíduos com perturbação psicótica (N= 3.511), comparando-os com indivíduos com outras perturbações psiquiátricas (N= 5.446) e indivíduos saudáveis (N= 71.552) (Fazel e Yu, 2011). Dois resultados principais foram alcançados. Existia uma associação modesta entre psicose e reincidência quando os indivíduos com psicose eram comparados com sujeitos de controlo da população geral sem perturbação mental. O risco de reincidência diferia de acordo com o grupo de comparação, e não havia associação entre psicose e reincidência quando indivíduos com outras perturbações psiquiátricas eram usados como sujeitos de controlo (Fazel e Yu, 2011). Apesar disto, não se encontrou apoio para concluir que a psicose está associada com menor risco de reincidência. Porém, os autores salientam que estes resultados não implicam necessariamente que tais fatores clínicos contribuam significativamente para a predição do risco, pois é possível que outros fatores não tenham sido devidamente ajustados nos estudos que compõem a meta-análise. Uma das explicações avançadas para o contraste com o estudo de Bonta *et al.* (1998) reside no facto deste incluir apenas estudos onde outras perturbações psiquiátricas eram usadas como comparação.

A questão central aqui é saber se as perturbações mentais são fatores de risco dinâmicos (Blackburn, 2004). Os princípios de intervenção efetiva (Andrews, 1995) assumem que as doenças mentais, a ansiedade, a psicopatia e outras perturbações da personalidade são fatores que afetam a responsividade, i.e., os modos efetivos da prestação de serviço. Excetuando a psicopatia, estas variáveis psicopatológicas não são consideradas por um modelo sociopsicológico como fatores de risco dinâmicos, ou necessidades criminógenas preditivas de comportamento criminal para a maioria dos ofensores com perturbações mentais (Blackburn, 2004; Andrews e Bonta, 2010b). Consequentemente, Bonta *et al.* (1998) argumentam que não é expectável que programas que apontem a sintomas psiquiátricos

tenham alguma influência substancial sobre o comportamento criminal. No mesmo sentido, outros autores, apontando uma associação inversa entre variáveis clínicas e violência futura, não apoiam a perspectiva de que o tratamento das perturbações reduziria a reincidência violenta (Harris e Rice, 1997; Steadman *et al.*, 2000).

O núcleo da referida abordagem sociopsicológica centra-se em fatores sociais e pessoais que premeiam e não punem a atividade criminal contínua (Bonta *et al.*, 1998). Tais fatores incluem um histórico de benefícios derivados da atividade criminal, um ambiente social que encoraja e tolera o crime e os criminosos e atitudes e valores pessoais de apoio a comportamento criminal (Andrews e Bonta, 2010b). Esta abordagem foi sustentada em diversos resultados da meta-análise de Bonta e colaboradores, nomeadamente no facto da história criminal ser um dos melhores preditores de comportamento violento, quer em ofensores com perturbações mentais, quer noutros grupos de ofensores (Gendreau *et al.*, 1996), e também no surpreendente fracasso das variáveis clínicas na predição da reincidência (Bonta *et al.*, 1998). As teorias sociopsicológicas sugerem também que os programas mais efetivos na redução da reincidência são os que têm como alvo as necessidades diretamente relacionadas com a criminalidade, como atitudes pró-criminais e parceiros criminais (Andrews e Bonta, 2010b). Porém, o abandono generalizado da perspectiva sociopsicológica fica demonstrado no facto de nenhum dos estudos incluído na meta-análise verificar a influência dos parceiros criminais, um dos fatores de risco mais documentado na literatura criminológica comum (Bonta *et al.*, 1998). Tal poderá ser explicado pela influência dominante dos modelos psicopatológicos no estudo dos ofensores com perturbações mentais (Andrews e Bonta, 2010b).

Contudo, descobriu-se que o controlo dos sintomas psicóticos através de um cumprimento melhorado do tratamento era o fator mais significativo na redução da violência (Swartz e Swanson, 2002, citados por Blackburn, 2004). Além disso, os fatores de risco são correlativos e não causas, pelo que a indicação de uma variável como sendo significativa nonexo causal de variáveis pessoais e situacionais que conduzem ao ato lesivo leva a que a sua melhoria seja uma pré-condição necessária para a redução do risco (Blackburn, 2004). Enquanto a relação geral entre perturbações mentais, crime e violência permanecer uma questão empírica, o argumento de que aquelas não são alvos apropriados na redução do risco é pouco convincente (Blackburn, 2004).

2.3 – O ressurgimento das políticas de tratamento e reabilitação.

As abordagens a políticas penais contemporâneas oscilam entre a punição/retribuição e a reabilitação (Ogloff e Davis, 2004). Durante bastante tempo, provou-se que algumas intervenções podem reduzir a reincidência, e ao longo das décadas de 50 e 60 a reabilitação foi vista como uma abordagem promissora para essa finalidade (Bonta e Andrews, 2007). O princípio retributivo, que ganha destaque nos anos 70, defende que o propósito da sentença é fixar uma penalidade com severidade proporcional à da ofensa, pelo que a reabilitação era considerada não só irrelevante como até injusta, por interferir com a retribuição do mal praticado pelo ofensor (Andrews e Bonta, 2010a). Mas as provas acumuladas mostram que o movimento retributivo foi um falhanço desastroso, já que a psicologia da punição demonstra a insensatez de considerar esta como espinha dorsal da política de justiça criminal (Andrews e Bonta, 2010a).

Dois importantes desenvolvimentos surgem nos anos 80, começando a consolidar-se a ideia de que o tratamento pode ser efetivo na redução significativa da reincidência. Em primeiro lugar, o desenvolvimento das técnicas meta-analíticas permite resumir a literatura referente ao tratamento, estimada em cerca de 500 estudos em 1990 (Andrews e Bonta, 2010b), confirmando também a eficácia global do tratamento do ofensor (McGuire, 2004). Em segundo lugar, surge a Teoria da Psicologia da Conduta Criminal (PCC), por Andrews e Bonta (2010b), interessada nas diferenças individuais do comportamento criminal, o que a torna um guia particularmente útil para a avaliação do risco e o planeamento de tentativas de reabilitação (Ogloff e Davis, 2004). A PCC está aberta a todos os potenciais correlativos da conduta criminal, sejam situacionais, circunstanciais, biológicos, pessoais, interpessoais e familiares, ao contrário das explicações da criminologia sociológica que localiza a causa do crime na estrutura social e respetiva desigualdade económica e política (Andrews, 1995; Andrews e Bonta, 2010a).

2.3.1 – A Psicologia da Conduta Criminal (PCC)

Como ciência, a PCC é uma abordagem à compreensão do comportamento criminal dos indivíduos através (a) da aplicação ética e humana de métodos de investigação sistemáticos e empíricos e (b) da construção de sistemas explicativos racionais. Profissionalmente, envolve a aplicação ética de conhecimentos e métodos psicológicos à tarefa de prognosticar e influenciar a probabilidade de comportamento criminal e à redução dos custos humanos e sociais associados com o crime (Andrews e Bonta, 2010b). Como

exigem as abordagens contemporâneas da psicologia e da medicina, uma intervenção psicológica deve basear-se em provas, pelo que se devem desenvolver programas de reabilitação de ofensores baseados em teoria (Ogloff e Davis, 2004).

A PCC é fundada nos princípios da Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, que por seu lado recorre à Teoria de Associação Diferencial de Sutherland e Teoria do Condicionamento Operante de Skinner (Ogloff e Davis, 2004). A Teoria da Associação Diferencial propunha que, através da associação com pessoas de atitude pró-criminal (mas não necessariamente criminosas), os indivíduos desenvolvem atitudes, percepções e motivos similares, aprendendo ao mesmo tempo a desvalorizar os costumes convencionais. O condicionamento operante defende que o comportamento reforçado é mais suscetível de voltar a ocorrer. A Teoria da Aprendizagem Social salienta que os sujeitos podem aprender qualquer comportamento através da observação de outras pessoas comprometidas com o mesmo (Andrews e Bonta, 2010a; Ogloff e Davis, 2004). A ideia central subjacente é que os sujeitos adquirem rotinas comportamentais e cognitivas que são produto do seu temperamento e do ambiente social no qual teve lugar a sua aprendizagem (McGuire, 2004).

Apesar de existirem inúmeras vias para a criminalidade, a PCC sugere vários fatores preponderantes, tais como apresentar atitude, personalidade e companheiros antissociais, e um histórico de ofensas. Influências menos relevantes incluem problemas familiares e indicadores de realização social, tais como trabalho e escola. Portanto, a PCC tem uma perspetiva ampla, reconhecendo que fatores pessoais, interpessoais e sociais estão envolvidos na entrada e manutenção no comportamento criminal (Ogloff e Davis, 2004). Ela procura uma compreensão racional e empírica para a conduta criminal dos indivíduos, para a variação na ocorrência de atos criminais e, em particular, para as diferenças individuais na atividade criminal (Andrews e Bonta, 2010b). Além disso, constitui uma abordagem conceptual aberta e flexível na procura de uma efetiva prevenção e reabilitação (Andrews, 1995).

2.3.2 – Princípios e modelo do Risco, Necessidade e Responsividade (RNR)

2.3.2.1 – Princípios do RNR

A PCC proporciona indicações para a avaliação de ofensores e sua classificação para tratamento, incorporadas em três princípios centrais propostos por Andrews, Bonta e Hoge em 1990 (Ogloff e Davis, 2004):

1 – *Princípio do risco* – exprime *quem* deve ser tratado (Andrews e Bonta, 2010a) e consiste em duas proposições: predição e correspondência. Para os ofensores serem classificados e receberem a intervenção apropriada, é necessário avaliar e prognosticar com fiabilidade o nível de risco de reincidência de cada indivíduo, pelo que são fundamentais instrumentos de risco baseados em provas (Bonta e Andrews, 2007). A correspondência significa que o grau de intensidade da intervenção deve condizer com este nível de risco, ou seja, a intervenção mais intensa deve ser proporcionada àqueles avaliados como estando em alto risco de reincidência e deve ser minimizada para os ofensores de baixo risco (Andrews e Bonta, 2010a; Andrews e Dowden, 2007; Latessa e Lovins, 2010), que apresentam melhores resultados com um nível menos intensivo de serviço e intervenção (Ogloff e Davis, 2004), sob pena de se verificar um aumento de reincidência (Latessa e Lovins, 2010). Esta correspondência do tratamento ao nível de risco é a essência do princípio do risco e a ponte entre a avaliação e o tratamento efetivo (Andrews e Bonta, 2010b).

O princípio do risco pressupõe uma avaliação do risco fiável e válida (Andrews e Bonta, 2010a; Latessa e Lovins, 2010), estando demonstrado que as abordagens atuariais proporcionam melhor precisão preditiva do que um julgamento clínico desestruturado em geral (Ægisdóttir *et al.*, 2006; Grove *et al.*, 2000), conclusão também válida para a avaliação de risco de futuros crimes (Andrews *et al.*, 2006; Bonta *et al.*, 1998).

2 – *Princípio da necessidade* – descreve *o que* deve ser tratado, procedendo à distinção entre necessidades criminógenas e não criminógenas, isto é, as que estão relacionadas com o comportamento criminal e as que têm muito menor ou nenhuma relação causal com aquele (Andrews e Bonta, 2010a – ver Tabela 1). As primeiras são um subconjunto do nível de risco de um ofensor, fatores de risco dinâmicos que, sendo alterados, estão fortemente associados a alterações na probabilidade de reincidência, pelo que a sua identificação é uma parte importante da avaliação do risco (Ogloff e Davis, 2004, Latessa e Lovins, 2010). Contudo, poucas variáveis demonstraram incrementar a validade preditiva face às avaliações iniciais (Andrews, 1995). As segundas são igualmente fatores dinâmicos e

alteráveis, mas estão debilmente associados com a reincidência (Andrews e Bonta, 2010b). Assim, se o tratamento tem a intenção de reduzir a reincidência, as mudanças devem ocorrer nos fatores de necessidade criminógenos (Ogloff e Davis, 2004; Andrews e Dowden, 2007; Andrews e Bonta, 2010b). É importante notar que a maioria dos ofensores não se encontra em alto risco de reincidência por apresentar um único fator de risco ou necessidade, apresentando múltiplos fatores (Latessa e Lovins, 2010).

Tabela 1. Necessidades criminógenas e não criminógenas

Criminógenas	Não criminógenas
Atitudes pró-criminais (pensamentos, valores e sentimentos de apoio a comportamento criminal)	Baixa autoestima
Personalidade antissocial (baixo autocontrole, hostilidade, desprezo pelos outros, insensibilidade)	Sentimentos vagos de desconforto emocional (ansiedade, tristeza, isolamento)
Parceiros antissociais	Perturbação mental grave (esquizofrenia, depressão)
Realização social (educação, emprego)	Falta de ambição
Família/cônjuge (instabilidade conjugal, pobre aptidão parental, criminalidade)	Histórico de vitimização
Abuso de substâncias	Receio de punição oficial
Lazer/recreação (falta de atividades pró-sociais)	Falta de atividade física

Fonte: Andrews e Bonta (2010a).

Tal como o princípio do risco, o princípio da necessidade reclama por uma avaliação das necessidades criminógenas (Andrews e Bonta, 2010a), sendo por isso preferível, de uma perspectiva de tratamento, instrumentos atuariais de risco que incluem fatores de risco estáticos e dinâmicos a instrumentos que consistem amplamente de fatores estáticos (Bonta, 2002). Outro ponto importante a considerar é o fato de os sete domínios de necessidades criminógenas serem baseados numa perspectiva geral de personalidade e aprendizagem social da conduta criminal (Andrews e Bonta, 2010a e 2010b). Em conjunto com o histórico criminal, largamente um constructo estático, os domínios criminógenos da atitude e

associados pró-criminais e a personalidade antissocial, representam os denominados “quatro grandes” fatores de risco. As restantes necessidades criminógenas completam os “oito centrais” fatores de risco de conduta criminal (Andrews e Bonta, 2010a).

