

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Universidade Federal do Rio de Janeiro

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO VIOLENTO:  
ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE VIOLÊNCIA EM  
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

**GUSTAVO CARVALHO DE OLIVEIRA**

RIO DE JANEIRO

Maio de 2017

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO VIOLENTO:  
ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE VIOLÊNCIA EM  
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

**GUSTAVO CARVALHO DE OLIVEIRA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental.

Orientador: Professor Doutor Alexandre Martins Valença

RIO DE JANEIRO

Maio de 2017

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB  
Centro de Ciências da Saúde – CCS  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO VIOLENTO:  
ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE VIOLÊNCIA EM  
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

GUSTAVO CARVALHO DE OLIVEIRA

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental.

Aprovada em 05 de maio de 2017 por:

---

Professor Doutor Alexandre Martins Valença  
Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Presidente da Banca

---

Professor Doutor Mauro Vitor Mendlowicz  
Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Membro Titular Interno

---

Professor Doutor Elias Abdalla-Filho  
Universidade de Brasília  
Membro Titular Externo

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Feliciano e Lourdinha,  
Que me ensinaram o Amor e a Dignidade do Ser Humano. Tudo o que sou, tudo que fiz  
até aqui e tudo o que farei, é consequência desses maravilhosos ensinamentos.

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Alexandre Valença, orientador e grande tutor para a realização deste trabalho. Exímio na técnica e no bom senso para acreditar e incentivar este aluno, permitiu que tudo transcorresse com uma fluência natural e leve, felizmente de forma tão bem sucedida. Espero oferecer esse apoio a algum aluno no futuro.

À professora Kátia Mecler, que me acolheu, incentivou e me ensinou desde o princípio, mostrando-me os caminhos iniciais da Psiquiatria Forense, tanto no exame pericial, quanto nos fundamentos da pesquisa. Minha gratidão e respeito são eternos.

Aos Professores Mauro Mendlowicz, Elias Abdalla-Filho, e Miguel Chalub, que tanto me ensinaram e apoiaram nesta longa trajetória, verdadeiros oásis do conhecimento em Medicina, Psiquiatria e do ser humano. Desejo ser espelho profissional de vocês.

Ao Professor Rafael Freire, pela disponibilidade e amabilidade em participar desta banca, como membro e revisor oficial desta dissertação.

A todos os meus familiares e amigos, em especial, Luciana minha irmã e Vanessa minha fiel companheira, sempre juntas comigo nesta trajetória. Vocês dão cor e sentido a este árduo trabalho.

A todos os professores, técnicos, funcionários e colaboradores do IPUB, da UFRJ, do CNPq e demais profissionais envolvidos, pois sem estes, nada feito aqui teria sido viável. Assim, muito obrigado.

## EPÍGRAFE

“Como dois e dois são quatro

Sei que a vida vale a pena

Embora o pão seja caro

E a liberdade pequena”

Ferreira-Gullar

## RESUMO

O objetivo dessa dissertação é estudar aspectos relacionados ao tema violência e transtornos mentais, sistematizada em forma de artigos científicos, publicados em revistas científicas especializadas e indexadas nas grandes bases mundiais.

Os primeiros dois artigos descrevem casos clínicos que envolvem pacientes com transtorno mental e grande risco de violência, sendo em ambos realizado um exame psiquiátrico amplo, a fim de se concluir a respeito de estratégia terapêutica e de mensuração de risco de violência, fundamentados na literatura científica.

O terceiro artigo é um estudo transversal em que se analisou, de forma sistematizada, todos os exames de verificação de cessação de periculosidade realizados no estado do Rio de Janeiro, entre 2011 e 2014, com a finalidade de verificar quais são os fatores mais contributivos para a cessação ou a não cessação de periculosidade, segundo os laudos periciais realizados por peritos psiquiatras.

Este trabalho encontrou variáveis significativamente associadas à cessação de periculosidade: parecer favorável da equipe assistente, ausência de sintomas negativos, ausência de sintomas produtivos, presença de insight, presença de suporte social e ausência de abuso de substâncias psicoativas. Também foram encontradas variáveis significativamente associadas à não cessação de periculosidade: desajuste precoce, ausência de insight, atitudes negativas, sinais de doença mental maior, presença de impulsividade, má resposta ao tratamento, presença de planos inexecutáveis, exposição a fatores desestabilizadores, falta de apoio pessoal e presença de estresse.

O desenvolvimento de novos instrumentos e a sistematização do exame pericial podem contribuir significativamente para a avaliação clínica em, bem como para o progresso científico no estudo da relação entre violência e transtornos mentais.

**Palavras-Chave: Psiquiatria; Psiquiatria Legal; Internação compulsória do doente mental; Transtornos mentais; Violência.**

## ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to study aspects about violence and mental disorders. It was designed as written scientific articles, published in specialized and indexed journals.

The first two articles describe clinical cases in which patients with mental disorders were in high risk of violence. The psychiatric examination in those two cases were a challenge and it was required a thorough examination both in order to conclude about the herapeutic strategy and the measurement of risk of violence based on the scientific literature.

The third article is a cross-sectional study which analyzed all the expert psychiatric dangerousness cessation reports released 2011 through 2014 in the state of Rio de Janeiro, Brazil. The goal was to evaluate factors related to dangerousness cessation at the end of involuntary commitment based on an analysis of those reports.

The following variables were associated with positive risk cessation assessments: no inadequate behavior (according to the assistant professionals), no productive psychotic symptoms, no negative symptoms, presence of insight, presence of a support network, and no psychoactive substance abuse. The following variables were associated with negative dangerousness cessation decisions: early onset of malfunction, lack of insight, negative attitudes, active signs of major mental illness, presence of impulsiveness, poor response to treatment, presence of plans lacking feasibility, exposure to destabilizing factors, lack of personal support, and presence of stress.

The knowledge of factors linked to a higher risk of recidivism in illegal activities or violent behavior is crucial for decision-making regarding the release of offenders after their legally established period of involuntary commitment.

**Key-words: Psychiatry; Forensic Psychiatry; Commitment of Mentally Ill; Mental disorders; Violence.**

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 01: Os 20 itens que compõem a PCL-R .....	22
Tabela 02: Itens de auto-preenchimento da BIS-11 .....	23
Tabela 03: Os 20 itens que compõem a HCR-20.....	24
Tabela 04: Distribuição dos periciados segundo variáveis sócio-demográficas.....	45
Tabela 05: Frequência da cessação da periculosidade segundo variáveis sociodemográficas .....	47
Tabela 06: Frequência da cessação de periculosidade segundo variáveis da grade de critérios da planilha Mecler .....	49
Tabela 07: Frequência da cessação de periculosidade segundo variáveis da grade de critérios da planilha HCR20 .....	50

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDP: Associação Internacional do Direito Penal

BIS-11: Barrat Impulsiveness Scale

CP: Código Penal Brasileiro

EVCP: Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade

HCR-20: Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme

HH: Instituto de Perícias Heitor Carrilho

IC= Intervalo de confiança

LI=Limite inferior (do intervalo de confiança)

LS=Limite superior (do intervalo de confiança)

N= Amostra total

PCL-R: Psychopathy Checklist Revised

SM= salário mínimo

UIDP: União Internacional do Direito Penal

## SUMÁRIO

Folha de rosto.....	ii
Folha de aprovação.....	iii
Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Epígrafe.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	x
Sumário.....	xi
Introdução.....	1
<b>Artigo I:</b> Alterações de comportamento na encefalite herpética um caso polimórfico e de difícil manejo.....	4
<b>Artigo II:</b> O exame de Verificação de Cessação de periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente.....	14
<b>Artigo III:</b> Data survey on the cessation of dangerousness status: an analysis of 224 reports from the Instituto de Perícias Heitor Carrilho, Rio de Janeiro, Brazil.....	37
Discussão e Conclusões.....	60
Referências.....	62

## 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 entre transtornos mentais graves e violência, ainda não está estabelecido porque alguns pacientes apresentam comportamento violento e outros não. Para HODGINS, 2001, o comportamento violento está associado a fatores contextuais e individuais. Entre os primeiros estão incluídos a repressão policial e 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/ou drogas, o que é reforçado por outros autores (COTE & HODGINS, 1992; MODESTIN et al., 1997; ELBOGEN & JOHNSON, 2009), além de falta de aderência ao tratamento e ausência de *insight* em relação ao transtorno mental (SWARTZ et al, 1998). Pessoas que apresentam abuso de substâncias têm um risco de 12 a 16 vezes maior de se envolver em comportamento violento do que outras que não usam substâncias (Nestor, 2002).

A discussão do suposto risco associado a indivíduos não doentes mentais e os próprios doentes remonta, ao menos de forma melhor estruturada, ao século XIX. A União Internacional de Direito Penal (UIDP em 1889), debateu e resolveu criar diversos critérios para classificar o “grau de perigo” de um agente (BRUNO, 1991). O desenvolvimento de instrumentos de avaliação padronizados nos últimos 20 anos tornou-se prioridade para melhorar a validade e a fidedignidade das previsões quanto ao risco de violência. A expectativa é que esses instrumentos possam gerar dados confiáveis sobre a possibilidade de pacientes cometerem atos violentos sob certas circunstâncias.

Um importante instrumento que vem sendo utilizado na prática clínica e pericial é a HCR-20. A HCR-20 é um *checklist* composto por 20 itens relacionados ao comportamento violento em indivíduos com transtornos mentais. O instrumento é subdividido em três sub-escalas: histórica, clínica e de risco. A sub-escala histórica é constituída por 10 itens relacionados à linha de vida do indivíduo. Também conhecidos como fatores estáticos da HCR-20, estes itens correspondem a elementos biográficos comumente verificados em indivíduos com transtornos mentais com histórico de comportamento violento.

As sub-escalas clínica e de risco correspondem aos fatores dinâmicos da HCR-20. Respectivamente, as sub-escalas representam o momento presente da avaliação (exame psiquiátrico) e fatores ambientais relacionados com comportamento violento. Cada uma é composta por cinco itens. (Webster *et al.* 1997) O escore destas sub-escalas varia de acordo

com o momento do exame e têm seu valor preditivo cronologicamente reduzido, a partir do momento da avaliação.

A HCR-20 foi desenvolvida com populações e em ambientes psiquiátrico-forenses. (WEBSTER et al, 1997) O instrumento é bem aceito pela comunidade científica, está validado em diferentes idiomas, inclusive no português (TELLES et al, 2009) e para o uso em pacientes em tratamento psiquiátrico em instituições clínicas. Seus objetivos principais são a verificação do risco de comportamento violento, em termos probabilísticos (baixo, médio e alto), auxiliar nas tomadas de decisão de especialistas com pacientes potencialmente violentos e na elaboração de estratégias terapêuticas focadas na redução deste risco específico. O último objetivo mencionado demonstra ser da maior relevância, por ter como finalidade a reinserção de pacientes psiquiátricos violentos na comunidade.

Uma vez que um indivíduo com transtorno mental seja considerado inimputável, ele está destinado a cumprir uma medida de segurança, na forma de tratamento ambulatorial ou internação hospitalar. Após o fim do prazo da medida de segurança, esse indivíduo passará por novo exame pericial, de forma a ser esclarecido se a medida de segurança pode ou não ser cessada. Esse exame é denominado Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade. A cessação da periculosidade deve ser averiguada por meio de perícia médica (EVCP) realizada por Perito Oficial Médico Psiquiatra com frequência mínima anual. A perícia médica deverá ser realizada ao término do prazo mínimo fixado pelo juiz (entre um e três anos) e repetida anualmente enquanto não se determinar a cessação da periculosidade. É importante ressaltar que a periculosidade é, nesse contexto, um conceito jurídico (e não médico ou psicológico) implicando na capacidade de se prever o comportamento futuro do sujeito submetido à medida de segurança (MECLER, 2010).

Esta dissertação foi desenvolvida imersa no tema de violência e transtornos mentais, sistematizada em forma de artigos científicos, publicados em revistas científicas respeitadas e indexadas. A sequência das publicações é cronológica e descreve a maneira como o tema foi desenvolvido ao longo dessa pesquisa. Primeiramente, foi realizado um estudo de caso de um paciente com comportamento agressivo e evidenciadas as dificuldades de se estabelecer uma previsão de um risco futuro de violência. Na sequência, foi realizado um estudo de um laudo psiquiátrico, associado a uma ampla discussão sobre o exame pericial de cessação de periculosidade em que o perito psiquiatra divergiu da opinião médica da equipe assistente, embasando-se em critérios presentes em instrumentos capazes de avaliar o risco de violência. Por fim, foi realizado um estudo minucioso dos fatores associados à cessação de periculosidade, por meio de análise retrospectiva de 224 laudos psiquiátricos, procurando

decodificar-se os critérios utilizados para predição de violência em portadores de transtornos mentais em exames periciais psiquiátricos.

O primeiro artigo descreve um paciente internado em um hospital geral, devido a uma encefalite herpética tratada, que teve como seqüela, graves alterações de comportamento, especialmente no campo da impulsividade e da violência. As possibilidades de manejo, a descrição da internação e o desafio do seu exame psíquico foram esmiuçados e discutidos.

O segundo artigo descreve um Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, em que os peritos emitiram um parecer contrário ao da equipe de saúde que o assistia, com base em análise aprofundada dos fatores associados ao risco de violência para o paciente em tela. Uma discussão aprofundada sobre o exame realizado, os fatores associados à periculosidade e a realização de perícia médica psiquiátrica, com enfoque ao EVCP.

O terceiro artigo é um estudo transversal em que se analisou de forma sistematizada todos os EVCP realizados no estado do Rio de Janeiro, entre 2011 e 2014, com a finalidade de verificar quais são os fatores mais contributivos para a cessação ou a não cessação de periculosidade, segundo os laudos periciais e estabelecer uma discussão aliada a uma crítica construtiva embasada em revisão científica do tema.

