

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB**

**Centro de Ciências da Saúde – CCS  
Universidade Federal do Rio de Janeiro –  
UFRJ**

**Estudo Psiquiátrico-Forense de uma população de indivíduos  
cumprindo medida de segurança em hospitais de custódia e  
tratamento no Estado do Rio de Janeiro por comportamento violento**

**RUY JUSTO CARNEIRO CUTRIM JR.**

**Orientador:**

**ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, Ph.D**

**Coorientador:**

**MAURO VITOR MENDLOWICZ, Ph.D.**

**RIO DE JANEIRO**

**Maior– 2016**

**RIO DE JANEIRO**

**Maio – 2016**

Cutrim Jr., Ruy Justo Carneiro

Estudo Psiquiátrico-Forense de uma população de indivíduos cumprindo medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento no Estado do Rio de Janeiro por comportamento violento/Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior. Rio de Janeiro: UFRJ, 2016.

ix, 65f:il.

Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, 2016.

Orientador: Alexandre Martins Valença

1. Homicídio, 2. Comportamento violento, 3. Agressividade, 4. Crimes Sexuais, 5. Doenças mentais. I. Título. II. Valença, Alexandre Martins. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria.

Ruy Justo Carneiro Cutrim Jr.

**Estudo Psiquiátrico-Forense de uma população de indivíduos cumprindo medida de segurança e tratamento em hospitais de custódia no Estado do Rio de Janeiro por comportamento violento**

Alexandre Martins Valença, Ph.D.

(Orientador)

Mauro Victor Mendlowicz, Ph.D.

(Coorientador)

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Aprovada por:

---

Prof. Alexandre Martins Valença. Presidente da Banca

Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense-UFF. Pós -Doutorado

---

Prof. Antônio Egídio Nardi

Professor Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Pós-Doutorado.

---

Prof. Elie Cheniaux Junior

Professor Associado de Psiquiatria da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Pós-Doutorado.

## DEDICATÓRIA

A minha família que soube entender e dar o suporte necessário durante o árduo percurso da pesquisa me dando o abastecimento afetivo fundamental para prosseguir e não desistir e em especial à Isolda, minha parceira de vida e companheira de todas as horas.

Ao meu pai (*em memoriam*) e a minha mãe que me deram os alicerces básicos e constitutivos dos valores familiares que se perpetuam atualmente através das minhas filhas (Tamíris e Taís). Um agradecimento especial para minha filha Tamíris, cuja inestimável ajuda contribuiu para dar a configuração final à formatação dessa dissertação.

Aos meus amigos, em especial ao Professor Jorge Hamilton, que sempre me estimulou e incentivou a trilhar a carreira acadêmica. A sua amizade sempre me inspirou a acreditar que o meu objetivo seria alcançada à medida que o desejasse.

Ao Professor Alexandre Martins Valença, parceiro de trabalho na Residência Médica de Psiquiatria e principal incentivador deste projeto de pesquisa, pelas sábias e precisas orientações nessa longa estrada.

Ao Professor Mauro Victor Mendlowicz, pela parceria profissional na Residência Médica de Psiquiatria e por ter acreditado em mim nessa longa empreitada.

Ao Professor Talvane Marins de Moraes, fonte de inspiração profissional, pela amizade e por ter me iniciado na pesquisa em Psiquiatria Forense, despertando o interesse e a motivação por esse projeto.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos funcionários administrativos e Secretaria Acadêmica do IPUB (Simone, Ana Cristina, dentre outros), pessoas que contribuíram com sua competência e amabilidade pelo êxito desta pesquisa.

Ao Hospital de Custódia e Tratamento Henrique Roxo que sempre me acolheu com extrema gentileza e disponibilidade, representado pela sua Diretora Fernanda Maria de Oliveira Guimarães Santos, subdiretores (Gerson e Alexandre Majela) e funcionários administrativos (Viviane, Lourise, Raquel e Janete) que foram todos fundamentais e indispensáveis na realização deste projeto.

Ao Dr. Marcos José Relvas Argolo minha eterna gratidão por ter possibilitado, enquanto Coordenador da Superintendência Estadual de Administração Penitenciária, a viabilidade desta pesquisa.

Aos residentes de Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Leonardo Schwarc Mary e Giovana Almeida Queiroz), residentes de Psiquiatria Forense do IPUB (Marcos Clint de Carvalho e Diane Leal Santos) e às especializadas de Psiquiatria da UFF (Camila Santos e Fernanda Schenkel) que tomaram parte neste projeto como pesquisadores, pelo seu empenho, interesse e dedicação.

## RESUMO

**Introdução:** Comportamento violento e transtornos mentais mostram uma associação significativa. O melhor conhecimento dos elementos psicopatológicos e sócio-demográficos da violência destes pacientes pode ajudar no entendimento deste padrão de comportamento. **Objetivos:** foram produzidos três artigos que objetivam estudar a relação entre transtornos mentais e comportamento violento. **Métodos:** Foram avaliados pacientes que estavam cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. O diagnóstico psiquiátrico foi obtido através da aplicação do SCID I e SCID-II (DSM IV). **Resultados:** Foram examinados 51 pacientes, que cometeram os seguintes delitos: homicídio (n=16, 31,4%), tentativa de homicídio (n=13, 25,5%), outros crimes violentos (n= 13, 25,5%) e crimes sexuais (n=9, 17,6%). O principal grupo diagnóstico encontrado foi esquizofrenia (n=34; 66,7%). A maioria das vítimas (n=26, 41,2%) era de membros desconhecidos dos pacientes. Foi encontrado que 35,3% (n=18) dos pacientes tinham história prévia de comportamento violento. De acordo com a avaliação da perícia psiquiátrica inicial, 29 (56,9%) dos pacientes da amostra total apresentavam sintomatologia psicótica no momento desta avaliação. Na amostra de pacientes do grupo esquizofrenia, foi verificado que os delírios foram os sintomas psicóticos mais comuns. **Conclusão:** O estudo de fatores motivadores do comportamento violento pode fornecer conhecimentos para o estabelecimento de intervenções terapêuticas em indivíduos com transtornos mentais que apresentem risco deste comportamento.

**Palavras-chave:** homicídio, comportamento violento, crime violento, crimes sexuais, esquizofrenia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Violent behavior and mental disorders show a significant association. Better knowledge of psychopathological elements and socio-demographic violence of these patients may help in understanding this pattern of behavior. **Objectives:** three articles were produced that aim to study the relationship between mental disorders and violent behavior. **Methods:** We evaluated patients who were fulfilling safety measure in hospital custody and psychiatric treatment. The psychiatric diagnosis was obtained by applying the SCID I and SCID-II (DSM IV). **Results:** We examined 51 patients, who committed the following crimes: murder (n = 16, 31.4%), attempted murder (n = 13, 25.5%), other violent crimes (n = 13, 25.5 %) and sexual offenses (n = 9, 17.6%). The main diagnostic group found was schizophrenia (n = 34; 66.7%). Most victims (n = 26, 41.2%) was unknown members of patients. It was found that 35.3% (n = 18) of patients had a history of violent behavior. According to the evaluation of initial psychiatric expertise, 29 (56.9%) of the total sample patients had psychotic symptoms at the time of this evaluation. In the sample of schizophrenia patients in the group it has been verified that delusions are the most common psychotic symptoms. **Conclusion:** The study of motivational factors for violent behavior can provide to the establishment of therapeutic interventions in patients with mental disorders and an increased risk of this behavior.

**Keywords:** murder, violent behavior, violent crime, sexual offenses, schizophrenia.

## Sumário

FOLHA DE ROSTO	i
FICHA CATALOGRÁFICA	ii
FOLHA DE APROVAÇÃO	iii
DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE SIGLAS	x
1- INTRODUÇÃO	01
2- OBJETIVOS	05
4- MATERIAIS E MÉTODO	06
5- RESULTADOS	07
5.1- ARTIGO 01: “Trastorno esquizotípico o esquizofrenia? Evaluacion de la responsabilidade penal en un caso de parricídio”	08
5.2- ARTIGO 02: “Crime Sexual e Retardo Mental”	17
5.3- ARTIGO 03: “Estudo Psiquiátrico-Forense de uma população de indivíduos cumprindo medida de segurança no Estado do Rio de Janeiro por comportamento violento”	27
6- DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
7- CONCLUSÕES	46
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	48
ANEXO 01 (AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – ARTIGO 1)	48
ANEXO 02 (CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA)	49
ANEXO 03 (AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – ARTIGO 2)	50
ANEXO 04 (QUESTIONÁRIO de COMPORTAMENTOS EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS/DELITOS SEXUAIS)	51
ANEXO 05 (AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – ARTIGO 3)	58

ANEXO 06 (QUESTIONÁRIO de COMPORTAMENTOS EM INDIVÍDUOS  
COM TRANSTORNOS MENTAIS/HOMICÍDIO)

**LISTA DE SIGLAS**

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais, 4º edição

SCID I – Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV

SCID II – Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV

CV – Comportamento Violento

## 1 – Introdução

A violência praticada por indivíduos com transtornos mentais tem despertado um progressivo interesse entre médicos, autoridades policiais e a população em geral. Embora diversos estudos mostrem uma associação significativa entre transtornos mentais graves e violência, ainda não está estabelecido o motivo pelo qual alguns pacientes apresentam comportamento violento e outros não. De acordo com um estudo austríaco<sup>1</sup>, onde fora investigada a frequência de transtornos mentais em indivíduos que cometeram um ato homicida, durante um período de 25 anos (1975 a 1999), havia uma proporção significativamente mais alta de homens (77,4%) e mulheres (70,8%) com diagnóstico de esquizofrenia<sup>2</sup>.

O comportamento violento<sup>3</sup> está associado a fatores contextuais e individuais. Entre os primeiros estão incluídos a repressão policial e a disponibilidade e adequação de tratamento psiquiátrico. Entre os segundos estão a presença de transtornos de personalidade comórbidos e transtornos relacionados ao uso de álcool e/outras drogas, o que é reforçado por outros autores,<sup>4,5</sup> além de falta de aderência ao tratamento e ausência de consciência de morbidade em relação ao transtorno. Pessoas que apresentam abuso de substâncias têm um risco maior de doze a dezesseis vezes, de se envolver em comportamento violento<sup>6</sup>, do que outras que não usam substâncias.

No que diz respeito à relação entre comportamento violento e transtornos mentais, o mais estudado entre eles é a esquizofrenia. A maioria dos crimes cometidos pelos esquizofrênicos ocorre no ambiente familiar e na fase inicial da doença<sup>7</sup>. Na fase onde já se observa deterioração da personalidade, os atos delituosos, são, geralmente, súbitos e imotivados.

De acordo com um estudo dinamarquês<sup>8</sup> tanto entre homens como em mulheres o comportamento violento fora mais associado à esquizofrenia em relação aos outros transtornos mentais (11,3% e 2,8%). Na Finlândia<sup>9</sup>, um estudo baseado no exame de 70% de 693 homicídios, revelou que 6% da amostra apresentava esquizofrenia, 2% outras psicoses e 33% algum transtorno de personalidade. Em outra pesquisa realizada na Inglaterra<sup>10</sup> foi observado que apenas 6% das condenações de homicidas tinham a rubrica diagnóstica de esquizofrenia enquanto 44% tinham história de qualquer outro

transtorno mental, embora os diagnósticos não tenham sido especificados, uma limitação desse estudo. Um achado interessante observado nesse estudo entre indivíduos condenados por homicídio é que a maioria dos perpetradores com história de transtorno mental não estavam agudamente doentes, quando cometeram o homicídio, e a maioria nunca tinha frequentado serviços de saúde mental. Isso nos faz pensar que outros fatores possam estar envolvidos e da importância do tratamento dispensado pelos serviços de saúde mental.

Uma revisão sistemática e metanálise conduzida na Austrália<sup>11</sup> estudou a relação entre a taxa de homicídio perpetrada por indivíduos com esquizofrenia e a taxa de homicídio em geral. Esse estudo encontrou evidências de que a proporção de homicídios cometidos por esses pacientes pouco contribui para a taxa de homicídios em geral. Estes achados sugerem que medidas para prevenir homicídios praticados por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia deveriam incluir não somente uma tentativa de fornecer o melhor tratamento, mas também dar atenção aos fatores que sabidamente estão associados com estes crimes, tais como, baixo status socioeconômico, abuso de substâncias e acesso a armas. Indivíduos com esquizofrenia estariam mais vulneráveis a estes fatores sociais.

Quando se estuda a relação entre homicídio e transtornos mentais<sup>12</sup> um conceito importante é o de homicídio “anormal”. Este é assim denominado por sua bizarria e incompreensibilidade, sendo também reconhecido pelo exame psiquiátrico do perpetrador e sua caracterização como indivíduo que apresenta um transtorno mental grave. A incidência de homicídios anormais tende a ser constante em diversas sociedades, acompanhando a incidência dos principais transtornos mentais, enquanto a incidência de homicídios “normais” (onde não há presença de doença mental) reflete realidades mais amplas de uma sociedade, como a violência urbana, por exemplo.

