



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mariana Barata Santos Barreira de Jesus

**PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E
TIPOLOGIA DE CRIME
EXISTE RELAÇÃO?**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses orientada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho e apresentada à Faculdade de Medicina.

Outubro de 2020

Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

**PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E
TIPOLOGIA DE CRIME
EXISTE RELAÇÃO?**

Mariana Barata Santos Barreira de Jesus

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses
orientada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho e apresentada à
Faculdade de Medicina.

Outubro de 2020

1 2  9 0

UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

AGRADECIMENTOS

Esta tese é muito mais do que as palavras que se encontram escritas neste documento. Compreende a surpresa e entusiasmo com que assisti às aulas do primeiro ano do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, os conhecimentos que adquiri, as relações que estabeleci neste contexto, a ansiedade das avaliações e a alegria da aprovação. Compreende também o processo de recolha dos dados, por vezes moroso e exasperante, a sua análise, nem sempre fácil e finalmente a sua organização e passagem para o papel. Todas estas etapas foram revestidas de dificuldades que fui ultrapassando com o apoio dos que me rodeavam e, olhando para trás, o que recordo com mais clareza é satisfação com que fui construindo esta dissertação.

Por isto tudo agradeço ao meu orientador, Professor Manuel Quartilho que, com os seus conselhos e apoio ao longo desta jornada permitiu que as ideias se tornassem hipóteses e que os dados se tornassem tese.

Agradeço também a todos os docentes do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses pela mestria com que lecionaram, construindo as bases sem as quais esta dissertação não seria possível. Não esqueço também os meus colegas, aos quais agradeço pelo companheirismo, presença e disponibilidade para o que fosse necessário ao longo destes dois anos.

Não podia deixar de demonstrar o meu agradecimento por toda a equipa do Serviço de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, médicos, enfermeiros, psicólogo, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e assistentes técnicos, que me acolheu e sempre fez todos os possíveis para que a recolha de dados decorresse da melhor forma possível, disponibilizando-se para ajudar a todos os momentos. Deixo também um enorme obrigada aos doentes com quem tive o prazer de contactar e que, de forma generosa e altruísta, concordaram em participar neste estudo.

Finalmente, agradeço aos que sempre agradeci ao longo de toda a minha vida e percurso académico: à minha família. Pela paciência, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade e pela capacidade de me empurrarem para a frente e de me tranquilizarem mesmo quando o caminho parece assustador. À minha família, a que sempre tive e terei e a que tenho construído, devo grande parte do que sou e do que ainda me virei a tornar e só espero que a cada passo os consiga orgulhar.

RESUMO

Introdução: A associação entre criminalidade e doença psiquiátrica tem sido extensamente estudada, com estudos mais recentes a demonstrarem que a sua existência apenas em fases de descompensação aguda. Os eventos adversos da infância são também fatores de risco para comportamentos violentos e antissociais.

Métodos/Objetivos: Foi desenhado um estudo retrospectivo exploratório incluindo 91 homens e 9 mulheres, que cumpriram medida de segurança no Serviço de Psiquiatria Forense do CHUC entre janeiro de 2018 e agosto de 2020 para avaliar a associação entre o diagnóstico psiquiátrico e o tipo de crime cometido. Avaliaram-se também diferenças de género e a presença de eventos adversos da infância.

Resultados: Embora as perturbações psicóticas fossem as mais comuns em ambos os géneros, nas mulheres verificou-se uma prevalência significativamente superior de perturbações do humor, sendo também o infanticídio significativamente mais prevalente neste grupo. 39 doentes tinham comorbilidade com consumo de substâncias, estando esta associada a maior prevalência de antecedentes criminais e de eventos adversos da infância, mas a menor prevalência de crimes violentos e de homicídios. Comparativamente com a população prisional geral, as vítimas dos crimes de homicídio cometidos pela amostra eram significativamente diferentes, com maior prevalência de violência contra a família nuclear e menor prevalência de violência para desconhecidos ou outros conhecidos. Os doentes estudados reportavam também mais eventos adversos da infância que a população geral.

Discussão/Conclusão: Embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas no tipo de crime cometido dependendo do diagnóstico psiquiátrico atual, verificou-se que o consumo de substâncias comórbido, embora associado a aumento da criminalidade, se encontra menos associado a crimes violentos. A maior prevalência de crimes contra a família nuclear nos doentes da amostra, e particularmente contra os filhos no género feminino, mostra-nos também que é necessário estabelecer estratégias de forma a mitigar conflitos familiares e diminuir a probabilidade destes episódios.

Palavras-chave: Psiquiatria Forense; Inimputabilidade; Eventos Adversos da Infância; Perturbações do Uso de Substância; Criminalidade.

ABSTRACT

Introduction: The association between criminality and psychiatric disorders has been extensively studied. The most recent studies show that this appears to exist only in acute stages of the disorder. Adverse childhood events are also a risk factor in violent and antisocial behaviors.

Methods/Objectives: A retrospective exploratory study was designed, including 91 men and 19 women who were admitted in the Forensic Ward of Coimbra Hospital and University Center between January 2018 and August 2020 to evaluate the association between psychiatric diagnosis and crime committed. Gender differences and adverse childhood events were also evaluated.

Results: Although psychotic disorders were the most common in both groups, mood disorders were significantly more common in women. Females were also significantly associated with a particular type of crime, infanticide. 39 patients had comorbidity with substance abuse which was associated with a greater prevalence of criminal history and childhood adverse events, but also with a lesser prevalence of violent crimes and homicide. The homicide victims were significantly different from what happens in the general criminal population, with a greater prevalence of nuclear family members, and less violent behaviors directed to strangers. The sample patients also reported more adverse childhood events than the general population.

Discussion/Conclusion: Although there were not significant differences in the type of crime considering the psychiatric diagnosis, comorbidity with substance abuse was associated with greater criminality, but with less violent crimes. The greater prevalence of crimes committed against the nuclear family in these patients, and particularly against offspring in women, shows the importance of strategies that mitigate conflicts with the family.

Keywords: Forensic Psychiatry; Inimputability; Adverse Childhood Events; Substance Use Disorders; Criminality.

ÍNDICE

| | |
|-----------|--|
| 6 | LISTA DE ABREVIATURAS |
| 7 | INTRODUÇÃO |
| 7 | Criminalidade nos doentes psiquiátricos |
| 9 | Psiquiatria Forense – avaliação de imputabilidade/inimputabilidade |
| 12 | A importância dos eventos adversos da infância |
| 14 | OBJETIVOS E HIPÓTESES |
| 16 | METODOLOGIA |
| 16 | Participantes |
| 18 | Instrumentos |
| 18 | Procedimentos de Recolha dos dados |
| 19 | Análise estatística |
| 20 | RESULTADOS |
| 20 | Análise Preliminar dos Dados |
| 20 | Análise Descritiva |
| 23 | Análise Estatística |
| 33 | DISCUSSÃO |
| 39 | CONCLUSÃO |
| 40 | LIMITAÇÕES |
| 41 | REFERÊNCIAS |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------------|--|
| CHUC | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra |
| EAI | Eventos Adversos da Infância |
| OR | <i>Odds Ratio</i> |
| PUS | Perturbação do Uso de Substâncias |
| QHI | Questionário de Histórias da Infância |

INTRODUÇÃO

A criminalidade nos doentes com patologia psiquiátrica é um tema complexo cujo estudo exige a compreensão da interação de vários fatores. Por um lado, o conceito de doença psiquiátrica é demasiado abrangente e heterogéneo, sendo difícil definir fatores de risco ou comportamentos comuns a todas as perturbações psiquiátricas. Por outro lado, quando avaliamos a população com patologia psiquiátrica temos sempre de ter em conta o seu contexto sociocultural que pode funcionar como um grande fator de confundimento. Adicionalmente, é necessário ter em conta o estigma relativamente à doença mental que ainda se mantém nos dias de hoje, sendo importante promover a educação da população e desmistificar preconceitos sempre que são abordados estes temas. Desta forma, durante estas primeiras páginas, serão explorados conceitos essenciais à compreensão da relação entre a criminalidade e a doença psiquiátrica.

Criminalidade nos doentes psiquiátricos

Evidência da discussão da relação entre atos de violência e a doença psiquiátrica pode ser encontrada desde Platão, no entanto esta nem sempre tem sido realizada de forma idónea e baseada em factos científicos. A romantização do “assassino louco” e a sua descrição pelos media como uma ameaça perversa e imprevisível tem-se perpetuado ao longo dos séculos, com representações frequentes na literatura, cinema e televisão ao longo do Século XX. Esta apresentação mediática levou à crença generalizada de que o doente psiquiátrico representa um perigo iminente para a sociedade pela sua instabilidade e predisposição para a violência. Mesmo no Século XXI, apesar de várias campanhas de minimização do estigma associado à doença mental e da melhor compreensão da sua relação com a criminalidade, as indústrias noticiosas e de entretenimento continuam a perpetuar a imagem do doente mental violento, contribuindo de forma deletéria para a perceção da população geral da doença psiquiátrica. Adicionalmente, estes preconceitos e receios, muitas vezes infundados, têm determinado as respostas de profissionais judiciais e de saúde, contribuindo ainda mais para a ostracização dos doentes com perturbações psiquiátricas (Harris and Lurigio, 2007). Os primeiros estudos com desenho científico realizados com intuito de avaliar o risco de criminalidade nos doentes psiquiátricos foram levados a cabo na

primeira metade do século XX. Destes, a maioria evidenciava que os doentes psiquiátricos graves tinham menor probabilidade de ser presos do que a população geral (Schellenberg *et al.*, 1992). No entanto, a contextualização destes resultados revela que a institucionalização dos doentes psiquiátricos durante a primeira metade do Século XX significa que a maioria dos doentes psiquiátricos perigosos se encontraria hospitalizada durante longos períodos, não podendo, desta forma, contribuir para a criminalidade relatada.

A desinstitucionalização dos doentes psiquiátricos na segunda metade do Século XX levou a um aumento da criminalidade reportada associada a hospitalização prévia, principalmente para os que tinham antecedentes criminais. No entanto, este aumento parecia, pelo menos em parte, relacionado com a alteração da população dos hospitais psiquiátricos, com aumento do internamento de doentes com antecedentes criminais (Cocozza, Steadman and Melick, 1978). De facto, durante os anos 1980 a evidência científica apontava para os fatores sociodemográficos e históricos como principais contribuintes para a associação entre a criminalidade e a doença psiquiátrica (Monahan and Steadman, 1983).