**ARTIGO I: ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO NA ENCEFALITE  
HERPÉTICA: UM CASO POLIMÓRFICO E DE DIFÍCIL MANEJO**

*Behavior changes in herpes encephalitis: a polymorphic case with difficult management*

Publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

J. bras. psiquiatr. vol.64 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2015.

Autores: Gustavo Carvalho de Oliveira; Moema de Carvalho Madeira; Margareth Diniz  
Celmer

## RESUMO

A encefalite herpética é uma doença de alta mortalidade que deve ser diagnosticada e tratada rapidamente. Cefaleia, febre e alteração de comportamento compõem a tríade clássica. Há escassos estudos sobre o tema e nenhum a respeito do manejo das manifestações psiquiátricas. O relato de caso se refere a paciente de 35 anos, que manifestou a tríade clássica, sendo diagnosticado e tratado corretamente. Após um mês, apresentou desorganização do comportamento e agitação, sendo reinternado. Foi descartada recidiva e, por sua grave agitação, ele foi transferido à Psiquiatria. Permaneceu internado por 116 dias; nesse período, teve seguidos episódios de agitação e heteroagressividade, sendo restrito ao leito na maior parte do tempo. Apresentou crises epiléticas do tipo parcial complexa, somente realizando eletroencefalograma sob a terapêutica de três anticonvulsivantes, quando pôde colaborar para a realização do exame, com resultado normal. Houve intercorrências infecciosas tratadas, e conseguiu-se estabilização parcial com o uso de seis psicotrópicos em doses elevadas. Na alta, apresentava comportamento desorganizado, déficit de memória, raciocínio fragmentado, construção de conceitos de forma errática, com interpretações delirantes, impulsividade latente, mas sem agressividade. Desafios do caso: internação prolongada pela refratariedade terapêutica, riscos, desgaste físico e emocional para paciente, família e equipe de saúde. O resultado final demonstra a possibilidade de melhora parcial em um caso polimórfico de encefalite herpética.

**Palavras-Chave:** Encefalite; encefalite por herpes simples; transtornos psicóticos; terapêutica; epilepsia

## **ABSTRACT**

Herpes encephalitis is a high-mortality disease that must be quickly diagnosed and treated. Headache, fever and behavioral changes are the classic triad. There are few studies on the topic and none focus specifically on the management of psychiatric manifestations. The case report refers to 35-year-old patient who had those symptoms and was diagnosed and treated properly. One month later he showed disorganized behavior and agitation, and was readmitted. Herpes infection relapse was discarded, and he was transferred to the psychiatric ward, where he remained hospitalized for 116 days. During that time he became more agitated and even aggressive, and at one point began to undergo complex partial seizures. Electroencephalogram results were normal. Partial stabilization required six psychotropic drugs at high doses. At discharge he was no longer aggressive and his behavior was less disorganized, but he had poor memory, fragmented thinking, delusional interpretations, and latent impulsiveness. Case challenges: long-term hospitalization, risks, physical and emotional distress for patients, family, and health professionals. The final results show that an important, albeit partial, improvement may be achieved in a polymorphic case of herpetic encephalitis.

**Key words:** Encephalitis; herpes simplex; psychotic disorders; therapeutics; epilepsy

## INTRODUÇÃO

A encefalite herpética é uma doença de alta mortalidade (70%)<sup>1-3</sup> que apresenta uma tríade clássica de sintomas: febre, cefaleia e alterações de comportamento<sup>1,3,4</sup>.

Se não diagnosticada e tratada rapidamente, o prognóstico é bastante sombrio, podendo chegar a quase 100% de mortalidade<sup>1,4</sup>. Mesmo os sobreviventes que foram tratados apresentam importantes sequelas, em uma proporção elevada, conforme se nota em alguns estudos<sup>5</sup>.

O diagnóstico de certeza deve envolver a reação de cadeia de polimerase para herpes vírus<sup>6,7</sup>, que é utilizada como padrão em trabalhos sobre a temática<sup>7,8</sup>.

Pacientes com doenças orgânicas que cursam com manifestações psiquiátricas são um constante desafio. A investigação diagnóstica extensa é extremamente importante e pode revelar novas patologias envolvidas, como mostram muitos trabalhos<sup>5-7,9</sup>.

No caso em tela, o paciente apresentou complicações e alterações de comportamento secundárias à encefalite herpética, além de crises epiléticas.

## RELATO DO CASO

MNS, 35 anos, sexo masculino, casado, ensino fundamental completo, pardo, compleição avantajada, representante comercial, católico, natural e procedente de Brasília, Distrito Federal (DF). Previamente hígido, sem quaisquer comorbidades, bem como ausência de antecedente familiar de doença mental.

Motivo da internação: agitação psicomotora e desorganização do comportamento há uma semana.

MNS deu entrada em hospital da rede suplementar, por ter apresentado, de forma aguda: cefaleia, febre alta e agitação, seguidas de crise convulsiva. Realizou exames laboratoriais, que revelaram hemograma com intensa linfocitose, além de tomografia de crânio normal. Por causa da gravidade clínica, foi internado em unidade de terapia intensiva (UTI), tendo realizado ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio com contraste, que mostrou lesões compatíveis com infecção por Herpes simplex vírus 1. Laudo: “Hipersinal em lobo temporal e córtex da ínsula à esquerda, compatível com indicação clínica de encefalite”. Foi tratado com aciclovir endovenoso por 14 dias, com melhora de seu quadro, tendo recebido alta a seguir.

Após um mês, apresentou agitação psicomotora e desorganização do comportamento, tendo sido levado a hospital terciário da rede pública do DF. Foi avaliado pela equipe da Neurologia, descartando-se recidiva, após investigação laboratorial e radiológica. Em virtude da extrema agitação e desorganização do comportamento, foi encaminhado à equipe de Psiquiatria.

A partir da internação em enfermaria de Psiquiatria, o paciente se manteve extremamente agitado, desorganizado e com comportamentos imprevisíveis, com ameaças e agressões contra membros da equipe de saúde e outros pacientes. A prescrição inicial era de haloperidol, ácido valproico e clorpromazina.

No sétimo dia de internação hospitalar (DIH), foi solicitada reavaliação da Neurologia, durante a qual ocorreu crise epiléptica do tipo parcial complexa. Foram sugeridas retirada de antipsicóticos e realização de eletroencefalograma. Assim, foi optado por aumento do ácido valproico e retirada dos antipsicóticos. Paciente teve evolução com aumento da agitação e da impulsividade, com seguidos episódios de heteroagressividade. Necessitou ficar contido no leito durante a maior parte da internação.

No 10º DIH, foi realizada RNM de crânio, que não revelou alterações agudas. Paciente manteve-se com comportamento desorganizado e imprevisível, além de desagregação do pensamento. Até o 30º DIH, foram feitas mudanças na prescrição, com

aumento de ácido valproico até 2 g/d, fenobarbital até 300 mg/d e, posteriormente, associação de clorpromazina, com finalidade sedativa. O paciente era lábil, por vezes estava calmo e com interação fugaz, mas na maior parte do tempo tinha comportamento imprevisível, discurso incoerente e agressividade súbita.

No 32º DIH, conseguiu-se, enfim, sedação com segurança para a realização de nova punção líquórica, que mostrou rotina de líquidos normal e sorologias IgG positiva e IgM negativa para Herpes simplex vírus 1, confirmando-se infecção prévia pelo vírus, já curada. Logo, o quadro decorria de sequelas lesionais, com provável foco epileptogênico em lobo temporal. As sorologias para HIV (vírus da imunodeficiência humana), sífilis, toxoplasmose, hepatites B e C, citomegalovírus (CMV), *Cryptococcus* e tuberculose tiveram resultado não reagente.

Após novo parecer à equipe da Neurologia, recomendou-se substituição gradual dos anticonvulsivantes por carbamazepina, considerando a epilepsia do lobo temporal. Tal proposta foi seguida do 33º ao 45º DIH, mas ocorreu piora progressiva do paciente, que se tornou mais agitado, impulsivo e desorganizado. A situação era agravada em razão de sua compleição avantajada e extrema força física, o que ocasionava danos materiais à unidade de internação, além de agressões repetidas e inesperadas contra a equipe e demais pacientes.

Entre o 45º e o 58º DIH, foi optado por suspensão gradual da carbamazepina e restabelecimento das doses anteriores dos anticonvulsivantes. O paciente passou a melhorar gradualmente, embora ainda muito oscilante e impulsivo. Foi feita tentativa de uso de clobazam e diazepam, sem melhora. A hipótese para explicar a piora com a carbamazepina foi a interação com as demais medicações ou efeito paradoxal.

Entre o 58º DIH e o 88º DIH, em virtude da observação de que o ácido valproico provocara sua melhora, optou-se por aumentar a dose para até 3g por dia, acompanhado de dosagens séricas, sempre na janela terapêutica. Foi notada progressiva melhora, mas, como ainda estava muito impulsivo, foi associada lamotrigina até a dose de 100 mg/dia, pelo potencial de sinergismo e de estabilizador do humor. O clonazepam foi introduzido, com boa resposta ansiolítica e melhora de seu sono, que até então seguia sempre irregular.

Apenas no 89º DIH, conseguiu-se deixá-lo livre de contenção mecânica, e foi realizada entrevista em consultório, pela primeira vez. Nesta, ele conseguiu dar informações sobre sua história de vida, não se recordou de como chegou à internação e, após ouvir a explicação do médico sobre os detalhes de sua doença, concluiu que “ficou louco” e que suas filhas iriam morrer por causa disso. Havia diversas interpretações

delirantes, delírios místicos e de relação. Por isso, optou-se por reintrodução de haloperidol 5 mg, com incremento gradual de sua dose.

Do 90° DIH ao 93° DIH, o paciente mostrou-se muito desorganizado, quebrou objetos e, em seguida, pediu perdão e solicitou que fosse amarrado. Por vezes, voltava a ficar calmo. O haloperidol foi aumentado para 7,5 mg/d e, quando ele parecia melhor, tornou-se subitamente agressivo, invadiu a sala dos médicos, quebrou a tampa da mesa de vidro e rasgou diversos papéis e fotos no local. Manteve-se a estratégia de uso progressivo do antipsicótico, em razão de seu exame psíquico em consultório, associado aos anticonvulsivantes, com otimização das doses.

No 110° DIH, o paciente resolvia palavras cruzadas, preenchia formulários, lia revistas e escrevia algumas frases. No 113° DIH, apresentou, enfim, boa interação com os demais pacientes e confidenciou ao médico que gostava de uns, mas que tinha raiva de outros, mas sabia que não poderia agredi-los. Solicitava muito a alta, falava da saudade de sua família, mas começou a tolerar o fato de ter de aguardar até “um milhão de anos”, conforme dizia. Devido à melhora da agitação, finalmente se realizou o eletroencefalograma, cujo resultado foi normal, porém ele já estava polimedicado.

No 115° DIH não apresentou delírios espontaneamente e discurso tinha um padrão mais organizado, porém pobre e concreto. O comportamento mostrou-se adequado, embora pueril.

No 116° DIH, houve alta médica. No exame psíquico, apresentou: comportamento parcialmente desorganizado, déficit de memória, raciocínio com algumas incoerências, presença de interpretações delirantes, impulsividade latente, mas com capacidade de autocontrole e sem agressividade. Prescrição: haloperidol 15 mg/dia, prometazina 50 mg/dia, ácido valproico 3 g/d, lamotrigina 100 mg/dia, fenobarbital 200 mg/dia, clorpromazina 300 mg/dia e clonazepam 4 mg/dia.

## DISCUSSÃO

Trata-se de um caso singular e de difícil manejo, dada a raridade da encefalite herpética e sua elevada mortalidade (70%)<sup>1-3</sup>. Há poucos estudos sobre o tema, especificamente nenhum a respeito do manejo dos sintomas psiquiátricos resultantes.

Alterações cognitivas e comportamentais relacionadas à encefalite herpética são conhecidas e descritas na literatura como amnésias, afasias, mudanças de personalidade, alucinações e desinibição<sup>5-9</sup>.

O paciente apresentou gravíssimas alterações de comportamento, que poderiam ser resultantes não apenas da lesão sequelar da infecção, mas também da gravidade dessas lesões, capazes de originar um foco epilético em seu lobo temporal. Seu exame psíquico mostrou-se polimórfico, com oscilação e diversificação das manifestações psicopatológicas, que caracterizam as alterações psiquiátricas resultantes de outras condições médicas.

Quanto ao manejo medicamentoso, houve necessidade de polimedicação, associações terapêuticas e uso de doses muito elevadas. A carbamazepina, em tese ótima opção para epilepsia do lobo temporal, foi ineficaz para esse caso, o que pode ser explicado pela interação adversa ou efeito paradoxal. Observou-se boa resposta com a associação de ácido valproico e lamotrigina, além da necessidade do uso de antipsicótico.

O caso gerou dificuldades para a equipe de saúde, paciente e familiares, com internação prolongada repleta de riscos, ocorrência de agressões, desgaste físico e emocional constantes, pela imprevisibilidade das manifestações.

**CONCLUSÃO**

O resultado satisfatório ao final demonstra a possibilidade de melhora parcial em um caso polimórfico de encefalite herpética. O paciente mantém acompanhamento ambulatorial, com progressiva melhora cognitiva e comportamental.