Tradicionalmente, o índice de homicídios é considerado um “termômetro” do grau de violência encontrado em determinada sociedade. Ele também pode ser visto como a ponta do *iceberg* de extensos problemas sociais existentes nesta mesma sociedade.

Um estudo de revisão sistemática<sup>13</sup> evidenciou que pessoas com esquizofrenia não são usualmente violentas, estando mais propensas a se machucarem do que a outros indivíduos. Padrões genéticos ou familiares na

esquizofrenia não são nem preditivos nem contributivos ao comportamento violento nestes pacientes. A percepção destes pacientes do seu meio-ambiente pode potencialmente aumentar a sintomatologia psicótica e assim mudar a resposta deles aos estímulos ambientais, dessa forma podendo manifestar um comportamento violento ou irracional. O abuso de substância foi positivamente correlacionado com atos violentos cometidos por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Numa pesquisa realizada na Inglaterra<sup>14</sup> foi demonstrada que a relação entre a violência e a esquizofrenia é complexa e um número de fatores foi apontado como aumentando o risco do comportamento violento, incluindo não só os sintomas positivos e uso de substâncias psicoativas, mas também privação social, gênero masculino e idade jovem. Os sintomas positivos específicos tais como ameaça de controle, alucinações de comando e delírios persecutórios demonstraram aumentar o risco de violência dirigida aos outros, em indivíduos com esquizofrenia. Naqueles com uso comórbido de substâncias, os sintomas psicóticos desempenharam um papel significativo na ocorrência da violência. No entanto, a gravidade do abuso de substâncias psicoativas nesta amostra não pareceu exacerbar a ocorrência do comportamento violento.

Num estudo onde é feita uma revisão sistemática sobre recidivismo homicida e esquizofrenia<sup>15</sup> foi evidenciado que a sua ocorrência não é comum. As razões para a variação de taxas do recidivismo homicida entre estudos não é clara. Na maioria das jurisdições onde exista tratamento seguro e supervisão após a libertação, isso parece se constituir numa medida mais efetiva na prevenção do recidivismo homicida de pessoas com esquizofrenia. Estes autores já haviam realizado um estudo de 30 anos sobre o mesmo tema na República de Chuvash da Federação Russa. A maioria dos homicídios repetidos por indivíduos com esquizofrenia foram cometidos por aqueles residindo em áreas rurais com menor acesso aos serviços psiquiátricos, fornecendo evidência indireta sobre a importância de tratamento contínuo e supervisão, na prevenção destes homicídios.

A observação de que metade dos homicídios perpetrados por pessoas com uma psicose, ocorra antes do tratamento inicial sugere um risco maior de homicídio durante o primeiro episódio psicótico. Um estudo conduzido na

Inglaterra, País de Gales e Austrália<sup>16</sup> avaliou as taxas de homicídio durante o primeiro episódio da psicose e após o tratamento. Os achados deste estudo sugeriram que a taxa de violência letal perpetrada por pacientes tratados de esquizofrenia é mais baixa que as estimativas anteriores. Em contraste, a taxa de homicídio anterior ao tratamento do transtorno psicótico é mais alta. O homicídio é um evento raro e pode nunca ser possível prever quem irá cometê-lo. No entanto, tratamento precoce do primeiro episódio da psicose pode prevenir alguns homicídios.

O objetivo desse trabalho é estudar as variáveis sócio-demográficas, clínicas e forenses de uma amostra de pacientes com transtornos mentais que estavam cumprindo medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro, em virtude de perpetração de qualquer comportamento violento, além de verificar quais fatores estiveram associados a este comportamento, bem como vítimas atingidas.

## 2 – Objetivos

Os objetivos principais deste trabalho foram:

- a) Estudar variáveis sócio-demográficas e clínicas em uma amostra de pacientes com transtornos mentais e história de comportamento violento (CV), internados em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico através de consultas aos prontuários e laudos periciais, aplicação da Entrevista Clínica Estruturada, SCID-I e SCID-II (DSM-IV) e Questionário Padrão (anexos).
- b) Verificar quais as principais formas de comportamento violento.
- c) Verificar se pacientes com comportamento violento recente tinham história prévia de CV.
- d) Verificar quais os transtornos mentais associados ao CV.
- e) Verificar que fatores (uso de álcool e/ou substâncias psicoativas, sintomatologia psicótica, etc.) estão associados ao CV em pacientes com transtornos mentais.

### **3 – Materiais e Método**

Para delimitação teórica do nosso objeto de estudo foi realizada uma revisão da literatura, através das seguintes bases de dados: Medline, Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Lilacs. Foram aplicadas as seguintes palavras chaves: homicide, crime, aggression, mental disorder, schizofrenia. Com finalidade de ampliar a nossa pesquisa, consultamos também as referências dos artigos encontrados inicialmente e livros textos relacionados a esse tema.

A investigação foi realizada com indivíduos que apresentam transtornos mentais. Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal. Como se sabe, o Sistema Penal, por imperativo legal, transfere os criminosos doentes mentais para hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Os pacientes examinados estavam internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, localizado em Niterói-RJ, cumprindo medida de segurança. As informações sobre os pacientes foram obtidas através de consultas aos prontuários e laudos periciais, além da aplicação de Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos Mentais e de Personalidade, SCID I e SCID II (DSM IV). Aos pacientes foi aplicado um questionário padrão, por nós, desenvolvido (em anexo).

A primeira etapa da investigação consistiu no levantamento de informações colaterais (história criminal, circunstâncias dos crimes atuais, outras informações relevantes) através dos laudos periciais e prontuários hospitalares individuais. A segunda etapa foi realizada através de entrevista psiquiátrica e exame psicopatológico dos indivíduos internados.

Foram incluídos pacientes do sexo masculino, entre 18 e 70 anos. Só foram incluídos os pacientes que puderam responder por si próprios às perguntas formuladas. Pacientes com alterações de nível de consciência ou pacientes que não podiam falar não foram incluídos. Após concordância do paciente em participar da pesquisa, houve aplicação de entrevistas estruturadas e questionário pelos pesquisadores.

Foram avaliados todos os pacientes que estavam cumprindo medida de segurança em virtude de comportamento violento. Considerou-se comportamento violento o uso intencional de força ou ação física contra uma

pessoa, provocando dano físico ou moral na vítima (lesões corporais, crimes sexuais – estupro e atentado violento ao pudor, violência infligida à criança e à mulher, e homicídio). Também foi considerado comportamento violento, dano intencional e grave a patrimônio.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, processo número 49502515.1.0000.5263 com financiamento próprio.

Esse trabalho resultou na produção de três artigos científicos. O primeiro artigo “Transtorno esquizotípico ou esquizofrenia? Avaliação da responsabilidade penal em um caso de parricídio”, publicado na Revista Colombiana de Psiquiatria (2013), aborda o CV (homicídio) através de um relato de caso de um paciente que cumpriu medida de segurança em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico no Estado do Rio de Janeiro (CUTRIM JR RJC, STUCHI LF, VALENÇA AM. Trastorno esquizotípico o esquizofrenia? Evaluación de la responsabilidad penal en un caso de parricídio”. Rev Colomb. Psiquiat. 2013; 42(3): 292-294.

O segundo artigo “Crime sexual e retardo mental” (submetido à Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2016), enfoca o CV (crime sexual) contra terceiros através de um relato de caso de um paciente cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico no Estado do Rio de Janeiro.

O terceiro artigo “Estudo Psiquiátrico-Forense de uma população de indivíduos cumprindo medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento no Estado do Rio de Janeiro por comportamento violento”, ainda não submetido à publicação, corresponde a um estudo sobre a verificação de CV, em pacientes com transtornos mentais internados em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. O objetivo principal foi estudar as variáveis sócio demográficas e clínicas em amostra de pacientes com transtornos mentais cumprindo medida de segurança por CV.

## 4 – Resultados

### Artigo 1 (publicado na Revista Colombiana de Psiquiatria)

## Trastorno esquizotípico o esquizofrenia? Evaluación de la responsabilidad penal en un caso de parricidio

Ruy Justo C. Cutrim Jr(a), Luísa Forte Stuchi(b) y Alexandre Martins Valença(c)

a Coordinador del Programa de Residencia Médica en Psiquiatria del Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói; Supervisor de la Residencia Médica en Psiquiatria del Hospital Psiquiátrico de Jurujuba- Niterói; Profesor del Curso de Especialización en Psiquiatria de la Universidade Federal Fluminense, Niterói; Psiquiatra de la Asociación Brasileña de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Brasil.

b Médica Residente, Programa de Residencia Médica en Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

c Doctor en Psiquiatria, Universidade Federal de Rio de Janeiro; Prof. Adjunto, Departamento de Psiquiatria y Salud Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro; Prof. Estudios de Posgrado em Psiquiatria y Salud Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ); Médico, Programa de Enseñanza y Pesquisa Forense, IPUB-UFRJ, Brasil.

### RESUMEN

Parricidio es el asesinato de uno de los padres. Presentamos el caso de un hombre que, en diferentes momentos, cometió dos asesinatos, uno de ellos parricidio. Se realizó un peritaje psiquiátrico del sujeto para evaluación de responsabilidad penal. Posteriormente también se lo evaluó en un servicio de atención psiquiátrica. Realizada la entrevista, el diagnóstico psiquiátrico final se estableció sobre la base de los criterios del DSM-IV-TR y el análisis retrospectivo de los registros de los hospitales y del peritaje. La evaluación de los expertos concluyó que el sujeto analizado sufría una enfermedad mental, en la forma de transtorno esquizotípico, con daños totales en la comprensión y la determinación. Por lo tanto, se lo consideró inimputable. Posteriormente, en una segunda evaluación realizada en un servicio de atención psiquiátrica, el paciente recibió diagnóstico de esquizofrenia paranoide. La determinación de la responsabilidad penal es esencial para encauzar correctamente a las personas condenadas en cualquier sistema de derecho penal para proteger los derechos humanos.

***Schizotypal Disorder or Schizophrenia? Assessment of Penal Responsibility in a Patricide Case***

**ABSTRACT**

Patricide is the murder of one of the parents. We report the case of a man who had committed two homicides, at different times, one of them being considered a parricide. He was referred for forensic psychiatric evaluation and later evaluated in a psychiatric assistance service. Psychiatric interview was carried out and the final psychiatric diagnosis was established based on the DSM-IV-TR criteria and retrospective analysis of forensic and clinical records. The court appointed forensic experts concluded that the patient suffered from schizotypal disorder, presenting cognitive and volitive impairment. He was found not guilty by reason of insanity. Later, in a second assessment, being in psychiatric assistance service, the patient received a diagnosis of paranoid schizophrenia. The determination of criminal responsibility is essential to the proper disposition of convicted persons in any system of criminal law that protects human rights.

## INTRODUCCIÓN

El parricidio es un tipo de homicidio que Aulete Caldas<sup>1</sup> (1964) define como la muerte de padre, madre, abuelo o abuela. Para Houaiss<sup>2</sup> (2001), la palabra parricida deriva del latín *parricidae*, que significa aquel o aquella que mata a uno de propios progenitores o, también, el asesino de uno de sus parientes cercanos. Por ello, y aunque el significado del término abarque todas las opciones, el término parricidio en la práctica se restringe principalmente a designar a la persona que mata a su propio padre. Por otro lado y de acuerdo con Houaiss<sup>2</sup>, el término matricidio se refiere a aquel o aquella que mata a su propia madre. En este artículo, optamos por el uso de parricidio. Aunque interesante en sí, se trata de un delito poco común, y aun así se carece de estudios brasileños sobre el tema, de ahí su importancia para los psiquiatras clínicos y expertos. Algunos estudios han encontrado relación entre parricidio y psicosis<sup>3,4</sup>.

El objetivo de este estudio es describir, a través de la técnica de relato de caso, a un individuo que asesinó a su padre y fue sometido a evaluación de expertos de responsabilidad criminal en un Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico de Río de Janeiro. Este estudio es parte del proyecto de investigación "Comportamiento Violento en Individuos con Trastornos Mentales"<sup>5</sup>, aprobado por el Comité de Ética en Psiquiatría, Instituto de Psiquiatría, Universidad Federal de Río de Janeiro. El paciente en cuestión voluntariamente aceptó participar en la investigación. Señalemos que, durante el peritaje, los autores del estudio no examinaron al paciente. Sin embargo, tuvieron acceso al informe del peritaje y la historia clínica del caso, relacionada con la internación en el Hospital de Custodia y Tratamiento. El paciente fue evaluado posteriormente por los autores durante la internación en el servicio de asistencia psiquiátrica.