A última década do Século XX mudou mais uma vez o paradigma na apreciação da relação entre a criminalidade e a doença psiquiátrica. Apesar de vários estudos indicarem um maior risco de condenação por crime violento nos sujeitos diagnosticados com doença psiquiátrica grave, verificou-se também que os comportamentos violentos surgiam principalmente nas fases de descompensação da sua patologia de base (Hodgins, 1992; Link and Stueve, 1994). Adicionalmente, alguns autores demonstraram que o aumento de risco era significativamente superior no género feminino (Hodgins, 1992). Autores como Link *et al.*, Teplin e Beck demonstraram que os atos de violência cometidos por doentes psiquiátricos se encontravam relacionados com a crença de que o sujeito se encontra sob ameaça iminente, principalmente se se verificasse a existência de atividade delirante ou alucinatória. Desta forma, podemos concluir que o diagnóstico de perturbação psiquiátrica aumenta o risco de comportamentos violentos apenas durante as fases de descompensação aguda, sendo este semelhante ao da população geral quando o doente se encontra estável (Link and Stueve, 1994; Teplin, 1994; Beck, 1998). Para além destas relações, Steadman *et al.* verificou também que a comorbilidade com Perturbações do Uso de Substância (PUS) e com Perturbações da Personalidade aumentavam também o risco de comportamentos violentos (Steadman *et al.*, 1998). A associação entre as Perturbações do Uso de Substância e a prática de atos criminosos, nomeadamente roubos, agressões, condução perigosa e violência

doméstica, encontra-se largamente descrita na literatura e parece estar relacionada à desinibição comportamental, exacerbação de sintomas psicóticos comórbidos, negligência na adesão à terapêutica, agudização de conflitos interpessoais e à exposição a um ambiente predatório (Mendes, Temótio and Cabral, 2014). Estudos levados a cabo nas últimas décadas têm também demonstrado algumas diferenças no que concerne aos crimes cometidos por doentes psiquiátricos e pela população geral, nomeadamente a maior frequência de crimes contra a família nuclear nos doentes psiquiátricos (Harris and Lurigio, 2007).

Psiquiatria Forense – avaliação de imputabilidade/inimputabilidade

A compreensão de que os crimes cometidos por doentes psiquiátricos podem estar relacionados com sintomas que impossibilitam o entendimento da situação em que se encontram e da ilicitude do ato cometido levanta questões importantes relativamente à apreciação legal dos crimes cometidos neste contexto. Seria adequado julgar e atribuir pena de forma semelhante ao feito para a população geral a um doente psicótico que agrediu terceiros motivado pela crença inabalável de que estes lhe queriam mal? Acresce que o tratamento adequado da doença de base poderá reduzir substancialmente a probabilidade de novo crime, pelo que o principal objetivo nestes casos não deve ser a punição, mas sim o tratamento e reabilitação do doente. Atendendo ao descrito foi necessário construir uma moldura penal adequada às particularidades destes doentes, bem como estabelecer critérios e formar profissionais no sentido de definir quais os casos em que esta deve ser aplicada.

A Psiquiatria Forense, definida pela *American Academy of Psychiatry and the Law* como “uma subespecialidade da psiquiatria na qual a proficiência clínica e científica é aplicada a temas e contextos legais, envolvendo assuntos criminais, civis, correcionais e legislativos” apresenta várias áreas de atuação, uma das quais a avaliação dos pressupostos médico-legais de inimputabilidade.

À luz do código penal português, para que um facto possa ser punível com pena criminal devem estar presentes três características: 1) o facto deve ser típico, ou seja, estar descrito na norma penal incriminadora por lei anterior à sua prática; 2) o facto deve ser ilícito, contrariando a conduta tipificada à ordem jurídica e 3) deve estar associado a conduta culposa, formulada por Figueiredo Dias como quando “o facto pode ser pessoalmente censurado ao agente, por se revelar expressão de uma atitude interna

juridicamente desaprovada e pela qual ele tem de responder perante as exigências do dever-ser sócio-comunitário”. Para que seja possível o juízo de culpa, é, no entanto, necessária capacidade de culpa, ou imputabilidade do agente, que se considera ausente na generalidade das pessoas até uma determinada idade por falta de condições de maturidade (inimputabilidade em função da idade). Depois desta idade podemos falar novamente de inimputabilidade quando o agente seja portador de uma anomalia psíquica que o torne incapaz de avaliar a ilicitude do facto praticado ou de se decidir de acordo com esta avaliação. Desta forma, podemos concluir que é sobre a culpa que recai o trabalho do Psiquiatra Forense, uma vez que é seu dever avaliar a imputabilidade ou inimputabilidade do agente do facto (Vieira, Cabral and Latas, 2017).

A inimputabilidade representa a irresponsabilidade criminal, ou seja, a incapacidade de cumprir a obrigação e o de responder por um facto ilícito que a lei considera como crime. Portanto, ao psiquiatra não é pedido que determine se o examinado é ou não culpado, é sim pedido que determine se este é insuscetível de culpa no caso concreto, por não ser capaz de avaliar a ilicitude do facto ou de não se determinar de acordo com essa avaliação, não distinguindo o bem do mal, em virtude de anomalia psíquica de que sofra. Desta forma, para que estejam presentes os pressupostos de inimputabilidade não basta que o psiquiatra diagnostique uma doença psíquica, esta tem de ter interferido definitivamente com a capacidade de entendimento, percepção, discernimento e avaliação de um facto cometido. Será importante salvaguardar que a avaliação da imputabilidade ou inimputabilidade não recai apenas sobre o psiquiatra, sendo uma tarefa cooperativa com o juiz, o qual tem sempre a última palavra (Vieira, Cabral and Latas, 2017).

Apesar da avaliação individual de cada caso ser essencial, sendo impossível chegar a qualquer tipo de conclusão sem que sejam estudados os factos concretos de cada caso, é possível avaliar os pressupostos de inimputabilidade no abstrato, salientado as particularidades de cada quadro psiquiátrico. No que respeita às síndromes demenciais, pelos défices cognitivos ou sintomas psicóticos frequentemente observados nestes quadros, é frequente a presença de pressupostos para inimputabilidade. Já nos quadros afetivos, na sua generalidade estes não justificam habitualmente uma inimputabilidade. Exceção será feita quando estes são acompanhados de sintomas psicóticos. Os doentes com perturbações de ansiedade são quase na sua totalidade julgados como imputáveis. No entanto, nos quadros de Perturbação de Stress Pós-traumático, pela eventual comorbilidade com consumo de substâncias, ocorrências dissociativas ou desregulação emocional intensa, podem ocorrer exceções, justificando a diminuição do

grau de imputabilidade. Já os doentes com perturbações do desenvolvimento intelectual, pelo seu processamento cognitivo muitas vezes deficiente, podem apresentar critérios para inimputabilidade ou imputabilidade diminuída. As perturbações psicóticas são as que mais frequentemente levam à presença dos pressupostos para inimputabilidade, existindo relação entre os sintomas psicóticos e os atos ilícitos praticados. As avaliações das perturbações de uso de substância são mais complexas, até pela franca relação entre estas perturbações e prática de atos criminosos. Apesar do estado de intoxicação aguda poder interferir com a capacidade de entendimento, na grande maioria das vezes são consideradas imputáveis pessoas que cometeram atos ilícitos sob o efeito de substâncias. Nestes casos, a culpabilidade é apreciada não no momento da prática do facto, mas sim no início da ação comportamental que levou à colocação naquele estado. Desta forma, sujeitos que conhecedores, por indicação médica ou por tal ter acontecido no passado, da turvação de consciência decorrente da ingestão de substâncias que cometam delitos em estado de intoxicação serão considerados imputáveis (Vieira, Cabral and Latas, 2017). As Perturbações da Personalidade são também complexas na sua abordagem médico-legal. Embora na doutrina psiquiátrico-forense dominante no nosso país estas sejam incluídas no conceito jurídico de anomalia psíquica, na ausência de comorbilidade considera-se que não determinam incapacidade suficiente para que se considere o indivíduo inimputável. No entanto, estas perturbações não deixam de ser de grande importância nas avaliações psiquiátrico-forenses, principalmente como auxiliar no juízo de perigosidade, uma vez que se encontra largamente descrito que as Perturbações da Personalidade, e mais especificamente a psicopatia, aumentam a probabilidade de repetição de comportamentos agressivos (Santos and Caldeira, 2017).

A determinação de inimputabilidade, por si só, não é suficiente para justificar internamento para cumprimento de medida de segurança. Na avaliação do doente inimputável é importante determinar a sua perigosidade, ou seja, a probabilidade de, em função da sua anomalia psíquica, o indivíduo voltar a cometer um delito grave. Se isto se verificar o agente do ato delituoso ganha o estatuto de inimputável perigoso e deverá cumprir medida de segurança (Rocha and Cruz, 2017).

O terceiro vértice do triângulo da culpa do Direito Penal é o conceito de inimputabilidade diminuída. No artigo 20.º, nº 2 do Código Penal contempla a possibilidade de se considerar inimputável um agente em razão da diminuição da capacidade para conhecer e se autodeterminar. Este é um conceito particularmente complexo e tratado pelos

psiquiatras no campo da imputabilidade e pelos juristas no campo na inimputabilidade (Vieira, Cabral and Latas, 2017).

A importância dos eventos adversos da infância

A ocorrência de eventos adversos da infância (EAI) e a sua relação com a doença, mental e física no adulto tem sido extensamente estudada nos últimos anos. A infância e a adolescência representam períodos de maior vulnerabilidade, marcados pela mudança constante e durante os quais a vivência de experiências adversas pode comprometer o equilíbrio necessário para o desenvolvimento saudável (Alves, Dutra and Maia, 2013). Os EAI incluem o dano direto contra a criança, através de negligência ou abuso, mas também dano indireto, com a exposição a violência dirigida a familiares, conflito parental, abuso de substâncias ou doença mental (Felitti MD *et al.*, 1998). Vários estudos têm demonstrado a forma como a exposição a stress crónico durante a infância resulta em alterações no desenvolvimento dos sistemas nervoso, endócrino e imune que condicionam disfunção emocional, cognitiva e funcional que acompanham o doente ao longo da sua vida (Pechtel and Pizzagalli, 2011). Estas alterações parecem estar na base do aumento de risco de várias doenças na idade adulta com a exposição a estes eventos na infância. O risco atribuível a estes eventos é influenciado pela sua elevada prevalência mundial. Estudos levados a cabo pela Organização Mundial de Saúde demonstram uma prevalência de exposição a eventos adversos da infância de 38% em países de elevado rendimento, 39% nos países de rendimento médio-alto e 38% nos países de rendimento baixo, não se verificando diferenças significativas entre eles (Jorm and Mulder, 2018). No que concerne à doença psiquiátrica, encontramos vários estudos que demonstram que a exposição a EAI aumenta o risco de desenvolvimento de um número substancial de perturbações psiquiátricas, nomeadamente perturbações do humor, perturbações de ansiedade, perturbações do uso de substância, perturbações psicóticas, perturbações da personalidade, aumentando também o risco de comportamento suicidário (Jorm and Mulder, 2018). Adicionalmente, verifica-se também uma relação com doenças tradicionalmente classificadas como “orgânicas”, como cancro, patologia cardíaca e respiratória (Hughes *et al.*, 2017).