## REFERÊNCIAS

1. Kennedy PGE, Chaudhuri A. Herpes simplex encephalitis: Herpes simplex virus encephalitis still has an unacceptably high mortality. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73:237-8.
2. Silva GMM. Encefalites virais agudas. *Rev Prática Hospitalar*. 2005;7(40):42-7.
3. Lopes AC, Souza LJ, Paravidine PCL, Lima, GAC, Gomes MAE, Araújo PD. Encefalite herpética em paciente do sexo feminino de 48 anos previamente hígida. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2008;6(2):79-82.
4. Fica AC, Pérez CC, Reyes PO, Gallardo SP, Calvo XP, Salinas AMS. Encefalitis herpética. Serie clínica de 15 casos confirmados por reacción de polimerasa en cadena. *Rev Chil Infect*. 2005;22(1):38-46.
5. McGrath N, Anderson NE, Croxson MC, Powell KF. Herpes simplex encephalitis treated with acyclovir: diagnosis and long term outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;63(3):321-6.
6. Domingues RB, Panutti CS, Fink MCD, Tsanaclis AMC. Diagnósticos alternativos em pacientes com suspeita de encefalite por Herpes simplex e negativos à reação de cadeia polimerase (PCR). *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(4):1073-80.
7. Więdołcha M, Marcinowicz P, Stańczykiewicz B. Psychiatric aspects of herpes simplex encephalitis, tick-borne encephalitis and herpes zoster encephalitis among immunocompetent patients. *Adv Clin Exp Med*. 2015;24(2):361-71.
8. Kuroda H. [Update on Herpes Simplex Encephalitis]. *Brain Nerve*. 2015;67(7):931-9.
9. Lopes ACGA, Nunes SICV. Epilepsia, psicose e religiosidade – Caso clínico. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(2):169-72.

**ARTIGO II: O EXAME DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE  
PERICULOSIDADE: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO AMPLIADA EM UM  
CASO COM CONCLUSÃO CONTRÁRIA AO PARECER DA EQUIPE  
ASSISTENTE**

*The cessation of dangerousness verification exam: the importance of extended evaluation  
in a case with conclusion contrary to the opinion of the health care team*

Publicado na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol.19 no.2 São Paulo Apr./June 2016

Autores: Gustavo Carvalho de Oliveira; Kátia Mecler; Miguel Chalub; Alexandre Martins  
Valença

**RESUMO**

Trata-se de uma discussão a respeito de um caso em que um indivíduo sob medida de segurança, devido a tentativa de homicídio, foi submetido à avaliação de sua periculosidade por peritos psiquiatras. A conclusão foi de que sua periculosidade não havia cessado, divergindo da opinião de sua equipe assistente. Foram identificados relevantes fatores que implicam um maior risco de violência e reincidência criminal, demonstrados no laudo. O resultado mostra que uma avaliação criteriosa e independente é fundamental para a elaboração de um bom laudo psiquiátrico.

**Palavras-Chave:** Psiquiatria legal; internação compulsória de doente; mental; transtornos mentais; violência.

**ABSTRACT**

This paper discusses a case in which a man under security measures – due to attempted murder – was referred to assessment of dangerousness by expert psychiatrists. The conclusion was that his dangerousness had not ceased, diverging from the opinion of his health care team. Relevant factors were identified that implied greater risk of violence and criminal recidivism, both stated in the report. The result shows that careful and independent assessment is crucial to a good psychiatric report.

**Key words:** Forensic psychiatry; commitment of mentally ill; mental disorders; violence

**RÉSUMÉ**

Il s'agit d'un débat sur un cas dans lequel une personne sous mesure de sécurité en raison de la tentative de meurtre a été renvoyée à l'évaluation de sa dangerosité par psychiatres. La conclusion était que son danger n'avait pas cessé, diverge de l'opinion de votre équipe soignante. Facteurs pertinents ont été identifiés qui impliquent un risque plus élevé de violence et de la récidive criminelle, indiqué le rapport. Le résultat montre qu'un examen attentif et indépendant est fondamental pour le développement d'un bon rapport psychiatrique.

**Key words:** Psychiatrie médico-légale; internement obligatoire; les troubles mentaux; la violence.

**RESUMEN**

Esta es una discusión sobre un caso en que un individuo cumplió la medida de seguridad por intento de asesinato y después fue referido a la evaluación de su peligrosidad por peritos psiquiatras. La conclusión fue que su peligrosidad no había cesado, opinión diferente de su equipo de atención médica. Se han identificado los factores relevantes que implican un mayor riesgo de violencia y reincidencia criminal. El resultado muestra que una revisión cuidadosa e independiente es fundamental para el desarrollo de un buen informe psiquiátrico.

**Palabras-clave:** Psiquiatría forense; ingreso obligatorio del enfermo mental; trastornos mentales; violência.

## **ZUSAMMENFASSUNG**

Dieser Artikel diskutiert einen Fall, in dem ein Mann wegen versuchten Mordes von psychiatrischen Experten begutachtet wurde, um eine Gefährlichkeitsprognose zu erstellen. Das Gutachten bestätigte die Gefährlichkeit des Mannes, was im Gegensatz zur Stellungnahme seiner Betreuungsgruppe stand. Dem Gutachten zufolge wurden relevante Faktoren identifiziert, die auf ein erhöhtes Risiko von Gewalt und Rückfall hindeuten. Dieses Ergebnis zeigt, wie wichtig eine gründliche und unabhängige Bewertung für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens ist.

**Key words:** Forensische Psychiatrie; Obligatorische Internierung; Geistesstörungen; Gewalt

## 摘要

这是危险性的一个讨论关于一例，个人根据安全措施由于谋杀未遂被提到他的评估由精神科医生。结论是，它的危险并未曾停止，背离你的卫生保健小组的意见。相关因素已经确定涉及的暴力和犯罪的累犯，在报告中指出的更大风险。结果表明，小心和独立的审查是以好的精神科报告的发展的根本。

**关键词：**法医精神病，精神病患者的承诺，精神障碍，暴力

## INTRODUÇÃO

A relação entre crime e doença mental é um tema abordado há tempos, sendo recentemente estudado de forma melhor sistematizada. A evolução do conhecimento refletiu sua importância, haja vista modificações seguidas no sistema legal.

Segundo a legislação brasileira, classifica-se como inimputável: “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Código Penal Brasileiro, artigo 26). Os menores de idade possuem inimputabilidade absoluta. Além desses, os portadores de: Doença mental, desenvolvimento mental retardado, desenvolvimento mental incompleto, podem ser considerados inimputáveis, se houver concomitantemente: nexos entre a doença e o delito, além do comprometimento do entendimento e da determinação do indivíduo.

A semi-imputabilidade é uma outra situação possível, que ocorre quando o indivíduo apresenta prejuízo da sua determinação, mas com manutenção do seu entendimento. Para essa situação, há a prerrogativa de o juiz optar pela medida de segurança, ou ainda, pela redução de até um terço da pena. Essas situações podem ocorrer em indivíduos com transtornos de personalidade, alguns transtornos de humor e retardo mental leve, também devendo ser comprovado o nexo de causalidade.

A legislação atual prevê que a medida de segurança pode ocorrer na forma de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou na forma de tratamento ambulatorial (Código Penal Brasileiro, art. 96, I e II).

A cessação da periculosidade deve ser averiguada por meio de perícia médica (exame de verificação de cessação de periculosidade - EVCP) realizada por Perito Oficial Médico Psiquiatra. Embora as medidas de segurança tenham duração indeterminada, o juiz, quando profere a sentença, estabelece o prazo mínimo (de um a três anos). O exame de cessação deve ocorrer quando o prazo mínimo fixado terminar e será repetido anualmente enquanto a conclusão pericial for de periculosidade não cessada. Nesse contexto, a periculosidade é um conceito jurídico, e não médico, e implica na capacidade de se prever o comportamento futuro do sujeito submetido à medida de segurança (Mecler, 2010).

A medida de segurança tem a função não somente de dar segurança à sociedade, para estar livre do risco de um possível comportamento violento do doente, mas deve contemplar, sobretudo, a recuperação do mesmo, uma vez que este é a maior vítima das consequências de sua doença (Abdalla-Filho, 2009).

Não há diretrizes claramente definidas que possam orientar, do ponto de vista ético, o procedimento dos psiquiatras forenses na realização das perícias, tampouco

direcionamento técnico específico (Abdalla-Filho, 2013). Essa carência é uma das razões que explica a pouca padronização e sistematização na avaliação de periculosidade, conceito presente tanto no incidente de insanidade mental como no EVCP, como observado no trabalho de Mecler (2010).

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação padronizados nas últimas décadas é uma maneira de sistematizar de forma mais clara e objetiva a previsão do risco de violência. Seu uso mais frequente na prática clínica aliado podem promover maior incorporação dos itens desses instrumentos às avaliações de periculosidade. Com isso, pode-se ter uma maior confiabilidade quanto à possibilidade de indivíduos cometerem atos violentos e, como consequência, uma menor chance de recidiva criminal. Alguns instrumentos mais utilizados são a Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R) (Hare, 1981), a Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11) (Barrat, 1996) e o Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20) (Webster, 1995).

A PCL-R é uma escala que leva em conta os comportamentos, traços emocionais e características clínicas da Psicopatia, com finalidade específica de caracterizar o psicopata, em acordo com os comportamentos citados (Quadro 1).

A BIS-11 é auto-aplicável e procura aferir as características de impulsividade, levando-se em conta os seus três principais aspectos: motor, cognitivo e ausência de planejamento, conforme explicitado (Quadro 2).

A HCR-20 é uma avaliação do risco de recidiva criminal futura em populações psiquiátricas e criminosas. Aborda, de maneira mais ampla, vinte itens, divididos nos aspectos: Histórico, clínico e manejo de risco, aproximando-se melhor da finalidade do EVCP (Quadro 3).

**Quadro 1:** Os 20 itens que compõem a PCL-R

1. Loquacidade/charme superficial
2. Autoestima inflada
3. Necessidade de estimulação/tendência ao tédio
4. Mentira patológica
5. Controlador/manipulador
6. Falta de remorso ou culpa
7. Afeto superficial
8. Insensibilidade/falta de empatia
9. Estilo de vida parasitário
10. Frágil controle comportamental
11. Comportamento sexual promíscuo
12. Problemas comportamentais precoces
13. Falta de metas realísticas a longo prazo
14. Impulsividade
15. Irresponsabilidade
16. Falha em assumir responsabilidade
17. Muitos relacionamentos conjugais de curta duração
18. Delinquência juvenil
19. Revogação de liberdade condicional
20. Versatilidade criminal

**Quadro 2:** Itens de auto-preenchimento da BIS-11

1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.
2. Eu faço coisas sem pensar.
3. Eu tomo decisões rapidamente.
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, “desencanado”).
5. Eu não presto atenção.
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.
8. Eu tenho autocontrole.
9. Eu me concentro facilmente.
10. Eu economizo (poupo) regularmente.
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras.
12. Eu penso nas coisas com cuidado.
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).
14. Eu falo coisas sem pensar.
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.
16. Eu troco de emprego.
17. Eu ajo por impulso.
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.
19. Eu ajo no “calor” do momento.
20. Eu mantenho a linha de raciocínio (“não perco o fio da meada”).
21. Eu troco de casa (residência).
22. Eu compro coisas por impulso.
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.
24. Eu troco de interesses e passatempos (“hobby”).
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.
30. Eu me preparo para o futuro.

**Quadro 3:** Os 20 itens que compõem a HCR-20:

ITENS HISTÓRICOS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Violência Prévia</li><li>2. Idade Precoce no primeiro Incidente Violento</li><li>3. Instabilidade nos relacionamentos</li><li>4. Problemas no emprego</li><li>5. Problemas com uso de substâncias</li><li>6. Doença mental importante</li><li>7. Psicopatia</li><li>8. Desajuste precoce</li><li>9. Transtorno de personalidade</li><li>10. Fracasso em supervisão prévia</li></ol>
ITENS CLÍNICOS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Falta de insight</li><li>2. Atitudes negativas</li><li>3. Sintomas ativos de doença mental importante</li><li>4. Impulsividade</li><li>5. Sem resposta ao tratamento</li></ol>
ITENS DE MANEJO DE RISCO
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Planos inexecutáveis</li><li>2. Exposição a fatores desestabilizadores</li><li>3. Falta de apoio pessoal</li><li>4. Não aderência às tentativas de tratamento</li><li>5. Estresse</li></ol>

O que se percebe é que a função do médico perito é bastante diferente da do médico assistente, haja vista que este último parte da presunção de que o seu paciente diz a verdade e necessita melhorar, de forma a estabelecer uma relação terapêutica, de confiança mútua entre as partes. Por outro lado, na situação pericial é comum o perito ter algum grau de suspeita da fala e das atitudes do periciando, devendo estar atento aos sinais e discursos que demonstrem discrepância entre o que de fato acontece e o que o periciando tenta transparecer.

Um mesmo periciando pode possuir atitudes contrárias, de acordo com a finalidade do exame. Numa perícia previdenciária que vise ao afastamento do serviço, caso seja este o interesse, o periciando pode simular sintomas ou apenas intensificar suas moléstias, a fim de ter esse possível “benefício” de ser afastado. O contrário pode acontecer se o periciando quiser voltar a trabalhar, mesmo que não esteja completamente recuperado. Em um EVCP, não são poucas as ocasiões em que o periciando procura transparecer-se calmo e assintomático, a fim de ter o benefício da cessação de periculosidade concedido.

Palomba (2003) destaca as grandes diferenças do psiquiatra forense e do psiquiatra clínico “O clínico quer fazer o diagnóstico da doença mental, instituir o tratamento, melhorar ou curar seu paciente, enquanto o psiquiatra forense não visa ao tratamento e nem administra remédios a seu paciente; ... preocupa-se em elucidar e instruir o processo, esclarecendo pontos fundamentais para a justa aplicação da lei”.

Abdalla-Filho (2016) destaca a enorme diferença nos papéis do perito e do clínico, considerando fundamental evitar e extinguir o chamado “duplo agenciamento”, que consiste em um profissional atuar como clínico e como perito de um mesmo indivíduo, pois são inevitáveis os conflitos de interesse (Abdalla-Filho, 2016).

O Código de Ética Médica, em seu artigo 93, veda o médico assistente de ser perito de seu próprio paciente, o que reafirma a diferença brutal das funções e conflitos inerentes a atuais tão diversas.