## CASO CLÍNICO

D., varón de 32 años nacido en Río de Janeiro, blanco, casado, sin profesión, primaria incompleta y desempleado, fue sometido a una evaluación psiquiátrica (incidente de insania mental) en el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico Heitor Carrilho, en Río de Janeiro, Brasil, en 2002. Según información de las fojas del proceso criminal y del laudo psiquiátrico, figura en la denuncia que en 2001 el paciente golpeó con una maza a su padre, con quién vivía. Como resultado, las lesiones producidas fueron la causa de la muerte. Durante la confesión, el autor confesó otro asesinato, ocurrido en 1999, oportunidad en la cual el sujeto acuchilló a su vecino con vários golpes.

El paciente afirma que sus problemas psiquiátricos empezaron durante su adolescencia, sin poder establecer la fecha exacta cuando había comenzado a escuchar “ruidos extraños” y a ver “sombras”. A los 18 años, debido al hecho de haber tenido relaciones homosexuales, contrajo sida. A causa de esto, inició el tratamiento específico con fármacos antirretrovirales, y posteriormente no sufrió ninguna enfermedad clínica. El paciente refiere haber sufrido de vecinos abusos sexuales en su infancia. Se sentía atormentado, creía que estaba loco, tenía actitudes extrañas (“le mostraba el pene a la gente por la ventana; no quería hacerlo, pero terminaba por hacerlo”), tenía miedo de que algo sucediera y creía que todo el mundo quería destruirlo. Nunca había tenido ningún tipo de tratamiento psiquiátrico antes del proceso criminal, sólo dos internaciones anteriores en Clínicas de Tratamiento para Usuarios de Drogas por Propia Voluntad, debido al uso de *Cannabis sativa*.

Con relación al asesinato del padre, dijo que su confesión había sido impulsada por la voluntad divina. Tenía, según la evaluación de los expertos, “risa sin motivo alguno, los gestos homosexuales, con relatos de seudalucinaciones auditivas, ideación paranoide, circunstancialidad y tangencialidad, los valores afectados por la actividad derreísta, humor indiferenciado, afecto inapropiado e hipopragmatismo”. En esta pericia psiquiátrica forense, se lo considero inimputable en virtud de ser completamente incapaz de comprender el carácter ilícito de sus actos o para

determinar, de acuerdo con este entendimiento, debido a la presencia de la enfermedad mental en forma de trastorno esquizotípico (F21-CID 10)<sup>6</sup>, que fue el diagnóstico del peritaje. Cumplió la medida de seguridad bajo la forma de internación en el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico Heitor Carrilho, durante 5 años y 6 meses.

Más tarde en 2012, este paciente fue internado en un servicio de atención psiquiátrica después de haber interrumpido el tratamiento ambulatorio, pues se sentía perseguido por sus vecinos y había intentado suicidarse arrojándose delante de un autobús. No hubo acto delictuoso en esa oportunidad. En ese momento fue examinado por los autores del estudio. Según el informe de la familia, el paciente no realizaba ninguna actividad productiva en los últimos años, y permanecía aislado y en descuido completo de su higiene personal. Se le diagnosticó esquizofrenia paranoide (DSM-IV-TR, 2007)<sup>7</sup>: el paciente presentaba actitud sospechosa, delirio de autorreferencia y persecución, alucinaciones auditivas, trastornos formales del pensamiento (desagregación), además de un empobrecimiento considerable de la respuesta emocional (entorpecimiento afectivo) e hipobulia. Los trastornos psicopatológicos y de comportamiento ya tenían una larga evolución, con grandes pérdidas en su funcionamiento social, lo que confirma el diagnóstico. Ciertamente, el caso también cumplía criterios diagnósticos de esquizofrenia de la CID-10 (1992)<sup>6</sup>, el sistema de clasificación menos restrictivo para ese diagnóstico, considerando las manifestaciones clínicas presentadas.

## DISCUSIÓN

Pese a que se le diagnosticó el trastorno esquizotípico en el momento en que cometió sus crímenes, creemos que el paciente, con motivo del delito, ya mostraba síntomas característicos de esquizofrenia paranoide, hecho verificado por los autores de este artículo durante la reciente internación en un servicio psiquiátrico de asistencia. Los síntomas como la pérdida de la voluntad (“le mostro el pene a la gente por la ventana; no quería hacerlo, pero terminó por hacerlo”), afecto inapropiado, alucinaciones auditivas complejas e imperativas (“voces de espíritus que le pedían hacer cosas”) e ideación delirante (“pensaba que todo el mundo quería destruirlo”), y tangencialidad y circunstancialidad (alteraciones formales del pensamiento) ya estaban presentes en el momento en que cometió los asesinatos, y todos estos elementos son características diagnósticas de la esquizofrenia paranoide.

Otro aspecto es que hay en este caso un número mucho mayor de manifestaciones psicóticas graves que en un simple comportamiento excéntrico, con dificultad en las relaciones interpersonales y distorsiones cognitivas, incomprensibles psicológicamente. El funcionamiento social deficiente (nunca trabajó con regularidad, deterioro social considerable y aislamiento) está reconocido como un importante síntoma de esquizofrenia. De acuerdo con las pautas de diagnóstico de la CID-10 (1992) <sup>6</sup>, en relación con el trastorno esquizotípico, “esta línea de diagnóstico no se recomienda para uso general, ya que no está claramente delimitada, ni en el caso de la esquizofrenia simple ni en los de trastornos de la personalidad esquizoide y paranoide. El individuo nunca debería haber cumplido con los criterios de la esquizofrenia”.

El caso que se presenta pone de relieve la importancia de la ideación paranoide en la conducta violenta, como ya se ha mencionado en otros estudios<sup>8,9</sup>. El paciente se sintió amenazado por el vecino porque pensó que todo el mundo en la ciudad sabía que él era homosexual, y el que había contado esto había sido el vecino; también se sentía blanco de una traición del vecino con su esposa. Debido a estos pensamientos y sentimientos, él tenía mucho miedo y aseguraba que este vecino pretendía matarlo, motivo por el

cual cometió el asesinato de este (factor motivador o crimonogénico). También se observan que los mismos síntomas (ideación paranoide) estuvieron presentes en el segundo delito (parricidio), ocurrido en 2001, porque había pensado que su padre quería destruirlo y matarlo y que tenía deseos de mantener relaciones sexuales con él.

El hecho de ser un relato retrospectivo y que el paciente no fuera examinado por los autores para la evaluación de la responsabilidad penal son una limitación de este estudio. Sin embargo, los autores tuvieron acceso a toda la información contenida en el laudo criminal (incidente de insanidad mental), así como a las fichas médicas del hospital de custodia del caso en cuestión. Por otra parte, durante el periodo en que fue ingresado em el servicio de atención psiquiátrica, el paciente mostró una actitud de colaboración, y proporciono informaciones de toda su historia anterior, incluida la criminal. Otra cuestión que podemos señalar es que el propio peritaje psiquiátrico tiene una naturaleza retrospectiva, pues se examina el estado mental de la persona en el momento del delito. Incluso el peritaje psiquiátrico realizado en el paciente después de la práctica de los delitos tuvo un componente retrospectivo importante.

## **CONCLUSIONES**

La cuestión de la responsabilidad penal de las personas con trastornos mentales es un reto para la justicia criminal, la psiquiatría y la sociedad. La determinación de la responsabilidad penal es esencial para el enrutamiento adecuado de las personas condenadas en cualquier sistema de derecho penal, con lo que se protegen los derechos humanos. Una buena anamnesis y un minucioso examen psicopatológico son piezas fundamentales para la evaluación de la responsabilidad criminal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aulete C. Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editor Delta; 1964.
2. Houaiss A. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001.
3. Bourget D, Gage P, Labelle ME. Parricide: a comparative study of matricide versus parricide. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2007;35:306-12.
4. Hillbrand M, Cipriano T. Commentary: Parricide – Unanswered questions, methodological obstacles, and legal considerations. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2007; 35:313-6.
5. Valença AM, Moraes TM. Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28 Supl II: S62-8.
6. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. de Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (Text-Revision). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
8. Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, et al. Aggressive behavior at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Study. *Psychol. Med.* 2007;37:547-57.
9. Fazel S, Yu R. Disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2011; 37:800-10.

## Artigo 2 (submetido à Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental)

### Crime Sexual e Retardo Mental

Ruy Justo C. Cutrim Jr<sup>1</sup>, Mauro Vitor Mendlowicz<sup>2</sup>, Alexandre Martins Valença<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói; Psiquiatra da enfermagem feminina do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói; Mestrando em Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Doutor em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro; Professor do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria – UFRJ.

<sup>3</sup> Doutor em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro; Professor do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria – UFRJ; Médico do Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, Instituto de Psiquiatria – UFRJ.

#### Resumo

Apresentamos o caso de um homem que cometeu estupro de menino de cinco anos de idade. A perícia psiquiátrica concluiu que o mesmo apresentava retardo mental moderado, sendo inimputável. Atualmente ele cumpre medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro. São discutidos fatores motivadores desse comportamento sexual, bem como as questões subjetivas do paciente que contribuíram para esse comportamento.

**Palavras-chave:** delito sexual, crime sexual, retardo mental, imputabilidade penal.

*(Sexual crime and mental retardation)*

We present the case of a man who committed rape of a five-year-old boy. The psychiatric expertise concluded that he presented moderate mental retardation, being not guilty by reason of insanity. He is currently committed in a forensic hospital in Rio de Janeiro. Motivating factors as well as the patient's subjective issues that that may have contributed to this sexual behavior are discussed.

**Key-words:** Sexual offence, sexual crime, mental retardation, penal responsibility.

*(Retraso mental y delito sexual)*

Presentamos el caso de un hombre que cometió la violación de niño de cinco años. El peritaje psiquiátrico concluyó que lo mismo presentó retraso mental moderado, y se lo consideró inimputable. Actualmente él cumple la medida de seguridad en hospital forense de Rio de Janeiro. Se discuten los factores de motivación, así como cuestiones subjetivas del paciente que contribuyeron para este comportamiento sexual.

**Palabras clave:** delito sexual, crimen sexual, retraso mental, responsabilidad penal.

*(Le délit sexuel et retard mental)*

Nous présentons le cas d'un homme qui a commis le viol d'un garçon de cinq ans. L'expertise psychiatrique a conclu qu'il avait présenté d'arriération mentale modérée, n'étant ne pas coupable pour cause d'aliénation mentale. Il est actuellement engagé dans un hôpital de médecine légale à Rio de Janeiro. Facteurs motivants ainsi que les questions subjectives de patients que cela peut avoir contribué à cem comportemento sexuel sont discutées.

**Mots clés:** infraction sexuelle, les délit sexuel, retard mental, responsabilité pénale

## Introdução

O crime sexual é um sério problema que continuamente confronta a nossa sociedade, incluindo um comportamento em que há ou não contato físico, envolvendo vítimas de ambos os sexos e de todas as idades. O crime sexual é considerado um tipo de comportamento violento, sendo aquele ato delituoso que tenha o propósito de satisfação sexual como motivo (enfoque motivacional), ou aquele cuja natureza seja um relacionamento sexual em qualquer uma de suas formas (enfoque legal) (Duque, 2004).

No Brasil, houve mudanças no Código Penal, no que diz respeito aos delitos sexuais, trazidas pela Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. O artigo 213, agora rotulado como hediondo, passa a ter a seguinte redação: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Portanto, a partir dessa nova redação, qualquer pessoa (homem, mulher ou criança) pode ser sujeito passivo do crime de estupro. Criou-se a figura da vítima vulnerável (menor de 14 anos), inclusive com o tipo penal do Estupro de vulnerável (Art. 217-A).

Algumas pesquisas têm estudado a relação entre crimes sexuais e retardo mental. Um estudo de Lindsay e col. (2004) comparou duas amostras de ofensores com deficiência intelectual. Aqueles que perpetraram crimes sexuais e incidentes de abuso sexual foram comparados a outros ofensores não sexuais. Amostra foi composta por 106 agressores sexuais e 78 ofensores não sexuais, todos encaminhados para serviços de tratamento comunitário na Escócia. Foi encontrado que uma proporção significativamente maior de agressores sexuais apresentavam um estilo de vida caótico (32% x 16%) e problemas de relacionamento (52% e 24%), comparados a ofensores não sexuais. No que diz respeito aos tipos de crimes sexuais, 33% cometeram atos lascivos e libidinosos (ofensas sem penetração contra menores); 26% agressão sexual; 21% atentado ao pudor; 11% molestações sexuais; 10% estupro; 6% tentativa de estupro; 6% prostituição; incesto e intercursos sexuais ilegais (2% para cada).