Para além das consequências para a saúde, a exposição a EAI aumenta também o risco de comportamentos agressivos e de criminalidade na idade adulta. Utilizando o Questionário de Histórias da Infância, vários estudos demonstraram uma prevalência

superior de EAI em indivíduos com antecedentes criminais, incluindo estudos realizados na população prisional portuguesa (Alves, Dutra and Maia, 2013).

Ou seja, tanto a população com doenças psiquiátricas como a população reclusa ou com antecedentes criminais tem maior prevalência de EAI e que estes são fator de risco tanto para a doença psiquiátrica como para comportamentos violentos e criminosos, pelo que a forma como todos estes fatores interagem se torna de particular interesse.

OBJETIVOS E HIPÓTESES

A presente investigação foi realizada no contexto do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, versando sobre a área da Psiquiatria Forense. O seu objetivo principal é a avaliação da forma como as diferentes patologias psiquiátricas podem estar relacionadas com diferentes comportamentos criminosos avaliando doentes a cumprir medida de segurança após terem sido considerados inimputáveis para os crimes cometidos. Desta forma, pretende-se analisar a presença de associação das diferentes perturbações psiquiátricas com os diferentes tipos de crime, com a presença de antecedentes criminais e de internamento em psiquiatria forense e a relação com a vítima do crime. Atendendo à particularidade dos doentes considerados inimputáveis, pretende-se também comparar as características dos crimes cometidos por esta população com as da população prisional geral. Adicionalmente, e atendendo às particularidades da população estudada, este estudo visa também avaliar a prevalência de experiências adversas na infância. Relativamente a esta última variável, pretende-se comparar a prevalência destas experiências com a da população geral, bem como avaliar se a sua presença e gravidade se encontra associada às perturbações psiquiátricas diagnosticadas em idade adulta e aos crimes que motivaram o internamento atual. Pelas diferenças de género tanto na prevalência de patologia psiquiátrica como dos crimes cometidos, o estudo tem também como objetivo avaliar as diferenças de género relativamente às perturbações psiquiátricas que motivaram o internamento, aos crimes cometidos, à relação do doente com as vítimas e à presença de experiências adversas da infância.

Para a concretização destes objetivos realizou-se um estudo exploratório e retrospectivo em que se aferiu, a partir dos registos clínicos e judiciais, o diagnóstico atual e anteriores, o crime cometido e as suas características e os dados socio-demográficos dos doentes. Foram também recolhidas e catalogadas as experiências adversas da infância utilizando o Questionário de Histórias da Infância (QHI).

Atendendo ao descrito foram definidas as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças significativas no tipo de crime mais cometido dependendo da perturbação psiquiátrica do doente.

H2: Existem diferenças significativas na prevalência de antecedentes criminais dependendo da perturbação psiquiátrica do doente.

H3: Existem diferenças significativas na relação do doente com a vítima dependendo da perturbação psiquiátrica do doente.

H4: Existem diferenças significativas na relação com a vítima comparativamente à população prisional geral.

H5: Os doentes com Perturbações do Uso de Substância reportam prevalências de exposição a abuso no ambiente familiar durante a infância estatisticamente superiores.

H6: Existem diferenças no relato de experiências adversas da infância entre os doentes que cometeram diferentes crimes.

H7: Existem diferenças no relato de experiências adversas da infância entre os doentes da amostra e a população geral.

H8: Existem diferenças de género na prevalência de perturbações psiquiátricas que motivaram o atual internamento.

H9: Existem diferenças de género nos crimes cometidos que motivaram o internamento atual.

H10: Existem diferenças de género na relação do doente com as vítimas dos crimes cometidos.

H11: Existem diferenças de género no relato de experiências adversas da infância.

METODOLOGIA

Participantes

Para a realização da presente investigação recorreu-se a uma amostra de doentes a cumprir medida de segurança após terem sido considerados inimputáveis, ou com imputabilidade diminuída, com perigosidade para os crimes pelos quais foram julgados. Foram incluídos 110 doentes julgados como inimputáveis internados no Serviço de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) entre janeiro de 2018 e agosto de 2020. A média de idades em que o crime foi cometido foi de 43,48 anos, com idade mínima de 18 anos, facilmente compreensível atendendo a tratar-se de um internamento de inimputáveis adultos, e com idade máxima de 76 anos. A maioria dos doentes tinha completado apenas o ensino primário (n=42; 39,1%), 34 completaram o ensino básico (30,9%), 17 eram analfabetos (15,5%), 11 frequentaram o ensino secundário (10,0%) e 5 frequentaram o ensino superior (4,5%). Nesta amostra, 53 doentes (48,2%) encontravam-se desempregados na altura do internamento, 34 (30,9%) estavam reformados e apenas 23 (20,9%) se encontravam empregados. Verificou-se uma ligeira predominância de residência em zonas rurais (n= 56; 50,9%). No que respeita ao estado civil, a grande maioria dos doentes eram solteiros (n=70; 63,6%), 19 eram divorciados (17,3%), 18 eram casados ou encontravam-se em União de Facto (16,4%) e 3 eram viúvos (2,7%).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à idade em que o crime foi cometido, habilitações académicas, situação profissional e zona de residência. No entanto, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas na avaliação do estado civil, verificando-se uma prevalência superior de doentes casados no género feminino. As características sociodemográficas da amostra estudada encontram-se sumarizadas na Tabela 1.

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DOS DOENTES

| | Género Masculino | Género Feminino | Total | |
|---------------------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|
| | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | t |
| IDADE | 42,93 (12,694) | 46,11 (9,820) | 43,48 (12,264) | -1,025 <i>ns</i> |
| | N (%) | N (%) | N (%) | X ² |
| ESTADO CIVIL | | | | 11,904 * |
| Solteiro | 63 (69,2%) | 7 (36,8%) | 70 (63,6%) | |
| Casado/União de Facto | 10 (11%) | 8 (42,1%) | 18 (16,4%) | |
| Divorciado | 15 (16,5%) | 4 (21,1%) | 19 (17,3%) | |
| Viúvo | 3 (3,3%) | 0 (0,0%) | 3 (2,7%) | |
| ESCOLARIDADE | | | | 3,772 <i>ns</i> |
| Analfabeto | 16 (17,6%) | 1 (5,3%) | 17 (15,5%) | |
| Ensino Primário | 34 (37,4%) | 9 (47,4%) | 43 (39,1%) | |
| Ensino Básico | 30 (33%) | 4 (21,1%) | 34 (30,9%) | |
| Ensino Secundário | 8 (8,8%) | 3 (15,8%) | 11 (10%) | |
| Ensino Superior | 3 (3,3%) | 2 (10,5%) | 5 (4,5%) | |
| SIT. PROFISSIONAL | | | | |
| Empregado | 18 (19,8%) | 5 (26,3%) | 23 (20,9%) | |
| Desempregado | 41 (45,1%) | 12 (63,2%) | 53 (48,2%) | |
| Reformado | 32 (35,2%) | 2 (10,5%) | 34 (30,9%) | |
| ÁREA DE RESIDÊNCIA | | | | 0,027 <i>ns</i> |
| Urbana | 45 (49,5%) | 9 (47,4%) | 54 (49,1%) | |
| Rural | 46 (50,5%) | 10 (52,6%) | 56 (50,9%) | |

* p < 0,05, *ns*: não significativo

Instrumentos

Questionário de Histórias na Infância (Adverse Childhood Experiences – ACE)

Para atingir os objetivos do estudo foi utilizado o Questionário da História de Adversidade na Infância. Este foi traduzido para português por Silva e Maia em 2006 a partir do Family ACE Questionnaire de Felitti e Anda (Felitti MD *et al.*, 1998; Silva and Maia, 2008). Trata-se de um questionário de autorrelato que pretende avaliar a ocorrência de experiências adversas durante a infância composto por 77 itens. Estes itens são agrupados em 10 categorias, Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Exposição a Violência Doméstica, Abuso de Substâncias no Ambiente Familiar, Divórcio ou Separação Parental, Prisão de um Membro da Família, Doença Mental ou Suicídio, Negligência Física e Negligência Emocional. A Adversidade Total é calculada a partir do valor atribuído a cada uma das categorias.

Segundo Felitti e Anda a categoria mais reportada foi o Abuso de Substâncias no Ambiente Familiar (25,6%) e a menos frequente foi a Prisão de um Membro na Família. Neste estudo, 51,5% dos indivíduos reportaram a exposição a pelo menos uma categoria, sendo a média da AT de 0,954 (Felitti MD *et al.*, 1998). A sua aplicação num grupo de controlo da população portuguesa revelou uma média de AT de 1,65 e uma moda de 1, sendo as categorias mais reportadas a negligência emocional e física (Silva and Maia, 2008).

Procedimento de recolha de dados

De modo a realizar a presente investigação procedeu-se à recolha dos dados através da consulta dos registos clínicos e judiciais de forma a obter os dados sociodemográficos, antecedentes pessoais do doente, incluindo seguimento anterior e diagnósticos anteriores, diagnóstico atual, crime cometido, relação do doente com a vítima e outros dados tidos como de relevo. No que concerne ao diagnóstico atual, e com o objetivo de proceder à análise estatística dos dados, os diagnósticos foram agrupados de acordo com o seu grupo nosológico em Perturbações Psicóticas, Perturbações do Desenvolvimento Intelectual, Perturbações do Humor e Perturbações do Uso de Substâncias. Os crimes cometidos foram também agrupados de duas formas diferentes: 1) em crime violento e não violento, de acordo com os critérios do Relatório Anual de Segurança Interna; 2) em Homicídio (incluindo o homicídio na forma tentada e consumado), Violência Doméstica, Incêndio e Outros Crimes. A relação com a vítima foi

também agrupada em Conhecido e Desconhecido para a maioria dos testes estatísticos utilizados.

Foi também solicitado aos doentes que preenchessem, com o apoio por parte da equipa de investigação, o Questionário de Histórias da Infância.

Análise Estatística

Para a realização da análise de dados foi utilizado o programa IBM SPSS versão 26.0 para Windows. Na análise preliminar foi avaliada a normalidade através do teste *Kolomarov-Smirnov*.

Foram realizadas estatísticas descritivas, nomeadamente frequências, médias, medianas e desvios padrão para avaliação das variáveis sociodemográficas, dos resultados do Questionário de Histórias da Infância dos dados clínicos e judiciais obtidos através da consulta dos processos dos doentes.