O presente caso se refere a um exame de Verificação de Cessação de Periculosidade realizado em indivíduo cumprindo medida de segurança, devido a Homicídio, modalidade tentada, por duas vezes. O parecer da equipe assistente foi favorável à desinternação, porém essa opinião não foi compartilhada pelos peritos que realizaram o exame. Por se tratar de um estudo de laudo de periciando internado em medida de segurança, não houve necessidade de termo de consentimento, pois todos os dados foram extraídos do laudo pericial. O estudo foi autorizado pela direção do serviço onde o paciente estava internado.

## **RELATO DO CASO**

### **Histórico do caso**

E.C.O, 60 anos, masculino, branco, casado, Ensino Médio incompleto, natural e procedente do Rio de Janeiro/RJ.

O examinando encontra-se internado há um ano para o cumprimento de Medida de Segurança, devido ao artigo 121 com artigo 14 do Código Penal Brasileiro (homicídio, na modalidade tentada). Possui duas filhas adultas e três irmãos, que não o visitam.

Já trabalhou como auxiliar de escritório, trabalhador da construção civil, pintor dentre outros empregos informais. Relatou ser aposentado por tempo de serviço como policial ferroviário pela Rede Ferroviária Federal e possuidor de cursos de desenho mecânico, de montador e de chapeador. Sua procuradora é sua esposa.

Seu histórico de alterações comportamentais se iniciou em 1995, tendo internações psiquiátricas em 2000 e 2007, devido a episódios de exaltação do humor, agitação, logorreia, hiperatividade e heteroagressividade. Antes da internação, fazia acompanhamento psiquiátrico irregular.

### **Parecer da equipe assistente**

O parecer diz que o examinando é portador de SIDA e que é atendido em ambulatório especializado. Participa de oficinas terapêuticas e de atendimentos individuais. É tranquilo, interage com funcionários e internos, participa do banho de sol. Utiliza saídas terapêuticas há oito meses, sem intercorrências, indo para a casa de sua mãe num bairro distante de onde morava.

Os familiares do examinando não avalizam a possibilidade de ele retornar ao seu bairro, pois sofre ameaças na comunidade, devido aos fatos pelos quais foi julgado.

A equipe técnica vem construindo um projeto terapêutico de saída com a participação da genitora e do próprio examinando. A possibilidade de saída definitiva do Hospital de Custódia é vislumbrada para que passe a residir com a esposa e a genitora, na casa desta, em bairro onde não estaria ameaçado. Há equipe de Saúde Mental local, sendo a opinião da equipe técnica de o que reúne condições para desinternação.

### **Exame do Estado Mental**

O examinando adentra à sala de exame de forma tranquila e cortês. Magro, branco, calvo, aparentando idade compatível com a cronológica. Identifica-se e informa data e local

corretamente. Entende que está cumprindo Medida de Segurança, em suas palavras, “Proteção dada pelo Estado ao preso que cometeu um crime por sentença proferida por um juiz de Direito”. Sabe que este exame visa à desinternação.

Perguntado sobre a razão da internação, inicia discurso prolixo, afirmando que tudo começou com o casamento da filha: “foi o dia mais feliz da minha vida, reformei dois apartamentos, era um estado de muita alegria”, que hoje compreende como “euforia” (sic). Após o casamento “desembrenhou” pelas ruas do Rio de Janeiro, participando de rodas de samba, usando álcool e drogas, envolvendo-se com diversas mulheres. Passou semanas sem voltar para casa, quando teve notícia de que sua sogra estava doente. Ao visitá-la em hospital, emocionou-se com a situação e voltou para casa. Ao retornar, iniciou discussão com um borracheiro e o agrediu, “rasgando a sua barriga e joelhos” (sic) com um estilete que levava consigo, pois considera seu bairro “perigoso”. Apanhou das pessoas que viram a discussão e foi detido por um policial. Diz que esse policial o persegue, e que já se desentenderam outras vezes. Acredita que só não foi morto porque a arma do policial falhou nas três vezes que tentou atirar.

Relata que tudo aconteceu por causa de sua doença mental, que nessa época havia abandonado os remédios e só se conscientizou sobre a necessidade de tratamento após ser preso. Descreve situações compatíveis com episódios maníacos, em pregações religiosas, dons especiais, gastos exagerados, viagens não programadas e comportamento sexual desinibido. Irrita-se durante o exame, quando lhe são perguntados detalhes sobre uma das crises. Confronta os examinadores de forma autoritária e prefere mudar de assunto, elevando o tom de voz. Falou sobre os diversos empregos que teve, frequentemente saía de alguns por discussões com o patrão e desentendimentos em situações corriqueiras e aparentemente banais.

Sobre o seu estado atual, acredita estar bem, “Só tomo Diazepam e um antialérgico. Não uso o Ácido Valproico há seis meses. Provavelmente viram que eu não preciso desse remédio”.

Afirma que na opinião da esposa e das filhas, ele não vai bem, diz que ele tem uma ideia e quer uma coisa de um jeito, elas dizem que não é assim e “logo sai briga”. Altera o tom de voz nesse momento, afirmando que “em casa tem discussão mesmo”.

Sobre seu histórico de violência, envolveu-se em brigas diversas vezes, pois “não leva desaforo para casa”. Teve problemas com um policial civil em 2007, que chama de folgado e que queria intimidá-lo: “não estou nem aí, não me importo com quem quer que seja, não aceito o que não acho certo”.

Sobre a relação com os demais internos, acredita ser boa, gostam de lhe pedir conselhos. Cita Salmos e diz que os orienta com a Bíblia. Na última semana, recebeu dez notícias ruins sobre morte e isso foi lhe "pressionando". Em certo momento, teve certeza da morte da mãe, começando a chorar e a bater nas grades desesperadamente. Necessitou ser medicado, mas logo melhorou. Conta episódio de muita raiva quando foi acusado de ter estuprado um interno. Negou reação violenta, apesar da raiva, e isolou-se na ocasião.

Seus planos para o futuro são voltar para casa, mas antes ficará com sua mãe, já que sofre ameaças no bairro de origem. Afirma que tomará os medicamentos, sem demonstrar convicção da necessidade, pois acredita estar bom, mas "São os médicos que sabem".

### **Súmula psicopatológica**

Consciente e orientado globalmente. Atitude confrontativa e autoritária, procurando dominar a entrevista. Humor hipertímico, com modulação afetiva congruente. Tom de voz elevado em momentos, discurso eloquente, prolixo e auto-referente. Pensamento agregado, com curso, ritmo e forma inalterados. Normotenaz, normovigil, memória preservada. Irritável, pouco tolerante a frustrações, mau controle dos impulsos. Sem alterações de sensopercepção. Crítica sobre a doença prejudicada.

## DISCUSSÃO

Conforme análise dos peritos do caso em tela, concluiu-se que o examinando é portador de Transtorno Afetivo Bipolar, além de manifestar traços patológicos de personalidade narcísicos e explosivos. Seu exame psíquico, associado ao relatado em seu prontuário e também com as informações colhidas por meio de terceiros (membros da equipe técnica e familiares) foram a base para esse diagnóstico.

A análise dos documentos médico-legais disponíveis revelou que o examinando está em correto acompanhamento e uso regular de Ácido Valproico 1500mg/d, apesar de ter dito que não estava usando essa medicação. A equipe assistente revelou que mãe e filhas possuem relação de medo com o mesmo, pois há histórico de frequentes agressões verbais e possivelmente físicas.

Como já enunciado, o HCR-20 é um instrumento de avaliação do risco de comportamento violento futuro em populações psiquiátricas e criminosas. Sua forma ampliada e dividida nos aspectos: Histórico, Clínico e Manejo de risco, aproxima-se melhor da finalidade do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, que os outros instrumentos até aqui desenvolvidos e apresentados na introdução. Devidamente validado no Brasil (Telles, 2009), nos faz crer que os itens que o compõem devem ser sempre considerados durante o EVCP.

No caso em tela, há expressivo histórico de violência, problemas com drogas e álcool, histórico de comportamento de grande risco durante as crises e também fora delas, devido à personalidade. O exame clínico revelou crítica prejudicada sobre a necessidade de tratamento, irritabilidade e dificuldade para controle de impulsos quando frustrado, reagindo desproporcionalmente.

Quanto ao manejo do risco do caso em questão, há considerável possibilidade de exposição a fatores desestabilizadores, pois possui apoio familiar precário, centrado exclusivamente na genitora, alto risco para estresse e não adesão à terapêutica, dada sua pouca crítica sobre a doença.

Concluiu-se pela não cessação da periculosidade, com manutenção das saídas terapêuticas monitoradas. Foi recomendado trabalho multidisciplinar terapêutico, social e familiar, para otimizar os pontos modificáveis e considerados de risco de violência no exame.

A falta de padronização do EVCP é notável na Psiquiatria Forense, como documentado nos estudos de Mecler (2010). Ela é uma consequência direta da ausência de diretrizes claramente definidas para orientar, do ponto de vista ético e técnico, o procedimento dos peritos na realização dos exames de verificação de cessação de periculosidade (Taborda *et*

*al*, 2012; Abdalla-Filho *et al*, 2016). Essa carência acarreta uma ausência de padronização e sistematização na avaliação de periculosidade, que necessita ser aprofundada e estudada em pesquisas futuras.

Uma avaliação adequada, completa e replicável não é algo simples de realizar, haja visto os inúmeros fatores a serem considerados. Há divergências relevantes de sistemas psiquiátrico-forenses pelo mundo, o que demonstra a árdua tarefa de sistematização, como estudado por Abdalla-Filho (2003 e 2006).

Valença *et al* (2011) relataram dificuldades para reinserção de doentes mentais em medida de segurança. Preparação adequada da equipe e inclusão de família são fundamentais. Muitos estudos apontam as comorbidades como cruciais no risco de reincidência criminal, pois doença mental isolada nem sempre representa risco (Bonta *et al*, 1998; Valença & Moraes, 2006; Valença *et al*, 2015). Dentre as comorbidades mais citadas nos estudos estão os transtornos de personalidade, o abuso de substâncias, histórico de violência e má adesão, (Bonta *et al*, 1998; Valença & Moraes, 2006; Whittington *et al*, 2013; Valença *et al*, 2015) todas presentes neste caso.

A gravidade do delito, a história criminal e a história psiquiátrica do periciando, são critérios considerados de grande importância em vários estudos realizados nos últimos anos (Bonta, 1998; Menezes, 2001; Moscatello, 2001; Lopes *et al*, 2010; Achá *et al*, 2011; Fazel & Rongquin, 2011; Telles *et al*, 2011; Valença *et al*, 2013; Whittington *et al*, 2013; Ghoreishi, 2015). Acreditamos que os dados desses antecedentes, precariamente organizados no prontuário do periciando, dificultaram um parecer técnico consubstanciado e amplo, como é o ideal e preconizado.

Valença *et al* (2006, 2013 e 2015) procuraram relacionar fatores de risco para comportamento violento. Os itens clínicos, como observados neste exame pericial, especialmente a presença de sintomatologia produtiva, a recaída da doença, falta de insight e distorções cognitivas são fatores que contribuíram para a conclusão pericial de não cessação da periculosidade. A necessidade de um controle clínico adequado é fundamental para evitar a reincidência na população de doentes mentais. O comportamento impulsivo, as dificuldades com raiva e agressão, precária habilidade social foram outros itens significativos encontrados nesses estudos, o que ainda é claro e evidente no periciando em tela.

Alden *et al* (2007), acompanharam uma coorte de 358.118 nascidos vivos entre 1944 e 1947 e pesquisaram as prisões por ofensas sexuais, com ou sem agressão física, 50 anos depois, considerando presença de doenças mentais, abuso de substância e transtornos de personalidade. Os indivíduos psicóticos, esquizofrênicos ou não, somente tinham risco

aumentado, quando houve comorbidade com transtornos de personalidade ou abuso de substâncias. Isoladamente, não havia risco aumentado. Eles também encontraram aumento de risco de violência em populações com transtornos mentais de origem orgânica. Outros estudos também descreveram dificuldades no manejo clínico da agressividade/impulsividade na literatura em pacientes com esses transtornos (Monteiro et al, 2015; Oliveira et al, 2015). O periciando apresenta, além de traços patológicos da personalidade, histórico de abuso de substâncias e episódios de violência prévios, como ele próprio relatou, não estabilização do seu transtorno mental, além de infecção por HIV, doença clínica que pode favorecer neurinfecções ou agir diretamente sobre o sistema nervoso central, embora não demonstráveis em nosso caso.

Uma metanálise de 27 estudos sobre o risco de reincidência criminal avaliou doentes mentais psicóticos, doentes mentais não psicóticos e indivíduos sem doença mental (Fazel & Rongquin, 2011). O número total de indivíduos dos 27 estudos foi de 3511 psicóticos, 5446 não psicóticos e 71552 saudáveis. A razão de risco foi considerada significativa quando comparados psicóticos e saudáveis, com o valor de 1,6. Porém, somente 4 desses estudos contemplaram essa variável e em nenhum deles foi considerada a presença ou a ausência de comorbidades, fator considerado crucial em muitos outros estudos (Bonta et al, 1998; Valença & Moraes, 2006; Alden *et al*, 2007; Whittington *et al*, 2013; Valença *et al*, 2015).

Os itens sociais e ambientais, com destaque para o abuso de substâncias, histórico de abuso pessoal, ausência de suporte familiar mínimo e outros estressores são destacados como preditores de risco de violência, pois somados aos poucos recursos psíquicos e cognitivos em geral dos doentes, os tornam suscetíveis a agir de forma descontrolada, como verificado em diversos trabalhos. (Bonta *et al*, 1998; Menezes, 2001; Moscatello, 2001; Telles *et al*, 2011; Whittington *et al*, 2013).