3 – *Princípio de responsividade* – trata do *como* da intervenção (Andrews e Bonta, 2010a). Para além dos fatores de risco, existem por vezes características pessoais do indivíduo que devem ser avaliadas, pois podem afetar ou mesmo impedir o seu compromisso com o tratamento. Dessa avaliação pode por vezes resultar uma melhoria da efetividade do tratamento (Latessa e Lovins, 2010; Ogloff e Davis, 2004). Este princípio refere-se à prestação de programas de tratamento de forma consistente com a capacidade e modelo de aprendizagem do ofensor (Andrews e Bonta, 2010b). Há a considerar duas partes neste princípio. A primeira, relativa ao princípio geral de responsividade (Andrews e Bonta, 2010b), envolve fatores internos do indivíduo (Ogloff e Davis, 2004), apelando à utilização de métodos de aprendizagem cognitiva e social para influenciar o comportamento, sendo estes os mais eficazes independentemente do tipo de ofensor (Bonta e Andrews, 2007). Esta abordagem cognitiva e comportamental é consistente com a atenção dada pela PCC à aprendizagem social (Ogloff e Davis, 2004).

A segunda parte é a referente ao princípio específico de responsividade, que reclama uma individualização do tratamento de acordo com os pontos fortes, capacidade, motivação e personalidade do indivíduo (Bonta e Andrews, 2007), devendo ser adaptado àqueles fatores de forma que melhor possa condizer com cada caso específico (Andrews e Bonta, 2010a e 2010b).

2.3.2.2 – O modelo RNR

Com a acumulação de estudos desde 1990, os três princípios centrais de tratamento efetivo cresceram em número, tendo em vista o reforço e a melhoria do modelo e a implementação de intervenções efetivas (Bonta e Andrews, 2007). Todavia, os princípios do risco, necessidade e responsividade constituem o núcleo que, em conjunto, veio a ser conhecido como o modelo RNR de reabilitação de ofensores (Andrews e Bonta, 2010a). Este modelo influenciou o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do risco e de programas de reabilitação de ofensores, demonstrando que a mudança de comportamento pode ser facilitada pela intervenção apropriada, como o comportamento dos ofensores pode ser prognosticado de forma fiável, útil e prática, e como os programas de reabilitação que adiram ao modelo RNR podem reduzir significativamente a reincidência, enquanto a não adesão ao

mesmo está associada quer ao aumento da reincidência, quer a um efeito nulo nesta (Bonta e Andrews, 2007).

Vários trabalhos de meta-análise resumiram centenas de estudos sobre as características dos indivíduos e as suas circunstâncias associadas com o comportamento criminal (e.g., Andrews e Bonta, 2010b e McGuire, 2004). A importância dos princípios do RNR foi posteriormente confirmada por Andrews e Bonta (2010b) quando relataram os resultados de 374 testes sobre efeitos do tratamento e sanções criminais, ao concluírem que, se há alguma política de justiça criminal que funciona na redução da reincidência, é aquela baseada no tratamento, e não na punição (Andrews e Bonta, 2010a).

Por outro lado, o modelo RNR parece ser generalizável numa variedade de cenários, comportamentos criminais e subtipos de ofensores – jovens, mulheres, minorias, ofensas violentas – sendo a sua robustez evidente não só ao nível da sua aplicabilidade geral, mas também em comparação com outras intervenções de tratamento (Andrews e Bonta, 2010a).

2.3.2.3 – As implicações do modelo RNR na avaliação do risco

O modelo RNR dá uma grande importância à reabilitação do ofensor, evidenciando os fatores – individuais, sociais, contextuais – que devem ser identificados num processo de avaliação sistemático (Ogloff e Davis, 2004). Este deve alicerçar-se em fatores empiricamente fundados, possuir validade preditiva e testar vários domínios de risco e necessidades criminógenas (Bonta, 2002).

É neste contexto que se dá o desenvolvimento do instrumento de classificação de ofensores LSI-R (*Level of Service Inventory - Revised*), por Andrews e Bonta em 1995, o qual utiliza traços ou necessidades criminógenos estáticos e dinâmicos como base para a avaliação de ofensores (Ogloff e Davis, 2004).

Tendo sido amplamente utilizado na América do Norte, na Austrália, em Inglaterra e em algumas partes da Europa, é hoje o mais investigado instrumento de classificação de ofensores, sendo considerado um forte preditor de reincidência em várias populações de ofensores (e.g., homens e mulheres, doentes mentais) e em cenários correcionais institucionais ou na comunidade (Ogloff e Davis, 2004).

Em 2004, surge o modelo revisto do LSI-R, o *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI), que proporciona uma atenção reforçada à conexão entre avaliação e gestão de caso, além de considerar fatores especiais de responsividade com o objetivo de maximizar os benefícios das intervenções de tratamento (Andrews e Bonta, 2010b).

Assim, podemos afirmar que a avaliação do risco e a das necessidades criminógenas são um componente necessário mas não suficiente num processo de avaliação, já que o princípio da responsividade é também um importante componente do modelo, particularmente para a correspondência do tratamento ao nível do risco (Ogloff e Davis, 2004).

Por outro lado, do modelo RNR derivam várias implicações políticas e práticas. Primeiro, como já vimos anteriormente, os ofensores de baixo risco devem ter o mínimo contacto com os de alto risco, pois correm um risco acrescido de reincidência quando expostos ao modelo antissocial dos ofensores de alto risco (Andrews e Bonta, 2010a). Segundo, o pessoal encarregue de prestar os serviços de tratamento deve ser devidamente selecionado, treinado, supervisionado e financiado. Por fim, o modelo RNR tem também implicações a nível dos tribunais, cujas decisões têm um forte impacto nos ofensores (Andrews e Bonta, 2010a). A liberdade pode ser cerceada e o tratamento ordenado, os juízes podem desviar os ofensores de baixo risco do meio prisional, minimizando o contacto com os ofensores de alto risco, e podem também conceder condições de tratamento que correspondam às necessidades criminógenas em lugar de fixar condições genéricas (Andrews e Dowden, 2007).

Em conclusão, o modelo RNR está longe de ser perfeito, necessitando de mais aperfeiçoamento e clarificação, num trabalho em curso que aumentará as contribuições da psicologia na compreensão e gestão da criminalidade (Andrews e Bonta, 2010a).

Capítulo 2 – METODOLOGIA

1 – Participantes

1.1 - Critério de inclusão no estudo

O conjunto dos participantes no presente estudo foi selecionado a partir da atual população de internados inimputáveis por anomalia psíquica, aos quais foi aplicada a medida de segurança de internamento, nos termos conjugados dos artigos 124.º e 20.º do Código Penal Português¹⁰ (CPP) e art.º 126.º e seguintes do Código de Execução de Penas e Medidas Privativas de Liberdade¹¹ (CEPMPL) afetos à área do Distrito Judicial do Porto¹², no qual o Tribunal de Execução de Penas do Porto (TEP-P) é o tribunal com competência especializada para acompanhar e fiscalizar a execução da medida de segurança de internamento – art.º 91.º da Lei de Organização e Funcionamento dos Tribunais Judiciais¹³ (LOFTJ).

O processo de seleção dos participantes obedeceu a um critério de inclusão: incluíram-se apenas os indivíduos do sexo masculino atualmente internados com diagnóstico de esquizofrenia, nos seus diversos subtipos. Posteriormente, estes indivíduos foram divididos em dois grupos, conforme o tipo de crime cometido: homicídio, por um lado, e outros crimes, por outro.

1.2 – Procedimento de seleção da amostra

O procedimento de apuramento da amostra desenvolveu-se em várias fases. Em primeiro lugar, foi efetuado um levantamento de todos os processos pendentes no TEP-P denominados “Delinquente Inimputável Perigoso” ou “Internamento”, consoante tenham sido autuados ao abrigo da anterior legislação relativa à execução das penas¹⁴ ou do atual CEPMPL, por intermédio do programa informático de tramitação processual próprio dos tribunais portugueses. Desta pesquisa foi apurado um total de 182 processos (Tabela 2), repartidos pelos 1.º e 2.º Juízos do TEP-P (N=67 e N=115, respetivamente).

¹⁰ Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, e sucessivas alterações.

¹¹ Lei n.º 115/2009, de 12 de Outubro, e sucessivas alterações.

¹² Conferir em: <http://www.trp.pt/distrito/mapa-distrito-judicial-porto.html>.

¹³ Lei n.º 52/2008, de 28 de Agosto, e sucessivas alterações.

¹⁴ Decreto-Lei n.º 783/76 de 29 de Outubro.

Tabela 2. Total de processos de internamento no TEP-P – Dezembro 2012 (N= 182)

	n	%
Esquizofrénicos Homicidas	25	13,7
Esquizofrénicos não Homicidas	20	11,0
Esquizofrénicos Homicidas incompletos	3	1,6
Esquizofrénicos não Homicidas incompletos	9	4,9
Outras Patologias	59	32,4
Liberdade Definitiva	19	10,4
Liberdade para Prova	16	8,8
Hospital Magalhães Lemos	13	7,1
Findos	11	6,0
Pena Relativamente Indeterminada	5	2,7
Prisão Efetiva	2	1,0

Através de uma primeira análise informática, foi desde logo possível detetar processos nos quais os internados tinham já beneficiado de liberdade definitiva (n=19) por termo da medida de internamento, ou que tinham já findo, nomeadamente por morte do internado (n=11), mas que ainda não tinham sido devidamente arquivados. Também foi possível detetar internados que transitaram para o regime de pena relativamente indeterminada (n=5) ou de pena de prisão (n=2), por razão de cessação da inimputabilidade, mas cujos processos continuavam autuados como “Internamento”. Assim, o número inicial de processos ficou reduzido a 145.

Num segundo momento, iniciámos a consulta individual dos processos, de modo a apurar os que se enquadravam no critério de inclusão que estabelecemos (Tabela 3). Na sequência dos resultados dessa análise, excluímos os processos de internados a quem havia sido diagnosticada outra patologia que não a esquizofrenia (n=59), os processos nos quais o internado se encontrava libertado ao abrigo do regime de Liberdade para Prova previsto no art.º 94º do CPP (n=16) e os processos que haviam sido remetidos ao Hospital de Magalhães Lemos para elaboração do relatório de perícia psiquiátrica que antecede a revisão obrigatória prevista no art.º 158º do CEPML (n=13), por impossibilidade de obtenção de informação.

Tabela 3. Total de processos de internamento efetivos – TEP-P Dezembro 2012 (N=129)

	n	%
Esquizofrénicos Homicidas	25	19,4
Esquizofrénicos não Homicidas	20	15,5
Esquizofrénicos Homicidas incompletos	3	2,3
Esquizofrénicos não Homicidas incompletos	9	7
Outras Patologias	59	45,7
Remetidos ao Hospital Magalhães Lemos	13	10,1

Deste modo, foram obtidos 57 processos de internados que cumpriam o critério fixado para inclusão na amostra, ou seja, tratar-se de doentes esquizofrénicos do sexo masculino condenados por crime de homicídio ou outros crimes. Contudo, uma análise subsequente determinou ainda a exclusão de 12 processos, relativos a esquizofrénicos não homicidas (n=9) e homicidas (n=3), por, em virtude de serem demasiado recentes, não disponibilizarem informação suficiente.

Num terceiro momento, retiramos toda a informação relativa aos internados relevante para o preenchimento da grelha de análise de processos e do instrumento *Level of Service/Case Management (LS/CMI)*, tendo sido possível alcançar um equilíbrio entre o número de sujeitos de cada um dos grupos: esquizofrénicos homicidas (N=25) e não homicidas (N=20).

Assim, obtivemos o conjunto mais representativo da população de sujeitos inimputáveis internados sob alçada da jurisdição do TEP-P, no qual estão presentes os dois conceitos cuja associação a literatura considera exporem mais o doente mental ao risco de contacto com o sistema penal: a esquizofrenia e o homicídio (Eronen, Hakola, Tiihonen, 1996; Eronen, Tiihonen, Hakola, 1996). Além disso, consideramos relevante, em termos de representatividade, termos conseguido incluir na nossa investigação toda a população de indivíduos que reuniam o critério de seleção por nós estabelecido e cujos processos judiciais permitiram obter toda a informação necessária.

Salientamos o facto de termos obtido uma amostra muito representativa da população de inimputáveis internados a nível nacional, uma vez que, segundo as últimas estatísticas disponíveis da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP, 2013), relativas a 31 de Dezembro de 2012, estavam sujeitos a medidas de segurança 231 inimputáveis (213 homens e 18 mulheres), 130 em estabelecimentos psiquiátricos não prisionais e 101 em estabelecimentos psiquiátricos prisionais.

1.3 - Caracterização dos inimputáveis: variáveis demográficas

A idade dos 45 sujeitos varia entre os 27 e os 82 anos ($M=43,62$; $DP=12,31$) – Tabela 4. Ao nível da escolaridade, verificamos que, na globalidade, ela é baixa, situando-se maioritariamente ao nível do 1º ciclo (35,6%), do 3º ciclo (24,4%) e do 2º ciclo (20%), sendo de salientar a existência de dois indivíduos com escolaridade ao nível universitário (4,4%). Quanto aos restantes, cinco (11,1%) frequentaram o ensino secundário e dois (4,4%) são analfabetos.