Como forma de averiguar a dependência entre as variáveis nominais estudadas recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado considerando que *p-value* do teste inferior ou igual a 0.05 revelava a presença de diferenças estatisticamente significativas. Na presença de um resultado estatisticamente significativo realizaram-se testes *post-hoc* com o intuito de melhor compreender os resultados obtidos, utilizando o *Odds Ratio* (OR) nas tabelas 2*2 e nas tabelas L*C foram calculados os residuais identificando as células com a maior contribuição para o resultado do teste Qui-Quadrado (Sharpe, 2015). Para avaliar a associação entre a Adversidade Total, calculada a partir dos resultados do Questionário de Histórias da Infância, com variáveis como o Diagnóstico Atual ou o Crime cometido foi utilizado o teste U de Mann-Whitney considerando que *p-value* do teste inferior ou igual a 0.05 revelava a presença de diferenças estatisticamente significativas.

RESULTADOS

Análise preliminar dos dados

Na análise de normalidade a partir do teste de Kolmogorov-Smirnov da Adversidade Total e do tempo máximo de medida de segurança obteve-se que as variáveis não apresentavam uma distribuição normal, pelo que foram utilizados testes não paramétricos. Relativamente à idade em que o crime foi cometido, verificou-se que a variável apresentava uma distribuição normal.

Análise descritiva

A história de experiências de adversidade na infância, avaliada através do Questionário de Histórias da Infância foi avaliada com recurso a medidas de tendência central como a média e de dispersão, como o desvio padrão. Foi possível conduzir esta avaliação em apenas 67 doentes, dos quais apenas 22 (32,8%) não referiam qualquer experiência de adversidade. No que concerne à Adversidade Total 17 doentes (25,4%) pontuavam para uma categoria, 9 (13,4%) pontuavam para duas categorias, 3 (4,5%) pontuavam para três categorias, 4 (6%) pontuavam para quatro categorias, 7 (10,4%) pontuavam para cinco categorias e 5 (7,5%) pontuavam para 6 categorias. A média foi de 2,42 e a moda de 1.

A categoria de experiências de adversidade na infância mais representada foi a de Negligência Física (n=22; 32,8%), seguida de perto pela Negligência Emocional (n=20; 29,9%), pela separação parental (n=19; 28,4%) e pelo abuso de substâncias no ambiente familiar (n=19; 28,4%). Os abusos emocionais e físicos foram reportados por 18 (26,9%) e 12 (17,9%) doentes, respetivamente. A presença de violência doméstica no seu agregado familiar foi reportada por 11 doentes (16,4%) e 7 doentes (n= 10,4%) referiram comportamentos suicidários na família. O abuso sexual foi reportado por apenas 4 doentes (6%) e apenas 2 (3%) doentes reportaram a prisão de um membro da família.

Foi também avaliada a situação familiar atual dos doentes da amostra, verificando-se que a maioria tinha apoio familiar, traduzido em visitas, telefonemas, disponibilização de artigos essenciais e dinheiro ou disponibilidade para colaborar em saídas judiciais (n=79; 71,8%). No entanto, 28,2 % (n=31) não tinham qualquer contacto com a família.

A grande maioria dos doentes tinham antecedentes de seguimento anterior pela especialidade de Psiquiatria (n=86; 78,2%). Verificou-se também que 71 doentes (64,5%) tinham antecedentes internamento em Serviço de Psiquiatria, o que representa 82,55% dos doentes com seguimento anterior. Nos doentes com seguimento anterior, 29,9% apresentavam diagnósticos anteriores discordantes com o diagnóstico de internamento.

O Grupo Nosológico com maior expressão foi o das Perturbações Psicóticas (n=63; 57,3%), seguido de perto pelas Perturbações do Desenvolvimento Intelectual (n=35; 31,8%). As Perturbações do Humor (n=9; 8,2%) e as Perturbações de Uso de Substância (enquanto diagnóstico primário) (n=3; 2,7%) apresentavam prevalências significativamente inferiores. O diagnóstico mais comum foi a Esquizofrenia (n=40; 36,4%), seguido pela Perturbação do Desenvolvimento Intelectual ligeira e moderada (n=16; 14,5% em ambos). Foi feito o diagnóstico de Perturbação Delirante em 16 doentes (14,5%). Das Perturbações do Humor, a mais frequentemente encontrada foi a Perturbação Afetiva Bipolar (n=6; 5,4%). Os diagnósticos psiquiátricos dos sujeitos da amostra e as suas respetivas prevalências encontram-se explanados na Tabela 3.

Nos doentes avaliados, 35,5% (n=39) apresentavam comorbilidade com Perturbações do Uso de Substâncias. Nestes, o consumo de álcool isoladamente foi tão prevalente com o consumo de múltiplas substâncias (n=18; 16,4%). As substâncias consumidas e as suas prevalências encontram-se sumarizadas na Tabela 2.

Relativamente ao crime pelo qual se encontram a cumprir medida de segurança, o mais frequente foi a violência doméstica (n=25; 22,7%). Na maioria dos casos, a violência doméstica foi dirigida aos progenitores do doente (n=13; 52%), seguida de perto pelo cônjuge (n=11; 44%). O Homicídio Consumado foi o segundo crime mais cometido (n=20; 18,2%). Os dados recolhidos indicam-nos que o crime ocorreu de forma expressiva no contexto relacional, tendo sido cometido contra desconhecidos em apenas 2 casos (10,5%). As vítimas mais frequentes foram os progenitores (n=5; 26,3%), seguidas da família nuclear e outros conhecidos (n=4; 21,1% em ambos os casos). O homicídio de filhos ou cônjuges apresentou igual prevalência (n=2; 10,5%).

Considerando também os crimes de Homicídio na forma tentada, um total de 33 doente encontram-se a cumprir medida de segurança por homicídio (30%). Os crimes de incêndio representaram 16,4% dos crimes cometidos (n=18) e os de furto ou roubo representaram 12,7% (n=14).

De acordo com o Relatório de Segurança Interna de 2018 os crimes foram classificados como violentos ou não violentos, sendo os considerados violentos o Homicídio, o Homicídio na forma tentada, a Violação ou abuso sexual, a Ofensa à Integridade Física Grave e o Sequestro. No grupo estudado, 40% dos doentes (n=44) encontravam-se a cumprir medida de segurança por crime violento e 60% (n=66) por crime não violento.

Considerando todos os casos estudados, os progenitores foram as vítimas mais frequentes dos crimes cometidos (n=25; 22,7%), seguidos dos vizinhos (n=15; 13,6) e dos cônjuges (n=14; 12,7%). Apenas 17,3% dos crimes foram cometidos contra desconhecidos (n=19).

De forma simplificada, 41,8% dos crimes foram cometidos contra a família nuclear dos doentes e 21,8% contra outros conhecidos, incluindo outros familiares, vizinhos, amigos ou conhecidos. Na grande maioria dos casos os crimes foram cometidos contra maiores de idade (80%; n=88). A maioria dos doentes não tinha antecedentes criminais (61,8%; n=68) e apenas 13,6% tinham internamento prévio em Serviço de Psiquiatria Forense (n=15).

TABELA 2: PREVALÊNCIAS DAS SUBSTÂNCIAS CONSUMIDAS

| Substância Consumida | N | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Álcool | 18 | 46,2% |
| Canábis | 3 | 7,7% |
| Múltiplas substâncias | 18 | 46,2% |

Análise estatística

1. Diferenças de gênero da patologia psiquiátrica, tipo de crime cometido, relação com a vítima e antecedentes criminais

Com o intuito de verificar se o gênero influencia o diagnóstico psiquiátrico dos doentes internados no Serviço de Psiquiatria Forense, agrupados em função do seu grupo nosológico, realizou-se o teste de independência Qui-Quadrado que revelou a existência de uma relação entre as duas variáveis (Qui-Quadrado 10,136; $p < 0,05$). Analisando os resíduos ajustados, verificamos que a célula relativa às Outras Perturbações Psiquiátricas apresenta um residual ajustado superior a 2 (3.2), indicando que a maior prevalência de outras perturbações psiquiátricas no sexo feminino apresenta uma contribuição superior para o Qui-quadrado.

Avaliando cada grupo nosológico individualmente, verificamos que o gênero é independente do diagnóstico de Perturbações de Desenvolvimento Intelectual, Perturbações Psicóticas ou Perturbações de Uso de Substância. No entanto, verifica-se uma associação entre a prevalência de Perturbações do Humor e o gênero dos doentes avaliados (Teste Exato de Fisher: $p < 0,05$), sendo cerca de 7 vezes mais provável ter diagnóstico de Perturbações do Humor se se for do gênero feminino (OR: 7,768).

A avaliação da associação entre o gênero e o consumo comórbido de substâncias foi realizada aplicando o teste de Qui-Quadrado, verificando-se a sua existência (Qui-Quadrado 9,148: $p < 0,05$), sendo cerca de 12 vezes mais provável ter comorbidade com Perturbações do Uso de Substâncias se se for do gênero masculino (OR: 12,906). Os dados relativos às diferenças de gênero no que concerne ao diagnóstico psiquiátrico atual encontram-se sumarizadas na Tabela 3.

Embora se verifique uma contagem real superior à contagem esperada na célula referente aos crimes violentos em doentes do sexo feminino, as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que não podemos excluir que as variáveis sejam independentes (Qui-Quadrado 3,064; $p < 0,05$). A influência do gênero no tempo máximo de medida de segurança foi estudada através do U de Mann-Whitney que não mostrou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Utilizando o teste de independência de Qui-Quadrado verificou-se também que não existiam diferenças estatisticamente significativas na prevalência de antecedentes criminais entre gêneros (Qui-Quadrado 1,370; $p > 0,05$).

Para verificar se o gênero dos sujeitos estudados influencia a relação com a vítima, em conhecido vs desconhecido, utilizou-se o teste de independência do Qui-Quadrado verificando-se que as duas variáveis são independentes (Qui-Quadrado 0,825; $p > 0,05$). No entanto, quando temos em conta apenas os crimes cometidos contra os filhos em função do gênero, constatou-se uma relação entre as duas variáveis, sendo 24 vezes mais provável cometer crimes contra os filhos de se se for do gênero feminino (OR: 24,000).

2. Diferenças relativas à presença de comorbilidades e antecedentes psiquiátricos, situação familiar atual, características do crime cometido e antecedentes criminais dependendo do diagnóstico psiquiátrico atual (Tabela 3)

Avaliando a possível influência do diagnóstico psiquiátrico no tipo de crime cometido, nomeadamente se foi um crime violento ou não violento, realizou-se um teste de independência de Qui-Quadrado que demonstrou uma significância alta, pelo que concluímos que estas variáveis são independentes (Qui-Quadrado 2,794; $p > 0,05$). Quando avaliamos a relação entre o diagnóstico psiquiátrico atual e os crimes cometidos pela amostra de doentes, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas, embora exista uma prevalência superior à esperada de homicídios nos doentes com psicose e de incêndio nos doentes com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (Qui-Quadrado 4,77; $p > 0,05$). Quando avaliamos a influência que a comorbilidade com Perturbações de Uso de Substância apresenta sobre o tipo de crime cometido através do teste de independência Qui-Quadrado, verificamos que existe uma relação entre estas duas variáveis (Teste de Qui-Quadrado 7,929; $p < 0,05$). No tratamento *pos-hoc* dos dados, a partir da análise dos resíduos ajustados, podemos concluir que a maior prevalência do que a esperada de violência doméstica e a menor prevalência do que a esperada de homicídio nos doentes com comorbilidade com patologia dual são principais contribuintes para o Qui-Quadrado.