Coid (2015) procurou identificar fatores associados à violência após a alta em população psiquiátrica forense que cumpriu medida de segurança, em um seguimento de 6 e 12 meses. Avaliou os itens do HCR-20 e concluiu que 8 dos 20 itens não puderam prever violência com valor significativo, segundo a análise estatística aplicada. Desses 8, 4 se referiram à variável histórico, o que é bastante relevante e animador, pois nos faz crer que não podemos condenar/ pré-julgar um doente mental, sendo a presença de transtorno mental possivelmente um fator de menor valor preditivo para violência.

Por outro lado, apenas um desses itens eram relacionados à clínica do transtorno, os “sintomas ativos de doença mental”, sabidamente polimórficos e, dependendo do sintoma, como os negativos da esquizofrenia, são até protetores de comportamento violento, embora

péssimos para o prognóstico do doente. Esses dados reforçam a suma importância de um exame clínico pericial de alta qualidade, pois podem se mostrar como dos melhores preditores de violência.

O doente mental pode ser mais perigoso que os “não doentes” em situações específicas, como naquelas onde há presença de transtorno de personalidade e abuso de substâncias. Conforme mostrado acima, é contrário às evidências científicas, pré-julgar o doente mental como um sujeito de já aumentado risco se comparado à população. Naturalmente, há situações em que o mesmo, especialmente se não tratado e não medicado, se relaciona a um risco e à prática de atos ilícitos, muitas vezes com prejuízo do seu entendimento e de sua determinação. É por essa razão que o doente mental é contemplado no Código Penal Brasileiro e, se observados tais prejuízos, pode ser destinado a cumprir Medida de Segurança em vez da pena.

Conforme muitos estudos (Menezes, 2001; Abdalla-Filho *et al*, 2002; Alden *et al*, 2007; Mecler, 2010; Valença, 2011), o adequado tratamento e a correta identificação de doentes mentais são capazes de evitar ocorrência de crimes. Ou seja, a medida de segurança bem utilizada e aplicada de forma correta e eficaz, é uma excelente maneira de reduzir o risco para o doente mental e para a sociedade, pois bem tratado e adequadamente reinserido, incorrerá em redução de reincidência criminal, agindo-se em fatores tratáveis e preveníveis. Inclusive, considerando-se o aspecto do doente, o nome *medida terapêutica* se mostraria mais adequado, especialmente pela existência da possibilidade do tratamento ambulatorial.

Um dos grandes problemas percebido por Taborda, 2001, é a dissociação completa entre os sistemas de saúde mental e o sistema penal psiquiátrico-forense. Não há uma adequada comunicação entre ambos, e sequer há comunicação de dados de forma mínima, sejam os prontuários ou mesmo o registro de passagem pelos serviços de saúde de indivíduos em medida de segurança. Essa dissociação não é exclusividade brasileira, mas pode ser observada em outros países da América Latina e, há uma tendência de um grande período de internação em hospitais penais/ casas de custódia, muito além do que seria o necessário (Taborda, 2006).

O parecer favorável da equipe assistente é, em geral, fator positivo para a cessação da periculosidade, como demonstrado por Mecler (2010). Todavia, o exame pericial deve ser criterioso e neutro. É por essa razão que a conclusão do perito pode ser divergente do parecer da equipe assistente, como aconteceu no presente caso, haja vista a explicitação de diversos fatores desestabilizadores e preditivos de risco de violência, devidamente abordados nesta discussão.

Uma reorganização do sistema pericial oficial brasileiro em que o perito fosse treinado para esse tipo de exame e conscientizado da importância da avaliação detalhada dos conhecidos itens preditores de risco de violência traria maior qualidade aos EVCP. Se essa possível reorganização contemplasse o perito com um maior tempo para as entrevistas, acesso regular e organizado ao prontuário médico do paciente com antecedência, aliado a um registro unificado dos antecedentes médicos dos brasileiros, obteríamos maior qualidade de informações e também poderíamos buscar muitos dos dados faltantes através desse sistema.

## CONCLUSÕES

Por meio deste estudo, pudemos observar o caso de um Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade em que o periciando teve sua periculosidade considerada não cessada, o que divergiu da opinião da equipe que o assistia.

A avaliação de itens estudados e validados em instrumentos e pesquisas científicas em psiquiatria forense, como: expressivo histórico de violência, gravidade do delito, abuso de substâncias, traços patológicos de personalidade, apoio familiar precário, má adesão terapêutica, aliados a um exame clínico que revelou irritabilidade, impulsividade e pouca crítica sobre a sua doença podem fornecer substrato a um elevado risco de recidiva de comportamento violento e por isso tais itens devem ser abordados em todos os EVCP, que deveriam ter uma sistematização mínima.

A recomendação de saídas terapêuticas monitoradas e a intensificação de um trabalho multidisciplinar foram descritas na conclusão do laudo e se fazem necessárias para se possibilitar a desinternação precoce e o cumprimento da função de reinserção social da medida de segurança.

Mas permanece dúvida: o sistema psiquiátrico-forense brasileiro permite a adequada abordagem para casos como este? Somente estudos de seguimento, com amostras maiores de pacientes que cumpriram medida de segurança, poderão responder a essa e outras questões sobre esse tema.

## REFERÊNCIAS

- Abdalla-Filho, E. (2013). Objectivity and subjectivity in forensic psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 113–114.
- Abdalla-Filho, E.; Bertolote, J.M. (2006). Sistemas de psiquiatria forense no mundo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(sII), s56-s61.
- Abdalla-Filho, Elias; Chalub, Miguel; Telles, Lisieux Elaine de Borba (2016). *Psiquiatria Forense de Taborda*. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- Abdalla-Filho, E.; Engelhardt, W. (2003). A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 245-248.
- Abdalla-Filho, E., Garrafa V. (2002). Psychiatric examination on handcuffed convicts in Brazil: ethical concerns. *Develop World Bioethics*, 2(1), 28-37.
- Abdalla-Filho, E., Souza, P.A. (2009). Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil. *Revista Bioética*, 17(2), 181-190.
- Achá, M.F.F.; Rigonatti, S.P.; Saffi, F.; Barros, D.M; Serafim, A.P. (2011). Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 11-15.
- Alden, A., Brennan, P., Hodgins, S., Mednick, S. (2007). Psychotic Disorders and Sex Offending in a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 64(11), 1251-1258.
- Bonta, J., Law, M., Hanson, K (2009). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142.
- Barrat, E. S. (1994). Impulsiveness and Agression. In: Monahan, J., Steadman, H. J. *Violence and Mental Disorder*. Chicago: The University of Chicago Press, 1994. p. 61-65.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 – Código de Ética Médica.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984, que altera dispositivos do decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil.
- Coid, J.W., Yang, M., Ullrich, S., Hickey, N., Kahtan, N., Freestone, M (2015). Psychiatric diagnosis and differential risks of offending following discharge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 38(1), 68-74.
- Fazel, S.; Yu, R. (2011). Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 800-810.
- Ghoreishi, A.; Kabootvand, S.; Zanganib, E.; Bazargan-Hejazi, S.; Ahmadi, A.; Khazaie, H. (2015). Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia. *Journal of Injury and Violence Research*, 7(1), 7-12.
- Hare, R (1991). *D. Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto: Multi-Health Systems, 1991.
- Mecler, K. (2010). Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 20(1), 70-82.

- Menezes, R.S. (2001). *Homicídio e Esquizofrenia: Estudo de fatores associados*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, RS.
- Monteiro, V.L., Barreto, F.J.N., Rocha, P.M.B., Prado, P.H.T, Garcia, F.D., ... Neves, M.C.L. (2015). Managing severe behaviour symptoms of a patient with anti-NMDAR encephalitis: case report and findings in current literature. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(1), 47-50.
- Moscattello, R. (2001). Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 34-35.
- Oliveira, G.C., Madeira, M.C., Celmer, M.D. (2015). Alterações de comportamento na encefalite herpética: um caso polimórfico e de difícil manejo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 307-310.
- Palomba, G. Tratado de Psiquiatria Forense civil e penal (2003). São Paulo: Atheneu Editora, 2003.
- Taborda, José Geraldo Vernet; Chalub, Miguel; Abdalla-Filho, Elias (2012). *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Taborda, J.G.V (2001). Criminal justice system in Brazil: functions of a forensic psychiatrist. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5). 371-86.
- Taborda, J.G.V (2006). Forensic psychiatry today: a Latin American view. *World Psychiatry*, 5(2): 96.
- Telles, L.E.B., Day, V.P., Folino, J.O., Taborda, J.G.V. (2009). Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 253-256.
- Telles, L.E.B.; Folino, J.O.; Taborda, J.G.V (2011). Incidência de conduta violenta e antissocial em população psiquiátrica forense. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 03-07.
- Valença, A.M., Mendlowicz, M.V., Nascimento, I., Moraes, T.M., Nardi, A.E. (2011). Retardo mental: periculosidade e responsabilidade penal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2),144-147.
- Valença, A.M., Moraes, T.M. (2006). Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(Supl II), S62-68.
- Valença, A.M., Meyer, L.F., Freire, F., Mendlowicz, M.V., Nardi, A.E. (2015). A forensic-psychiatric study of sexual offenders in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 31(1), 23-28.
- Valença, A.M., Nascimento, I., Nardi, A.E (2013). Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. *Archives of Clinical Psychiatry*, 40(3), 97-104.
- Whittington, R., Hockenhull, J.C., McGuire, J., Leitner, M., Barr, W., Cherry, M.G., ... Dickson, R. (2013). A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002–8. *Health Technology Assessment*, 17(50), 12-44.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K., Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 Scheme: the assessment of dangerousness and risk*. Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1995.

**ARTIGO III: DATA SURVEY ON THE CESSATION OF DANGEROUSNESS  
STATUS: AN ANALYSIS OF 224 REPORTS FROM THE INSTITUTO DE  
PERÍCIAS HEITOR CARRILHO, RIO DE JANEIRO, BRAZIL**

*Dangerousness Cessation Reports*

Publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria

Rev. Bras. Psiquiatr. vol.39 no.1 São Paulo Jan/Mar 2017.

Autores: Gustavo C. Oliveira; Alexandre M. Valença; Talvane M. de Moraes; Mauro V. Mendlowicz; Miles C. Forrest; Fred F. Batista; Gabriella A. Mendes; Tiago N. Lima; Vinicius R. Gonçalves; Kátia Mecler.

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate factors related to dangerousness cessation at the end of involuntary commitment based on an analysis of expert reports. In light of the current legal requirement of dangerousness cessation as a pre-requisite for prison or internment release of individuals subjected to the safety measure, we sought elements to reflect on the practice of expert examiners in charge of making this decision. **Methods:** The authors revised 224 expert psychiatric dangerousness cessation reports released 2011 through 2014 and collected data for a statistical analysis. **Results:** The following variables were associated with positive risk cessation assessments: no inadequate behavior (according to the assistant professionals), no productive psychotic symptoms, no negative symptoms, presence of insight, presence of a support network, and no psychoactive substance abuse. The following variables were associated with negative dangerousness cessation decisions: early onset of malfunction, lack of insight, negative attitudes, active signs of major mental illness, presence of impulsiveness, poor response to treatment, presence of plans lacking feasibility, exposure to destabilizing factors, lack of personal support, and presence of stress. **Conclusions:** In this study we were able to identify factors associated with dangerousness in a sample of expert reports. The knowledge of factors linked to a higher risk of recidivism in illegal activities or violent behavior is crucial for decision-making regarding the release of offenders after their legally established period of involuntary commitment.

**Keywords:** Forensic psychiatry; Commitment of the Mentally Ill; Insanity Defense; Mental Disorders; violence.

## INTRODUCTION

The concept of criminal dangerousness first appeared in Brazil towards the end of the 19th century with the positive school of penal law, and became a central paradigm of modern penal law. As opposed to classical law, which focuses on the severity of criminal offenses and determines punishments accordingly, positive law interprets an offense as a symptom of dangerousness, as a revealing indicator of criminal personality.<sup>1,2</sup>

In the context of the positive school, a criminal is not a rational being who acts of free will. A delinquent person is considered to belong to a special class, of those affected by psychosomatic abnormalities.<sup>1,3</sup> The purpose of science is to discover the causes that lead up to crime. This is not a mere moral issue, but rather a broad concept that involves medicine, psychology, and sociology.<sup>1,2</sup>

Thus it is clear that sentences must be adjusted to the characteristics of the offenders, according to the principle of social defense, in which it is justifiable that society should protect dangerous individuals. Special sentencing for the mentally ill was termed “Safety Measure” in Brazil, because it provided such protection. It should be applied and maintained until the individuals’ dangerousness has subsided, or “ceased”.<sup>1,3</sup>

The first author to attempt a classification of the legal concept of dangerousness was Raffaele Garófalo, in 1878.<sup>1,4</sup> He proposed that sanctions should be applied as a means to prevent crime, and that they should not be determined solely based on the severity of a crime or the failure to fulfill a duty, but also on the “fearfulness” of the offender. He defined frightfulness as “the constant and active perversity of the offender and the amount of harm that should be expected and that should be feared”. (Garófalo 1878 *apud* Mecler, 1 p. 71).<sup>4</sup>

Based on this key concept, when the International Union of Penal Law (UIDP, currently International Association of Penal Law) was founded, in 1889, debate and research were focused on various possible criteria for classifying degree of risk.<sup>1,2</sup> In the 1913 UIDP International Congress, three categories of dangerous individuals were created: recidivists; alcoholics and the handicapped of any kind; and hobos and beggars.<sup>1,2</sup>

In 1920, Ásua proposed the following traits as factors by which to determine dangerousness: “a man’s personality, in its three facets: anthropological, psychical, and moral; the life history prior to the offense; the offender’s behavior after the crime; the quality of the motives; and the crime itself” (Ásua 1920 *apud* Mecler, 1 p. 71).<sup>2</sup>

Loudet, in 1939<sup>5</sup> considered that determining dangerousness status was tantamount to exercising preventive medicine, since carrying out protective and tutelary actions before the

occurrence of an anti-social reaction would be the basis for the effective protection of society. Along these lines, he created the following indexing categories of dangerousness:

a) Medico-psychological: those that are caused by the existence of mental states of alienation or of semi-alienation, or by plain psychical imbalances with or without accompanying somatic disorders, by which, under certain or uncertain circumstances, we are able to prognosticate an antisocial reaction in a given subject.

b) Social: they are determined by external factors. In this case, dangerousness is not in the subjects, but in the environment, which nurtures them, stimulates them, excites them. With the suppression of this stimulus, this nurturing, this excitement, dangerousness disappears. Among the social causes, according to the author, the financial ones would be the most important.

c) Legal: those related to the subject's criminal background and to the offense. Loudet considered the legal indices to be of lesser importance. For him, they could only add ancillary elements, and furthermore were often subordinated to the medico-psychological and social indices.