Tabela 4. Variáveis demográficas (N=45)

	Mín. – Máx.	<i>M (DP)</i>
Idade	27 – 82	43,62 (12,31)
	n	%
Nível de ensino		
Analfabetos	2	4,4
1º Ciclo	16	35,6
2º Ciclo	9	20
3º Ciclo	11	24,4
Secundário	5	11,1
Universitário	2	4,4
Desempenho Profissional		
Desempregado	16	35,6
Pensionista/Reformado	15	33,3
Construção Civil	9	20
Profissões indiferenciadas	5	11,1
Estado Civil		
Solteiro	41	91,1
Divorciado	2	4,4
Viúvo	2	4,4

Relativamente ao nível de desempenho profissional, aferido ao tempo do início do internamento, 35,6% dos indivíduos estavam desempregados, 33,3 % eram pensionistas ou reformados por invalidez, 20% trabalhavam na construção civil e 11,1% exerciam profissões indiferenciadas, como agricultura ou venda ambulante.

Quanto ao estado civil, a amostra é maioritariamente composta por indivíduos solteiros (91,1%), existindo um número reduzido de divorciados (4,4%) e viúvos (4,4%).

2 – Objetivos gerais e específicos do presente estudo

A sociedade tem interesse em conhecer, de entre os declarados agressores, quais são suscetíveis de cometer crimes, sendo necessários julgamentos implícitos ou explícitos acerca da probabilidade de futuro comportamento antissocial no momento da sentença judicial, liberdade condicional e libertação. A suposição generalizada em toda esta área da política social é a de que se toda a mudança na conduta criminal fosse atribuída a um erro de medida e ao ambiente, e não às características individuais, a ocorrência de crime nunca poderia ser afetada por decisões relativas à institucionalização dos agressores. Contudo, o fato é que existe uma longa história de investigação dirigida à descoberta dos preditores da reincidência – características individuais relacionadas com futura conduta antissocial entre indivíduos já identificados como tendo cometido crimes (Quinsey, Harris, Rice e Cormier, 1998).

Nas últimas décadas, assistiu-se a uma acumulação significativa de conhecimento sobre a capacidade dos técnicos na previsão de violência e perigosidade em indivíduos com perturbações mentais e de personalidade, facto cada vez mais relevante hoje em dia, devido ao debate acerca da extensão em que tais opiniões clínicas devem ser codificadas e seguidas pelos tribunais e conselhos técnicos de liberdade condicional (Polvi, 2001).

O nosso estudo pretende, de uma forma genérica, proceder a uma avaliação do nível de risco numa população de indivíduos doentes mentais internados, com diagnóstico de esquizofrenia, os quais foram divididos em dois grupos, um de condenados por crime de homicídio e outro de condenados por outros crimes menos graves, utilizando para o efeito um dos instrumentos preditivos estatísticos ou atuariais previstos e validados pela literatura. Tendo em vista este objetivo geral, serão considerados os seguintes objetivos específicos:

- a) Proceder à caracterização geral dos inimputáveis através de um conjunto de variáveis constantes de uma grelha de análise, com base na informação processual disponível;
- b) Simultaneamente, determinar o nível de risco com a utilização de um instrumento atuarial de 4ª geração;
- c) Diferenciar os grupos de esquizofrénicos homicidas e não homicidas, com base no resultado das análises referidas.

O presente estudo poderá, por um lado, contribuir para a investigação empírica sobre ofensores com perturbações mentais e, por outro, ajudar a fundar a prática comum de avaliação destes ofensores numa avaliação de risco atuarial. Uma melhoria na avaliação do

risco desta população permitirá a todos os intervenientes no processo de acompanhamento do internamento uma tomada de decisão mais precisa e correta.

3 – Procedimentos de recolha de dados

3.1 – A opção por um desenho quantitativo

Desde logo, ao TEP-P foi apresentado um pedido formal de consulta dos processos judiciais, ao abrigo do disposto no art.º 146º, n.º 6 do Código de Execução de Penas e Medidas Privativas de Liberdade (CEPMPL), tendo o mesmo sido deferido pelo respetivo juiz presidente (Anexo 1).

A informação necessária ao nosso estudo consta dos processos judiciais de internamento, autuados sob a denominação “Delinquente Inimputável Perigoso” ou “Internamento”, como vimos atrás. Estes incluem sobretudo dados de natureza judicial, desde os acórdãos judiciais condenatórios que decorrem de todo o processo penal, onde se descreve com bastante detalhe o incidente (Steury e Choinski, 1995), e que determinam o internamento por inimputabilidade, até às sentenças dos Conselhos Técnicos realizados pelo TEP-P aquando de cada uma das revisões obrigatórias do internamento a que alude o art.º 158.º do CEPMPL. Também se pode aceder aos relatórios de avaliação psiquiátrica forense, realizados a pedido do tribunal em várias fases do processo de execução da medida de internamento, à informação dos técnicos de reinserção social que acompanham a evolução das condições socioeconómicas do internado e do seu agregado familiar, aos dados relativos ao seu histórico psiquiátrico (internamentos, tratamentos em ambulatório ou existência de doença mental na família) e ao seu histórico criminal.

Posteriormente, com vista ao seu tratamento estatístico, os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0.

Do conjunto de informação obtida por intermédio dos processos judiciais, o desenho de investigação consiste em dois conjuntos de variáveis: as relativas à caracterização da amostra, de carácter mais genérico e que constam da grelha de análise de processos judiciais (Anexo 2), um dos instrumentos utilizados na recolha dos dados, e as variáveis que formam parte do instrumento atuarial LS/CMI, o nosso segundo instrumento. Quanto às variáveis de caracterização da amostra, temos:

- Variáveis demográficas: idade, escolaridade, desempenho profissional e estado civil;

- Variáveis relativas à história criminal: antecedentes criminais e tipo de crime praticado;
- Variáveis relativas à doença: antecedentes psiquiátricos familiares, tratamento psiquiátrico, patologia principal e secundária;
- Variáveis relativas ao percurso de internamento: a idade no momento do internamento, o tempo de internamento, a duração da medida de internamento, a existência de Licenças de Saída Jurisdicional¹⁵ e de Liberdade para Prova¹⁶, as visitas de familiares e a ocupação no estabelecimento psiquiátrico;
- Variáveis relativas ao enquadramento sociofamiliar.

Relativamente às variáveis que constam do instrumento LS/CMI, elas correspondem aos 43 itens que estão divididos pelos 8 subcomponentes da Secção 1 – Fatores Gerais de Risco/Necessidade (ver “Caracterização dos instrumentos”).

3.2 – A questão do método de recolha de dados

Procuraremos, relativamente a esta matéria, justificar a nossa opção pela utilização na nossa investigação apenas dos dados que recolhemos da consulta e análise dos processos judiciais dos internados – análise documental.

A avaliação do risco de violência entre doentes psiquiátricos é uma tarefa clínica importante e complexa, pelo que é importante escrutinar as características das estratégias de investigação utilizadas para identificar fatores de risco e para validar instrumentos de avaliação do risco. O método usado para detetar violência por parte do paciente é uma das características chave da investigação sobre avaliação do risco, com potencial influência nos resultados empíricos (Douglas e Ogloff, 2003). Tendo em vista prever a relativa probabilidade de reincidência dos avaliados, os clínicos confiam normalmente em toda a informação obtida diretamente do doente, em entrevista, ou indiretamente, através da consulta de documentos e ficheiros, onde se incluem registos criminais, médicos e prisionais, além de anteriores relatórios e sentenças relativas à concessão de liberdade condicional e avaliações psicológicas (Beech, 2000).

A utilização de informação proveniente de documentos coloca problemas a vários títulos. Muitas vezes, eles não são confiáveis, já que geralmente contêm informação fragmentária e são previstos para fins administrativos, e não de investigação (Farrington,

¹⁵ Conferir art.º 76.º, n.º 2, art.º 79.º e 189.º e seguintes do CEPMPL. Visam manter e promover os laços familiares e sociais e a preparação para a vida em liberdade.

¹⁶ Conferir art.º 94.º e 95.º do CPP. Visa alcançar a finalidade da medida em meio aberto.

1982, citado por Montanez, 1996). Por outro lado, reduzem o número de variáveis a considerar, já que muita informação essencial pode não ser neles encontrada. A informação é inserida por profissionais com conhecimento parcial da situação, e mesmo a informação fornecida pelo autor do crime, quando disponível, foi normalmente escrita por outrem, com as distorções que tal implica. Contudo, quando os sujeitos pretendam distorcer ou ocultar informação de modo a dar uma melhor impressão de si mesmos ou demonstrar a sua inocência, os documentos podem ser fontes úteis se combinados com uma fonte direta como a entrevista (Beech, 2000; Montanez, 1996).

Confrontando as vantagens e limitações do uso de cada um dos métodos de recolha de dados, Beech (2000) aponta como principal ponto forte da análise documental a relativa objetividade das fontes, ao passo que uma das suas potenciais debilidades é a disponibilidade, qualidade e compreensão da informação disponível. Quanto à entrevista, a sua maior potencial vantagem é constituir uma rica fonte de informação, bem como a sua flexibilidade. Uma das maiores desvantagens da entrevista é, no caso de não existir alguma informação colateral proveniente de documentos, o entrevistador ter que efetuar um julgamento acerca da veracidade da informação facultada pelo entrevistado.

Os estudos sobre violência nos doentes mentais tendem a usar um de vários procedimentos de deteção e avaliação, apesar de geralmente se recomendar, em qualquer contexto de investigação, o uso de múltiplas medidas de uma variável de interesse, pois pode compensar desvios inerentes a qualquer procedimento. Apesar disso, a maior parte da investigação no campo da violência por doentes psiquiátricos confia em fontes documentais, pois a inclusão no procedimento de avaliação de relatos do doente ou parentes constituiria um fator de grande sobrecarga em termos de recursos (Douglas e Ogloff, 2003).

Sendo bem conhecidas as potenciais desvantagens da utilização isolada de dados documentais (Steadman *et al.*, 1998), muito menos conhecidos são os efeitos da utilização isolada de diferentes fontes de dados documentais em importantes resultados de investigação, tais como a precisão da avaliação do risco (Douglas e Ogloff, 2003). Ao examinar tais efeitos, estes autores concluíram que a utilização de uma única fonte de dados documentais resulta num desvio à precisão das avaliações do risco, pelo que recomendam o recurso a múltiplas medidas de um constructo, para alcançar uma estimativa mais fiável do mesmo.

Campbell *et al.* (2009), naquela que é, provavelmente, a mais abrangente comparação meta-analítica de instrumentos de predição de violência institucional e reincidência violenta (Yang, Wong e Coid, 2010), incluindo oitenta e oito estudos relativos a ofensores em geral e a

pacientes forenses, afirmam que a tendência de alguns avaliadores para utilizar múltiplas medidas, tendo em vista uma estimativa consensual do risco, pode ser problemática. No seu estudo, 52,2% dos *effect sizes* baseiam-se em métodos de avaliação do risco que envolvem apenas o uso de métodos de extração de ficheiros, enquanto apenas 11,2% utilizam entrevistas. Os resultados alcançados neste estudo permitem concluir pela grande validade preditiva da análise documental, pois esta alcançou o valor mais elevado no grupo denominado “violência institucional” (0,34), e o segundo mais elevado no grupo denominado “reincidência violenta” (0,26), um pouco atrás do método que conjuga análise documental e entrevista (0,30).

Como concretização deste facto, Stewart (2011), embora consciente de que a maior parte dos instrumentos de avaliação do risco recomendam que se entreviste diretamente os ofensores, opta por basear o seu estudo apenas em análise documental, justificando tal decisão com a dificuldade em aceder aos ofensores por todo o país. Para reforçar a sua opção, faz alusão a dois estudos que seguiram a mesma metodologia. No primeiro, Grann *et al.* (2000), citados por Stewart (2011), conseguiram ainda prever significativamente segundas condenações de ofensores com perturbações mentais no prazo de dois anos após libertação, embora assumam que é possível que a simples análise documental constitua uma subavaliação do verdadeiro valor preditivo do instrumento se comparado com o contacto direto com o ofensor. Por seu lado, Wong (1988), citado por Stewart (2011), chega a conclusões semelhantes, sugerindo que a estimativa de psicopatia em homens baseada em análise documental é mais conservadora.

Concluindo, podemos dizer que a nossa opção metodológica no sentido de apenas utilizar a análise documental como fonte de recolha de dados recolhe suporte da literatura no que respeita à validade preditiva destes. Consideramos que a conjugação do método documental com a entrevista seria problemática, sobretudo tendo em conta que as limitações em termos de tempo não permitiriam levar a cabo as duas tarefas convenientemente, já que apenas a consulta e análise dos processos levou mais de um mês a realizar. Tal conjugação poderia, eventualmente, enriquecer o nosso trabalho, mas dadas as limitações referidas, entendemos que tal objetivo poderá ser alvo de um estudo futuro.

4 – Caracterização dos instrumentos

Nesta parte final de definição dos princípios metodológicos que guiaram a nossa investigação, procederemos a uma caracterização dos dois instrumentos selecionados para a recolha dos dados.