A avaliação da associação dos crimes de homicídio e violência doméstica com a presença de comorbilidade com Perturbações do Uso de Substância, mostra que as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($p < 0,05$), verificando-se que era cerca de 2 vezes mais provável ter cometido um crime de homicídio se não se tivesse comorbilidade com PUS (OR: 2,641). Adicionalmente, era também cerca de 2 vezes mais provável ter cometido um crime de violência doméstica se se tivesse diagnóstico comórbido de PUS (OR: 2,458).

Analisando a relação com a vítima em função do diagnóstico psiquiátrico atual verificamos que o teste de independência de Qui-Quadrado apresenta uma significância alta, pelo que não se exclui a hipótese nula e se determina que as variáveis são independentes (Qui-Quadrado 0,285; $p > 0,05$).

No que respeita à influência do diagnóstico psiquiátrico atual na existência de antecedentes criminais verificamos que não existe relação entre as variáveis nos sujeitos estudados (Qui-Quadrado 2,768; $p > 0,05$). No entanto, quando analisamos a influência da comorbilidade com PUS na existência de antecedentes criminais através do teste de independência do Qui-Quadrado, verificamos que existe uma relação entre estas variáveis (Qui-Quadrado 8,506; $p < 0,05$), sendo cerca de 3 vezes mais provável ter antecedentes criminais se se verificar a comorbilidade com PUS (OR: 3,300).

Para verificar se o diagnóstico atual influencia a existência de seguimento anterior pela especialidade de Psiquiatria utilizamos o teste de Qui-Quadrado que não revelou a existência de associação entre as duas variáveis (Qui-Quadrado 5,170; $p > 0,05$), apesar de se verificar uma prevalência superior ao esperado de doentes com Perturbação de Desenvolvimento Intelectual sem seguimento anterior. Para avaliar se o diagnóstico atual influencia a concordância diagnóstica com diagnósticos anteriores foi utilizado o teste de independência Qui-Quadrado que não mostrou a presença de associação entre estas duas variáveis (Qui-Quadrado 2,794; $p > 0,05$).

Foi utilizado o teste de independência de Qui-Quadrado para avaliar a influência da área de residência no diagnóstico atual dos sujeitos estudados, verificando-se uma relação entre estas variáveis. Analisando os resíduos ajustados, verificamos que as células relativas às Perturbações Psicóticas e às Perturbações do Desenvolvimento Intelectual apresentam valores superiores a 2 (2,1 e 2,7, respetivamente), indicando que a maior prevalência de Perturbações do Desenvolvimento Intelectual em zonas rurais e a maior prevalência de Perturbações Psicóticas nas zonas urbanas apresentam uma contribuição superior para o Qui-Quadrado.

Com o intuito de verificar se o diagnóstico psiquiátrico atual influencia o apoio familiar atual realizou-se o teste de independência Qui-Quadrado que apresentou significância alta, pelo que se determina que as variáveis são independentes (Qui-Quadrado 0,287; $p > 0,05$).

TABELA 3: GÉNERO, ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS, CONCORDÂNCIA DIAGNÓSTICA, CRIME COMETIDO E ANTECEDENTES CRIMINAIS DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ATUAL

| DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ATUAL | TOTAL | GÉNERO | | X ² | ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS | | X ² | DIAGNÓSTICO CONCORDANTE | | X ² | CRIME COMETIDO | | | | X ² | ANTECEDENTES CRIMINAIS | | X ² | | | | |
|---|-----------|----------|-----------|----------------|----------------------------|-----------|----------------|-------------------------|-----------|----------------|----------------|---------------------|----------|-----------|----------------|------------------------|-----------|----------------|--|--|--|--|
| | | F | M | | Sim | Não | | Sim | Não | | Homicídio | Violência Doméstica | Incêndio | Outros | | Sim | Não | | | | | |
| | | N (%) | | | N (%) | | | N (%) | | | N (%) | | | | | N (%) | | | | | | |
| Perturbação do Desenvolvimento Intelectual | 35 (31,8) | 5 (26,3) | 30 (33,0) | 10,136* | 23 (65,7) | 12 (34,3) | 5,170 ns | 16 (66,7) | 8 (33,3) | 0,199 ns | 6 (17,1) | 8 (22,9) | 8 (22,9) | 13 (37,1) | 8,451 ns | 17 (48,6) | 18 (51,4) | 2,768 ns | | | | |
| P.D.I. Ligeira | 16 (14,5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.D.I. Moderada | 16 (14,5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.D.I. Grave | 3 (2,7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perturbações Psicóticas | 64 (58,5) | 8 (42,1) | 55 (60,4) | 10,136* | 52 (82,5) | 11 (17,5) | 5,170 ns | 37 (71,2) | 15 (28,8) | 0,199 ns | 21 (33,3) | 13 (20,6) | 9 (14,3) | 20 (31,7) | 8,451 ns | 22 (34,9) | 41 (65,1) | 2,768 ns | | | | |
| Esquizofrenia | 42 (38,2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P. Esquizoafetiva | 2 (1,8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P. Delirante | 16 (14,5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psicose p/ substância | 3 (2,7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outras | 12 (10,9) | 6 (31,6) | 6 (6,60) | 10,136* | 11 (91,7) | 1 (8,3) | 5,170 ns | 8 (72,7) | 3 (27,3) | 0,199 ns | 6 (50,0) | 4 (33,3) | 1 (8,3) | 1 (8,3) | 8,451 ns | 3 (25,0) | 9 (75,0) | 2,768 ns | | | | |
| P. Afetiva Bipolar | 6 (5,4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P. Depressiva | 3 (2,7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dep. de Álcool | 2 (1,8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dep. Múltiplas Subst. | 1 (0,9) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comorbilidade com Uso de Substâncias

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|--------|-----------|-----------|--------|
| Sim | 39 (35,5) | 1 (2,6) | 38 (97,4) | 9,148* | 33 (84,6) | 6 (15,4) | 1,466 ns | 21 (63,6) | 12 (34,6) | 1,065 ns | 6 (15,4) | 13 (33,3) | 8 (20,5) | 12 (30,8) | 7,929* | 22 (56,4) | 17 (43,6) | 8,506* |
| Não | 71 (64,5) | 18 (25,4) | 53 (74,6) | | | 53 (74,6) | | 18 (25,4) | | | 40 (74,1) | 14 (25,9) | | 27 (38,0) | | 12 (16,9) | 10 (14,1) | |

*p < 0,05; ns: não significativo

3. Diferenças relativas à presença de antecedentes criminais, relação com a vítima e apoio familiar atual dependendo do crime cometido

Analisando a relação entre a presença de antecedentes criminais e o crime que motivou o internamento atual verificamos que o teste de Qui-Quadrado apresenta uma significância baixa (Qui-Quadrado 12,263; $p < 0,05$), ou seja, existe uma relação entre as duas variáveis. Analisando os resíduos ajustados, verificamos que as células relativas ao crime de homicídio apresentam valores superiores a 2 (3,3), indicando que a menor prevalência de antecedentes criminais em doentes que cometeram homicídio apresenta uma contribuição superior para o Qui-Quadrado. Estes dados encontram-se sumarizados na Tabela 4. No que respeita aos antecedentes de internamento em Serviço de Psiquiatria Forense para cumprimento de medida de segurança verificamos que existe uma relação desta variável com o tipo de crime cometido, sendo cerca de 11 vezes mais provável ter antecedentes de internamento nestes serviços se se estiver a cumprir medida de segurança por crime não violento (Qui-Quadrado 8,041; $p < 0,05$; 11,577).

Alisando a relação com a vítima em função do tipo de crime cometido verificamos que o teste de Qui-Quadrado apresenta uma significância alta (Qui-Quadrado 8,464; $p > 0,05$), pelo que se determina que as variáveis são independentes. Por se tratar dos dois tipos de crime mais cometidos pela amostra em estudo optou-se pela comparação da relação com a vítima nos crimes de homicídio de violência doméstica com a população geral. Relativamente aos crimes de homicídio, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na relação com a vítima quando comparada com a população prisional geral (Qui Quadrado 48,504; $p < 0,05$). Quando avaliamos os resíduos, verificamos que a prevalência muito superior à esperada para os homicídios cometidos contra pais, filhos ou outros familiares nucleares é o principal contribuinte para o Qui-Quadrado, encontrando-se estes dados explanados na Tabela 5. No que concerne ao crime de violência doméstica, este foi apenas cometido contra progenitores e cônjuges na amostra estudada. Comparando o tipo de relação com vítimas do crime de violência doméstica da amostra com o da população geral, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas, verificando-se uma prevalência muito superior de crimes cometidos contra os progenitores na amostra estudada (Qui-Quadrado 89,394; $p < 0,05$). Adicionalmente, enquanto na população geral 15,1% dos crimes de violência doméstica são cometidos contra filhos ou enteados, na amostra estudada não houve violência doméstica reportada contra os filhos. Estes dados encontram-se sumarizados na Tabela 6.

Quando analisamos a presença de apoio familiar atual em função do crime cometido verificamos que o teste de Qui-Quadrado apresenta uma significância baixa (qui-quadrado 8,464; $p < 0,05$), revelando a existência de relação entre as variáveis. Analisando os resíduos ajustados, verificamos que as células relativas ao Homicídio e à Violência Doméstica apresentam valores superiores a 2 (-2,6 e 2,0, respectivamente), indicando que o menor apoio familiar aos doentes que cometeram homicídio e um maior apoio aos que cometeram crimes de violência doméstica apresentam uma contribuição superior para o Qui-Quadrado. A prevalência de apoio familiar dependendo do tipo de crime cometido e do diagnóstico psiquiátrico atual encontra-se explanada na Tabela 7.

Quando avaliamos a influência do crime cometido, enquanto violento ou não violento, no apoio familiar atual encontramos novamente resultados com significância baixa (Qui-Quadrado 8,152; $p < 0,05$), sendo cerca de 3 vezes mais provável não ter apoio familiar se se cometeram crimes violentos (OR: 3,420).