The idea of dangerousness was incorporated into Brazilian legislation in 1940. The new Brazilian Penal Code contained the double/binary system, which created two quite different outcomes for chargeable individuals<sup>1,2</sup>: 1) a penalizing sentence, of a punitive nature, based on a subject's accountability and on the severity of the offense; and 2) the safety measure, of a preventive nature, for which the dangerousness of the accused is taken into account and which entails involuntary commitment.<sup>1,2</sup> The purpose of the safety measure was to ensure protection to society and proper treatment for the subject, aiming to reduce his or her dangerousness.<sup>3</sup>

This concept concurs with the ideas of forensic psychiatrist Heitor Carrilho, set forth decades earlier, that forensic psychiatry should not be limited to determining whether an individual is mentally developed. The state of dangerousness and subsequent frightfulness of delinquents, examined according to precise anthropological and psychological standards, shall be the basis for all repressive legislation.<sup>6,7</sup>

The 1984 Penal Code revision put an end to the double binary system, and the safety measure was no longer imposed on chargeable delinquents,<sup>8</sup> but limited to the nonchargeable individuals (e.g., a person with no sign of mental illness can no longer be subjected to a safety measure). In 2001, Moraes<sup>9</sup> noted that the widespread use of the presumed dangerousness concept and the resulting safety measure applied only to the nonchargeable was perpetuating the notion that the mentally ill are necessarily dangerous.

According to the current Brazilian legislation, the safety measure may be applied in the form of commitment to a custody hospital and psychiatric treatment (Penal Code, art. 96, I) or in the form of outpatient treatment (Penal Code, art. 96, II). Dangerousness cessation must be determined by an official psychiatric examiner who produces an expert medical report determining whether or not dangerousness has ceased (the “dangerousness cessation report”). Though there are no pre-established time frames for involuntary commitments under the safety measure, judges will stipulate a minimum duration of 1 to 3 years. The cessation examination must be carried out at the end of the stipulated time, and will be repeated yearly as long as dangerousness cessation has not been established. In this context, dangerousness is a legal, not medical, concept, and it is assumed that the examiner is able to foresee the future behavior of these individuals.<sup>1,2</sup>

Standardized risk assessment instruments have been developed over the past few decades in order to systematize risk of violence prediction in a more objective manner. The widespread use of these tools, in both clinical practice and the forensic field, should provide additional elements for dangerousness assessment and greater reliability to determine the probability of individuals committing violent acts. This should consequently lead to a lower level of criminal recidivism. The Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R),<sup>10</sup> the Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11),<sup>11</sup> and the Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20)<sup>12</sup> are among the most widely employed.

The PCL-R is a scale that covers behavior, emotional traits, and clinical psychopathic characteristics, designed to measure degrees of psychopathy.<sup>10</sup> The BIS-11 is a self-report scale. It measures impulsiveness by assessment of three main areas: motor, cognitive, and lack of planning, according to the chart.<sup>11</sup> The HCR-20 is intended to assess the risk of future violent behavior in offenders with mental illness. It includes 20 items that cover historic and clinical aspects as well as risk management, for which reason it is more appropriate to assess dangerousness cessation.<sup>12</sup>

The objective of this study was to evaluate factors related to dangerousness cessation at the end of involuntary commitment based on an analysis of expert reports. In light of the current legal requirement of dangerousness cessation as a pre-requisite for prison or internment release of individuals subjected to the safety measure, we seek elements to reflect on the practice of expert examiners in charge of making this decision.

## METHODS

This cross-sectional study used retrospective data extracted from all the dangerousness cessation reports issued over a period of 4 years by Instituto de Perícias Heitor Carrilho, state of Rio de Janeiro, Brazil. This is the only institution in the state of Rio de Janeiro to issue a dangerousness cessation report (Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade - EVCP). We studied the records of offenders who were found not guilty by reason of insanity by the criminal courts of the state of Rio de Janeiro and were committed to the Institute for a minimum of 1 year after being subjected to the safety measure in prison hospitals in the State of Rio de Janeiro. The experts were experienced State-appointed professional forensic experts using the ICD-10. Two-hundred and twenty-four EVCP reports issued from 2011 to 2014 were obtained from the forensic hospital archives for data collection.

Data were collected by forensic and clinical psychiatrists and last-year medical students at the Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). The students were trained and used a standardized questionnaire elaborated by the authors for data collection. Questionnaire data were reviewed by one or more forensic psychiatrists prior to analysis.

Preliminary examination of the EVCP reports revealed that the fields available for a detailed descriptive annotation of the examination process in most cases contained only summary information. Thus, we classified as “maybe” all information contained in the report that was not conclusive regarding the variable being analyzed, or assessments described as possible, probable, unlikely, and so forth, by the forensic psychiatrist.

The following variables were studied: sociodemographic variables (gender, age, ethnicity, marital status, education, profession, socioeconomic level, family support), psychiatric diagnosis, offense (as coded in the Brazilian Penal Code), conclusions of the reports (dangerousness “ceased” or “not ceased”), presence or absence of productive symptoms, degree of insight, presence or absence of negative symptoms, presence or absence of previous failures in treatment as reported by assistant health professionals, support provided by the health system, subjects’ compliance with treatment, concomitant substance abuse, and psychiatric and drug addiction backgrounds.

The findings were grouped based on a criterion of similarity among reports and classified according to a modified version of the Mecler classification. This classification was created in a pioneering study by Mecler<sup>2</sup> in 1996, in which dangerousness cessation reports were analyzed. By means of a qualitative study of the reports, Mecler assessed which criteria were the most commonly associated with dangerousness cessation and used this

information to elaborate a scale. After determining the relevance and the applicability of the criteria thus obtained, Mecler<sup>2</sup> created a classification of items according to active productive symptoms, insight, negative symptoms, prior supervision failure, inadequate behavior at the institution, opinion expressed by healthcare assistant staff, compliance with treatment, substance abuse, and history of drug addiction or psychiatric treatment.

### *Statistical analysis*

Data were imported into Microsoft Excel (2013 version) and analyzed using Epi-Info version 7 and SPSS version 20.<sup>13</sup> The results are presented as percentages and 95% confidence intervals (95%CI).

Association between all independent variables and dangerousness cessation - the dependent variable – were analyzed using the chi-square test.<sup>14,15</sup> Statistical significance was assessed using the bilateral test, with a  $p = 0.05$ . The odds ratio of each factor being associated with cessation or non-cessation was calculated to determine which sociodemographic HCR-20 and Mecler variables were important for the decision of “dangerousness cessation.”

The project was approved by the Ethics Committee at Instituto de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), registered as CAAE 50045115.4.0000.5263, evaluation number 1.338.496. The need for free and informed consent was waived given the secondary nature of the data.

## RESULTS

Of the 224 cases analyzed, 85.98% reported positive dangerousness cessation assessment. Most of the 224 subjects were male (93.3%). Roughly half were in the 35 to 50-year age group. Considering the whole sample (n=224), level of education was distributed as no schooling in 50.8%, some level of education in 20.5%, and unknown in 28.7%. Conversely, when only the subjects who provided this information were considered, the results were 71.3% of illiterate and 28.7% of literate patients (Table 1). Most individuals were unskilled workers; only 24.9% had a profession. Only 9.8% were married; 61.2% were single, and 29% were divorced or widowed.

The most common crimes were homicide (33.8%) and robbery (21.7%), coded as articles 121 and 157 respectively in the Brazilian Penal Code. The most common psychiatric diagnosis was schizophrenia (including schizophrenia subtypes), reported in 42.9% of cases in which a diagnosis was informed, followed by intellectual disability (including all degrees of intellectual disability reported) (12.9%), drug-induced psychosis (9.6%), bipolar disorder (5%), and personality disorder (5%).

The subjects' social and family situation was a particularly common item cited as a reason for dangerousness cessation. Social services classify individuals into three groups: with family, without family, and with family but without support. "With family but without support" refers to situations in which the family shows no interest in the subject, and typically does not desire for him or her to come back home.

The socioeconomic level of the examinees was determined by their income, which was low overall: 58.8% earned up to half of minimum wage, 26.5% earned between half and 2 minimum wages, and 14.7% had some form of welfare support, which was in no case higher than one minimum wage.

The only sociodemographic variable that was statistically associated with dangerousness cessation was presence of family support. Individuals who had support from their families were more likely to be considered not dangerous.

**Table 1** Distribution of individuals evaluated for dangerousness cessation according to sociodemographic variables (n=224)

Variable	n (%)	95%CI
<b>Gender</b>		
Male	209 (93.3)	90.6-96.0
Female	15 (6.7)	4.0-9.4
Total	224	
<b>Age (years)</b>		
20-30	46 (20.7)	16.2-25.2
31-40	85 (38.3)	32.9-43.7
41-50	43 (19.4)	15.0-23.8
51-60	36 (16.2)	12.1-20.3
> 60	12 (5.4)	2.9-7.9
Total	222	
<b>Marital status</b>		
Single	137 (61.2)	55.8-66.6
Married	22 (9.8)	6.5-13.1
Widowed or divorced	65 (29)	24.0-34.0
Total	224	
<b>Education</b>		
No schooling (illiterate)	129 (71.3)	65.8-76.8
With schooling (literate)	52 (28.7)	23.2-34.2
Total	181	
<b>Profession</b>		
Skilled	45 (24.9)	19.6-30.2
Unskilled	136 (75.1)	69.8-80.4
Total	181	
<b>Socioeconomic level</b>		
Up to half minimum wage	20 (58.8)	40.7-75.4
Half to 2 minimum wages	9 (26.5)	12.9-44.4
Welfare support	5 (14.7)	4.9-31.1
Total	34	
<b>Family support</b>		
With family and with support	153 (76.1)	71.2-81.0
With family and without support	23 (11.4)	7.7-15.1
Without family, without support	25 (12.4)	8.6-16.2
Total	201	

95%CI = 95% confidence interval.

Table 1 and Table 2 show the sociodemographic profile of individuals evaluated for dangerousness cessation. In all tables, missing data reflect lacking or inconclusive information in the reports. The following items were statistically associated with a positive dangerousness cessation report:

- Mecler criteria: items according to the healthcare assistant staff, absence of productive symptoms (delusions and hallucinations), absence of negative symptoms, existence of insight, existence of support from the assistance network, and absence of psychoactive drug addiction.
- HCR-20: early-onset maladjustment (items related to personal history/background); lack of insight, negative attitudes, active signs of major mental illness, impulsiveness, and a poor or absent response to treatment (clinical items); plans lacking feasibility, exposure to destabilizing factors, lack of support, and the presence of stress (riskmanagement items).

**Table 2** Distribution of positive dangerousness cessation reports according to sociodemographic variables (n=224)

Variable	Total	Dangerousness cessation		p-value
		n (%)	95%CI	
Gender				
Male	200	173 (86.5)	82.7-90.3	0.409
Female	14	11 (78.6)	74.0-83.2	
n	214	184 (86.0)	82.1-89.9	
Age (years)				
20-30	44	37 (84.1)	80.0-88.2	0.481
31-40	82	72 (87.8)	84.1-91.5	
41-50	40	32 (80)	75.5-84.5	
51-60	36	32 (88.9)	85.4-92.4	
> 60	10	10 (100)	100.0-100.0	
n	212	183 (86.3)	82.4-90.2	
Marital status				
Single	132	111 (84.1)	80.0-88.2	0.574
Married	22	20 (90.9)	87.7-94.1	
Widowed or divorced	60	53 (88.3)	84.7-91.9	
n	214	184 (86.0)	82.1-89.9	
Education				
No schooling	125	106 (84.8)	80.3-89.3	0.114
With schooling	48	45 (93.8)	90.8-96.8	
n	173	151 (87.3)	83.1-91.4	
Profession				
Skilled	43	39 (90.7)	87.1-94.3	0.583
Unskilled	129	113 (87.6)	83.5-91.7	
n	172	152 (88.4)	84.4-92.4	
Socioeconomic level				
Up to half minimum wage	20	15 (75.0)	59.1-90.9	0.353
Half to 2 minimum wages	9	8 (88.9)	71.7-106.1	
Welfare support	5	5 (100.0)	100.0-100.0	
n	34			
Family support				
With family support	149	135 (90.6)	87.1-94.1	0.001
Without family support	43	30 (69.8)	64.3-75.3	
n	192	165 (85.9)	81.8-90.1	

95%CI = 95% confidence interval.

Statistical tests were run to correlate dangerousness cessation with diagnosed disorders and with the type of crime stated in the reports; the results showed no statistical significance. This analysis was limited by the large number of reports without information about diagnosis and/or offense. The lack of specific data on treatment, such as the period of safety measure or medication prescribed, made it impossible to analyze in detail the therapeutic value of the safety measure. Table 3 and Table 4 show these results.