4.1 – A grelha de análise de processos judiciais

Atendendo a uma série de variáveis que escolhemos por entendermos serem relevantes para o conhecimento das principais características da amostra, a grelha de análise (Anexo 2) foi constituída da seguinte forma:

- Variáveis relativas ao enquadramento sociofamiliar:
 - Ambiente familiar;
 - Reinserção socioeconómica;
- Variáveis relativas à doença:
 - Antecedentes psiquiátricos familiares;
 - Tratamentos psiquiátricos anteriores ao internamento;
 - Patologia principal;
 - Segunda patologia.
- Variáveis relativas à história criminal:
 - Antecedentes criminais;
 - Tipo de crime cometido;
 - Número de crimes praticados.
- Variáveis relativas ao internamento:
 - Duração da medida de internamento;
 - Licenças de Saída Jurisdicional;
 - Liberdade para Prova;
 - Visitas de familiares;
 - Ocupação no estabelecimento psiquiátrico;
 - Idade ao tempo do internamento;
 - Tempo de internamento.

4.2 – Instrumento de avaliação do risco: o LS/CMI

O *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI) faz parte da família de instrumentos LSI (*Level of Service Inventory*), projetados para assistir profissionais de justiça,

forenses e correcionais no planeamento da gestão e tratamento de ofensores adultos e adolescentes de ambos os sexos. Desta família fazem também parte o *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R), o *Level of Service Inventory-Revised: Screening Version* (LSI-R:SV) e o *Youth Level of Service/Case Management Inventory* (YLS/CMI).

O *Level of Service Inventory – Ontario Revision* (LSI-OR) é uma versão piloto e não publicada do LS/CMI, hoje muito utilizada no estado do Ontario, Canadá (Andrews, Bonta e Wormith, 2004). Desenvolvido no início dos anos 80 pelos investigadores canadianos Donald Andrews e James Bonta, sob a denominação *Level of Supervision Inventory*, foi nos anos 90 atualizado e renomeado *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R), sendo atualmente um dos instrumentos de avaliação mais utilizados para classificar, gerir e tratar a crescente população de ofensores.

O LS/CMI é a versão mais corrente desta família de instrumentos, sendo normalmente descrito como uma avaliação do risco de “quarta geração”, pois inclui uma secção de gestão de caso que auxilia no desenvolvimento de planos individualizados (Vose *et al.*, 2008). Foi desenvolvido para demonstrar a expansão da base de conhecimento sobre a avaliação do risco, a qual cresceu consideravelmente desde a publicação do LSI-R. Constitui uma pesquisa detalhada de fatores de risco e de carência, ao mesmo tempo que se destina a melhorar a qualidade da gestão de cada caso, do planeamento do tratamento e do serviço prestado (Andrews *et al.*, 2004).

O LS/CMI é composto pelas seguintes 11 secções:

- 1 – Fatores Gerais de Risco/Necessidade;
- 2 – Fatores Específicos de Risco/Necessidade;
- 3 – Experiência Prisional – Fatores Institucionais;
- 4 – Outras questões sobre o avaliado (sociais, saúde, saúde mental);
- 5 – Considerações Especiais sobre Responsividade;
- 6 – Resumo dos Fatores de Risco/Necessidade e Sobreposição Técnica;
- 7 – Perfil de Risco/Necessidade;
- 8 – Decisão sobre Programa/Colocação;
- 9 – Plano de Gestão de Caso;
- 10 – Registo de Progressos;
- 11 – Resumo da Decisão sobre Libertação.

Tendo incorporado na secção 1 os itens do LSI-R, diretamente ou com pequenas alterações, embora reduzidos a 43, o LS/CMI reflete nela os “oito centrais” fatores de risco e

necessidade melhor validados (Andrews *et al.*, 2004). Esta secção 1 proporciona o resultado global de risco do ofensor, e, sendo baseada nos itens do LSI-R, descobriu-se que predizia a reincidência, geral e violenta (Andrews e Bonta, 2010b; Andrews *et al.*, 2004, 2006; Campbell *et al.*, 2009; Girard e Wormith, 2004; Rettinger, 1998). Os oito subcomponentes da secção 1 do LS/CMI são (número de itens entre parênteses):

- História Criminal (8);
- Educação/Emprego (9);
- Relações Familiares/Conjugais (4);
- Lazer/Atividades Recreativas (2);
- Conhecidos/Amigos (4);
- Problemas com Álcool/Droga (8);
- Atitude/Orientação Pró-Criminal (4);
- Padrão Antissocial (4).

A atualização efetuada ao LSI-R pelo LS/CMI procedeu à retirada dos subcomponentes “Questões financeiras” e “Alojamento”, tendo o subcomponente “Questões emocionais/pessoais” sido redistribuído no novo “Padrão antissocial” e na secção 4 (Andrews *et al.*, 2004).

Tendo em conta esta relação entre os dois instrumentos, não é surpreendente a muito forte correlação ($r= 0,96$) entre ambos encontrada por Rowe (1999, citado por Andrews *et al.*, 2004). Sete dos subcomponentes do LS/CMI correlacionam-se entre 0,90 e 1,00 com os seus correspondentes na escala LSI-R, sendo que apenas o oitavo subcomponente (Padrão antissocial), não tendo uma contraparte direta, apresenta uma correlação mais elevada de 0,67 com o subcomponente “Atitudes e orientação” do LSI-R.

Considerando os objetivos fixados para o nosso estudo, e a importância decisiva que os “oito essenciais” fatores de risco refletidos na Secção 1 do LS/CMI têm para a validade preditiva das avaliações do risco, apenas utilizamos esta como fonte da informação. Apesar dos autores referirem a necessidade de conduzir uma entrevista, em conjugação com a recolha de informação disponível em registos documentais (Andrews *et al.*, 2004), pelas razões referidas anteriormente, optámos por nos limitarmos a esta última.

A pontuação dos 43 itens da Secção 1 é efetuada através de uma resposta ‘Sim’/‘Não’ ou de uma classificação numa escala de “0” a “3”, em que:

- “0” – Situação muito insatisfatória com necessidade muito clara e forte de melhoria;
- “1” – Situação relativamente insatisfatória com necessidade de melhoria;

“2” – Situação relativamente satisfatória, com alguma margem de melhoria;

“3” – Situação satisfatória sem necessidade de melhoria.

Para a pontuação total da Secção 1 é efetuada a simples soma das respostas ‘Sim’ e das classificações “0” e “1”. No caso de não existir informação adequada disponível para pontuar um dos itens, este será deixado em branco, permitindo o LS/CMI a existência de um máximo de quatro itens omissos, sob pena do teste dever ser considerado inválido (Andrews *et al.*, 2004). A pontuação total da Secção 1 é, por fim, comparada com os limites de pontuação que estão incluídos em cada um dos designados níveis de risco:

- 0 – 4 – Muito Baixo;

- 5 – 10 – Baixo;

- 11 – 19 – Médio;

- 20 – 29 – Alto;

- 30 – 43 – Muito Alto.

Capítulo 3 – RESULTADOS

Neste capítulo, analisam-se os resultados provenientes da grelha de análise de processos judiciais e os da aplicação do instrumento de avaliação do risco de violência e/ou reincidência criminal.

1 – Grelha de Análise de Processos Judiciais

Tendo em vista o objetivo de estudo comparativo dos dois grupos de esquizofrénicos, homicidas e não homicidas, enunciaremos os resultados obtidos nos quatro conjuntos das variáveis caracterizadoras constantes da grelha de análise de processos judiciais, no total da amostra e em cada um dos dois grupos, procurando aferir da existência de diferenças significativas entre ambos.

1.1 – Variáveis relativas à história criminal

Relativamente a este conjunto de variáveis, desde logo concluímos que 51,1% dos elementos da amostra não tinham qualquer registo de ilícitos no momento da ordem judicial da qual resultou a medida de internamento, enquanto 48,9% possuíam antecedentes por prática de ilícitos criminais (Tabela 5).

Tabela 5. História criminal

<i>Variáveis relativas à história criminal</i>	Homicidas (N=25)		Não Homicidas (N=20)		Total (N=45)		χ^2	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Antecedentes criminais							13,95	,000***
Sim	6	24	16	80	22	48,9		
Não	19	76	4	20	23	51,1		
Tipo de crime cometido							n.a.	n.a.
Homicídio tentado	8	32	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.		
Homicídio tentado qualificado	7	28	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.		
Homicídio simples	5	20	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.		
Homicídio qualificado	5	20	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.		
Outros crimes contra pessoas	n.a.	n.a.	6	30	n.a.	n.a.		
Crimes contra património	n.a.	n.a.	10	50	n.a.	n.a.		
Crimes contra vida sociedade	n.a.	n.a.	1	5	n.a.	n.a.		
Tráfico de estupefacientes	n.a.	n.a.	3	15	n.a.	n.a.		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>df</i> <i>p</i>
Número crimes praticados	1,72	1,21	2,05	1,47	1,87	1,33	-,83	43 ,413

Nota. n.a. = não aplicável ****p* <0,001

Da análise comparativa dos grupos, ressalta desde logo a constatação de uma situação de diferença estatisticamente muito significativa entre ambos ($\chi^2=13,95$; $p <0,001$), consubstanciada no facto dos antecedentes criminais se verificarem com maior incidência no grupo dos esquizofrénicos não homicidas do que no grupo dos homicidas.

O principal tipo de crime praticado, pelo qual aos indivíduos foi aplicada a medida de segurança de internamento, serviu para dividir em dois grupos os participantes que cumpriam o critério de inclusão estabelecido: homicidas (grupo I) e não homicidas (grupo II). Desta forma, todos os elementos do grupo I praticaram apenas crime de homicídio e todos os elementos do grupo II praticaram apenas outros tipos de crime que não homicídio, pelo que na Tabela 5 não surgem dados referentes ao crime de homicídio para o grupo II, nem a outros tipos de crime para o grupo I.

Em relação ao primeiro grupo, verificamos a ocorrência do tipo fundamental (homicídio simples, art.º 131.º CPP), da forma tentada (art.º 131.º e 23.º, n.º 1 do CPP) e da forma qualificada (homicídio qualificado, art.º 132.º do CPP). Assim, o homicídio tentado ocorreu em 32% dos casos, o homicídio tentado qualificado ocorreu em 28% dos casos, o homicídio simples verificou-se em 20% dos casos e o homicídio qualificado em 20% dos casos.

Quanto ao grupo II, por razões práticas, agregamos os múltiplos tipos de crime em quatro categorias, de acordo com a sua inserção na sistematização da Parte Especial do Código Penal ou em legislação avulsa¹⁷. Nos outros crimes contra pessoas¹⁸, incluíram-se a ofensa à integridade física (art.º 143.º a 148.º do CPP), a violência doméstica (art.º 152.º do CPP), a coação sexual (art.º 163.º do CPP) e a violação (art.º 164.º do CPP). Nos crimes contra o património, englobamos o furto (art.º 203.º e 204.º do CPP), o roubo (art.º 210.º do CPP), o dano (art.º 212.º a 214.º do CPP) e a extorsão (art.º 223.º do CPP). Nos crimes contra a vida em sociedade, incluiu-se o incêndio (art.º 272.º do CPP) e, em legislação avulsa, o crime de tráfico de estupefacientes (art.º 21.º do DL 15/93, de 22 de Janeiro). Os dados demonstraram que os crimes contra o património ocorreram em 50% dos casos, os outros crimes contra as pessoas, em 30%, o tráfico de estupefacientes, em 15% das ocorrências e os crimes contra a vida em sociedade, em 5% dos casos.

¹⁷ DL 15/93, de 22 de Janeiro e alterações sucessivas – “Tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas”.

¹⁸ Tendo em conta a referida inclusão do crime de homicídio (Capítulo I do Título I da Parte Especial do CPP) exclusivamente no grupo I.

Também nos pareceu relevante investigar o número de crimes pela prática dos quais os sujeitos haviam sido mandados para internamento. A média do total de crimes praticados situou-se em 1,87 ($DP=1,33$), não se verificando uma situação de diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($t=-0,83$; $p=0,413$).

1.2 – Variáveis relativas à doença

Em primeiro lugar, relativamente à existência de antecedentes psiquiátricos familiares no conjunto da amostra, verificou-se que eles ocorriam em apenas 17,8% dos casos, face a uma clara maioria de 82,2% dos casos em que estavam ausentes (Tabela 6). Analisando a relação entre os grupos, constatou-se não existir uma diferença estatisticamente significativa entre eles ($\chi^2=,12$; $p=0,727$).

Tabela 6. Doença

<i>Variáveis relativas à doença</i>	Homicidas (N=25)		Não Homicidas (N=20)		Total (N=45)		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Antecedente psiquiátrico familiar							,12	,727
Sim	4	16	4	20	8	17,8		
Não	21	84	16	80	37	82,2		
Tratamento antes internamento							1,74	,187
Sim	17	68	17	85	34	75,6		
Não	8	32	3	15	11	24,4		
Patologia Principal							3,25	,197
Esquizofrenia paranóide	18	72	10	50	28	62,2		
Esquizofrenia indiferenciada	5	20	9	45	14	31,1		
Esquizofrenia residual/atípica	2	8	1	5	3	6,7		
Segunda Patologia							8,92	,030*
Nenhuma	22	88	10	50	32	71,1		
Debilidade Mental	1	4	5	25	6	13,3		
Toxicofilia Múltipla	2	8	3	15	5	11,1		
Toxicofilia Alcoólica	0	0	2	10	2	4,4		

* $p < 0,05$

No que respeita à existência de tratamento psiquiátrico no momento anterior ao internamento, 75,6% dos sujeitos tinha sido anteriormente submetido a internamentos ou tratamento em ambulatório, enquanto 24,4% nunca recorrera a nenhum tipo de tratamento. Em relação a esta variável, não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($\chi^2=1,74$; $p=0,187$).