TABELA 4: PREVALÊNCIA DE ANTECEDENTES CRIMINAIS DE ACORDO COM O CRIME COMETIDO

| CRIME COMETIDO | TOTAL | ANTECEDENTES CRIMINAIS | | X ² |
|--------------------------------|------------|------------------------|------------|----------------|
| | | Sim | Não | |
| | | N (%) | | |
| Homicídio | 33 (39,0%) | 5 (15,2%) | 28 (84,8%) | 12,263* |
| Homicídio na forma tentada | 13 (11,8%) | | | |
| Homicídio consumado | 20 (18,2%) | | | |
| Violência Doméstica | 25 (22,7%) | 10 (40,0%) | 15 (60,0%) | |
| Incêndio | 18 (16,4%) | 8 (44,4%) | 10 (55,6%) | |
| Outros | 34 (30,9%) | 19 (55,9%) | 15 (44,1%) | |
| Ofensa à integridade física | 6 (5,5%) | | | |
| Ameaça | 3 (2,7%) | | | |
| Abuso/Coação sexual de menores | 4 (3,6%) | | | |
| Sequestro | 2 (1,8%) | | | |
| Furtos e roubos | 14 (12,7%) | | | |
| Dano | 2 (1,8%) | | | |
| Crimes rodoviários | 1 (0,9%) | | | |
| Tráfico de estupefacientes | 1 (0,9%) | | | |
| Stalking | 1 (0,9%) | | | |

* $p < 0,05$

TABELA 5: RELAÇÃO FAMILIAR COM AS VÍTIMAS DO CRIME DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E COMPARAÇÃO COM A POPULAÇÃO RECLUSA GERAL (RELATÓRIO ANUAL DE SEGURANÇA INTERNA 2018)

| RELAÇÃO COM A VÍTIMA | AMOSTRA | POP. RECLUSA GERAL | X ² |
|----------------------|---------|--------------------|----------------|
| | % | | |
| Pais / Padrastos | 56% | 5,4% | 65,266* |
| Filhos / Enteados | 0% | 15,1% | |
| Cônjuge / Análogo | 44% | 53,1% | |
| Ex-cônjuge / Análogo | 0% | 16,7% | |
| Outro grau | 0% | 9,6% | |

*p < 0,05

TABELA 6: RELAÇÃO FAMILIAR COM AS VÍTIMAS DO CRIME DE HOMÍCIDIO E COMPARAÇÃO COM A POPULAÇÃO RECLUSA GERAL (RELATÓRIO ANUAL DE SEGURANÇA INTERNA 2018)

| RELAÇÃO COM A VÍTIMA | AMOSTRA | POP. RECLUSA GERAL | X ² |
|----------------------|---------|--------------------|----------------|
| | % | | |
| Parental / Familiar | 14% | 56% | 48,504* |
| Conjugal / Análogo | 19% | 9,4% | |
| Conhecidos | 24% | 18,8% | |
| Outros | 32% | 9,4% | |
| Desconhecidos | 11% | 6,3% | |

*p < 0,05

TABELA 7: SITUAÇÃO FAMILIAR ATUAL DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ATUAL E O CRIME COMETIDO

| SITUAÇÃO FAMILIAR ATUAL | TOTAL | DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ATUAL | | | X ² | CRIME COMETIDO | | | | X ² |
|-------------------------|------------|--------------------------------|------------------|-----------|----------------|----------------|---------------------|------------|------------|----------------|
| | | P. D. I. | Pert. Psicóticas | Outras | | Homicídio | Violência Doméstica | Incêndio | Outros | |
| | | N (%) | | | | N (%) | | | | |
| Com apoio familiar | 79 (71,8%) | 26 (74,3%) | 44 (69,8%) | 9 (75,0%) | 0,287 ns | 18 (54,5%) | 22 (88,0%) | 14 (77,8%) | 25 (73,5%) | 8,464* |
| Sem apoio familiar | 31 (28,2%) | 9 (25,7%) | 19 (30,2%) | 3 (25,0%) | | 15 (45,5%) | 3 (12,0%) | 4 (26,5%) | 9 (29,0%) | |

*p < 0,05; ns: não significativo

4. Diferenças na pontuação no Questionário de História da Infância da população estudada e comparativamente à população geral portuguesa

Foi analisada a relação entre o género e a pontuação de adversidade total no Questionário de Histórias da Infância com o Teste U de Mann-Whitney não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas. Para analisar a relação entre o diagnóstico psiquiátrico atual e a pontuação de adversidade total no Questionário de Histórias da Infância foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, é evidente uma menor prevalência de ausência de eventos adversos da infância nos doentes com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Quando se estudou a relação desta pontuação na comorbilidade com PUS, recorrendo-se ao Teste U de Mann-Whitney, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, pelo que podemos afirmar que os doentes com comorbilidade com PUS apresentaram pontuações no questionário ACE superiores aos sem critérios para este diagnóstico. Para estudar a influência do Abuso de Substâncias no Ambiente Familiar no consumo de substâncias na idade adulta utilizou-se o teste de independência Qui-Quadrado, não se verificando relação entre as duas variáveis. Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando se estudou a relação entre a pontuação de Adversidade Total e o tipo de crime cometido com o Teste U de Mann-Whitney. A Tabela 8 sumariza a pontuação de Adversidade Total do QHI dependendo do género, diagnóstico psiquiátrico atual, comorbilidade com o uso de substâncias e crime cometido.

Comparando os sujeitos em estudo com uma amostra da população geral portuguesa descrita por Silva e Maia em 2011 (Silva and Maia, 2011) observaram-se diferenças estatisticamente significativas na prevalência de várias adversidades da infância. Utilizando-se o Teste de Aderência de Qui-Quadrado verificou-se que os doentes na amostra estudada apresentavam prevalências superiores estatisticamente significativas ($p > 0,05$) nas categorias de Abuso Emocional, Exposição a Violência Doméstica, Abuso de Substâncias no Ambiente Familiar e Divórcio ou Separação Parental. A prevalência de exposição a Doença Mental ou Suicídio era significativamente superior na população geral. As restantes categorias não apresentavam diferenças estatisticamente significativas. Estes dados encontram-se sumarizados na Tabela 9.

TABELA 8: PONTUAÇÃO DE ADVERSIDADE TOTAL DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS ESTUDADAS

| CARACTERÍSTICA | TAMANHO AMOSTRA (N) | N (%) | | | | | | | UMW |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| GÊNERO | | | | | | | | | UMW 297,5 <i>ns</i> |
| Feminino | 13 | 4 (30,8%) | 6 (46,2%) | 1 (7,7%) | 0 (0,0%) | 1 (7,7%) | 1 (7,7%) | 0 (0,0%) | |
| Masculino | 54 | 18 (33,3%) | 11 (20,4%) | 8 (14,8%) | 3 (5,6%) | 3 (5,6%) | 6 (11,1%) | 5 (9,3%) | |
| DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ATUAL | | | | | | | | | KW 5,368 <i>ns</i> |
| Perturbação do Desenvolvimento Intelectual | 22 | 3 (13,6%) | 6 (27,3%) | 4 (18,2%) | 2 (9,1%) | 1 (4,5%) | 4 (18,2%) | 2 (9,1%) | |
| Perturbações Psicóticas | 35 | 15 (42,9%) | 8 (22,9%) | 4 (11,4%) | 1 (2,9%) | 1 (2,9%) | 3 (4,8%) | 3 (4,8%) | |
| Outras | 10 | 4 (40,0%) | 3 (30,0%) | 1 (10,0%) | 0 (0,0%) | 4 (40,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| COMORBILIDADE COM USO DE SUBSTÂNCIAS | | | | | | | | | UMW 330,0* |
| Sim | 22 | 3 (13,6%) | 6 (27,3%) | 4 (18,2%) | 3 (13,6%) | 1 (4,5%) | 2 (9,1%) | 3 (13,6%) | |
| Não | 45 | 19 (42,2%) | 11 (24,4%) | 5 (11,1%) | 0 (0,0%) | 3 (6,7%) | 5 (11,1%) | 2 (4,4%) | |
| TIPO DE CRIME | | | | | | | | | KW 1,168 <i>ns</i> |
| Homicídio | 21 | 8 (38,1%) | 6 (28,6%) | 1 (4,8%) | 2 (9,5%) | 1 (4,8%) | 2 (9,5%) | 1 (4,8%) | |
| Violência Doméstica | 15 | 4 (26,7%) | 3 (20,0%) | 3 (20,0%) | 0 (0,0%) | 1 (6,7%) | 2 (13,3%) | 2 (13,3%) | |
| Incêndio | 9 | 3 (33,3%) | 2 (22,2%) | 1 (11,1%) | 0 (0,0%) | 1 (11,1%) | 2 (22,2%) | 0 (0,0%) | |
| Outros | 22 | 7 (31,8%) | 6 (27,3%) | 4 (18,2%) | 1 (4,5%) | 1 (4,5%) | 1 (4,5%) | 2 (9,1%) | |
| TOTAL | 67 | 22 (32,8%) | 17 (25,4%) | 9 (13,4%) | 3 (4,5%) | 4 (6,0%) | 7 (10,4%) | 5 (7,5%) | |

*p < 0,05; *ns*: não significativo

TABELA 9: CATEGORIAS DE ADVERSIDADE (DICOTOMIZADAS) E COMPARAÇÃO COM A POPULAÇÃO GERAL

| EXPERIÊNCIA DE ADVERSIDADE | AMOSTRA EM ESTUDO (%) | AMOSTRA DA POPULAÇÃO GERAL (%) | X² |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| Abuso Emocional | 27% | 11% | 17,227* |
| Abuso Físico | 18% | 12% | 2,216 ns |
| Abuso Sexual | 6% | 11% | 1,731 ns |
| Negligência Emocional | 30% | 29% | 0,024 ns |
| Negligência Física | 33% | 29% | 0,479 ns |
| Exposição a violência doméstica | 16% | 7% | 9,129* |
| Abuso de Substâncias na família | 28% | 18% | 4,870* |
| Separação ou divórcio parental | 28% | 5% | 76,959* |
| Prisão de um membro da família | 3% | 1% | 2,667 ns |
| Doença mental ou suicídio | 10% | 25% | 7,567* |

*p < 0,05; ns: não significativo

DISCUSSÃO

Avaliando os dados recolhidos verificamos que a maioria dos doentes internados no Serviço de Psiquiatria Forense entre janeiro de 2018 e agosto de 2020 tinham sido diagnosticados com Perturbações Psicóticas, sendo a Esquizofrenia a mais comum. Este achado é expectável quando temos em conta que as perturbações psicóticas são as que mais frequentemente levam à presença dos pressupostos para inimputabilidade, sendo a Esquizofrenia a perturbação psicótica primária mais frequente. Adicionalmente, encontra-se já descrita a associação entre sintomas psicóticos e comportamentos agressivos (Link and Stueve, 1994; Vieira, Cabral and Latas, 2017). Na análise dos dados recolhidos, foi possível verificar que quase 30% dos doentes da amostra com antecedentes de seguimento pela especialidade de Psiquiatria prévio ao internamento atual tinham diagnósticos discordantes com o determinado na perícia médico-legal, não havendo diferenças significativas da concordância diagnóstica entre os diagnósticos psiquiátricos atuais. O diagnóstico clínico, o corolário da psiquiatria, apresenta várias dificuldades, nomeadamente a heterogeneidade de apresentação das várias perturbações psiquiátricas. Os doentes podem apresentar-se em diferentes fases da doença, ter expressões sintomáticas diferentes e reportar um impacto funcional diferente (Kraemer, 2014). Esta discordância diagnóstica não é exclusiva dos doentes da Psiquiatria Forense, sendo encontrada frequentemente na prática clínica da Psiquiatria. A comparação da concordância diagnóstica dos vários grupos nosológicos entre a população psiquiátrica geral e os doentes em internamento de Psiquiatria Forense poderia ser um interessante alvo para estudos futuros.