**Table 3** Number and percentage of Mecler variables found in the positive dangerousness cessation reports

Variables	Total	Dangerousness cessation		p-value
		n (%)	95%CI	
Active productive symptoms				
No	159	150 (94.3)	91.3-97.3	< 0.001
Maybe	12	10 (83.3)	65.6-100.0	
Yes	36	17 (47.2)	33.5-60.9	
Total	207	177 (85.5)	81.5-89.5	
Insight				
No	76	54 (71.1)	62.5-79.7	< 0.001
Maybe	12	10 (83.3)	65.6-100.0	
Yes	102	96 (94.1)	90.3-97.9	
Total	190	160 (84.2)	79.9-88.6	
Negative symptoms				
No	159	144 (90.6)	86.8-94.4	0.002
Maybe	8	7 (87.5)	68.3-100.0	
Yes	26	17 (65.4)	50.1-86.7	
Total	193	168 (87.0)	83.1-91.0	
Prior supervision failure				
No	74	67 (90.5)	84.9-96.1	0.116
Maybe	14	12 (85.7)	70.3-100.0	
Yes	63	49 (77.8)	69.2-86.4	
Total	151	128 (84.8)	80.0-89.6	
Inadequate behavior at the institution				
No	156	139 (89.1)	85.0-93.2	0.001
Maybe	5	2 (40)	4.0-76.0	
Yes	8	5 (62.5)	34.3-90.7	
Total	169	146 (86.4)	82.1-90.7	
Opinion expressed by assistant professionals				
No	23	12 (52.2)	35.1-69.3	< 0.001
Maybe	12	9 (75)	54.4-95.6	
Yes	160	147 (91.9)	88.4-95.4	
Total	195	168 (86.2)	82.1-90.2	
Personal support				
No	7	3 (42.9)	12.1-73.7	0.001
Maybe	14	12 (85.7)	70.3-100.0	
Yes	174	157 (90.2)	86.5-93.9	
Total	195	172 (88.2)	84.4-92.0	
Compliance with treatment				
No	7	6 (85.7)	63.9-100.0	0.297
Maybe	15	11 (73.3)	54.5-92.1	
Yes	178	156 (87.6)	83.5-91.7	
Total	200	173 (86.5)	82.5-90.5	
Substance abuse				
No	69	63 (91.3)	85.7-96.9	0.015
Maybe	6	3 (50)	16.4-83.6	
Yes	70	60 (85.7)	78.8-92.6	
Total	145	126 (86.9)	82.3-91.5	
Previous history (drug addiction or psychiatric treatment)				
No	40	36 (90)	82.2-97.8	0.079
Maybe	4	2 (50)	8.9-91.1	
Yes	122	106 (86.9)	81.9-91.9	
Total	166	144 (86.7)	82.4-91.1	

95%CI = 95% confidence interval.

Table 4 Distribution of positive dangerousness cessation reports according to HCR20 criteria

Variables	Total	Dangerousness cessation		p-value
		n (%)	95%CI	
<b>Historical scale</b>				
Prior violence				
No	50	47 (94)	88.5-99.5	0.134
Maybe	1	1 (100)	100.0-100.0	
Yes	64	52 (81.2)	73.2-89.2	
Total	115	100 (87.0)	81.8-92.1	
Young age at first violent incident				
No	50	47 (94)	88.5-99.5	0.158
Maybe	1	1 (100)	100.0-100.0	
Yes	55	45 (81.8)	73.2-90.4	
Total	106	93 (87.7)	82.5-93.0	
Relationship instability				
No	43	40 (93)	86.6-99.4	0.22
Maybe	21	18 (85.7)	73.1-98.3	
Yes	23	18 (78.3)	64.2-92.4	
Total	87	76 (87.4)	81.5-93.2	
Employment problems				
No	54	50 (92.6)	86.7-98.5	0.282
Maybe	11	9 (81.8)	62.7-100.0	
Yes	12	12 (100)	100.0-100.0	
Total	77	71 (92.2)	87.2-97.2	
Substance use problems				
No	38	32 (84.2)	74.5-93.9	0.58
Maybe	4	4 (100)	100.0-100.0	
Yes	89	79 (88.8)	83.3-94.3	
Total	131	115 (87.8)	83.1-92.5	
Major mental illness				
No	67	60 (89.6)	83.5-95.7	0.387
Maybe	3	3 (100)	100.0-100.0	
Yes	105	87 (82.9)	76.9-88.9	
Total	175	150 (85.7)	81.4-90.1	
Psychopathy				
No	126	109 (86.5)	81.5-91.5	0.677
Maybe	5	5 (100)	100.0-100.0	
Yes	16	14 (87.5)	73.9-100.0	
Total	147	128 (87.1)	82.5-91.6	
Early maladjustment				
No	76	69 (90.8)	85.3-96.3	0.042
Maybe	14	13 (92.9)	81.6-100.0	
Yes	44	33 (75)	64.3-85.7	
Total	134	115 (85.8)	80.9-90.8	
Personality disorder				
No	106	93 (87.7)	82.5-92.9	0.931
Maybe	1	1 (100)	100.0-100.0	
Yes	17	15 (88.2)	75.3-100.0	
Total	124	109 (87.9)	83.1-92.7	
Prior supervision failure				
No	61	55 (90.2)	83.9-96.5	0.621
Maybe	12	10 (83.3)	65.6-100.0	
Yes	59	50 (84.7)	77.0-92.4	
Total	132	115 (87.1)	82.3-91.9	
<b>Clinical scale</b>				
Lack of insight				
No	124	113 (91.1)	86.9-95.3	< 0.001
Maybe	12	10 (83.3)	65.6-100.0	
Yes	38	23 (60.5)	47.5-73.5	
Total	174	146 (83.9)	79.3-88.5	
Negative attitudes				
No	142	127 (89.4)	85.2-93.6	0.001
Maybe	9	9 (100)	100.0-100.0	
Yes	21	13 (61.9)	44.5-79.3	
Total	172	149 (86.6)	82.4-90.9	
Active symptoms of major mental illness				
No	143	133 (91.1)	87.2-95.0	< 0.001
Maybe	13	12 (92.3)	80.1-100.0	
Yes	27	14 (51.9)	36.1-67.7	
Total	183	159 (86.9)	82.8-91.0	

Continued on next page

Table 4 (Continued)

Variables	Total	Dangerousness cessation		p-value
		n (%)	95%CI	
<b>Impulsivity</b>				
No	94	84 (89.4)	84.2-94.6	< 0.001
Maybe	7	2 (28.6)	0.5-56.7	
Yes	6	4 (66.7)	35.0-98.4	
Total	107	90 (84.1)	78.3-89.9	
<b>Unresponsive to treatment</b>				
No	142	134 (94.4)	91.2-97.6	< 0.001
Maybe	16	11 (68.8)	49.7-87.9	
Yes	15	6 (40)	19.2-60.8	
Total	173	151 (87.3)	83.1-91.4	
<b>Risk management scale</b>				
<b>Plans lack feasibility</b>				
No	132	117 (88.6)	84.0-93.2	0.002
Maybe	5	3 (60)	24.0-96.0	
Yes	5	2 (40)	4.0-76.0	
Total	142	122 (85.9)	81.1-90.7	
<b>Exposure to destabilizers</b>				
No	86	80 (93)	88.5-97.5	0.042
Maybe	19	15 (78.9)	63.5-94.3	
Yes	21	16 (76.2)	60.9-91.5	
Total	126	111 (88.1)	83.3-92.8	
<b>Lack of personal support</b>				
No	131	119 (90.8)	86.6-95.0	0.01
Maybe	18	13 (72.2)	54.8-89.6	
Yes	26	19 (73.1)	58.8-87.4	
Total	175	151 (86.3)	82.0-90.6	
<b>Noncompliance with remediation attempts</b>				
No	123	105 (85.4)	80.2-90.6	0.878
Maybe	18	16 (88.9)	76.7-100.0	
Yes	33	29 (87.9)	78.6-97.2	
Total	174	150 (86.2)	81.9-90.5	
<b>Stress</b>				
No	81	73 (90.1)	84.6-95.6	< 0.001
Maybe	6	4 (66.7)	35.0-98.4	
Yes	6	2 (33.3)	1.6-65.0	
Total	93	79 (84.9)	78.8-91.0	

95%CI = 95% confidence interval.

## DISCUSSION

A noteworthy majority of the individuals assessed by the examiners were deemed not dangerous (85.98%). This is an important finding, given the technical team's efforts to provide multidisciplinary treatment focusing on the subjects' release. In the study conducted by Mecler in 1996,<sup>1</sup> dangerousness was considered to have ceased in 56.3% of the reports. The evolution of medicine – and of psychiatry in particular – and the appearance of new psychotropic drugs may explain why the results were so different, 20 years later, at the same institution. Major changes in the current mental health policy, which favors community and outpatient treatment, are also likely to have contributed to this difference.

The purpose of the safety measure is twofold: to protect society from the possible violent behavior of psychiatric patients who have committed crimes, and to assist in the recovery of these patients – who are the chief victims of the consequences of their malady.<sup>16,17</sup> In ethical terms, there are no cut-and-dried guidelines for the procedure conducted by forensic psychiatrists in order to issue a dangerousness cessation report.<sup>18,19</sup> This could explain the fact that the study revealed an overall lack of standardization and systematization in risk assessment.

The severity of an offense, the criminal history, and the psychiatric history of a subject, all of which have been considered as criteria of great importance in studies over the past few years,<sup>20-30</sup> were quite undervalued in the dangerousness cessation reports we studied. The reports seem to have been made in a manner reminiscent of the model used by Loudet in the 1930s, emphasizing the medico-psychological and social indices as the most important elements in risk assessment.<sup>2,5</sup>

Other criteria that were found to be lacking, shown as important by recent research, are historical variables (psychiatric and criminal) and the examination of subjects by forensic experts, specifically concerning the severity and typicality of the crimes.<sup>20-30</sup> Several studies discuss that subject as regards the use of the HCR-20, worldwide<sup>20,31</sup> and specifically in Brazil.<sup>32</sup> To not take into account such information may reduce the quality of a report, inasmuch as factors that are apt to be associated with an increased risk of recidivism could be overlooked. On the other hand, the experts responsible for the reports may have taken these factors into consideration, while failing to write about them.

In the present study, several HCR-20 criteria were statistically associated with both for dangerousness cessation and non-cessation. The items that stood out were clinical (lack of insight, negative attitudes, signs of active mental illness, and unresponsiveness to treatment),

behavioral (impulsiveness, plans that lack feasibility), and social (exposure to destabilizing factors, lack of personal support, and presence of stress).

Studies conducted by Valença et al.<sup>22,33,34</sup> focused on the relationship between sets of factors and violent behavior. Their findings concur with ours in that there is an important relationship between clinical factors and violent behavior, especially the following: presence of productive symptoms, relapses, lack of insight, and cognitive distortions. This shows the importance of adequate clinical management, not only to preserve the health of individual patients but also, as a consequence, to avoid criminal recidivism in the mentally ill.

Impulsive behavior and anger management issues, as well as a lack of social abilities, were also cited as important factors by Valença et al.<sup>22,33,34</sup> This is in agreement with our findings, particularly in regard to the risk of new violent behavior, and might warrant the adoption of widespread strategies to reduce this risk factor. Social and environmental factors were also found to have a strong correlation, particularly drug addiction, a personal history of abuse, and lack of family support. In the case of individuals with mental disorders, the risk of violence associated with social and environmental aspects may be aggravated by vulnerabilities such as deficient psychical and cognitive resources to deal with situations that cannot be controlled. These data corroborate previous findings.<sup>20-22,24,26,30,33,34</sup>

Mecler<sup>1,2</sup> found similar results in an analysis of dangerousness cessation examinations. As was the case in our study, that investigator found that important factors had been left out of a large number of dangerousness cessation reports, such as personal history and criminal background, as well as the nature of the offenses. This is all the more deserving of criticism when we consider the large number of studies showing the importance of these factors to assess risk of violence.<sup>20,23,24,26,29,30,34</sup>

Penal law in Brazil has evolved along the lines of what is termed the “pathologization” of criminal behavior, opposing the previously unbendable idea of free will.<sup>1</sup> This bolstered current progress in the study and understanding of criminal acts as a medical phenomenon, which in turn facilitated the identification of associations between certain criminal behavior and mental illness.<sup>2,7,9</sup> The judicial concept of dangerousness is currently viewed to have a scientific basis and is the subject of medicolegal research.<sup>2,9,19</sup>

Nonetheless, it is clearly difficult to conduct an adequate, comprehensive and reproducible assessment of dangerousness and risk of violence. The marked differences in the criteria adopted by forensic psychiatry systems in different countries attests to the complexity of systematizing this field, as described by Abdalla-Filho.<sup>35,36</sup>

Regardless of technical and scientific difficulties, ethical dilemmas, and “technical errors,” expert assessments of dangerousness are currently required by the Brazilian legal system – and thus they should and must be studied and improved in order to ensure protection to the public and the individual.

The 1984 revision of the Penal Code was based on the work of forensic psychiatrist Heitor Carrilho, produced in the 1940s. This means that many scientific and technological advances in medicine were left out. Diagnosis, treatment, and prognosis in psychiatry have undergone important changes over the past decades, and it is currently unacceptable to perpetuate the notion that dangerousness is inherent to mental illness. There is solid evidence in scientific studies, including systematic reviews and meta-analyses, that proves that mental illness is far from being the most important factor in assessing risk of violence, and may not even be an isolated factor.<sup>1,20,21,28,30,33,34,37</sup>

Bonta et al.<sup>30</sup> conducted a meta-analysis to evaluate the main predictors of criminal recidivism in individuals with and without mental illness. A total of 64 studies with 74 predictors were analyzed. Individuals with serious mental illness, such as psychosis, were less likely than the overall population to recidivate with violent or nonviolent crimes. The investigators found that the chief predictors were a criminal background in adult life, a background of delinquency during adolescence, substance abuse, antisocial personality disorder, and familial maladjustment.