Barron e col. (2004), em estudo prospectivo, realizaram um seguimento de dois anos de indivíduos com deficiência mental (QI abaixo de 80), em Londres,

na Inglaterra. Todos os ofensores tinham perpetrado algum crime nos últimos cinco anos antes do estudo. O grupo foi constituído por 61 indivíduos. Os tipos mais comuns de crimes iniciais foram violência (37,7%), crimes sexuais (21%) e relacionados à propriedade (15%). A violência (57,4%) também foi o crime mais comum, quando toda a história criminal foi analisada, seguidas de crimes contra a propriedade (52,5%), sexuais (47,5%) e de atear fogo (21,3%).

Em outro estudo (Rice e col., 2008), interesse sexual determinado por falometria, reincidência e escolhas de vítimas de 69 agressores sexuais com retardo mental foram examinados e comparados com os dados de 69 agressores com Q.I. mais alto (controle). Foi encontrado que os agressores sexuais com retardo mental apresentaram preferências sexuais mais desviantes por meninos e crianças mais jovens, do que o grupo controle. Por sua vez, um estudo brasileiro de Faria Achá e col. (2011), com indivíduos que cumpriam medida de segurança, comparou criminosos sexuais e não sexuais, encontrando uma prevalência significativamente maior de retardo mental e transtornos de personalidade em indivíduos que perpetraram crimes sexuais.

O objetivo deste estudo é descrever, através da técnica de um relato de caso, um indivíduo que cometeu estupro de menor de idade e foi submetido à perícia psiquiátrica para avaliação da imputabilidade penal em um serviço público do estado do Rio de Janeiro-Brasil. Este estudo faz parte do projeto de investigação “Homicídio e delitos sexuais: existem diferenças marcantes entre perpetradores e vítimas?”, aprovado pelo Comitê de Ética em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Henrique Roxo em Niterói (Rio de Janeiro-Brasil). O paciente em questão concordou com a participação neste estudo, tendo assinado o Consentimento Esclarecido de Participação em Pesquisa.

## **Caso Clínico**

W, sexo masculino, 19 anos, branco, solteiro, analfabeto, sem profissão. Segundo informações do exame pericial, em 2014, W foi acusado de ter relações sexuais com um menor de 5 anos. O paciente fez tratamento ambulatorial em clínica especializada em tratar indivíduos com retardo mental desde a infância. Seus pais são separados, residindo com a mãe, ficando com o pai nos finais de semana. Não conseguiu ser alfabetizado, apesar de frequentar escola por 4 anos, apresentando grande dificuldade de aprendizado. De acordo com familiares, quando o paciente contava com 12 anos, sofreu agressão sexual (estupro) de um homem desconhecido, quando estava fora de casa. Tem uma irmã, refere bom relacionamento familiar. Tem dois primos com “deficiência mental”, mas sem passado delituoso. Relata ter feito uso de drogas e álcool, no passado, não precisando o tipo de substâncias. Não estava trabalhando na ocasião do delito, afirmando “eu não consegui aprender uma profissão e gostava de brincar com meus amigos” (menores de idade).

Com relação à acusação de estupro, afirma que estava soltando pipa com menino de 5 anos de idade, que era seu “colega de brincadeiras”, quando este o chamou para colher mangas em uma casa abandonada, onde havia por perto um campo de futebol. Pediu ao menino para tirar o short, sendo prontamente atendido. Teve relação sexual com penetração com esse menor, segundo refere. Diz também que na ocasião realizou sexo oral com outro menino de 4 anos e relação sexual vaginal com uma menina de 10 anos. Entretanto, não houve denúncia policial relacionada a esses dois últimos atos, tendo sido acusado formalmente apenas do crime de estupro contra o menino de 5 anos de idade.

No exame psiquiátrico pericial foram descritos desorientação temporal e espacial, pobreza ideativa e baixa capacidade de abstração e raciocínio, não havendo atividade delirante ou alucinatória. Também foram descritos irritabilidade do humor e afetividade pueril. O paciente foi considerado inimputável, em virtude de retardo mental moderado, e cumpre medida de segurança na forma de internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro há um ano.

No exame psiquiátrico relacionado ao estudo do caso (realizado após a admissão da paciente no hospital), estavam presentes escasso cabedal mental (conjunto de conhecimentos que o indivíduo tem acerca do mundo que o cerca), pobreza ideativa e concretude e perseveração do pensamento e dificuldade de expressão verbal. Também foram registrados neste exame grande dificuldade de realização de cálculos simples e interpretação de provérbios populares, bem como dificuldade em expressar o significado de palavras comuns do nosso vocábulo. Não estavam presentes sintomas psicóticos (delírios e alucinações). Expressão afetiva infantilizada (puerilidade). Durante a entrevista, o paciente nada mencionou sobre a agressão sexual sofrida na infância. Foram aplicados o SCID I e II (DSM-IV, 2000), sendo formulado o diagnóstico de Retardo Mental Moderado. Atualmente o mesmo se encontra com humor estabilizado, com comportamento sociável e colaborativo na instituição. Recebe visitas constantes de seus familiares, que se dispõem a recebê-lo em casa, após alta hospitalar.

## Discussão

A deficiência mental inclui um prejuízo significativo da capacidade intelectual e do comportamento adaptativo presentes desde a infância. A prevalência de retardo mental na população geral é de 1,5% a 2,5%. Pessoas com retardo mental são mais vulneráveis ao sistema de justiça criminal devido à sua falta de cautela ao falar, capacidade crítica limitada em relação às consequências de seu comportamento e susceptibilidade à influência de outros (Dwyer e col., 2006).

De acordo com a avaliação pericial, W apresentava retardo mental moderado (componente biológico), o que o levou à incapacidade de entendimento (deficiência da inteligência) e determinação (debilidade da vontade). Houve nexo de causalidade entre o desenvolvimento mental retardado e o delito. A perícia psiquiátrico-forense concluiu que em virtude de desenvolvimento mental retardado, o paciente era, na época dos fatos, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito dos fatos ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (*caput* do art. 26 do Código de Processo Penal, 1998).

Alguns autores têm tentado explicar a associação entre deficiência mental e ofensas sexuais. Para Duque (2004), os crimes sexuais estão super-representados entre os deficientes intelectuais, devido à redução do autocontrole, à dificuldade de adaptação às normas ou à inadequada compreensão dos fatos. Faulk (1994) considera que indivíduos com retardo mental frequentemente fazem abordagens sexuais inadequadas, que podem levar a uma agressão sexual. Outros podem dar vazão às agressões sexuais de diversos graus, como expressão de raiva ou sexualidade frustrada. Day (1994) observou nesses indivíduos ingenuidade sexual, incapacidade para entender relações sexuais normais, falta de habilidades nas relações sociais, dificuldade em se unir ao sexo oposto, precário controle de impulsos e susceptibilidade à influência de outras pessoas. Hayes (1991) apontou que esses indivíduos apresentam um autoconceito confuso, relações sociais pobres, falta de conhecimento social e sexual e experiências precoces negativas (incluindo abuso físico e sexual). No que diz respeito a W, foi verificado que a maior parte de suas relações e contatos sociais era com

crianças menores de idade, havendo grande dificuldade em se relacionar com pessoas com idade cronológica próxima à sua.

Alguns estudos têm descrito o tipo e idade da vítima de agressão sexual de ofensores com retardo mental. Em um estudo preliminar (Valença e col., 2015), encontramos que a maioria das vítimas de ofensas sexuais de indivíduos com retardo mental eram menores de idade. Num estudo com 950 ofensores sexuais, Blanchard e col. (1999) encontraram que agressores sexuais com deficiência mental apresentam maior probabilidade de cometer ofensas contra crianças mais jovens e meninos, como ilustrado no caso em questão. Entretanto, de acordo com Lindsay e col. (2002), esses agressores provavelmente cometem crimes sexuais em todas as categorias e discriminam menos as suas vítimas.

Em um estudo, Lindsay e col. (2001) compararam 48 agressores sexuais e 50 criminosos não sexuais com deficiência intelectual, encontrando uma frequência significativamente mais alta de história de abuso sexual no grupo que cometeu ofensa sexual (38% x 12,7%) e uma frequência significativamente mais alta de abuso físico no grupo que perpetró outras ofensas (14 x 36%). De acordo com esses autores, esse achado reforça a hipótese de que o tipo de abuso sofrido na infância pode estar relacionado ao tipo de crime cometido na vida adulta. No caso em questão, W relatou abuso físico e sexual na infância, fato que pode ter contribuído para a perpetração do delito sexual.

Certamente, não podemos deixar de considerar que aspectos subjetivos do paciente em questão contribuíram para o delito sexual perpetrado: agressão sexual sofrida na infância, isolamento social, falta de habilidades sociais, dificuldade de se relacionar com pessoas de idade cronológica próxima à sua, incapacidade de avaliar as questões morais relacionadas ao delito, além de grande imaturidade emocional.

## **Conclusões**

O estudo de agressores sexuais com retardo mental é de grande interesse clínico e forense. Certamente estudos sobre esse tema implicarão em prevenção de ofensas, avaliação e tratamento adequados desses ofensores, bem como desenvolvimento de serviços de assistência específicos para essa população.

Abordagens voltadas para a sexualidade de indivíduos com deficiência mental poderiam reduzir esse tipo de ofensa nesses indivíduos. Medidas de tratamento deveriam focalizar educação sexual, aconselhamento, treinamento de habilidades sociais, melhora da autoimagem, autoconfiança e consciência social. É fundamental que indivíduos com deficiência mental recebam intervenções psiquiátricas e psicossociais, de forma a prevenir novos crimes sexuais e não sexuais.

## Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (Text-Revision). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
2. Barron P, Hassiotis A, Banes J. Offenders with intellectual disability: a prospective comparative study. *J Intellect Disabil Res.* 2004; 48: 69-76.
3. Blanchard R, Watson M, Choy A, Dickey R, Klassen P, Kuban N, et al. Paedophiles: mental retardation, maternal age and sexual orientation. *Arch Sex Behav.* 1999; 28: 111-27.
4. Código de Processo Penal. 3ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 1998.
5. Day K. Male mentally handicapped sex offenders. *Br J Psychiatry.* 1994; 165:630-9.
6. Dwyer RG, Frierson RL. The presence of low IQ and mental retardation among murder defendants referred for pretrial evaluation. *J Forensic Sci.* 2006; 251: 678-82.
7. Duque C. Parafilias e Crimes Sexuais. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdala-Filho, E, eds. *Psiquiatria Forense.* Porto Alegre: Artmed, 2004.
8. Faria Achá MF, Rigonatti SP, Saffi F, Martins de Barros D, Pádua Serafim A. Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(1): 11-15.
9. Faulk M. *Basic Forensic Psychiatry.* London:Blackwell Scientific Publications, 2ª ed; 1994. p. 271-286.
10. Hayes S. Sex offenders. *J Intellect Dev Disabil.* 1991; 17: 220-7.
11. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm). Visto em 01/02/2016.
12. Lindsay WR, Law J, Quinn K, Smart N, Smith AHW. A comparison of physical and sexual abuse histories: sexual and non-sexual offenders with intellectual disability. *Child Abuse Negl.* 2001; 25: 989-95.
13. Lindsay WR, Smith AHW, Law J, Quinn K, Anderson A, Smith A, et al. A treatment service for sex offenders and abusers with intellectual disability: characteristics of referrals and evaluation. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2002; 15: 116-74.
14. Lindsay WR, Smith AHW, Law J, Quinn K, Anderson A, Smith A, et al. Sexual and nonsexual offenders with intellectual and learning disabilities. *J Interpers Violence.* 2004; 19 (8): 875-90.
15. Rice ME, Harris GT, Lang C, Chaplin TC. Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation. *Sex Abuse.* 2008; 20(4):409-25.
16. Valença AM, Meyer LF, FREIRE R, Mendlowicz MV, NARDI AE. A forensic-psychiatric study of sexual offenders in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2015; 31: 23-28.