Dos subtipos de esquizofrenia identificados no DSM-IV (APA, 2002), a amostra contém casos de esquizofrenia paranoide (62,2%), de subtipo indiferenciado (31,1%) e de esquizofrenia residual/atípica (6,7%), tendo-se constatado que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($\chi^2=3,25$; $p=0,197$).

Além da presença da patologia esquizofrénica, procurámos aferir da presença de uma segunda patologia, concluindo que numa ampla maioria dos casos (71,1%) os indivíduos não apresentavam uma segunda perturbação mental, 13,3% dos indivíduos apresentava debilidade mental, em 11,1% era patente uma comorbilidade de esquizofrenia e toxicofilia múltipla e em 4,4% uma comorbilidade de esquizofrenia e toxicofilia alcoólica. Procedendo a uma análise por grupos, verificamos que existe uma diferença significativa entre os grupos ($\chi^2=8,92$; $p < 0,05$), que se traduz na presença de mais casos de segundas patologias no grupo de não homicidas do que no grupo de esquizofrénicos homicidas.

1.3 – Variáveis relativas ao percurso de internamento

A idade média dos 45 indivíduos no momento do internamento é de 33,00 anos ($DP=8,70$) e o seu tempo médio de internamento é de 10,62 anos ($DP=10,42$) – Tabela 7.

Analisando por grupos, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa no que respeita à idade no momento do internamento ($t=0,27$; $p=0,786$), mas o mesmo já não acontece quanto ao tempo médio de internamento, existindo uma situação de diferença significativa entre os grupos ($t=2,14$; $p < 0,05$), que se traduz numa média de duração da medida de segurança de internamento superior no grupo de esquizofrénicos homicidas ($M=13,48$; $DP=10,08$) face ao de não homicidas ($M=7,05$; $DP=9,94$).

Tabela 7. Internamento

Variáveis relativas ao internamento	Homicidas (N=25)		Não Homicidas (N=20)		Total (N=45)		χ^2	<i>p</i>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Duração do Internamento							9,47	,009**	
Até 8 anos	6	24	13	65	19	42,2			
Até 16 anos	14	56	7	35	21	46,7			
Até 24 anos	5	20	0	0	5	11,1			
Licenças de Saída Jurisdicional							5,38	,146	
Inexistentes	6	24	11	55	17	37,8			
Raras	7	28	5	25	12	26,7			
Esporádicas	7	28	2	10	9	20,0			
Regulares	5	20	2	10	7	15,6			
Liberdade para Prova							,85	,358	
Sim	5	20	2	10	7	15,6			
Não	20	80	18	90	38	84,4			
Visitas de familiares							1,03	,793	
Inexistentes	7	28	8	40	15	33,3			
Raras	3	12	3	15	6	13,3			
Esporádicas	7	28	4	20	11	24,4			
Regulares	8	32	5	25	13	28,9			
Ocupação no estab. psiquiátrico							4,99	,417	
Sujeito dependente	4	16	0	0	4	8,9			
Inexistente	4	16	4	20	8	17,8			
Tarefas indiferenciadas	1	4	2	10	3	6,7			
Terapia ocupacional	7	28	4	20	11	24,4			
Escola	1	4	2	10	3	6,7			
Atividade laboral	8	32	8	40	16	35,6			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Idade ao tempo do internamento	33,32	8,33	32,60	9,36	33,00	8,70	,27	43	,786
Tempo de internamento	13,48	10,08	7,05	9,94	10,62	10,42	2,14	43	,038*

p* < 0,05 *p* < 0,01

Dada a grande disparidade na determinação das medidas de segurança de internamento, fixadas normalmente num intervalo mínimo e máximo de anos¹⁹, decidimos agrupar as durações destas em três categorias: até aos 8 anos, até aos 16 anos e até aos 24 anos de duração máxima, sem prejuízo da possibilidade de prorrogação do internamento por períodos sucessivos de dois anos, prevista no art.º 92.º do CPP.

Da análise do conjunto da amostra resulta que 42,2% dos indivíduos cumprem uma medida de segurança até 8 anos, a 46,7% foi aplicada uma medida de internamento até 16 anos e 11,1% estão internados por um período até 24 anos. Relativamente a esta variável, constatamos existir uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=9,47$; *p* < 0,01), traduzida

¹⁹ Conferir art.º 91.º, n.º 2 e 92.º, n.º 2, em conjugação com o art.º 41.º, n.ºs 1 e 2 do CPP.

numa maior incidência das medidas de segurança de internamento de maior duração nos indivíduos que constituem o grupo de homicidas.

No que concerne ao pedido de Licença de Saída Jurisdicional, nunca foi deferido nenhum a 37,8% dos indivíduos, 26,7% dos indivíduos raramente beneficiaram deste regime, a 20,0% ele é concedido esporadicamente e apenas 15,6% beneficiam dele com carácter regular. No que respeita a esta variável, os dados referentes aos grupos não apresentam diferenças significativas a assinalar ($\chi^2=5,38$; $p=0,146$).

À data da recolha dos dados, o regime de Liberdade para Prova nunca tinha sido concedido a uma esmagadora maioria de 84,4% dos sujeitos e apenas 15,6% tinha dele beneficiado. Esta tendência de disparidade mantém-se quando analisamos os dados por grupos, não sendo de assinalar qualquer diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=,85$; $p=0,358$).

Considerando a frequência das visitas de familiares, em 33,3% dos casos elas são inexistentes, são regulares em 28,9% dos casos, esporádicas em 24,4% e raras em 13,3% dos casos. Também quanto a esta variável não se verifica uma diferença significativa entre os grupos de homicidas e não homicidas ($\chi^2=1,03$; $p=0,793$).

Por fim, quanto à qualidade da ocupação dos indivíduos no estabelecimento psiquiátrico, 35,6% exercem uma atividade laboral no interior do estabelecimento psiquiátrico (e.g., cantina, quinta), 24,4% estão inscritos em terapia ocupacional, 17,8% não exerce nenhuma atividade, em 8,9% dos casos extrema dependência impede qualquer tipo de ocupação, 6,7% desempenha pequenas tarefas indiferenciadas (e.g., jardinagem) e 6,7% estão matriculados na escola. Relativamente a esta variável, também não se verificou ocorrer nenhuma diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos ($\chi^2=4,99$; $p=0,417$).

1.4 – Variáveis relativas ao enquadramento sociofamiliar

Na Tabela 8 observa-se o ambiente de convivência familiar experimentado pelos internados no período que antecede o internamento, caracterizado pelos técnicos de reinserção social como sendo desestruturado em 37,8% dos casos, conflituoso em 28,9% e estável em 33,3% dos casos. Nesta variável, verificou-se não existir uma diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos ($\chi^2=3,36$; $p=0,186$).

Tabela 8. Enquadramento sociofamiliar

<i>Variáveis de enquadramento sociofamiliar</i>	Homicidas (N=25)		Não Homicidas (N=20)		Total (N=45)		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Ambiente Familiar							3,36	,186
Estável	11	44	4	20	15	33,3		
Desestruturado	7	28	10	50	17	37,8		
Conflituoso	7	28	6	30	13	28,9		
Reinserção socioeconómica							1,71	,426
Difícil	20	80	17	85	37	82,2		
Razoável	3	12	3	15	6	13,3		
Boa	2	8	0	0	2	4,4		

A perspetiva de reinserção socioeconómica dos internados era caracterizada pelos técnicos da reinserção social como sendo difícil em 82,2% dos casos, razoável em 13,3% e boa em apenas 4,4% dos casos. Também neste caso não se verificou uma diferença significativa entre os grupos de homicidas e não homicidas ($\chi^2=1,71$; $p=0,426$).

2 – Análise do risco de reincidência criminal (instrumento LS/CMI)

Atendendo ao objeto geral do nosso estudo, i.e., proceder a uma avaliação do nível de risco de violência numa amostra de indivíduos doentes mentais com diagnóstico de esquizofrenia internados por crime de homicídio e por outros crimes menos graves, utilizámos o instrumento LS/CMI, preenchido com base na informação disponível nos processos judiciais daqueles, procurando verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (ver Tabela 9). Confrontámos posteriormente estes resultados com os de estudos de referência na utilização do mesmo instrumento, em ofensores com e sem perturbações mentais.

Tabela 9. Comparação de Médias entre esquizofrénicos homicidas e não homicidas no total da Secção 1 e nas 8 subsecções dos Fatores Gerais de Risco / Necessidade do LS/CMI

<i>LS/CMI</i>	Total (N=45)			Homicidas (N=25)		Não Homicidas (N=20)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>IC (95%)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Total Secção 1 (43)	18,53	5,20	16,97-20,10	16,92	4,28	20,55	5,64	-2,46	43	,018*
História Criminal (8)	2,33	2,29	1,65-3,02	1,24	1,76	3,70	2,16	-4,22	43	,000***
Educação/Emprego (9)	4,60	1,80	4,06-5,14	4,36	1,75	4,90	1,86	-1,00	43	,323
Relações Familiares/Conjugais (4)	1,58	1,16	1,23-1,93	1,36	1,32	1,85	,88	-1,49	41,72	,143
Lazer/Atividades Recreativas (2)	,71	,84	,46-,96	,80	,87	,60	,82	,79	43	,435
Conhecidos/Amigos (4)	3,73	,75	3,51-3,96	4,00	,00	3,40	1,05	2,57	19	,019*
Problemas com Álcool/Droga (8)	1,47	1,33	1,07-1,86	1,32	1,18	1,65	1,50	-,83	43	,413
Atitude / Orientação Pró-Criminal (4)	1,73	1,50	1,28-2,18	1,64	1,58	1,85	1,42	-,46	43	,646
Padrão Antissocial (4)	2,38	,78	2,14-2,61	2,20	,76	2,60	,75	-1,76	43	,086

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Globalmente, a média total alcançada na Secção 1 do LS/CMI, que corresponde aos Fatores Gerais de Risco/Necessidade, foi de 18,53 ($DP=5,20$; $IC=16,97-20,10$), verificando-se que o grupo de homicidas ($M=16,92$; $DP=4,28$) apresenta um nível total de risco inferior ao grupo de não homicidas ($M=20,55$; $DP=5,64$), diferença esta que é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Da análise dos resultados totais da Secção 1, podemos afirmar que em praticamente todas as subsecções o grupo de não homicidas apresenta um nível de risco superior ao dos homicidas, diferença essa que é estatisticamente significativa no fator de risco “História Criminal” ($p < 0,001$).

As duas exceções, em que o grupo de homicidas supera o de não homicidas no valor médio de pontuação, situam-se ao nível dos fatores “Conhecidos/Amigos” e “Lazer/Atividades Recreativas”, nas quais o grupo de homicidas ($M=4,00$; $DP=,00$ e $M=,80$; $DP=,87$, respetivamente) apresenta uma média de risco superior à dos não homicidas ($M=3,40$; $DP=1,05$ e $M=,60$; $DP=,82$, respetivamente), sendo que no primeiro caso essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Seguidamente, efetuamos a aplicação das pontuações finais totais da Secção 1 do LS/CMI à escala pela qual aos ofensores é atribuído um determinado nível de risco (Andrews *et al.*, 2004) de entre os cinco previstos neste instrumento (Tabela 10). Isto permite compreender melhor a diferença estatisticamente significativa entre as médias alcançadas por ambos os grupos.

Tabela 10. Distribuições de frequência dos níveis de risco por grupos

<i>LS/CMI Secção 1</i>		Total (N=45)		Homicidas (N=25)		Não Homicidas (N=20)		χ^2	<i>p</i>
<i>Nível de Risco</i>	<i>Pontuação</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Muito Baixo	0 – 4	0	0	0	0	0	0	10,03	,018*
Baixo	5 – 10	3	6,7	2	8	1	5		
Médio	11 – 19	22	48,9	17	68	5	25		
Alto	20 – 29	19	42,2	6	24	13	65		
Muito Alto	30 – 43	1	2,2	0	0	1	5		

* $p < 0,05$

Da análise do total da amostra, verifica-se que à maior parte dos indivíduos (48,9%) é fixado um nível médio de risco, sendo 42,2% considerados como apresentando um nível alto, 6,7%, um nível baixo e apenas 2,2%, um nível muito alto. Salientamos que nenhum indivíduo foi avaliado como representando um nível muito baixo de risco. Procedendo a uma comparação entre grupos, verificamos existir uma prevalência bastante superior de indivíduos do grupo de não homicidas com risco alto (65% vs. 24%) ou muito alto (5% vs. 0%), enquanto no grupo de homicidas a prevalência é também relevante no risco médio (68% vs. 25%), tendo menor expressão no caso do risco baixo (8% vs. 5%). Assim, conclui-se que o facto de os indivíduos pertencentes ao grupo de não homicidas apresentar um risco superior encontra suporte a um nível alto e muito alto da escala de risco prevista no LS/CMI, sendo de assinalar que também em relação à cotação nesta escala existe uma diferença face ao grupo de homicidas que é estatisticamente significativa ($\chi^2=10,03$; $p < 0,05$).

À validade destes resultados devem contrapor-se os de estudos de referência na utilização do instrumento LS/CMI, em ofensores com e sem perturbações mentais (Tabela 11).