Menezes<sup>21</sup> found that the association between violence and mental illness was weak. In that study, the most important findings had to do with the lack of psychiatric treatment before the offense, and concurred with previous works in that offenses under these conditions are avoidable.

In a review of the literature, Valença & Moraes<sup>33</sup> sought evidence of a correlation between mental disorders and homicide. According to that study, the risk is only increased when there is concomitant personality disorder, substance abuse, and/or noncompliance with treatment.

Alden et al.<sup>37</sup> followed up a cohort of 358,118 live births from 1944 through 1947 and collected data on convictions for sexual offenses, with or without violence, 50 years later, considering the presence of one of the following three: mental illness, substance abuse, or personality disorders. In psychotic individuals, whether schizophrenic or not, an association was found with higher-than-average risk only when there was co-morbidity with personality disorders or substance abuse. As an isolated variable, psychosis did not entail increase in risk. Another interesting finding of that work was the correlation between violence and organic

brain disorders. Other studies report difficulty in managing these patients,<sup>38,39</sup> and the topic deserves further investigation. In our work, the diagnoses of personality disorder were factored into the analysis whenever they were present in the reports. The fact that the percentage encountered was lower than expected may reflect a difficulty in establishing or describing such a diagnosis, or it may reveal that most of the experts did not attribute great importance to that diagnosis. Indeed, the numbers are far lower than those found by Alden et al.<sup>37</sup> and others.<sup>20,22,30</sup>

Fazel & Rongquin,<sup>28</sup> in a meta-analysis of 27 studies, compared the risk of criminal recidivism among a total 3,511 psychotic individuals, 5,446 with mental illness but not psychotic, and 71,552 with no mental illness. They found a significant risk ratio of 1.6 for recidivism in psychotic individuals as compared to healthy individuals, but that comparison was found in only four of the studies. Moreover, none of those four studies covered the issue of co-morbidity with substance abuse and personality disorders, which was shown to significantly increase the risk of dangerousness in the studies that did take that into account. In the comparison between psychotic and other mentally disordered individuals, the odds ratio was 1.0, with no statistical significance.

One must take into account that samples are heterogeneous, and also that, *ceteris paribus*, it is more likely for a psychotic individual to be caught, given the disorganization and the greater chance of not being fully aware of the consequences of an unlawful action. In our study we came across several cases of schizophrenia, and most of these individuals had received positive dangerous cessation reports.

Valença et al.<sup>34</sup> studied the psychological profile of sexual offenders in the city of Rio de Janeiro, analyzing 44 expert reports. The predominant profile was male Caucasians with part-time employment and no mental illness.

The mentally disordered are no more dangerous than anybody else, according to the studies we have analyzed, albeit they may be more dangerous under very particular circumstances. Even so, it is prejudiced and contrary to scientific evidence to consider them a higher risk group than the general population. Offenses committed by persons with mental illness usually involve lack of treatment and/or medication, which can lead to diminished or no awareness of the illicit nature of a given action. This is the rationale underlying the sparing by the Brazilian Penal Code of individuals with mental illness who have been considered unchargeable from serving sentences of a punitive nature, which are replaced with involuntary commitments.

According to studies by Valença et al.<sup>22,33,40</sup> on mental illness in a forensic context, crimes can be avoided by correctly identifying mental disorders and by adequately treating them. What we see is that effective actions to improve diagnosis and treatment are an important part of crime prevention strategies. Since factors that can be controlled or avoided play a significant role in reducing criminal recidivism, it can be argued that providing adequate treatment and consequently improving the chances of reinsertion into the community will diminish risk to the individual and to society.<sup>1,19,22,40,41</sup>

The interpretation of our data was hindered to a large degree by the lack of systematized and standardized data collection mostly due to the scarcity of relevant information in the reports, which turned out to be insufficient for proper statistical analysis. We recommend using validated instruments to develop a semi-structured interview for the purpose of assessing the risk for violence in forensic settings. This would probably produce sound data with which solid associations could be established in further studies.

A reorganization of the official evaluation system and specific training for forensics experts carrying out such assessments, highlighting greater awareness of the importance of a thorough annotation of the psychiatric examination, would improve the quality of the reports. Centralized and readily accessible medical information would also be useful, both in clinical practice and in studies that rely on statistical analyses.

We believe that our work may contribute to the study of dangerousness cessation in individuals subjected to the safety measure. This subject is undoubtedly one that warrants further research with studies involving larger numbers of patients and using more specific methodology, such as standardized questionnaires for the examiners.

In conclusion, the present study identified factors that have a correlation with dangerousness according to expert reports. Identifying factors for risk of recidivism in unlawful activities or violent behavior is crucial to for decision-making regarding the release of individuals with mental illness who have been involuntarily committed.

## **DISCLOSURE**

The authors report no conflicts of interest.

## REFERENCES

- 1 Mecler K. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2010;20:70-82.
- 2 Mecler K. Periculosidade e inimputabilidade: um estudo dos fatores envolvidos na determinação da periculosidade do doente mental infrator [dissertation]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
- 3 Carrara S. Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
- 4 Bruno A. Perigosidade criminal e medidas de segurança. Rio de Janeiro: Editora Rio; 1977.
- 5 Loudet O. Los índices médico-psicológicos y legales de la peligrosidad. *Actos, delibefaciones y trabajos del Premier Congreso Latino-Americano de Criminología*, Buenos Aires; 1939. p. 175-83.
- 6 Carrilho H. A colaboração dos psiquiatras nas questões penais. *Arq Manicomio Judic R Janeiro.* 1930;1:159-82.
- 7 Carrilho H. Psicogênese e determinação pericial da Periculosidade. *Arq Manicomio Judic R Janeiro.* 1941;3:56-89.
- 8 Delmanto C. Código penal comentado. Rio de Janeiro: Renovar; 1981.
- 9 Morais TM. Ética e Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA; 2001.
- 10 Hare RD. Hare Psychopathy Checklist-revised (PCL-R): technical manual. 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems; 2007.
- 11 Barrat ES. Impulsiveness and aggression. In: Monahan J, Steadman HJ. *Violence and mental disorder*. Chicago: University of Chicago Press; 1994. p. 61-5.
- 12 Webster CD, Eaves D, Douglas KS, Winthrop A. The HCR-20 scheme: the assessment of dangerousness and risk – version 1. Burnaby: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia; 1995.
- 13 IBM. SPSS Statistics [Internet] v.20. 2013. [www-01.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/](http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/)
- 14 Vieira S. Bioestatística: tópicos avançados. 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 15 Bruni AL. SPSS aplicado à pesquisa acadêmica. São Paulo: Atlas; 2009.
- 16 Abdalla-Filho E, Souza PA. Bioética, psiquiatria forense e a aplicação da medida de seguranc,a no Brasil. *Rev Bioet.* 2009;17:181-90.
- 17 Abdalla-Filho E. Avaliação de risco. In Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.183-201.
- 18 Filho EA, Garrafa V. Psychiatric examination on handcuffed convicts in Brazil: ethical concerns. *Dev World Bioeth.* 2002;2:28-37.
- 19 Abdalla-Filho E. Objectivity and subjectivity in forensic psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:113-4.
- 20 Whittington R, Hockenull JC, McGuire J, Leitner M, Barr W, Cherry MG, et al. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8. *Heath Technol Assess.* 2013;17:i-xiv, 1-128.

- 21 Menezes RS. Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- 22 Valença AM, Nascimento I, Nardi AE. Relationship between sexual offenses and mental and developmental disorders: a review. *Rev Psiq Clin.* 2013;40:97-104.
- 23 Telles LEB, Folino JO, Taborda JGV. Incidência de conduta violenta e antissocial em população psiquiátrica forense. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2011;33:3-7.
- 24 Lopes RMF, Mello DC, Argimon IIL. Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. *Cienc Cogn.* 2010;15:121-31.
- 25 Telles LEB. Perícias de responsabilidade penal realizadas no Instituto Psiquiátrico Forense. *Rev Multijuris.* 2007;2:44-9.
- 26 Ghoreishi A, Kabootvand S, Zanganib E, Bazargan-Hejazi S, Ahmadi A, Khazaie H. Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia. *J Inj Violence Res.* 2015;7:7-12.
- 27 Achá MFF, Rigonatti SP, Saffi F, Barros DM, Serafim AP. Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60:11-5.
- 28 Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2011;37:800-10.
- 29 Moscatello R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23:34-5.
- 30 Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 1998;123:123-42.
- 31 Abdalla-Filho E. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. *Rev Psiquiatr Clin.* 2004;31:279-84.
- 32 Telles EB, Day VP, Folino JO, Taborda JG. Reliability of the Brazilian version of HCR-20 assessing risk for violence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:253-6.
- 33 Valença AM, de Moraes TM. [Relationship between homicide and mental disorders]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:S62-8.
- 34 Valença AM, Meyer LF, Freire F, Mendlowicz MV, Nardi AE. A forensic-psychiatric study of sexual offenders in Rio de Janeiro, Brazil. *J Forensic Leg Med.* 2015;31:23-8.
- 35 Abdalla-Filho E, Bertolote JM. [Forensic psychiatric systems in the world]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:S56-61.
- 36 Abdalla-Filho E, Engelhardt W. [The practice of forensic psychiatry in England and Brazil: a brief comparison]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:245-8.
- 37 Alden A, Brennan P, Hodgins S, Mednick S. Psychotic disorders and sex offending in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:1251-8.
- 38 Oliveira GC, Madeira MC, Celmer MD. Alterações de comportamento na encefalite herpética: um caso polimórfico e de difícil manejo. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64:307-10.
- 39 Monteiro VL, Barreto FJ, Rocha PM, do Prado PH, Garcia FD, Correa H, et al. Managing severe behavioral symptoms of a patient with anti-NMDAR encephalitis: case report and findings in current literature. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015;37:47-50.
- 40 Valença AM, Mendlowicz MV, Nascimento I, Moraes TM. Mental retardation: dangerousness and penal responsibility. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60:144-7.

41 Abdalla-Filho E, De Souza PA, Tramontina JF, Taborda JG. Mental disorders in prisons. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23:463-6.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Esta dissertação buscou o estudo aprofundado do comportamento violento associado a transtornos mentais, por meio de estudo de casos, revisão de literatura e pesquisa de campo, todos devidamente escritos em formato científico e publicados em importantes revistas especializadas indexadas às bases de dados internacionais.

Os estudos de caso comprovaram a enorme importância de um exame psíquico de qualidade, pois ele serve tanto para a avaliação do risco de violência, como para o adequado planejamento terapêutico.

O estudo de campo encontrou variáveis significativamente associadas à cessação de periculosidade: parecer favorável da equipe assistente, ausência de sintomas negativos, ausência de sintomas produtivos, presença de insight, presença de suporte social e ausência de abuso de substâncias psicoativas.

Este estudo encontrou, ainda, variáveis significativamente associadas à não cessação de periculosidade: desajuste precoce, ausência de insight, atitudes negativas, sinais de doença mental maior, presença de impulsividade, má resposta ao tratamento, presença de planos inexecutáveis, exposição a fatores desestabilizadores, falta de apoio pessoal e presença de estresse.

A revisão de literatura, quando analisada a fundo, considera o doente mental mais perigoso que “os não doentes” apenas em situações específicas, que envolvem principalmente ausência de diagnóstico, não adesão ao tratamento ou presença de algumas comorbidades, como uso nocivo de substâncias e alguns transtornos de personalidade

Por conta disso e embasado na literatura científica, é precipitado e um estigma injusto considerar o doente mental um sujeito de aumentado risco se comparado à população.

Com relação ao Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, sua falta de sistematização e padronização para a coleta dos dados dificulta não só essa coleta, como visto no trabalho, mas também a qualidade do exame e a sua aplicação e serventia. Por isso, o uso de instrumentos validados e o desenvolvimento de uma entrevista semi-estruturada com a finalidade de avaliar o risco de violência em populações forenses seriam maneiras de contornar, ou ao menos diminuir essas distorções.

De tal forma, uma reorganização do sistema pericial oficial em que o perito fosse treinado para esse tipo de exame e conscientizado da importância do seu registro completo melhoraria bastante a qualidade dos laudos periciais. Se nessa reorganização, ainda, o perito

dispusesse de um maior tempo para as entrevistas, se tivesse acesso regular e organizado ao prontuário médico do paciente com antecedência, se o registro dos antecedentes médicos dos brasileiros fosse unificado e de fácil acesso ao perito, obteríamos maior qualidade de informações e também poderíamos buscar muitos dos dados faltantes através desse sistema.

O resultado final seria um exame de qualidade superior e estudos com maior capacidade de geração de hipóteses e de interpretação dos dados, com impacto positivo no sistema forense e no conhecimento científico acerca do tema.

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

## REFERÊNCIAS

- BRASIL (1984). *Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984, que altera dispositivos do decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal.*
- BRUNO, A. (1991). *Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança.* Rio de Janeiro: Ed.Rio, 1991. 259p.
- COTE, G.; HODGINS, S. (1992) The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 89-99, 1992.
- ELBOGEN, E.B.; JOHNSON, S.C. (2009) The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 66, n. 2, p. 152-161, 2009.
- HODGINS, S.; MEDNICK, S.A.; BRENANN, P.A. *et al.* (1996) Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 53, n. 6, p. 489-96, 1996.
- MODESTIN, J.; HUG, A.; AMMANN, R. (1997) Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, v. 42, n. 1, p. 29-38, 1997.
- TELLES, L. E. B., DAY, V. P., FOLINO, J. O., TABORDA, J. G. V (2009). Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. 3, p. 253-256, 2009.
- MECLER, K (2010). Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 2, n. 1, p. 70-82, 2010.
- SWARTZ, M.S.; SWANSON, J.W.; HIDEY, V.A. *et al* (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, n. 2, p. 226-31, 1998.
- WEBSTER, C. D, EAVES, D., DOUGLAS, K., WINTRUP, A (1995). *The HCR-20 Scheme: the assessment of dangerousness and risk.* Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1995.