### Artigo 3

#### **Estudo Psiquiátrico-Forense de uma população de indivíduos cumprindo medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento no Estado do Rio de Janeiro por comportamento violento**

Ruy Justo Carneiro Cutrim Jr<sup>1 3</sup>; Mauro Victor Mendlowicz<sup>2</sup>; Camila Santos<sup>2</sup>; Fernanda Schenkel<sup>2</sup>; Leonardo Schwarc Mary<sup>3</sup>; Giovana Queiroz de Almeida<sup>3</sup>; Marcos Clint de Carvalho<sup>1</sup>; Diane Leal Santos<sup>1</sup>; Alexandre Martins Valença<sup>1 2</sup>

- a. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Instituto de Psiquiatria (IPUB)
- b. Universidade Federal Fluminense (UFF) – Departamento de Psiquiatria
- c. Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói – RJ)

### RESUMO

**Objetivos:** Estudar uma população de indivíduos que cumprem medida de segurança em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do Rio de Janeiro, em virtude de comportamento violento. **Métodos:** O diagnóstico psiquiátrico foi obtido através da aplicação do SCID I e SCID-II (DSM IV). Foi aplicado questionário padronizado para avaliar dados sócio-demográficos e forenses. **Resultados:** Foram examinados 51 pacientes, que cometeram os seguintes delitos: homicídio (n=16, 31,4%), tentativa de homicídio (n=13, 25,5%), outros crimes violentos (n= 13, 25,5%) e crimes sexuais (n=9, 17,6%). O principal grupo diagnóstico encontrado foi esquizofrenia (n=34; 66,7%). A maioria das vítimas (n=26, 41,2%) era de membros desconhecidos dos pacientes. Foi encontrado que 35,3% (n=18) dos pacientes tinham história prévia de comportamento violento. De acordo com a avaliação da perícia psiquiátrica inicial, 29 (56,9%) dos pacientes da amostra total apresentavam sintomatologia psicótica no momento desta avaliação. Na amostra de pacientes do grupo esquizofrenia, foi verificado que os delírios foram os sintomas psicóticos mais comuns. **Conclusão:** O estudo de fatores motivadores do comportamento violento pode fornecer conhecimentos para o estabelecimento de intervenções terapêuticas em indivíduos com transtornos mentais que apresentem risco deste comportamento.

## ABSTRACT

**Objectives:** To study a population of individuals who were involuntary committed in a forensic psychiatric hospital in Rio de Janeiro, because of violent behavior. **Methods:** Psychiatric diagnosis was obtained by applying the SCID I and SCID-II (DSM IV). A standardized questionnaire was used to assess sociodemographic and forensic data. **Results:** We examined 51 patients, who committed the following crimes: murder (n = 16, 31.4%), attempted murder (n = 13, 25.5%), other violent crimes (n = 13, 25.5 %) and sexual offenses (n = 9, 17.6%). The main diagnostic group found was schizophrenia (n = 34; 66.7%). Most victims (n = 26, 41.2%) were unknown by the patients. It was found that 35.3% (n = 18) of patients had a history of violent behavior. According to the psychiatric expertise, 29 (56.9%) of the total sample patients had psychotic symptoms at the time of this evaluation. In the group of schizophrenia, it was found that the delusions were the most common psychotic symptoms.

**Conclusion:** The study of motivational factors for violent behavior can provide to the establishment of therapeutic interventions in patients with mental disorders and an increased risk of this behavior.

**Palavras-chave:** homicídio, comportamento violento, crime violento, crimes sexuais, esquizofrenia.

**Key words:** homicide, violent behavior, violent crime, sexual crimes, schizophrenia.

## INTRODUÇÃO

A violência é considerada como estando entre as vinte principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade em todo o mundo e sua contribuição para a incapacidade é projetada como estando em aumento nas próximas duas décadas<sup>1</sup>. A violência praticada por indivíduos com transtornos mentais tem despertado um progressivo interesse entre médicos, autoridades policiais e a população em geral.

Várias pesquisas têm encontrado prevalências elevadas de esquizofrenia (DSM-IV TR)<sup>2</sup> em pacientes do sexo masculino condenados por homicídio.<sup>3</sup> A presença de transtorno de personalidade comórbido e transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias são fatores que têm forte associação com o comportamento violento<sup>4</sup>, além da falta de adesão ao tratamento e ausência de consciência de morbidade<sup>5,6</sup>.

Alguns estudos<sup>7</sup> demonstraram que os doentes mentais somente serão mais propensos à violência se estiverem recebendo tratamento inadequado e com sintomatologia psicótica ativa (atitude paranoide de longa duração e delírios). Dessa forma nem todos os pacientes com transtornos mentais cometem atos criminosos, a não ser que estejam sob a influência de determinados sintomas que os levem a agir assim, como alucinações de comando além de ideação paranoide.

Em um estudo dinamarquês, Brennan et al.<sup>8</sup> constataram que nos homens, o comportamento violento foi mais associado à esquizofrenia (11,3%), psicose orgânica (19,4%), psicoses afetivas (5,2%) e outros transtornos psicóticos (10,7%) quando comparados àqueles sem transtornos mentais (0,1%).

Em um estudo conduzido na Finlândia por Eronen et al.<sup>9</sup> foi encontrado um risco maior de atos homicidas entre indivíduos com transtornos mentais como esquizofrenia, quando comparados com indivíduos da população geral. Entretanto, homicídios perpetrados por indivíduos sem transtornos mentais são mais frequentemente dirigidos contra vítimas desconhecidas do perpetrador<sup>10</sup>.

Em uma revisão sistemática e metanálise na Austrália<sup>11</sup> foi observado a influência dos fatores sociais na propensão de algum indivíduo com esquizofrenia cometer um homicídio. Neste estudo foi verificado que cerca de 40% destes crimes ocorreram no primeiro episódio psicótico, anterior ao tratamento. Nesta fase da doença o paciente pode ficar mais exposto a fatores

ambientais, desencadeadores de comportamento violento, como uso de substâncias psicoativas.

Embora haja associação entre transtornos mentais e homicídio, não está claro porque alguns pacientes comportam-se de forma violenta e outros não<sup>12</sup>. Os doentes mentais estão particularmente mais vulneráveis aos fatores sociais como desnível social e abuso de substâncias' comparados a indivíduos da população geral<sup>12</sup>. Embora pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não sejam inerentemente violentas, alterações na percepção do meio-ambiente podem precipitar atos agressivos<sup>13</sup>.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de estudo descritivo do tipo corte transversal. A pesquisa foi realizada com indivíduos que apresentam transtornos mentais. Os pacientes examinados estavam internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, localizado em Niterói-RJ, cumprindo medida de segurança, em virtude de comportamento violento. As informações sobre os pacientes foram obtidas através de consultas aos prontuários e laudos periciais, além da aplicação de Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos Mentais e de Personalidade, SCID I e SCID II (DSM IV). Aos pacientes foi aplicado um questionário padrão, por nós, desenvolvido (em anexo).

A primeira etapa da investigação consistiu no levantamento de informações colaterais (história criminal, circunstâncias dos crimes atuais, outras informações relevantes) através dos laudos periciais e prontuários hospitalares individuais. A segunda etapa foi realizada através de entrevista psiquiátrica e exame psicopatológico dos indivíduos internados.

### Amostra

Foram incluídos pacientes do sexo masculino, entre 18 e 70 anos. Só foram incluídos os pacientes que puderam responder por si próprios às perguntas formuladas. Pacientes com alterações de nível de consciência ou que não podiam falar não foram incluídos. Após concordância do paciente em participar da pesquisa, houve aplicação de entrevistas estruturadas e questionário pelos pesquisadores.

Foram avaliados todos os pacientes que estavam cumprindo medida de segurança em virtude de comportamento violento. Considerou-se comportamento violento o uso intencional de força ou ação física contra uma pessoa, provocando dano físico ou moral na vítima (lesões corporais, crimes sexuais – estupro e atentado violento ao pudor, violência infligida à criança e à mulher, e homicídio). Também foi considerado comportamento violento, dano intencional e grave a patrimônio.

## RESULTADOS

Todos os pacientes aceitaram participar do estudo. A amostra foi composta por 51 pacientes do sexo masculino sendo que desse universo 31,4% ( $n=16$ ) cometeram homicídio; 25,5% ( $n=13$ ) tentativa de homicídio; 25,5% ( $n=13$ ) outros crimes com emprego de violência, não sexuais e crime sexual ( $n=9$ , 17,6%). Outros comportamentos violentos incluíram agressões físicas e depredação patrimonial, enquanto crimes sexuais consistiram em estupro, sedução de menores e atentado ao pudor. Em relação aos dados sócio-demográficos da amostra, esta foi composta por indivíduos com idade de  $38,6 \pm 11,2$  anos, sendo a maior parte deles solteiros ( $n=44$ ; 86,3%), exercendo atividade informal de trabalho, antes da perpetração do delito ( $n=25$ ; 49%), com baixa renda e residindo com familiares, antes do delito ( $n=33$ ; 64,7%) (Tabela 1). O principal grupo diagnóstico encontrado foi esquizofrenia ( $n=34$ ; 66,7%) (Tabela 3). Outras variáveis clínicas como acompanhamento psiquiátrico, uso de psicofármacos ou uso de álcool/ substâncias psicoativas previamente ao delito também estão descritas (Tabela 3).

Foi observado nesta pesquisa que 64,7% ( $n=33$ ) destes pacientes residiam com seus familiares antes da internação, 35,8% ( $n=18$ ) tinham renda familiar de até um salário mínimo, 29,4% ( $n=15$ ) tinham de 1 a 2 anos de medida de segurança e a média de idade ao praticar o delito era de  $33,5 (\pm 11,8)$  (Tabela 1). O comportamento violento fora dirigido em 25,4% ( $n=16$ ) aos familiares e 41,2% ( $n=26$ ) a desconhecidos, sendo que destes, um indivíduo assassinou 13 menores do sexo masculino. De acordo com a avaliação da perícia psiquiátrica inicial (Laudo de Exame de Sanidade Mental), 29 (56,9%) pacientes da amostra total ( $n=51$ ) apresentavam sintomatologia psicótica. Ainda de acordo com essa avaliação, delírios estavam presentes em 16 casos (31,4%), antes da perpetração do delito, alucinações auditivas em 13 casos (25,5%) e delírios com alucinações em 5 casos (9,8%). Quando se estudou a amostra de pacientes do grupo esquizofrenia ( $n=34$ ), observou-se que os delírios ( $n=21$ , 41,2%) foram os sintomas psicóticos mais comuns neste grupo.

Em relação ao número de vítimas ( $n=28$ , 44,4%) eram adultos do sexo masculino (Tabela 2). Houve relato de abuso físico ou sexual em 19 casos (37,3%). Verificamos que em 9 dos crimes sexuais descritos havia 5 casos de relato de abuso sexual ou físico. Outro achado foi que 20 dos 51 pacientes

(39,2%) usaram álcool ou outras drogas nos dias anteriores ao delito (Tabela 3). Em 12 casos, apenas o uso de álcool esteve presente antes do delito. Observou-se que a maioria destes indivíduos ( $n=33$ , 64,7%), não apresentou histórico ou relato de comportamento violento prévio. Nos laudos periciais foi encontrado que a grande maioria destes pacientes ( $n=36$ , 70,6%) não apresentava processos criminais anteriores à internação.

A maioria destes indivíduos tinha história prévia de tratamento psiquiátrico ( $n=34$ , 66,7), porém 27 (52,9%) não estavam frequentando atendimento psiquiátrico antes de cometerem os delitos. (Tabela 3). Ainda em relação a esse aspecto, 32 pacientes (62,7%) não estavam fazendo uso de qualquer tipo de medicamento, antes da perpetração do delito (Tabela 3). Os meios mais frequentemente utilizados nos delitos foram em 27% ( $n=17$ ) instrumentos cortantes (Tabela 2).

Na nossa amostra a grande maioria dos indivíduos foi considerada inimputável (92,2%;  $n=47$ ). O principal diagnóstico psiquiátrico encontrado foi esquizofrenia (66,7%;  $n=34$ ), (Tabela 3). A expressiva maioria dos pacientes não apresentava transtorno de personalidade (96,1%;  $n=49$ ).

## DISCUSSÃO

Em nosso estudo realizamos uma avaliação psiquiátrico-forense de amostra de 51 pacientes que estavam cumprindo medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, por homicídio (n=16), tentativa de homicídio (n=13), comportamento violento (n=13) e crimes sexuais (n=9) no Rio de Janeiro. A maior parte destes apresentava baixo nível de escolaridade, eram solteiros (86,3%), estavam desempregados, mas com atividade de trabalho informal (49%) e tinham baixa renda familiar (35,8%) à época do delito. Encontramos que o principal grupo diagnóstico foi o de esquizofrenia (n=34; 66,7%).

Embora pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não sejam inerentemente violentas, alterações na percepção do meio-ambiente podem precipitar atos agressivos<sup>13</sup>. Apesar de alguns estudos indicarem que a psicose possa ser um indicador das tendências violentas é a percepção do ambiente pelo paciente que pode contribuir para um comportamento violento. Um meio-ambiente violento, por exemplo, é um fator importante na precipitação de respostas violentas particularmente em pacientes portadores de esquizofrenia.