Tabela 11. Comparação de Médias e Desvios-Padrão com valores de estudos de referência

<i>Total Secção I LS/CMI</i>	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Dados normativos LS/CMI – amostras institucionais (Andrews <i>et al.</i> , 2004)					
E.U.A.	16.648	26,29 (7,64)	-10,00	44	,000***
Canadá	21.243	22,08 (8,43)	-4,57	44	,000***
Ofensores com perturbações mentais					
Girard e Wormith (2004)	169	21,95 (9,00)	-4,41	44	,000***
Skeem, Nicholson, Kregg (2008)	112	27,5 (n.d.)	-11,56	44	,000***

Nota : n.d. – não disponível

*** $p < 0,001$

O primeiro destes estudos é constituído por dados normativos utilizados na criação das normas do LS/CMI (Andrews *et al.*, 2004), compilados entre ofensores jovens e adultos, sem perturbações mentais, de ambos os sexos, nos E.U.A. (detidos e na comunidade) e Canadá (institucionalizados e na comunidade). Para efeitos de comparação decidimos considerar apenas os dados relativos a homens adultos em situação de detenção, de modo a conseguir a

maior proximidade possível, em termos de características amostrais, com os nossos grupos de internados do sexo masculino.

Desde logo, é notório o resultado bastante mais elevado, face ao por nós alcançado para ambos os grupos, dos dados dos E.U.A. ($M=26,29$; $DP=7,64$), constituídos de 7 amostras recolhidas em diferentes estados. Contudo, procedendo a uma análise mais detalhada, verificamos que as médias entre estas sete jurisdições variam consideravelmente, de 21,82 ($DP=6,72$) a 28,91 ($DP=5,60$), o que justificará o elevado valor médio final. Por seu lado, o resultado da amostra canadiana ($M=22,08$; $DP=8,43$) sendo inferior ao da amostra dos E.U.A., apresenta um valor também bastante superior ao de ambos os grupos da nossa amostra.

As diferenças observadas entre os dados normativos do LS/CMI e os resultados por nós observados são estatisticamente muito significativas ($p < 0,001$). Contudo, apesar destes dados normativos não se referirem a ofensores com perturbações mentais, eles não podem ser ignorados, sobretudo pela dimensão das suas amostras e sua importância na evolução deste instrumento de avaliação.

Quanto à existência de estudos que utilizam o LS/CMI na avaliação do risco em ofensores com perturbações mentais, da pesquisa por nós efetuada em diversas bases de dados bibliográficas resultaram tão-só dois estudos.

Girard e Wormith (2004) seguiram longitudinalmente uma coorte de 630 indivíduos, cujo risco foi avaliado através do LS/CMI durante a encarceração ($N=454$) ou supervisão de liberdade condicional ($N=176$), até ao momento da reincidência (período de seguimento – $M=932,73$ dias, $DP=120,84$). Destes, 169 indivíduos apresentavam perturbações mentais tais como depressão, psicose, prévias ameaças ou tentativas de suicídio e outras provas de sofrimento emocional (período de seguimento – $M=926,87$ dias, $DP=139,17$). O grupo com problemas mentais teve, na Secção 1 do LS/CMI, uma pontuação significativamente superior à do grupo sem problemas mentais ($M=21,95$; $DP=9,00$; $IC=20,59-23,32$ face a $M=19,48$; $DP=8,68$; $IC=18,69-20,28$; $t(627) = -3,13$, $p < 0,002$). Contudo, a sua taxa de condenação era ligeiramente inferior e não houve diferença significativa entre os grupos na taxa de condenação por ato violento.

As diferenças observadas entre os dados resultantes do estudo de Girard e Wormith (2004) e os resultados por nós observados são estatisticamente muito significativas ($p < 0,001$), sendo que em ambos os grupos constituintes da nossa amostra as médias de risco são menores.

Por seu lado, o estudo de Skeem, Nicholson e Kregg (2008) tem como objetivo comparar os fatores de risco de indivíduos em liberdade condicional, com e sem perturbações mentais, avaliar se os primeiros têm maior probabilidade de incumprimento das regras e de regressar ao internamento/encarceramento, e identificar se os fatores de risco que predizem o incumprimento são específicos da perturbação mental. A uma amostra de 221 indivíduos, dos quais 112 com perturbações mentais, administraram um instrumento de avaliação do risco desenhado para ofensores em geral (LS/CMI) e para ofensores com perturbações mentais (HCR-20), e seguiram-nos por um período médio de nove meses. No total das doenças mentais diagnosticadas, 52% dos casos apresentava comorbilidade com perturbação de abuso de substâncias, e no total da amostra 52% dos indivíduos foi diagnosticado com esquizofrenia/psicose. As conclusões deste estudo revelam que os indivíduos com perturbações mentais obtiveram um resultado na Secção 1 do LS/CMI ($M=27,5$; DP =não disponível) superior aos libertados sem diagnóstico ($M=24,8$; DP =não disponível), apresentando assim um risco significativamente superior ao destes.

As diferenças observadas entre os dados resultantes do estudo de Skeem *et al.* (2008) e os resultados por nós observados são estatisticamente muito significativas ($p < 0,001$), sendo que em ambos os grupos constituintes da nossa amostra as médias de risco são menores.

3 – Comparação entre variáveis caracterizadoras da amostra e o risco de violência

Após terem sido estabelecidas as diferenças entre os grupos de homicidas e não homicidas, quer no que respeita aos conjuntos de variáveis caracterizadoras constantes da grelha de análise de processos judiciais, quer relativamente ao risco de violência evidenciado pela aplicação de um instrumento de avaliação do risco, cumpre diferenciar as diversas categorias resultantes da análise de processos, em função do nível de risco (Tabela 12).

Tabela 12 Comparação de distribuições, Médias e Desvios-Padrão entre variáveis da Grelha de Análise e o Total da Secção 1 do LS/CMI

	n	Mean Rank	χ^2	df	p
Ambiente Familiar			2,97	2	,227
Estável	15	18,27			
Desestruturado	17	25,74			
Conflituoso	13	24,88			
Reinserção socioeconómica			5,77	2	,056
Difícil	37	24,85			
Razoável	6	17,83			
Boa	2	4,25			
Patologia Principal			1,63	2	,442
Esquizofrenia Paranóide	28	23,71			
Esquizofrenia Indiferenciada	14	23,57			
Esquizofrenia Residual/Atípica	3	13,67			
Segunda Patologia			5,02	3	,170
Nenhuma	32	21,64			
Debilidade Mental	6	31,42			
Toxicofilia Múltipla	5	26,60			
Toxicofilia Alcoólica	2	10,50			
Duração do Internamento			,43	2	,809
Até 8 anos	19	23,42			
Até 16 anos	21	23,48			
Até 24 anos	5	19,40			
Licenças de Saída Jurisdicional			3,17	3	,366
Inexistentes	17	22,26			
Raras	12	28,13			
Esporádicas	9	21,78			
Regulares	7	17,57			
Visitas de Familiares			11,45	3	,010*
Inexistentes	15	31,03			
Raras	6	24,75			
Esporádicas	11	21,14			
Regulares	13	14,50			
Ocupação no Estabeleci. Psiquiátrico			4,63	5	,463
Sujeito Dependente	4	19,25			
Inexistente	8	29,56			
Tarefas indiferenciadas	3	31,33			
Terapia ocupacional	11	19,14			
Escola	3	22,00			
Atividade laboral	16	21,94			

		n	Mean Rank	U	p
Antecedente psiquiátrico familiar	Sim	8	28,81	101,50	,166
	Não	37	21,74		
Tratamento anterior ao internamento	Sim	34	22,96	185,50	,968
	Não	11	23,14		
Liberdade para Prova	Sim	7	17,86	97,00	,258
	Não	38	23,95		

			M (DP)	t	df	p
Antecedentes criminais	Sim	22	21,41 (4,69)	-4,28	43	,000***
	Não	23	15,78 (4,12)			

* $p < 0,05$. *** $p < 0,001$

A comparação de distribuições entre o conjunto de variáveis categóricas e o risco de violência foi realizada através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, como alternativa ao teste de análise de variâncias (ANOVA), devido ao carácter não homogéneo das variáveis em questão, sendo possível constatar desde logo que em apenas uma delas se verifica uma situação relevante.

A variável “Visitas de Familiares” apresenta diferenças no nível de risco de violência presente nos indivíduos para os quais elas são regulares, relativamente àqueles que delas nunca usufruem ($\chi^2 = 11,45$), diferenças estas que são estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Deste conjunto de variáveis categóricas fazem parte duas das quatro variáveis que estabeleceram diferenças significativas entre os dois grupos: a presença de uma “Segunda Patologia” e a “Duração do Internamento” (vide 3.1.2 e 3.1.3). Porém, nenhuma destas ou das restantes variáveis categóricas apresenta diferenças significativas entre os grupos.

Para efetuar a análise das diferenças de médias entre as variáveis dicotómicas não homogéneas “Antecedentes Psiquiátricos Familiares”, “Tratamento Anterior ao Internamento”, “Liberdade para Prova” e o nível de risco foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon, que compara médias de duas amostras independentes (teste U). Nenhuma das três variáveis apresentou diferenças estatisticamente significativas na comparação entre o nível de risco e as médias das ordenações.

Seguidamente, utilizou-se o teste t de Student para comparação de médias entre o nível de risco e uma variável dicotómica homogénea (“Antecedentes Criminais”), já anteriormente classificada como estabelecendo uma diferença estatisticamente muito significativa entre os

grupos de homicidas e não homicidas (*vide* 3.1.1), consubstanciada no facto de um maior número destes apresentarem antecedentes criminais.

Na comparação de médias através do teste t fica patente um valor de risco bastante superior para os detentores de antecedentes criminais ($M=21,41$; $DP=4,69$) face aos indivíduos sem antecedentes ($M=15,78$; $DP=4,12$), diferença esta estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Muito relevante é também o facto de existir uma correlação positiva muito forte entre a variável em apreciação e o risco de violência ($r_s=0,594$; $p < 0,001$). Este importante achado está em linha com o resultado determinado anteriormente, i.e., no fator de risco “História Criminal”, os não homicidas apresentam um nível de risco superior aos homicidas, diferença que é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 13. Matriz de correlações entre o Total da Secção 1 do LS/CMI e variáveis de caracterização de inimputáveis

	r_s	p
Número de crimes praticados	,053	,727
Idade	-,163	,285
Idade ao tempo do Internamento	-,001	,994
Tempo de Internamento	-,162	,287

Relativamente às últimas quatro variáveis quantitativas (Tabela 13), expressas em valores médios, nenhuma das análises de correlações efetuadas com o nível de risco determinado pelo valor total final da Secção 1 do instrumento LS/CMI apresenta coeficientes significativos, embora possamos destacar que, face à dimensão da nossa amostra, são correlações com algum relevo e cujo significado poderia ser incrementado numa amostra de dimensão superior.

Capítulo 4 - CONCLUSÕES

O objetivo genérico definido para este estudo foi levar a cabo uma avaliação do nível de risco de violência numa população de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia sujeitos a medida de segurança de Internamento por crime de homicídio ou outros crimes de menor gravidade.

Os dois grupos formados através do critério de inclusão foram primeiramente caracterizados e comparados através de um conjunto de variáveis que constam de uma grelha de análise dos processos judiciais dos internados, nos quais se baseou também a determinação do nível de risco de violência através da utilização do instrumento atuarial LS/CMI, tendo também em vista a determinação de diferenças entre os grupos.

Recolhidos todos os dados, seguiu-se uma análise diferencial entre os grupos de homicidas e não homicidas, desenvolvida em três momentos, através da aplicação de diferentes testes estatísticos.

No primeiro momento da análise diferencial, os resultados alcançados pelo conjunto de variáveis caracterizadoras da amostra permitiram determinar quatro situações em que as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas. Os indivíduos pertencentes ao grupo de homicidas são condenados a medidas de segurança bastante mais longas, dado compreensível pela natureza e gravidade do crime que praticaram. Consequentemente, o tempo de internamento é também significativamente superior neste grupo.

Por seu lado, os indivíduos pertencentes ao grupo de não homicidas apresentam uma prevalência bastante superior de segundas patologias, importando neste caso relevar que, sobretudo a comorbilidade com o abuso de substâncias, constitui um importante fator preditor para o risco de violência e/ou reincidência nos ofensores com perturbação mental (Rice *et al.*, 1990; Bonta *et al.*, 1998).

Contudo, nesta primeira fase de análise diferencial entre os grupos, foi a variável “Antecedentes Criminais” a mais determinante e relevante, estabelecendo que os indivíduos não homicidas têm maior prevalência de histórico criminal do que os homicidas, facto que apresenta uma correlação positiva muito significativa com o risco de violência ($r_s=0,594$; $p < 0,001$). As variáveis de histórico criminal têm sido desde há muito reconhecidas como um dos mais importantes conjuntos de preditores de reincidência, inclusive nos ofensores com perturbação mental (Gendreau *et al.*, 1996; Bonta *et al.*, 1998; Andrews *et al.*, 2010b), pelo

que são utilizadas em instrumentos de avaliação objetivos de ofensores desde Burgess em 1928 (Bonta *et al.*, 1998).

O segundo momento da análise diferencial entre os grupos significou a avaliação do risco de violência/reincidência criminal através da utilização do instrumento LS/CMI. A validade preditiva do instrumento atuarial LSI (*Level of Service Inventory*), nas suas diversas edições, tem sido verificada e demonstrada de várias formas e em múltiplas populações de ofensores (Girard e Wormith, 2004), incluindo aqueles com perturbações mentais (Harris *et al.*, 1993; Daffern, 2007; Ferguson, Ogloff e Thomson, 2009; Andrews *et al.*, 2010b). Já no estudo de Rice *et al.* (1990) um dos melhores preditores de reincidência foi a pontuação no LSI, o que levou os autores a concluir que os resultados por si alcançados favoreciam fortemente a sua utilização como preditor do risco em ofensores com perturbações mentais. Apesar de alguns utilizadores de instrumentos de avaliação do risco genéricos como o LS/CMI suspeitarem da sua aplicação a populações específicas (Andrews *et al.*, 2004), sugerindo ao invés a utilização de instrumentos especializados, os resultados de vários estudos apontam para a possibilidade de aplicar aqueles a grupos de ofensores excepcionais, embora com alguma precaução até que sejam replicados (Girard, 1999; Girard e Wormith, 2004).