As diferenças de géneros nos doentes psiquiátricos, e particularmente nos doentes internados em enfermarias de Psiquiatria Forense têm sido extensamente estudadas nos últimos anos. Na amostra estudada foram encontradas várias diferenças relevantes entre os doentes de género feminino e masculino. No que respeita aos diagnósticos de internamento, as Perturbações Psicóticas foram as mais prevalentes, independentemente do género. No entanto, a prevalência de Perturbações do Humor foi significativamente superior no género feminino. Este achado é compreensível atendendo ao facto de as perturbações afetivas serem cerca de duas vezes mais comuns no género feminino (Seney and Sibille, 2014). Adicionalmente, nas doentes internadas com diagnóstico de Perturbação do Humor, a maioria cumpria critérios para Episódio Depressivo com ou sem sintomas psicóticos, sendo que destas, 3 se encontravam a cumprir medida de segurança por homicídio dos filhos. Será interessante

salientar que nenhum dos homens incluídos na amostra se encontrava a cumprir medida de segurança pelo mesmo motivo. O crime de infanticídio, muito mais prevalente no género feminino que no masculino, e muitas vezes associado a perturbações depressivas com ou sem sintomas psicóticos poderá justificar estas diferenças (Reed, Prunty and Strang, 2011). A prevalência superior de doentes do género masculino com comorbilidade com Perturbações do Uso de Substância encontrada na amostra estudada é também facilmente compreensível face à predominância do consumo pelos indivíduos de género masculino na população geral. Em Portugal, as diferenças de género relativamente ao consumo de substâncias, principalmente o álcool, são das mais altas da Europa (Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, 2019).

A proveniência de região urbana é um fator de risco importante, embora que largamente incompreendido, para as perturbações psicóticas e, mais especificamente, para a esquizofrenia. A poluição, diferenças relativas aos hábitos e ao ambiente social têm sido estudadas como possíveis causadoras do aumento de risco (van Os, 2004). Embora esta relação não esteja completamente esclarecida é interessante verificar que os seus efeitos se manifestam na amostra de doentes estudada, verificando-se uma prevalência superior à esperada de doentes psicóticos naturais de áreas urbanas.

Nas últimas décadas tem-se verificado um esforço por parte da comunidade científica no sentido de compreender se existe associação entre o tipo de crime e a patologia psiquiátrica de base de forma prevenir a sua ocorrência. Considerando a importância que os sintomas psicóticos, nomeadamente a ideação delirante persecutória e a atividade alucinatória, nos comportamentos agressivos de doentes psiquiátricos não será de admirar que estes sejam mais graves e mais frequentemente fatais nos doentes com perturbações psicóticas primárias, verificando-se uma menor prevalência de crimes sexuais nestes doentes (Nijman, Cima and Merckelbach, 2003). Os resultados da amostra de doentes estudada, embora não estatisticamente significativos, vão de acordo ao reportado na literatura observando-se uma prevalência superior à esperada de homicídios nos doentes com perturbações psicóticas. Adicionalmente, nenhum dos doentes com perturbações psicóticas da amostra tinham cometido crimes de abuso sexual. De facto, estes crimes tinham sido cometidos unicamente por doentes com Perturbações do Desenvolvimento Intelectual. A associação entre Perturbações do Desenvolvimento Intelectual e a presença de comportamentos sexuais inapropriados encontra-se já descrita na literatura, com prevalências entre 15 e 33%. No entanto, estas prevalências referem-se, na sua maioria, a comportamentos sociais inapropriados e não a comportamentos coercivos (Thom, Grudzinskas and Saleh, 2017), o que justifica a

ausência de sobre-representação de doentes com perturbações do desenvolvimento intelectual em amostras nacionais de agressores sexuais (Søndena, Rasmussen and Nøttestad, 2008). A associação encontrada na amostra estudada entre as Perturbações do Desenvolvimento Intelectual e as ofensas sexuais poderá ser explicada por um viés de seleção, uma vez que dificilmente em outras perturbações psiquiátricas estariam presentes os pressupostos para inimputabilidade neste tipo de crimes.

Apesar da inexistência de relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico psiquiátrico primário e o tipo de crime cometido, na amostra estudada verificou-se a existência de relação entre a comorbilidade com Perturbação de Uso de Substâncias e o crime cometido. A comorbilidade com PUS aumentava a probabilidade de crime de violência doméstica e diminuía a probabilidade de crime de homicídio. Nijman et al apresentou resultados semelhantes num estudo com doentes psicóticos, no qual reportou uma menor prevalência de consumo de substâncias nos doentes que tinham cometido homicídio (Nijman, Cima and Merckelbach, 2003). Estes resultados são interessantes na medida em que a associação entre comportamentos agressivos e criminalidade e o consumo de substâncias encontra-se estabelecida na literatura, tanto para sujeitos com ou sem perturbações psiquiátricas comórbidas (Gottfried and Christopher, 2017). Na realidade, esta relação torna-se evidente no estudo atual quando se verifica uma maior prevalência de antecedentes criminais nos doentes com comorbilidade com PUS. Atendendo aos dados obtidos poderíamos especular que o consumo comórbido de substâncias poderia aumentar a frequência de comportamentos criminosos, nomeadamente de violência doméstica, exercendo uma influência menor em crimes mais graves como o homicídio. Isto poderá ter também influência na menor prevalência de antecedentes criminais nos doentes que cometeram crimes mais graves, como homicídio. No entanto, nem todos os estudos apresentam resultados semelhantes. Tiihonen et al reportou um risco superior de comportamentos agressivos nos doentes com esquizofrenia e comorbilidade com perturbações do uso de substância (Tiihonen *et al.*, 1997). Desta forma, será necessária a realização de mais estudos para esclarecer esta relação. Será interessante salientar que na amostra estudada se verifica uma prevalência de consumo de bebidas alcoólicas semelhante à prevalência de consumo de múltiplas substâncias contrariamente ao que ocorre na população geral, onde o consumo de bebidas alcoólicas é muito mais frequente do que a de qualquer outra substância (Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, 2019). Apesar de existir uma relação bem definida entre as Perturbações da Personalidade e o risco de comportamentos agressivos ou criminosos a ausência de doentes com esse diagnóstico primário na amostra fez com que essa associação não

fosse estudada no presente estudo. Uma vez que se considera que estas Perturbações não condicionam compromisso na capacidade de determinação do doente, dificilmente será considerado inimputável o doente com Perturbação da Personalidade, sem outra perturbação psiquiátrica comórbida. Sobre isso, o próprio DSM-5 afirma que o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica não é suficiente para estabelecer a existência de um “defeito mental” para fins legais (American Psychiatric Association, 2013; Vieira, Cabral and Latas, 2017). No entanto, estas encontram-se frequentemente em comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, atuando na maioria dos casos como fator de mau prognóstico. Atendendo ao descrito, seria importante estudar a possível influência das Perturbações da Personalidade no risco de criminalidade nos doentes com outras perturbações psiquiátricas comórbidas.

A relação com a vítima do crime cometido nos doentes psiquiátricos tem sido também alvo de estudo. Em doentes com esquizofrenia tem sido reportado que a probabilidade de comportamentos agressivos contra desconhecidos é baixa, mais do que na população geral (Nijman, Cima and Merckelbach, 2003). Na amostra estudada, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na relação com a vítima do crime de acordo com o diagnóstico psiquiátrico ou com o tipo de crime cometido, foram encontradas diferenças importantes relativamente à população geral. Os homicídios contra familiares nucleares, como os progenitores ou os filhos, foram mais frequentes do que na população geral o que corrobora a noção de que os crimes cometidos por doentes psiquiátricos são mais frequentemente contra familiares próximos. O diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica num membro da família é considerado um fator de risco para disfuncionalidade familiar, principalmente em fases agudas da doença (FRIEDMANN *et al.*, 1997). Esta disfunção poderá contribuir para a predominância de familiares nucleares entre as vítimas dos crimes cometidos pelos doentes da amostra estudada. A maior prevalência de crimes de violência doméstica contra os progenitores encontrada será, muito provavelmente, um reflexo da grande predominância de solteiros na amostra estudada.

A situação familiar dos doentes a cumprir medida de segurança em enfermaria de Psiquiatria Forense assume uma grande importância uma vez que o apoio por parte dos familiares é essencial para a reinserção do doente na sociedade, facilitando licenças jurisdicionais e a sua aceitação por parte da comunidade. Dito isto, torna-se importante estudar quais as principais variáveis que influenciam a existência, ou não, deste apoio, de forma a que estas possam ser trabalhadas junto da família e do próprio doente. Na amostra estudada, não se verificaram diferenças relativamente à situação familiar dependendo do diagnóstico psiquiátrico atual, existindo sim diferenças de acordo com

o tipo de crime cometido. Considerando a carga moral associada ao homicídio, não é de estranhar que os doentes que se encontravam a cumprir pena por este crime tivessem uma situação familiar mais desgastada, sendo frequente a ausência de qualquer contacto por parte de familiares neste grupo. No entanto, no que concerne à violência doméstica, os doentes a cumprir medida de segurança por este crime apresentavam uma situação familiar melhor do que a esperada. A normalização e justificação dos comportamentos agressivos no seio familiar é um fenómeno descrito e evidente na prática clínica e mesmo na vivência em sociedade (World Health Organization, 2005). Esta aceitação da violência doméstica, embora cada vez menor, ajuda a compreender que os comportamentos agressivos dirigidos contra a família nuclear possam ser também os mais aceites pela família.

A avaliação das experiências adversas da infância foi um dos principais objetivos da investigação. A revisão da literatura permitiu verificar que estes eventos são muito prevalentes nos doentes com perturbações psiquiátricas, bem como na população reclusa. Desta forma, a avaliação da sua prevalência na amostra estudada, doentes psiquiátricos a cumprir medida de segurança, torna-se essencial para a verdadeira compreensão dos restantes resultados obtidos. Comparando a média de Adversidade Total nos doentes estudados verificamos que esta é superior à reportada para a população geral portuguesa (Silva and Maia, 2008). Relativamente à população reclusa portuguesa, estudada por Joana Alves *et al.*, observa-se que a média de Adversidade Total da amostra estudada é semelhante à reportada nos Homens (2.63; DP=2.18), mas inferior à reportada nas mulheres (5.05; DP=2.63). No presente estudo não se verificaram diferenças significativas na Adversidade Total entre géneros, achado inconstante na literatura. No entanto, mais do que a adversidade total, o tipo de experiência adversa é influenciado pelo género. Parece existir uma predominância de abuso sexual e exposição a violência doméstica no género feminino e de abuso físico e abuso de substância na família no género masculino. A forma como estas experiências moldam o comportamento em adulto parece ser também diferente entre os géneros, com maior prevalência de desesperança, ansiedade e depressão nas mulheres e de abuso de substâncias e comportamentos anti-sociais nos homens (Fang, Chuang and Lee, 2016).