A relação entre transtornos mentais graves e criminalidade é mais complexa do que uma simples causalidade. Fatores como idade, gênero, status sócioeconômico, meio-ambiente e criminalidade prévia são importantes, assim como outros fatores potencialmente tratáveis como abuso de substâncias, transtornos de personalidade e uso regular de medicamentos. A comorbidade com abuso de substâncias aumenta o risco de comportamento violento naqueles com transtornos mentais graves<sup>13,14,15</sup>. Neste aspecto, encontramos em nossa amostra que 20 dos 51 pacientes (39,2%) usaram álcool ou outras drogas nos dias anteriores ao delito. Curiosamente, dos 8 pacientes que tinham envolvimento em mais de um processo criminal, 5 tinham história de abuso de álcool além de *cannabis sativa* e *cocaína*.

Uma história prévia de violência tem sido consistentemente considerada como preditiva de violência subsequente, em diversas populações de pacientes<sup>15</sup>. Da amostra do presente estudo, 18 pacientes (35,3%) tinham história prévia de comportamento violento, sendo que 8 pacientes estiveram

envolvidas em 2 processos criminais e 5 pacientes tinha envolvimento em mais de 3 processos criminais.

Homicídio e agressões despropositadas são comumente resultados de sintomas que levaram pessoas com transtornos mentais a acreditar que estivessem em perigo. Um estudo de Nielssen & Large<sup>16</sup> encontrou uma forte associação entre os sintomas psicóticos e comportamento violento. Observaram estes autores que metade dos homicídios perpetrados por estes pacientes ocorriam antes do tratamento inicial indicando que apresentavam sintomatologia psicótica quando cometeram estes crimes.

Em nosso estudo 29 (56,9%) pacientes da amostra total (n=51) apresentavam sintomatologia psicótica no momento da avaliação pericial inicial (Laudo de Exame de Sanidade Mental). Quando estudamos apenas a amostra de pacientes do grupo esquizofrenia (n=34), verificamos que os delírios (41,2%; n=21) foram os sintomas psicóticos mais comuns neste grupo, ainda de acordo com a avaliação pericial. Quando os próprios pacientes deste grupo (n=34) foram questionados no momento do presente estudo sobre a existência de sintomatologia psicótica à época do delito, 16 (31,4%) confirmaram a presença de delírios, enquanto 13 (25,5%) referiram alucinações auditivas. Outras pesquisas têm encontrado uma associação entre alucinações auditivas e ideias delirantes persecutórias e motivação para homicídio.<sup>12</sup>

Nossos achados ilustram bem os resultados da literatura, que têm apontado a esquizofrenia como principal transtorno mental relacionado ao comportamento violento em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento<sup>17</sup>. Valença et al.<sup>18</sup> têm demonstrado uma forte associação dos sintomas psicóticos da esquizofrenia (delírios persecutórios e alucinações auditivas) com o comportamento violento. Acrescentam estes autores que a maioria dos crimes cometidos por esquizofrênicos ocorrem no ambiente familiar na fase inicial da doença.

Embora indivíduos com esquizofrenia tenham um risco aumentado para o comportamento violento, diferentes estudos relatam diferentes riscos. Estudos anglo-americanos comumente relatam taxas mais prevalentes que os estudos europeus.<sup>19</sup>

Na amostra estudada foram encontrados 9 casos de crimes sexuais. O delito mais frequente foi o estupro de vulnerável (Artigo 217-A do Código Penal), representando 4 casos (3 pacientes apresentavam Retardo Mental, sendo que um deles tinha transtorno comórbido relacionado ao abuso de álcool e o outro, transtorno dissociativo). Outros 3 casos foram incursos no Artigo 213 do CP (estupro) onde os pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia (n=1), retardo mental (n=1) e transtorno mental relacionado ao uso de múltiplas substâncias (n= 1). Dois outros casos foram incursos no Artigo 214 (atentado violento ao pudor), com diagnósticos de esquizofrenia e Retardo Mental, respectivamente. Valença et al.<sup>20</sup> observaram que experiências negativas precoces incluindo abuso sexual e físico podem ser encontradas naqueles que perpetraram crimes na vida adulta. Nossos achados ilustram esse aspecto.

De acordo com Rice<sup>21</sup> os agressores sexuais com Retardo Mental apresentam preferências sexuais mais desviantes por meninos e crianças mais jovens conforme pudemos observar no indivíduo que assassinou 13 menores, sendo que neste último caso os crimes sexuais resultaram em homicídio. Em outros estudos<sup>22</sup> foi observado que quando há associação do Retardo Mental com Transtorno de Personalidade há uma prevalência significativamente maior de comportamento violento, conforme foi observado neste mesmo indivíduo da amostra. Vale salientar que encontramos uma frequência muito baixa de transtornos de personalidade, nos indivíduos avaliados nesse estudo.

Outro achado foi que o comportamento violento foi mais dirigido contra desconhecidos. Das 63 vítimas de homicídio ou tentativa de homicídio, 26 (41,2%) eram de desconhecidos enquanto 16 (25,4%) eram familiares dos pacientes, incluindo avó, genitora, irmão, maridos e filhos. Esse dado nos chamou a atenção porque contraria outros estudos, onde os homicidas tinham uma relação pessoal com maior parte das vítimas, que se encontravam usualmente no meio familiar<sup>11</sup>. Acreditamos que esse achado discrepante se deva ao fato de um indivíduo com diagnóstico de Retardo Mental e Transtorno de Personalidade Antissocial ter assassinado 13 menores, que também sofreram ofensas sexuais, todos desconhecidos dele. É possível que esse comportamento violento dirigido a pessoas desconhecidas tenha ocorrido devido à presença de transtorno de personalidade antissocial associado<sup>12</sup>. Talvez outro fator que contribua para a expressão deste comportamento se

deva ao fato dos homens passarem mais tempo fora de casa, em contato tanto com conhecidos, quanto com estranhos. Dentre os familiares vítimas de homicídio, houve 3 casos de parricídio e 3 casos de fratricídio; os demais crimes ocorreram com enteado, tios, avó, irmã, mãe (3 casos de tentativa de matricídio) e esposa (2 casos de tentativas de uxoricídio).

Diversos estudos têm encontrado um padrão duradouro de rompimento do contato com serviços de saúde mental, enquanto em outros o homicídio parece ocorrer logo após o início do transtorno mental, antes do ofensor ter estabelecido um contato com estes serviços.<sup>17</sup> Em nosso estudo, encontramos que 34 de 51 pacientes (66,7%) tinham história prévia de tratamento psiquiátrico. Entretanto, apenas 24 de 51 pacientes (47,1%) estavam em tratamento psiquiátrico pouco antes do delito. Estes achados ilustram o fato de que pacientes com comportamento violento não estavam em tratamento psiquiátrico regular, antes de apresentarem este comportamento. É fundamental que os serviços de saúde mental trabalhem para prevenir a perda de contato e não aderência ao tratamento, que usualmente precedem o comportamento violento cometido por indivíduos com transtornos mentais graves. É muito importante que a sociedade e autoridades governamentais possam viabilizar o acesso ao tratamento psiquiátrico com atenção psicossocial.

Apesar das evidências estatísticas e empíricas apontarem para uma relação positiva entre transtornos mentais graves e comportamento violento, isto certamente representa uma pequena proporção da violência ocorrida na comunidade. Em países com índices expressivos de violência, como no Brasil, onde a violência e criminalidade têm forte associação com a precariedade de condições sócio-econômicas, o índice de homicídios associados aos transtornos mentais talvez seja ainda menor.

Pesquisas que forneçam dados que auxiliem a identificação de indivíduos com transtornos mentais com risco de comportamento violento, bem como o tratamento adequado destes indivíduos, podem contribuir para a prevenção deste comportamento, assim como a sua expressão no meio social. Também podem permitir uma melhor caracterização dos grupos ou situações de risco, e esclarecer as motivações específicas relacionadas à manifestação de comportamento violento, em indivíduos com transtornos mentais. A finalidade

de estudos sobre a associação entre violência e transtornos mentais não é estigmatizar, mas entender melhor os fatores que contribuem para esta associação, bem como propor políticas de saúde mental e intervenções terapêuticas para pacientes com transtornos mentais e comportamento violento.

Deve ser ressaltado que a conduta criminosa se constitui em processo sócio-cultural, sendo que os indivíduos com transtornos mentais estão mais vulneráveis a essas variáveis<sup>11</sup>. Desta forma, não basta tão somente possibilitar um melhor tratamento a esses transtornos mentais, mas dar atenção aos fatores sociais associados à conduta criminosa, como o desnível social, abuso de substâncias e acesso a armas. O transtorno mental pode atuar como um facilitador de comportamento violento, não como gerador de conduta criminal, por si só. Pesquisas como essa, podem possibilitar uma caracterização mais precisa dos grupos ou situações de risco, assim como as motivações específicas relacionadas com o comportamento violento cometido por indivíduos com transtornos mentais.

## **CONCLUSÕES**

Em nosso estudo encontramos que a presença de sintomatologia psicótica anterior à perpetração dos delitos foi determinante. O uso de substâncias psicoativas contribuiu significativamente para a expressão do comportamento violento em vários casos, bem como a falta de adesão ao tratamento psiquiátrico. Podemos afirmar que o perfil de indivíduo encontrado na amostra estudada foi aquele com diagnóstico de esquizofrenia, com sintomatologia psicótica ativa, tendo cometido delito de homicídio ou tentativa de homicídio e com baixa aderência a tratamento psiquiátrico.

O estudo de fatores motivadores do comportamento homicida pode fornecer conhecimentos para o estabelecimento de intervenções terapêuticas em indivíduos com transtornos mentais que apresentem risco para este ou outros comportamentos violentos.

Não devem ser medidos esforços por parte das autoridades do governo para possibilitar um melhor acesso aos serviços de saúde mental, proporcionando assim, uma assistência psiquiátrica e psicossocial a estes indivíduos com transtornos mentais graves, vulneráveis às circunstâncias sociais desfavoráveis, que pode constituir um facilitador para a conduta criminosa.

## Referências

1. Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006; 367: 1747-1757.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (Text-Revision)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
3. Côté, G.; Hodgins, S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1992; v. 15, n. 1, p. 89-99.
4. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J Affect Dis*. 1997; 42(1): 29-38.
5. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns B. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(2): 226-31.
6. Nestor, PG. Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(12): 1973-8.
7. Matcheswalla Y, De Sousa A. *Crime and Psychiatry*. Mens Sana Monogr. 2015; Jan-Dec; 13(1): 143-149.
8. Brennan PA, Mednick AS, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57(5): 494-500.
9. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996; 47(4): 403-6.
10. Shaw J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Tornbull P, Kapur N, Appleby L. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *Br Med J*. 2004; 328(7442): 734-7.
11. Large M, Smith G, Nielssen, O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; doi: 10.1016/j.schres.
12. Valença AM, Moraes TM. Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; vol. 28; suppl 2.
13. Stilwell, EM, Yates SE, Candidate JD, Brahm, NC. Violence among persons diagnosed with schizophrenia: how pharmacists can help. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2011; 7; 421-429.
14. Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophrenia Research*. 2013; 151; 215-220.
15. Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*. 2013; Dec; 23(5): 347-55.
16. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010; Jul; 36(4):700-712.
17. Tsigebrhan R, Shibre T, Medhin G, Fekadu A, Hanlon C. Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: a comparative cross-sectional community study. *Schizophr Res*. (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.032>.
18. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Moraes TM, Mendlowicz, MV. Schizophrenia and violent behavior. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2011; Dez; 14(4): 660-671. São Paulo.
19. Slijepcevic MK, Jukic V, Novalic D, Zarkovic-Palijan, Milosevic M, Rosenzweig I. Alcohol abuse as strongest risk factor for violent offending in patients with paranoid schizophrenia. *Croat Med J. Apr*. 2014 55(2):156-162.
20. Valença AM, Meyer LF, Freire R, Mendlowicz MV, Nardi AE. A forensic-psychiatric study of sexual offenders in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2015; 31: 23-28.
21. Rice ME, Harris GT, Lang C, Chaplin TC. Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation. *Sex Abuse*. 2008; 20(4):409-25.
22. Faria Achá MF, Rigonatti SP, Saffi F, Martins de Barros D, Pádua Serafim A. Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(1): 11-15.