Da análise das diferenças entre os grupos de homicidas e não homicidas, no que diz respeito à média total obtida na avaliação através do LS/CMI, o primeiro resultado que salientamos é o facto de os não homicidas terem maior probabilidade de risco de violência do que o grupo de homicidas, diferença esta que é estatisticamente significativa. Em segundo lugar, este maior risco de violência por parte do grupo de não homicidas tem expressão nos níveis mais elevados de risco da escala do LS/CMI (“Alto” e “Muito Alto”), sendo igualmente a diferença face ao grupo de homicidas estatisticamente significativa. Em terceiro lugar, o grupo de não homicidas apresenta valores médios de pontuação na Secção 1 do LS/CMI superiores em praticamente todos os oito fatores desta, sendo de destacar que no importante fator “História Criminal”, a diferença relativamente ao grupo de homicidas é estatisticamente significativa.

O grupo de homicidas apenas supera o de não homicidas no valor médio de pontuação das subsecções “Lazer/Atividades Recreativas” e “Conhecidos/Amigos”. No caso do “Lazer/Atividades Recreativas”, esta exceção, não significativa, poderá explicar-se pelo maior grau de dependência, já verificado anteriormente no grupo de homicidas, e evidenciado pelo facto de 22,2% destes indivíduos estarem ausentes de participação recente em atividade

organizada (item 22), face a tã só 8,9% no caso de indivíduos pertencentes ao grupo de não homicidas.

Quanto ao fator “Conhecidos/Amigos”, o facto de os homicidas apresentarem um nível de risco superior aos não homicidas, sendo a diferença significativa, poderá justificar-se por diversas situações. Em primeiro lugar, nos vários itens que integram esta subsecção, o grupo de homicidas apresenta uma situação avaliada como sendo mais “insatisfatória” ou “muito insatisfatória” relativamente ao grupo de não homicidas. Por outro lado, o grupo de homicidas, como vimos, apresenta um tempo de internamento e uma duração do internamento muito superiores ao grupo de não homicidas, sendo estas diferenças, o que implica uma maior interação com indivíduos envolvidos em atividade criminal, cuja influência representa um dos melhores preditores individuais do comportamento criminal (Bonta *et al.*, 1998; Andrews *et al.*, 2004).

Da comparação de médias entre a nossa amostra e os estudos de referência que enunciamos anteriormente, resulta que o valor médio total do nível de risco obtido nos 43 itens que compõem a Secção 1 do LS/CMI ($M=18,53$; $DP=5,20$) é inferior ao de qualquer um desses estudos, apresentando diferenças estatisticamente significativas com os valores alcançados por todos eles, incidam ou não sobre ofensores com perturbações mentais.

Relativamente aos dados normativos do LS/CMI, apresentados em Andrews *et al.* (2004), apesar de não se referirem a indivíduos com perturbações mentais, mas a indivíduos detidos e do sexo masculino, é assinalável o facto das médias atingidas serem bastante semelhantes às dos estudos de ofensores com perturbações mentais. Contudo, a escolha pela amostra de indivíduos detidos do sexo masculino afigura-se-nos a mais correta, pois é a que assegura a maior aproximação às características dos nossos grupos de internados.

Analisando com maior detalhe os dois estudos relativos a amostras de ofensores com perturbações mentais, verificámos que, no estudo de Girard e Wormith (2004), o grupo com problemas mentais obteve uma pontuação significativamente superior à do grupo de ofensores sem problemas mentais. Apesar disso, a sua taxa de condenação era ligeiramente inferior e não se verificou diferença significativa entre os grupos na taxa de condenação por ato violento. Das análises de correlações entre o valor total da Secção 1 do LS/CMI e a reincidência geral resultam coeficientes de correlação muito semelhantes em ambos os grupos ($r=0,58$, $p < 0,001$ e $r=0,55$, $p < 0,001$, respetivamente), sendo o coeficiente de correlação menor no grupo com problemas mentais ($r=0,18$, $p < 0,05$ vs. $r=0,32$, $p < 0,01$), no que toca à reincidência violenta (Girard e Wormith, 2004).

Também no estudo de Skeem *et al.* (2008) se concluiu que os indivíduos com perturbações mentais apresentam um nível de risco significativamente superior ao daqueles sem diagnóstico. Em segundo lugar, não foram detetadas diferenças significativas entre os grupos quanto às taxas de incumprimento das regras da liberdade condicional, detenção e de regresso ao internamento/encarceramento. Por último, os principais fatores de risco de incumprimento para os ofensores com perturbações mentais não são exclusivos do distúrbio mental, mas são comuns aos ofensores em geral.

Por fim, a nossa análise diferencial procedeu à diferenciação das diversas categorias resultantes da análise de processos, em função do nível de risco, tendo-se verificado dois resultados significativos.

Por um lado, a variável categórica “Visitas de Familiares” apresenta diferenças significativas ao nível do risco de violência entre os indivíduos para os quais elas são regulares e aqueles que delas nunca usufruem. Nenhuma das outras variáveis categóricas apresenta diferenças significativas entre os grupos, o mesmo se passando com as três variáveis dicotómicas não homogéneas.

Por outro lado, e de forma determinante para as conclusões gerais do nosso estudo, ficou patente de forma muito expressiva a existência de uma forte correlação entre a variável “Antecedentes Criminais”, a qual se pode ligar ao fator de risco/necessidade “História Criminal”, e o risco de violência. Perante a diferença significativa fixada por esta variável entre os grupos de homicidas e não homicidas e as diferenças também significativas na comparação de médias destes mesmos grupos na subsecção “História Criminal” do LS/CMI, podemos afirmar que foi o histórico de comportamento violento expresso nesta variável/fator de risco que moldou as diferenças entre os dois grupos, e que definiu o grupo de não homicidas como aquele que tem maior probabilidade de risco de violência, expressa nos níveis mais elevados da escala do risco do LS/CMI.

Como vimos, as variáveis de História Criminal são consideradas como estando mais relacionadas com a reincidência entre ofensores com perturbações mentais do que as variáveis clínicas (Rice *et al.*, 1990), sendo que muitas delas têm pouca relevância na avaliação do risco de reincidência de longo prazo (Bonta *et al.*, 1998). Apesar desta correlação positiva entre história criminal e reincidência, a gravidade da ofensa parece estar inversamente relacionada com a mesma, o que se consubstanciou, no estudo de Bonta *et al.* (1998), no facto do homicídio estar associado a menor reincidência. Ao salientar a importância de considerar o tipo de crime em combinação com os fatores de história criminal, este resultado é

fundamental para justificar as diferenças de nível de risco entre os grupos de homicidas e não homicidas.

Da comparação entre as variáveis caracterizadoras da amostra e o risco de violência avaliado pelo instrumento LS/CMI não resultou, relativamente às últimas quatro variáveis quantitativas expressas em valores médios, nenhum coeficiente de correlação significativo, embora possamos destacar que, face à dimensão da nossa amostra, se tratam de correlações com algum relevo, o que nos permite inferir que o seu significado poderia ser incrementado numa amostra de dimensão superior.

Ficou demonstrado que os indivíduos que formaram parte dos dois grupos constitutivos da amostra apresentam níveis de risco diferentes, tendo os indivíduos não homicidas maiores probabilidades de risco de violência. Aparentemente, tal não se justificou pela gravidade da ofensa, que serviu de critério para a inclusão em cada um dos grupos, pois a literatura sugere mesmo que ela está inversamente relacionada com a reincidência, geral ou violenta, embora ressaltando a necessidade dos estudos combinarem fatores de história criminal com o tipo de crime. A razão desta maior probabilidade reside no facto dos elementos do grupo de não homicidas apresentarem um histórico criminal mais extenso, traduzido num maior número de condenações anteriores. O histórico criminal, seja traduzido na variável “Antecedentes Criminais”, seja no fator de risco “História Criminal”, demonstrou ser o elemento fundamental na análise diferencial entre os grupos, ao determinar a diferença mais significativa entre eles e ao apresentar a única correlação significativa com o risco de violência/reincidência.

Os níveis de risco estabelecidos no nosso estudo para uma amostra de internados esquizofrénicos são significativamente diferentes dos alcançados por outros estudos, sejam ou não relativos à mesma população. Apesar de não se referirem a indivíduos com perturbações mentais, mas a indivíduos detidos e do sexo masculino, é assinalável o facto das médias atingidas nos dados normativos do LS/CMI serem bastante semelhantes às dos dois estudos de ofensores com perturbações mentais.

Pensamos que a grande conclusão a retirar do presente estudo é a de que, no âmbito do processo de tomada de decisão judicial relativa à libertação de um internado por inimputabilidade, existem motivos para considerar possível uma ligeira mudança relativamente ao papel desempenhado pelos técnicos forenses, passando dos simples julgamentos de risco a uma implementação efetiva de avaliações atuariais de violência. Apesar de existir alguma evidência de que os tribunais tendem a tomar decisões mais

consistentes com o risco atuarial de reincidência violenta quando atuam independentemente de uma opinião técnica, tal não tem conseguido alterar os padrões da tomada de decisão forense há muito estabelecidos, baseados na avaliação e tratamento do comportamento violento. Contudo, uma maior confiança numa avaliação do risco empiricamente validada, ainda que conjugada com os julgamentos realizados pelos técnicos de saúde mental, aumentaria a segurança pública e o sentimento de justiça para os doentes forenses, perante possíveis situações em que um nível de risco diminuído não impede a continuidade da medida de segurança de Internamento.

Por fim, não podemos deixar de mencionar as limitações que este estudo encerra. Como mencionámos no respetivo capítulo, a nossa opção metodológica no sentido de utilizar só a análise documental como fonte de recolha de dados, ao invés de a combinar com entrevistas, o que poderia, eventualmente, enriquecer o nosso trabalho, deveu-se a limitações em termos de tempo, que não permitiriam levar a cabo as duas tarefas convenientemente. Reunidas as condições necessárias, tal poderá suceder num estudo futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ægisdóttir, S., White, M., Spengler, P., Maugherman, A., Anderson, L., Cook, R., Nichols, C., Lampropoulos, G., Walker, B., Cohen, G. e Rush, J. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34 (3) : 341-382.
- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Tese de Doutoramento em Ciências Médicas. ISMAI, Maia.
- Almeida, F. e Pinto da Costa, J. (1992). Homicídios e Psiquiatria Forense, in *Ética em Psiquiatria*. Ed. Colégio de Psiquiatria (Ordem dos Médicos), pp. 141-151.
- Andrews, D. (1989). Recidivism is predictable and can be influenced: using risk assessments to reduce recidivism. *Forum on Corrections Research*, 1 (2) : 11-18.
- Andrews, D. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. Em : J. McGuire (ed.), *What works: reducing reoffending – Guidelines from research and practice*. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, UK.
- Andrews, D.A. e Bonta, J. (2010a). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, 16 (1) : 39-55.
- Andrews, D.A. e Bonta, J. (2010b). *The Psychology of criminal conduct*. 5th edition, LexisNexis/Matthew Bender. New Providence, NJ.
- Andrews, D. A., Bonta, J. e Wormith, J. S. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI). An Offender Assessment System. User's Manual*. Multi-Health Systems. Toronto, ON, Canada.
- Andrews, D.A., Bonta, J. e Wormith, S.J. (2006). The recent past and near future of risk/need assessment. *Crime and Delinquency*, 52 (1) : 7-27.
- Andrews, D.A. e Dowden, C. (2007). The risk-need-responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: crime-prevention jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49 (4) : 439-464.

- Andrews, D.A., Guzzo, L., Raynor, P., Rowe, R., Rettinger, L. J., Brews, A. e Wormith, J. S. (2011). Are the major risk/need factors predictive of both female and male reoffending? A test with the eight domains of the Level of Service/Case Management Inventory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56 (1) : 113-133.
- APA – American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 1ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C. e Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4) : 566–572.
- Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, P.J. e Silva, P.A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry*, 57 : 979–986.
- Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A. e Murray, O.J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166 : 103–109.
- Beech, A. (2000). Case material and interview. Em: C.R. Hollin (ed.), *Handbook of offender assessment and treatment*. John Wiley & Sons, Ltd. Chichester, UK.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. John Wiley & Sons, Ltd. Chichester, UK.
- Blackburn, R. (2004). “What works” with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime and Law*, 10 (3) : 297-308.
- Blumenthal, S. e Lavender, T. (2000). *Violence and mental disorder: A critical aid to the assessment and management of risk*. Jessica Kingsley Publishers. London, UK.
- Bonta, J. (2002). Offender risk assessment: guidelines for selection and use. *Criminal Justice and Behavior*, 29 (4) : 355-379.

- Bonta, J. e Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for ofender assessment and rehabilitation* (User report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Bonta, J., Law, M. e Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123 (2) : 123-142.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51 (9) : 945-956.
- Brennan, P., Mednick, S.A. e Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57 : 494–500.
- Buchanan, A. (1998). Criminal conviction after discharge from special (high security) hospital. Incidence in the first 10 years. *The British Journal Of Psychiatry*, 172 : 472-476.
- Campbell, M., French, S., e Gendreau, P. (2009). The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36 (6) : 567-590.
- Cordeiro, J.C.D. (2008). *Psiquiatria Forense*. 2ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Daffern, M. (2007). The predictive validity and practical utility of structured schemes used to assess risk for aggression in psychiatric inpatient settings. *Aggression and Violent Behavior*, 12 : 116-130.
- Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2013). *Estatísticas anuais – área prisional*. Acedido em 28 de Março de 2013, em <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20130313020313RecCondPenMedSexNac.pdf>
- Douglas, K., Cox, D., e Webster, C. (1999). Violence risk assessment: science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 4 : 149-184.