A maior prevalência, embora não estatisticamente significativa, de pelo menos um evento stressor na infância nos doentes com diagnóstico psiquiátrico atual de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual é interessante. Estas perturbações podem estar relacionadas com comportamentos de risco maternos durante a gravidez, nomeadamente o consumo de substâncias. O consumo de substâncias por parte dos

cuidadores, para além de ser um dos eventos pesquisados pelo Questionário de Histórias da Infância, pode resultar em negligência nos cuidados prestados à criança e mesmo em exposição a violência, dirigida à própria criança ou a outros elementos do agregado familiar.

Adicionalmente, os doentes estudados apresentavam também maior prevalência de várias categorias de adversidade quando comparados com a população geral. Embora a Exposição a Violência Doméstica seja uma das categorias com prevalência superior na amostra estudada, esta não apresentou relação com a prática do crime de Violência Doméstica. Aliás, nem a pontuação de Adversidade Total nem a prevalência de nenhuma das categorias em particular apresentavam associação com o diagnóstico psiquiátrico primário ou com o tipo de crime cometido. Por outro lado, a pontuação de Adversidade Total apresentava uma relação significativa com a comorbilidade com PUS. Esta associação tem sido largamente explorada na literatura, com vários estudos a evidenciarem que as experiências adversas na infância aumentam o risco de abuso de substâncias na idade adulta (Mersky, Topitzes and Reynolds, 2013). Encontrando-se o consumo de substâncias associado a maior frequência de comportamentos violentos, antissociais e criminosos, podemos dizer que os eventos adversos da infância representam um papel importante nestes comportamentos. Desta forma, a intervenção por parte das autoridades competentes na proteção de crianças expostas a eventos adversos desempenha um papel fulcral na prevenção de criminalidade futura.

CONCLUSÃO

Atendendo à amostra estudada não é possível retirar qualquer tipo de conclusão relativamente ao eventual aumento de risco de comportamentos criminosos por parte de doentes psiquiátricos, avaliando-se apenas relação entre tipo de crime cometido e diagnóstico psiquiátrico em doentes a cumprir medida de segurança após terem sido considerados inimputáveis para a prática do crime. A comorbilidade com perturbação do uso de substâncias revelou-se como o principal fator de risco para a existência de antecedentes criminais, ou seja, para a recorrência de comportamentos criminosos. No entanto, não se verificou uma maior prevalência de PUS nos doentes que tinham cometido homicídios. Relativamente a diferenças de género, sobressai a importante prevalência de infanticídio nas doentes do género feminino e a inexistência de doentes de género masculino a cumprir medida de segurança pelo mesmo motivo, resultados congruentes com a literatura. Independentemente do género, os doentes estudados apresentavam pontuações de Adversidade Total superiores à média da população geral portuguesa. Estes dados ajudam o clínico a compreender que fatores poderão contribuir para a existência de comportamentos violentos ou criminosos nos doentes com perturbações psiquiátricas, permitindo definir estratégias baseadas neste conhecimento que tenham como objetivo a prevenção destes comportamentos e, desta forma, a melhor integração do indivíduo na sociedade. Apesar da Psiquiatria Forense ser uma subespecialidade virada para o direito e focada principalmente na evidência, tendo muitas vezes um objetivo menos clínico, será importante interpretar os seus resultados e integrá-los na clínica, promovendo o melhor tratamento possível para os doentes e evitando o seu contacto com essa subespecialidade.

LIMITAÇÕES

A amostra incluída na presente investigação representa um grupo muito específico de doentes, sendo que os resultados não podem ser aplicados à população psiquiátrica geral.

REFERÊNCIAS

Alves, J., Dutra, A. and Maia, Â. (2013) 'História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres', *Ciência & Saúde Coletiva*. scielo, pp. 701–709.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edit. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Beck, J. L. (1998) 'Mental illness and violent acts: Protecting the patient and public', in *CONTINUING MEDICAL EDUCATION SYLLABUS AND SCIENTIFIC PROCEEDINGS*. Toronto: American Psychiatry Association.

Cocozza, J. J., Steadman, H. J. and Melick, M. E. (1978) 'Trends in violent crime among ex-mental patients', *Criminology*, 16, p. 317–334.

Fang, L., Chuang, D. D.-M. and Lee, Y. (2016) 'Adverse Childhood Experiences, Gender, and HIV Risk Behaviors: Results from a Population-Based Sample', *Preventive Medicine Reports*, 4. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.05.019.

Felitti MD, V. J. *et al.* (1998) 'Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study', *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245–258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8.

FRIEDMANN, M. S. *et al.* (1997) 'Family Functioning and Mental Illness: A Comparison of Psychiatric and Nonclinical Families', *Family Process*, 36(4), pp. 357–367. doi: 10.1111/j.1545-5300.1997.00357.x.

Gottfried, E. D. and Christopher, S. C. (2017) 'Mental Disorders Among Criminal Offenders: A Review of the Literature.', *Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 23(3), pp. 336–346. doi: 10.1177/1078345817716180.

Harris, A. and Lurigio, A. (2007) 'Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies', *Aggression and Violent Behavior*, 12, pp. 542–551. doi: 10.1016/j.avb.2007.02.008.

Hodgins, S. (1992) 'Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort.', *Archives of general psychiatry*, 49(6), pp. 476–483. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820060056009.

- Hughes, K. *et al.* (2017) 'The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis.', *The Lancet. Public health*, 2(8), pp. e356–e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- Jorm, A. F. and Mulder, R. T. (2018) 'Prevention of mental disorders requires action on adverse childhood experiences.', *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(4), pp. 316–319. doi: 10.1177/0004867418761581.
- Kraemer, H. C. (2014) 'The Reliability of Clinical Diagnoses: State of the Art', *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), pp. 111–130. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153739.
- Link, B. G. and Stueve, A. (1994) *Psychotic Symptoms and the Violent/Illegal Behavior of Mental Patients Compared to Community Controls*. Chicago.
- Mendes, E., Temócio, J. and Cabral, A. S. (2014) 'Aspetos médico-legais em Psiquiatria', in *Psiquiatria Fundamental*. 1ª Edição. Coimbra: Lidel, pp. 507–521.
- Mersky, J. P., Topitzes, J. and Reynolds, A. J. (2013) 'Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: a cohort study of an urban, minority sample in the U.S', *Child abuse & neglect*. 2013/08/24, 37(11), pp. 917–925. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.011.
- Monahan, J. and Steadman, H. J. (1983) 'Crime and Mental Disorder: An Epidemiological Approach', *Crime and Justice*, 4, pp. 145–189. doi: 10.1086/449088.
- Nijman, H., Cima, M. and Merckelbach, H. (2003) 'Nature and antecedents of psychotic patients' crime', *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, pp. 542–553. doi: 10.1080/1478994031000152754.
- van Os, J. (2004) 'Does the urban environment cause psychosis?', *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. England, pp. 287–288. doi: 10.1192/bjp.184.4.287.
- Pechtel, P. and Pizzagalli, D. A. (2011) 'Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature.', *Psychopharmacology*, 214(1), pp. 55–70. doi: 10.1007/s00213-010-2009-2.
- Reed, K. D., Prunty, M. and Strang, J. (2011) 'Measuring, Preventing and Treating Global Drug Abuse', *Substance Abuse Disorders*, pp. 75–80. doi: 10.1002/9780470975084.ch4.
- Rocha, B. and Cruz, M. (2017) 'Psiquiatria Forense e Enfermarias de Segurança', in Vieira, F., Cabral, A. S., and Saraiva, C. B. (eds) *Manual de Psiquiatria Forense*. 1ª

Edição. PACTOR, pp. 519–535.

Santos, V. and Caldeira, S. (2017) 'Perturbações da Personalidade em Contexto Forense', in Vieira, F., Cabral, A. S., and Saraiva, C. B. (eds) *Manual de Psiquiatria Forense*. Primeira. PACTOR, pp. 411–428.

Schellenberg, E. G. *et al.* (1992) 'A review of arrests among psychiatric patients', *International Journal of Law and Psychiatry*, 15(3), pp. 251–264. doi: [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(92\)90002-I](https://doi.org/10.1016/0160-2527(92)90002-I).

Seney, M. L. and Sibille, E. (2014) 'Sex differences in mood disorders: perspectives from humans and rodent models', *Biology of sex differences*, 5(1), p. 17. doi: 10.1186/s13293-014-0017-3.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências (2019) *Relatório Anual de 2018 - A Situação do País em Matéria de Drogas, Toxicodependência e Álcool*.

Sharpe, D. (2015) 'Your chi-square test is statistically significant: Now What?', *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 20, pp. 1–10.

Silva, S. and Maia, Â. (2008) 'Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância)', in Noronha, A. (ed.) *Avaliação psicológica: formas e contextos: actas da Conferência Internacional [sobre] Avaliação Psicológica*. Braga.

Silva, S. S. P. da and Maia, Â. da C. (2011) 'Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos', *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. scielo, pp. 194–200.

Søndena, E., Rasmussen, K. and Nøttestad, J. A. (2008) 'Forensic issues in intellectual disability.', *Current opinion in psychiatry*, 21(5), pp. 449–453. doi: 10.1097/YCO.0b013e328305e5e9.

Steadman, H. J. *et al.* (1998) 'Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods.', *Archives of general psychiatry*, 55(5), pp. 393–401. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.393.

Teplin, L. A. (1994) 'Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees', *American journal of public health*, 84(2), pp. 290–293. doi: 10.2105/ajph.84.2.290.

Thom, R. P., Grudzinskas, A. J. J. and Saleh, F. M. (2017) 'Sexual Behavior Among Persons With Cognitive Impairments.', *Current psychiatry reports*, 19(5), p. 25. doi:

10.1007/s11920-017-0777-7.

Tiihonen, J. *et al.* (1997) 'Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort.', *The American journal of psychiatry*, 154(6), pp. 840–845. doi: 10.1176/ajp.154.6.840.

Vieira, F., Cabral, A. S. and Latas, A. J. (2017) 'A (In)imputabilidade e a Perícia Psiquiátrica Prevista no Artigo 159º do CPP', in Vieira, Fernando, Cabral, A. S., and Saraiva, C. B. (eds) *Manual de Psiquiatria Forense*. 1ª Edição. PACTOR, pp. 145–159.

World Health Organization (2005) *Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*.