**Tabela 1. Dados Sóciodemográficos da Amostra (n=51)**

<b>Idade</b>	
Idade à época do delito (média ± DP)	33,5 ± 11,8 anos
Idade atual (média ± DP)	38,6 ± 11,2 anos
<b>Cor</b>	
Caucasiana	26 (51%)
Não-caucasiana	25 (49%)
Escolaridade (anos) (média ± DP)	5,9 ± 3,7 anos
<b>Estado civil na época do delito</b>	
Solteiro	44 (86,3%)
Casado/ amasiado	5 (9,8%)
Separado/ divorciado	2 (3,9%)
<b>Atividade profissional na época do delito</b>	
Nunca trabalhou	2 (3,9%)
Formal	11 (21,6%)
Informal	25 (49%)
Desempregado	8 (15,7%)
<b>Renda familiar</b>	
Até 1 salário mínimo	18 (35,8%)
1 a 3 salários mínimos	17 (33,3%)
3 a 5 salários mínimos	3 (5,9%)
Mais de 5 salários mínimos	2 (3,9%)
Não especificado	7 (13,7%)
<b>Residindo na época do delito</b>	
Com familiares	33 (64,7%)
Com cônjuge/ companheira	5 (9,8%)
Só	8 (15,7%)
Outros familiares/amigos	5 (9,8%)

**Tabela 2. Variáveis Forenses**

<b>Tipo de delito</b>	
Homicídio	16 (31,4%)
Tentativa de Homicídio	13 (25,5%)
Crime Violento	13 (25,5%)
Crimes Sexuais	9 (17,6%)
<b>Características e números de vítimas</b>	
Criança/Adolescente do sexo masculino	14 (22,2%)
Criança/Adolescente do sexo feminino	5 (8%)
Adulto do sexo masculino	28 (44,4%)
Adulto do sexo feminino	16 (25,4%)
<b>Comportamento violento dirigido a que pessoa</b>	
Familiares	16 (25,4%)
Cônjuge	1 (1,6%)
Vizinho	11 (17,5%)
Conhecida	9 (14,3%)
Desconhecida	26 (41,2%)
<b>Meio ou instrumentos utilizados no crime</b>	
Arma de fogo	5 (7,9%)
Instrumento Cortante	17 (27%)
Instrumento Corto-Contundente	8 (12,7%)
Estrangulamento	9 (14,3%)
Instrumento Corto-Contundente e Estrangulamento	1 (1,6%)
Sem uso de instrumento	17 (27%)
Outros	6 (9,5%)

**Tabela 3. Variáveis Clínicas**

<b>Uso prévio de Álcool ou Drogas</b>	
Sim	41 (80,4%)
Não	10 (19,6%)
<b>Uso do Álcool ou Drogas (antes do delito)</b>	
Sim	20 (39,2%)
Não	31 (60,8%)
<b>Diagnóstico (DSM IV)</b>	
Esquizofrenia	34 (66,7%)
Retardo Mental	7 (13,5%)
Transtorno Psicótico SOE	3 (5,9%)
Transtorno induzido pelo álcool	2 (3,9%)
Transtorno Bipolar do Humor	1 (2%)
Transtorno Mental devido a Condição Médica	1 (2%)
Transtorno Dissociativo	1 (2%)
Transtorno Delirante	1 (2%)
Transtorno Relacionado ao Uso de Múltiplas Substâncias	1 (2%)
<b>Tratamento psiquiátrico antes do delito</b>	
Sim	24 (47,1%)
Não	27 (52,9%)
<b>Tratamento psiquiátrico prévio</b>	
Sim	34 (66,7%)
Não	17 (33,3%)
<b>Uso de medicamento antes do delito</b>	
Sim	19 (37,3%)
Não	32 (62,7%)

## 5 – Discussão e Considerações finais

Apesar do comportamento violento estar associado com os transtornos mentais graves, estas pessoas estão mais propensas de serem vítimas da violência do que cometer um ato violento<sup>17</sup>. Por outro lado, Valença et al<sup>18</sup> apontaram uma maior prevalência de esquizofrenia em pacientes portadores de doença mental grave que haviam cometido homicídio.

Embora indivíduos com esquizofrenia tenham um risco aumentado para o comportamento violento, diferentes estudos relatam diferentes riscos. Estudos anglo-americanos comumente relatam taxas mais prevalentes que os estudos europeus<sup>19</sup>. Estes pacientes apresentam maior taxa de comportamento violento (4-6 vezes) quando comparados com a população geral. Em um estudo realizado num período de 20 anos na Croácia Slijepcevic et al.<sup>19</sup> demonstraram que menos de 0,2% num universo de 104 pacientes com esquizofrenia havia cometido homicídio e menos que 10% havia cometido um ato violento.

Sabemos que o comportamento delituoso pode acontecer como consequência de sintomatologia psicótica (ideação delirante de caráter persecutório) nestes pacientes. No artigo 1 o paciente cometeu os crimes motivado por ideação paranoide. Pensamentos e sentimentos de que iria ser destruído pelo vizinho estão presentes no primeiro delito. Ainda em relação a esse caso, a mesma sintomatologia está presente no segundo delito (parricídio), já que o mesmo tinha pensamentos de que o pai queria matá-lo e desejava ter relações sexuais com ele. Esta sintomatologia psicótica constituiu-se no fator criminogênico (motivador do delito). Após cumprimento de medida de segurança, o paciente é desinternado e inserido nos dispositivos de saúde mental. Apresentou reagudização de quadro psicótico, porém não voltou a apresentar conduta delituosa, sendo internado em hospital psiquiátrico comum, de onde recebeu alta médica. Isso ilustra como o tratamento psiquiátrico adequado pode desempenhar importante papel na prevenção de futuros delitos.

Em geral a agressividade está usualmente associada com traços de personalidade antissocial, delinquência juvenil e uso de substância psicoativa<sup>19</sup>. Em pacientes com esquizofrenia, o comportamento violento está associado a um grande número de fatores de risco como comportamento violento prévio, uso de álcool, idade jovem, baixo status socioeconômico, duração mais longa

de psicose não tratada e início tardio do primeiro episódio psicótico<sup>19</sup>. Estes dados foram parcialmente confirmados na amostra estudada no Artigo 3. O homicídio figurou como o delito mais frequente nessa amostra, embora na maioria dos casos não houvesse histórico prévio de comportamento violento. A sintomatologia psicótica esteve presente na maioria dos casos observados no Artigo 3, como tem sido demonstrado em diversos estudos.

De acordo com Rice<sup>20</sup> os agressores sexuais com Retardo Mental apresentam preferências sexuais mais desviantes por meninos e crianças mais jovens, conforme observado no paciente descrito no Artigo 2 e em um outro no Artigo 3, sendo que neste último caso os crimes sexuais resultaram em homicídio. Ainda de acordo com Faria<sup>21</sup> quando há associação do Retardo Mental com Transtorno de Personalidade temos uma prevalência significativamente maior de comportamento violento, conforme foi observado em um indivíduo da nossa amostra no Artigo 3. Em um outro estudo, Lindsay<sup>22,23</sup> demonstrou que o abuso sofrido na infância pode estar relacionado com o tipo de crime cometido na vida adulta, conforme fora observado no paciente que cometeu estupro de vulnerável (Artigo 2).

Muitas pesquisas têm evidenciado o uso de substância psicoativa como fator de risco para o comportamento violento<sup>24</sup>, o que foi verificado neste estudo, conforme o Artigo 3. A esquizofrenia figurou como o grupo diagnóstico mais frequente, o que foi descrito em alguns estudos<sup>25</sup>.

Como já fora mencionado anteriormente destacamos a relevância da ideiação paranoide na conduta criminosa<sup>26</sup> e isto fora retratado no Artigo 1 (parricídio) como também no Artigo 3 onde na nossa amostra de pacientes, o delírio figurou como sintoma mais frequente antes dos delitos.

## 6 – Conclusões

Podemos dizer que o perfil dos indivíduos encontrados na amostra estudada foi aquele com diagnóstico de esquizofrenia, com sintomatologia psicótica ativa, tendo cometido delito de homicídio ou tentativa de homicídio e com baixa adesão a tratamento psiquiátrico.

O estudo dos fatores que motivam o CV pode fornecer conhecimentos para a implementação de intervenções terapêuticas em pessoas com transtornos mentais que apresentem risco para este ou outros comportamentos violentos.

Não devem ser medidos esforços por parte das autoridades do governo para proporcionar um melhor acesso aos serviços de saúde mental, possibilitando assim, uma assistência psiquiátrica e psicossocial a estes indivíduos com transtornos mentais graves, mais vulneráveis às circunstâncias sociais desfavoráveis, o que pode constituir um facilitador para a conduta delituosa.

Neste estudo psiquiátrico-forense de uma amostra de 51 pacientes com transtornos mentais e história de CV internados em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico pudemos observar que:

- a) A maioria tinha uma idade média à época do delito de 33,5 era caucasiana, solteira, de baixa escolaridade, com trabalho informal, renda familiar de até um salário mínimo e residiam com seus familiares.
- b) As formas de comportamento violento encontradas foram homicídio, tentativa de homicídio e crimes violentos não sexuais e sexuais, sendo a primeira a mais frequente.
- c) A maioria dos pacientes com comportamento violento recente não tinha história prévia de CV.
- d) O transtorno mental mais frequente foi a esquizofrenia.
- e) O uso de álcool ou de outras substâncias psicoativas foi encontrado em vários casos antes da ocorrência do delito, porém a sintomatologia psicótica foi verificada com maior frequência.

## 7 – Referências bibliográficas

1. Schanda, H.; Knecht, G.;Schreinzer, D. et al al. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2004, v. 110, n, 2, p. 98-107.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (Text-Revision). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
3. Côté, G.; Hodgins, S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*.1992, v. 15, n. 1, p. 89-99.
4. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J Affect Dis*.1997; 42(1): 29-38.
5. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns B. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*.1998; 155(2): 226-31.
6. Nestor, PG. Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(12): 1973-8.
7. Valença, AM; Chalub, M; Mendlowicz, MV; Mecler, K; Nardi, AE. Conceito de responsabilidade penal em psiquiatria forense. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2005; v. 54, p. 248-252.
8. Brennan PA, Mednick AS, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* .2000; 57(5): 494-500.
9. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996; 47(4): 403-6.
10. Shaw J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Tornbull P, Kapur N, Appleby L. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *Br Med J*.; 328(7442): 734-7, 2004.
11. Large M, Smith G, Nielssen, O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*.(2009), doi: 10.1016/j.schres.2009.04.004.
12. Valença AM, Moraes TM. Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*; vol. 28; suppl 2, 2006.
13. Stilwell, EM, Yates SE, Candidate JD, Brahm, NC. Violence among persons diagnosed with schizophrenia: how pharmacists can help. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2011; 7; 421-429.
14. Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophrenia Research*.2013; 151; 215-220.
15. Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*. 2013; Dec; 23(5): 347-55.
16. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010; Jul; 36(4):700-712.
17. Tsigebrhan R, Shibre T, Medhin G, Fekadu A, Hanlon C. Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: a comparative cross-sectional community study. *Schizophr Res*.(2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.032>.
18. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Moraes TM, Mendlowicz, MV. Schizophrenia and violent behavior. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo*. 2011; Dez; 14(4): 660-671.
19. Slijepcevic MK, Jukic V, Novalic D, Zarkovic-Palijan, Milosevic M, Rosenzweig I. Alcohol abuse as strongest risk factor for violent offending in patients with paranoid schizophrenia. *Croat Med J. Apr*. 2014; 55(2):156-162.
20. Rice ME, Harris GT, Lang C, Chaplin TC. Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation. *Sex Abuse*. 2008; 20(4):409-25.
21. Faria Achá MF, Rigonatti SP, Saffi F, Martins de Barros D, Pádua Serafim A. Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(1): 11-15.
22. Lindsay WR, Smith AHW, Law J, Quinn K, Anderson A, Smith A, et al. A treatment service for sex offenders and abusers with intellectual disability: characteristics of referrals and evaluation. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2002; 15: 116-74.
23. Lindsay WR, Smith AHW, Law J, Quinn K, Anderson A, Smith A, et al. Sexual and nonsexual offenders with intellectual and learning disabilities. *J Interpers Violence*. 2004; 19 (8): 875-90.
24. Blanchard R, Watson M, Choy A, Dickey R, Klassen P, Kuban N, et al. Paedophiles: mental retardation, maternal age and sexual orientation. *Arch Sex Behav*. 1999; 28: 111-27.
25. Hillbrand M, Cipriano T. Comentario: Parricide – Unanswered questions, methodological obstacles, and legal considerations. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007; 35:313-6.
26. Cutrim Jr RJC, Stuchi LF, Valença AM. Trastorno esquizotípico o esquizofrenia? Evaluación de la responsabilidade penal en un caso de parricidio. *Rev Colomb Psiquiat*. 2013; 42(3): 292-294.

**ANEXOS****ANEXO 01 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (ARTIGO 1)****CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Por meio desta certificamos que **Ruy Justo Carneiro Cutrim Júnior** recebeu autorização desta instituição (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba) para a organização, produção e publicação do trabalho intitulado: "Trastorno esquizotípico o esquizofrenia? Evaluación de la responsabilidad penal em um caso de parricídio", publicado pela Revista Colombiana de Psiquiatria, em julho de 2013.

Niterói, 28 de agosto de 2013.