- Douglas, K. e Ogloff, J. (2003). Violence by psychiatric patients: The impact of archival measurement source on violence base rates and risk assessment accuracy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (11) : 734-740.
- Douglas, K. e Webster, C. (1999). Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. Em : R. Roesch, S. Hart e J. Ogloff (eds.), *Psychology and Law: The state of the discipline*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. New York.
- Dvoskin, J. e Heilbrun, K. (2001). Risk assessment and release decision-making: Toward resolving the great debate. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29 : 6–10.
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R. e Jockel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: Maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 6–26.
- Eronen, M., Hakola, P. e Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53 : 497 – 501.
- Eronen, M., Tiihonen, J. e Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (1) : 83–89.
- Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M. e Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33 : 95–101.
- Estroff, S. E., Zimmer, C., Lachicotte, W. S. e Benoit, J. (1994). The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 : 669-679.
- Fazel, S. e Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*, 161 : 2129-2131.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. e Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6 (8) : 1-15.

- Fazel, S. e Yu, R. (2011). Psychotic disorders and repeat offending: Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (4) : 800-810.
- Ferguson, A.M., Ogloff, J.R.P. e Thomson, L. (2009). Predicting recidivism by mentally disordered offenders using the LSI-R:SV. *Criminal Justice and Behavior*, 36 (1) : 5-20.
- Ferreira, C.P., Costa, F.S. e Azevedo, M.H.P. (1988). Homicídio: Casuística do Instituto de Medicina Legal de Coimbra (1974-1986). *Psiquiatria Clínica*, 9 (2) : 93-100.
- Folino, J., Marengo, C., Marchiano, S. e Ascazibar, M. (2004). The risk assessment program and the Court of Penal Execution in the Province of Buenos Aires, Argentina. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48 (1) : 49-58.
- Gendreau, P., Little, T. e Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34 : 575-607.
- Georgieff, N. (1995). *La Schizophrénie*. Editions Flammarion. Paris.
- Girard, L. (1999). *The Level of Service Inventory-Ontario Revision: Risk/need assessment and recidivism*. Ph.D. Thesis. Department of Psychology, University of Ottawa, ON. 387 pp.
- Girard, L. e Wormith, J. S. (2004). The predictive validity of the Level of Service Inventory–Ontario Revision on general and violent recidivism among various offender groups. *Criminal Justice and Behavior*, 31 (2) : 150-181.
- Gottlieb, P., Gabrielsen, G. e Kramp, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76 : 285–292.
- Grann, M., Danesh, J. e Fazel, S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry*, 8:92.
- Gray, N.S., Snowden, R.J., MacCulloch, S., Phillips, H., Taylor, J. e MacCulloch, M.J. (2004). Relative efficacy of criminological, clinical, and personality measures of future risk of offending in mentally disordered offenders: A comparative study of HCR-20, PCL:SV, and OGRS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3) : 523-530.

- Grove, W.M. e Meehl, P.E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy and Law*, 2 : 293-323.
- Grove, W.M., Zald, D., Lebow, B., Snitz, B. e Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12 (1) : 19-30.
- Gunn, J. (1993). Dangerousness. Em: J. Gunn e P.J. Taylor (eds.), *Forensic Psychiatry – Clinical, Legal and Ethical Issues*. Butterworth-Heinemann. Oxford.
- Häkkinen, H. e Laajasalo, T. (2006). Homicide crime scene behaviors in a finnish sample of mentally ill offenders. *Homicide Studies*, 10 (1): 33-54.
- Harris, G.T. e Rice, M.E. (1997). Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services*, 48 (9) : 1168–1197.
- Harris, G.T, Rice, M.E. e Cormier, C.A. (2002). Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and Human Behavior*, 26 (4) : 377-394.
- Harris, G.T, Rice, M.E. e Quinsey, V. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (4) : 315-335.
- Hart, S.D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*, 3 : 121-137.
- Hilton, N., Harris, G.T e Rice, M.E. (2006). Sixty-six years of research on the clinical versus actuarial prediction of violence. *The Counseling Psychologist*, 34 (3) : 400-409.
- Hilton, N. e Simmons, J. (2001). The influence of actuarial risk assessment in clinical judgements and tribunal decisions about mentally disordered offenders in maximum security. *Law and Human Behavior*, 25 (4) : 393-408.
- Hodgins, S. (1987). Men found unfit to stand trial and/or not guilty by reason of insanity – Recidivism. *Canadian Journal of Criminology*, 29 (1) : 51-70.

- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49 : 476–483.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24 : 427–446.
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society. B*, 363 : 2505–2518.
- Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P., Schulsinger, F. e Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: evidence from a danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53 : 489–496.
- Klassen, D. e O'Connor, W.A. (1989). Assessing the risk of violence in released mental patients: A cross-validation study. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (2) : 75-81.
- Kraemer, H., Kazdin, A., Offord, D., Kessler, R., Jensen, P. e Kupfer, D. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54 : 337 – 343.
- Latessa, E. e Lovins, B. (2010). The role of offender risk assessment: a policy maker guide. *Victims and Offenders*, 5 : 203-219.
- Lidz, C.W., Mulvey, E.P. e Gardner, W. (1993). The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Medical Association*, 269 (8) : 1007-1011.
- Link, B. e Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. Em: J. Monahan e H.J. Steadman (eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. University of Chicago Press. Chicago.
- Link, B., Andrews, H. e Cullen, F. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57 : 275–292.

- McGuire, J. (2004). *Understanding psychology and crime. Perspectives on theory and action*. Open University Press. Berkshire, UK.
- McNiel, D.E. (1994). Hallucinations and violence. Em: J. Monahan e H.J. Steadman (eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. University of Chicago Press. Chicago.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Sage. Beverly Hills, CA.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behaviour. *American Psychologist*, 47 (4) : 511–521.
- Monahan, J. (2000). Violence Risk Assessment: Scientific Validity and Evidentiary Admissibility. *Washington and Lee Law Review*, 57 (3) : 901 – 918.
- Montanez, J. (1996). *A descriptive study of variables related to homicide by schizophrenics*. Ph.D. Thesis. Faculté des Études Supérieures. Université de Montreal. 213 pp.
- Nielsen, O. e Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (4) : 702–712.
- Nordström, A., Dahlgren L. e Kullgren G. (2006). Victim relations and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17 (2) : 192-203.
- Nordström, A. e Kullgren, G. (2003). Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 : 326–330.
- Ogloff, J.R.P. e Davis, M.R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime & Law*, 10 (3) : 229-242.
- Otto, R.K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (10) : 1239–1262.

- Phillips, H.K., Gray, N.S., MacCulloch, S.I., Taylor, J., Moore, S.C., Huckle, P. e MacCulloch, M.J. (2005). Risk assessment in offenders with mental disorders: Relative efficacy of personal demographic, criminal history, and clinical variables. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (7) : 833-847.
- Polónio, P. (1975). *Psiquiatria Forense*. Coimbra Editora. Lisboa.
- Polvi, N.H. (2001). *The Prediction of violence in pre-trial forensic patients: The relative efficacy of statistical versus clinical predictions of dangerousness*. Ph.D. Thesis. Department of Psychology, Simon Fraser University. 138 pp.
- Quinsey, V. e Ambtman, R. (1979). Variables affecting psychiatrists' and teachers' assessments of the dangerousness of mentally ill offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2) : 353-362.
- Quinsey, V., Harris, G., Rice, M. e Cormier, C. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. e Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (3) : 437-441.
- Rettinger, L. J. (1998). *A recidivism follow-up study investigating risk and need within a sample of provincially sentenced women*. Ph.D. Thesis. Department of Psychology, Carleton University, Ottawa, Ontario. 327 pp.
- Rice, M.E. e Harris, G.T. (1995). Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (3) : 333-342.
- Rice, M.E., Harris, G.T., Lang, C. e Bell, V. (1990). Recidivism among male insanity acquittees. *Journal of Psychiatry and Law*, 379-403.
- Richard-Devantoy, S., Duflot, J.-P., Chocard, A.-S., Lhuillier, J.-P., Garré, J.-B. e Senon, J.-L. (2009). Homicide et Schizofrénie: à propos de 14 cas de schizofrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. *Annales Médico-Psychiatriques*, 167 : 616-624.

- Saraiva, C.B., Costa, F.S. e Pereira, J.M. (1995). Psiquiatria Forense: análise de uma experiência de 234 perícias. *Psiquiatria Clínica*, 16 (4) : 215-222.
- Serra, A.V. e Ponciano, E. (1980). Psiquiatria Forense: Alguns dados à luz do Conselho Médico-Legal de Coimbra. *Psiquiatria Forense*, 1 (3) : 171-181.
- Skeem, J., Nicholson, E. e Kregg, C. (2008). Understanding barriers to re-entry for parolees with mental disorder. In: Kroner, D. (Chair). *Mentally Disordered Offenders: A Special Population Requiring Special Attention*. Symposium conducted at the meeting of the American Psychology-Law Society, Jacksonville, FL.
Disponível em: <https://webfiles.uci.edu/skeem/Downloads.html>.
- Solomon, P., Cavanaugh, M. e Gelles, R. (2005). Family violence among adults with severe mental illness: a neglected area of research. *Trauma, Violence & Abuse*, 6 (1) : 40-54.
- Spry, W.B. (1984). Schizophrenia and crime. Em: M. Craft e A. Craft (eds.), *Mentally abnormal offenders*. Baillière Tindall. Eastbourne. UK.
- Steadman, H.J., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P., Grisso, T., Klassen, D., Mulvey, E.P. e Roth, L. (1993). From dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies. Em: S. Hodgins (ed.), *Mental disorder and crime*. Sage Publications. Newbury Park, CA.
- Steadman, H.J, Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P., Grisso, T., Roth, L. e Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55 : 393–401.
- Steadman, H.J., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Grisso, T., Roth, L.H. e Banks, S. (2000). A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law and Human Behavior*, 24 (1) : 83–100.
- Steury, E. e Choinski, M. (1995). “Normal” crimes and mental disorder: A two-group comparison of deadly and dangerous felonies. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (2) : 183 – 207.

- Stewart, C.A. (2011). *Risk assessment of federal female offenders*. Ph.D. Thesis. Department of Psychology, University of Saskatchewan, Saskatoon. 173 pp.
- Swanson, J.W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. Em: J. Monahan e H.J. Steadman (eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. University of Chicago Press. Chicago.
- Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S. e Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6 : 317-338.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Gunju, V.K. e Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 41 (7) : 761-70.
- Tarasoff v. Regents of the University of California (1976). Supreme Court of California, 551 P2d. 334.
- Taylor, P. J. (1998). When symptoms of psychosis drive serious violence. *Social Psychiatry Epidemiology*, 33 : 47-54.
- Taylor, P.J. e Gunn, J. (1984). Violence and psychosis. I – Risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal*, 288 : 1945-1949.
- Teplin, L.A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area program. *American Journal of Public Health*, 80 (6) : 663-669.
- Teplin, L.A., Abram, K.M. e McClelland, G.M. (1994). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*, 49 (4) : 335-342.
- Teplin, L.A., McClelland, G., Abram, K. e Weiner, D. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the national crime victimization survey. *Archives of General Psychiatry*, 62 : 911-921.

- Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koironen, M. e Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154 (6) : 840–845.
- UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000). *Demand reduction: a glossary of terms*. United Nations. New York.
- Vose, B., Cullen, F. e Smith, P. (2008). The empirical status of the Level of Service Inventory. *Federal Probation*, 72 (3) : 22-29.
- Wallace, C., Mullen, P. e Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161 (4) : 716–727.
- Webster, C. e Bailes, G. (2000). Assessing violence risk in mentally and personality disordered individuals. Em : C.R. Hollin (ed.), *Handbook of offender assessment and treatment*. John Wiley & Sons, Ltd. Chichester, UK.
- Wessely, S.C., Castle, D., Douglas, A.J. e Taylor, P.J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24 : 483-502.
- WHO (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization. Geneva.
- WHO (2001). World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope. World Health Organization. New York.
- Yang, M., Wong, S. e Coid, J. (2010). The effect of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological Bulletin*, 136 (5) : 740-767.

ANEXO 1 – Deferimento do pedido de consulta dos processos judiciais

Porto, 16 de Novembro de 2012

Exmo. Sr. Juiz Presidente
do Tribunal de Execução de Penas do Porto,



Armando Vasco Coelho Duarte de Azevedo, mestrando em Criminologia na Faculdade de Direito da Universidade do Porto, tendo como finalidade a obtenção de dados necessários à elaboração da sua dissertação de mestrado, que versa sobre a associação existente entre a esquizofrenia e o crime de homicídio, vem, ao abrigo do disposto no artigo 146º, nº6 do Código de Execução de Penas e Medidas Privativas da Liberdade, requerer a V. Exa. autorização para consulta dos processos de Internamento nas instalações do Tribunal de Execução de Penas do Porto.

Espera diferimento.

O requerente,

Armando Azevedo
telefone: 91 999 8427

*Quilides os Juizes Juizes,
bem como a Sra. Procuradora
Coordenadora dist. TEP do Porto,
decido autorizar o vosso solicitado
Informe o requerente, bem
como as Secções de Processos.*

19. 11. 2012