**Dra. Ana Paula de Freitas Guljor**  
Diretora/HPJ/FMS

## **ANEXO 02 - Consentimento Esclarecido de Participação em Pesquisa**

### **Consentimento Esclarecido de Participação em Pesquisa**

A sua participação neste estudo é voluntária. Este estudo tem como objetivo pesquisar histórico de seu comportamento e fatores que contribuíram para determinados comportamentos, em pessoas com problemas psiquiátricos, que estão se tratando em uma instituição. Não haverá nenhuma interferência em seu tratamento clínico na instituição em que você está.

A sua participação consiste em realizar entrevistas e conversar com um pesquisador, respondendo a questões formuladas pelo mesmo. Você pode e deve fazer toda e qualquer pergunta que julgue necessário antes de participar deste estudo.

A sua identificação e seus dados pessoais serão mantidos como informações confidenciais. Os resultados do estudo serão publicados sem que a sua identidade seja revelada. Os seus registros médicos estarão disponíveis para a consulta pela equipe que participa do estudo, bem como pelo comitê de ética da instituição e pelas autoridades de saúde.

Caso você decida não participar do estudo, ou até mesmo sair do estudo após o início do mesmo, o seu atendimento médico não será prejudicado de maneira alguma nesta instituição.

**Concordo com estes termos e com a minha participação neste estudo.**

**Data -** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Paciente

**Data -** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Médico

**ANEXO 03 - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (ARTIGO 2)**

Niterói, 20 de março de 2016

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Por meio desta certificamos que **Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior** recebeu autorização desta Instituição (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo) para a organização, produção e publicação do trabalho intitulado: "Crime Sexual e Retardo Mental", submetido à Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental em Março de 2016.

Fernanda Santos  
Diretora SEAP HR  
ID 05642396  
Mat 368296 - 5

Fernanda Maria de Oliveira Guimarães Santos

Diretora do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo

**ANEXO 04 - Questionário de Comportamentos em Indivíduos com Transtornos Mentais (Delitos Sexuais)**

**Questionário de Comportamentos em Indivíduos com Transtornos Mentais  
(Delitos Sexuais)**

1. Sexo ( )

2. Idade

3. Cor

( ) Branca ( ) Negra ( ) Mestiça ( ) Amarela

4. Naturalidade

( ) Rio de Janeiro

( ) Outro estado (especificar)

( ) Outro país (especificar)

5. Procedência

( ) Rio de Janeiro

( ) Outro estado

( ) Outro país (especificar)

6. Estado civil à época do delito ( ) Solteiro ( ) casado/amasiado ( ) viúvo

( ) divorciado ou separado

7. Você reside (antes da internação)

( ) Com os pais

( ) Com cônjuge/companheiro (a)

( ) Com irmãos

( ) Com outros familiares ou amigos

( ) Só, mas próximo da família

( ) Só, longe da família

( ) Outros

8. Anos de escolaridade:

9. Profissão (descrever especificando)

10. Antes da internação

- nunca trabalhou
- com vínculo empregatício formal (carteira assinada, funcionário público, etc)
- desempregado mas com atividade de trabalho informal
- desempregado, sem exercer atividade lucrativa
- licenciado ou aposentado por motivo de saúde
- aposentado por tempo de serviço
- Outros (especificar)

11. Renda familiar

- Sem renda
- Até um salário mínimo
- 1 a 3 salários mínimos
- Entre 3 e 5 salários mínimos
- Mais de 5 salários mínimos

12. Tempo de internação na instituição

- 1 a 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 4 anos
- 5 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos

13. Delito sexual: assinalar o delito cometido (**esse item será adaptado para [Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009](#) para delitos sexuais, para indivíduos incurso na nova lei**)

- Estupro- Art. 213
- Atentado violento ao pudor- (constranger alguém a praticar ato libidinoso mediante violência ou ameaça)- Art. 214
- Posse sexual mediante fraude- Art. 215
- Atentado ao pudor mediante fraude- Art. 216
- Sedução de menores- Art. 217
- Corrupção de menores- Art. 218
- Rapto violento mediante fraude (Art. 219 a 222)- especificar:
- Mediação para servir a lascívia de outrem- Art. 227
- Ultraje público ao pudor (UPP) (prática de ato obsceno)- Art. 233
- UPP- importar, adquirir, guardar material de natureza obscena- Art. 234

14. Especificar ação sexual realizada contra a vítima, de acordo com o laudo:

15. Idade que tinha ao praticar o delito sexual que gerou processo:

16. Este comportamento violento foi dirigido a que pessoa?

- da família (especificar)
- conhecida
- vizinho
- desconhecido
- Outro (especificar)

17. Característica e número de vítima(s) (especificar idade das mesmas, se não houver no laudo, dizer não especificada)

- Adulto do sexo feminino
- Adulto do sexo masculino
- Criança/adolescente do sexo feminino
- Criança/adolescente do sexo masculino

18. O delito contou com a participação de outras pessoas?

- Sim (especificar)
- Não

19. Local em que ocorreu o delito sexual

- Casa do perpetrador
- Casa da vítima
- Casa de parente da vítima
- Na rua/ terreno, etc (especificar)
- Ignorado

20. História prévia de delito sexual ou tentativa de delito sexual ou outro tipo de delito?

- Sim (especificar e descrever características da vítima)
- Não

21. História de abuso sexual/físico na infância?

- Sim
- Não

22. Caso sim, quem cometeu esse abuso?

- Pai

- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Outro parente (especificar)
- Vizinho
- Conhecido
- Desconhecido

23. Você escutava vozes ou achava, por exemplo, que alguém o perseguia ou o (a) traía ou tinha outro tipo de preocupação importante (grandeza, religiosidade, etc.), na ocasião do delito (sexual) ou pouco tempo antes dele? (consultar laudo)

- Sim(especificar)
- Não

24. Você já utilizou alguma substância como álcool, maconha, cocaína, ecstasy ou alguma outra? (caso sim, especificar) (consultar laudo)

- SIM
- Não

25. Você estava utilizando esta substância antes do delito (sexual ou outro) acontecer?

- Sim
- Não

26. Você já fez tratamento psiquiátrico no passado, antes de se tratar nesta instituição?

- Sim (especificar)
- Não

27. Você fazia uso regular de medicamentos prescritos pelo médico?

Sim

Não

28. Você estava fazendo algum tratamento psiquiátrico pouco antes de ser internado nesta instituição ou pouco antes deste delito (sexual) acontecer?

Sim

Não

29. Pouco antes de ser internado nesta instituição ou pouco antes deste delito acontecer você estava utilizando algum calmante ou medicamento para tratar problema de nervosismo?

Sim

Não

30. CASO SIM, qual? (especificar)

31. Em sua opinião você tem problema psiquiátrico que justifique tratamento?

Sim     Não

32. Grau de imputabilidade na perícia

Semi-imputável

Inimputável

Imputável

33. Sintomatologia psicótica na avaliação pericial?

Sim (descrita no exame psiquiátrico do laudo)

Sim (relatado, mas não durante o exame pericial)

Não

34. Caso sim, qual?

Delírios persecutórios

Outros tipos de delírios (especificar)

Alucinações (especificar)

Outros sintomas psicóticos (especificar)

35. Quantidade de processos em que já se envolveu (todos os pacientes)

1

2

3

Mais de 3

Sem informação

36. Hipótese Diagnóstica- Perícia:

Nessa avaliação (DSM-IV):

Transtorno de Personalidade (Sim)       Não      Tipo:

**ANEXO 05 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (ARTIGO 3)**

Niterói, 17 de setembro de 2015

DECLARAÇÃO

Declaro que li o projeto de pesquisa **“Homicídio e Delitos Sexuais: Existem Diferenças Marcantes entre Perpetradores e Vítimas?”**, do Dr. Alexandre Martins Valença, Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense. Estou ciente que a etapa de coleta de dados ocorrerá nesse Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, de acordo com a metodologia descrita no projeto. Concordo que a pesquisa seja realizada nesse serviço.

Atenciosamente

  
Fernanda Santos  
Diretora SEAP HR  
ID 056 42396  
Mat 68296 - 5

Fernanda Maria de Oliveira Guimarães Santos

Diretora do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo

**ANEXO 06 - Questionário de Comportamentos em Indivíduos com Transtornos Mentais (Homicídio)**

**Questionário de Comportamentos em Indivíduos com Transtornos Mentais  
(Homicídio)**

1. Sexo ( )

2. Idade

3. Cor

( ) Branca ( ) Negra ( ) Mestiça ( ) Amarela

4. Naturalidade

( ) Rio de Janeiro

( ) Outro estado (especificar)

( ) Outro país (especificar)

5. Procedência

( ) Rio de Janeiro

( ) Outro estado

( ) Outro país (especificar)

6. Estado civil à época do delito ( ) Solteiro ( ) casado/amasiado ( ) viúvo

( ) divorciado ou separado

7. Você reside (antes da internação)

( ) Com os pais

( ) Com cônjuge/companheiro (a)

( ) Com irmãos

( ) Com outros familiares ou amigos

( ) Só, mas próximo da família

( ) Só, longe da família

( ) Outros

8. Anos de escolaridade:

9. Profissão (descrever especificando)

10. Antes da internação

nunca trabalhou

com vínculo empregatício formal (carteira assinada, funcionário público, etc)

desempregado mas com atividade de trabalho informal

desempregado, sem exercer atividade lucrativa

licenciado ou aposentado por motivo de saúde

aposentado por tempo de serviço

Outros (especificar)

11. Renda familiar

Sem renda

Até um salário mínimo

1 a 3 salários mínimos

Entre 3 e 5 salários mínimos

Mais de 5 salários mínimos

12. Tempo de internação na instituição

1 a 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

2 a 4 anos

5 a 10 anos

11 a 20 anos

Mais de 20 anos

13. Idade que tinha ao praticar o delito (homicídio) que gerou processo:

14. Este comportamento violento foi dirigido a que pessoa?

da família (especificar)

conhecida

vizinho

desconhecido

Outro (especificar)

15. Característica e número de vítima(s) (especificar idade das mesmas, se não houver no laudo, dizer não especificada)

Adulto do sexo feminino

Adulto do sexo masculino

Criança/adolescente do sexo feminino

Criança/adolescente do sexo masculino

16. O delito contou com a participação de outras pessoas?

Sim (especificar)

Não

17. Local em que ocorreu o homicídio

Casa do perpetrador

Casa da vítima

Casa de parente da vítima

Na rua/ terreno, etc (especificar)

Ignorado

18. História prévia de outro tipo de delito?

- Sim (especificar e descrever características da vítima)
- Não

19. História de abuso sexual/físico na infância?

- Sim
- Não

20. Caso sim, quem cometeu esse abuso?

- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Outro parente (especificar)
- Vizinho
- Conhecido
- Desconhecido

21. Meios ou instrumentos utilizados no delito (homicídio)

- Sem uso de instrumento
- Arma de fogo
- Fogo
- Envenenamento
- Instrumento corto-contudente
- Instrumento cortante
- Estrangulamento
- Outros (especificar)

22. Você escutava vozes ou achava, por exemplo, que alguém o perseguia ou o (a) traía ou tinha outro tipo de preocupação importante (grandeza, religiosidade, etc.), na ocasião do delito (homicídio) ou pouco tempo antes dele? (consultar laudo)

Sim(especificar)

Não

23. Você já utilizou alguma substância como álcool, maconha, cocaína, ecstasy ou alguma outra? (caso sim, especificar) (consultar laudo)

SIM

Não

24. Você estava utilizando esta substância antes do delito (homicídio) acontecer?

Sim

Não

25. Você já fez tratamento psiquiátrico no passado, antes de se tratar nesta instituição?

Sim (especificar)

Não

26. Você fazia uso regular de medicamentos prescritos pelo médico?

Sim

Não

27. Você estava fazendo algum tratamento psiquiátrico pouco antes de ser internado nesta instituição ou pouco antes deste delito (homicídio) acontecer?

Sim

Não

28. Pouco antes de ser internado nesta instituição ou pouco antes deste delito acontecer você estava utilizando algum calmante ou medicamento para tratar problema de nervosismo?

Sim

Não

29. CASO SIM, qual? (especificar)

30. Em sua opinião você tem problema psiquiátrico que justifique tratamento?

Sim     Não

31. Grau de inimizabilidade na perícia

Semi-imputável

Inimputável

Imputável

32. Sintomatologia psicótica na avaliação pericial?

Sim (descrita no exame psiquiátrico do laudo)

Sim (relatado, mas não durante o exame pericial)

Não

33. Caso sim, qual?

Delírios persecutórios

Outros tipos de delírios (especificar)

Alucinações (especificar)

Outros sintomas psicóticos (especificar)

34. Quantidade de processos em que já se envolveu (todos os pacientes)

1

2

3

Mais de 3

Sem informação

35. Hipótese Diagnóstica- Perícia:  
avaliação (DSM-IV):

Nessa

Transtorno de Personalidade (Sim)       Não      Tipo: