

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências Médicas

Dissertação de Mestrado

***HOMICÍDIO E ESQUIZOFRENIA:
ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS***

Autor: Ruben de Souza Menezes

Orientador: Prof. Dr. Ellis D'Arrigo Busnello

Porto Alegre

2001

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M543h **Menezes, Ruben de Souza**

Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados / Ruben de Souza Menezes; orient. Ellis D'Arrigo Busnello. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

148f.: il. tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências Médicas.

1. HOMICÍDIO. 2. ESQUIZOFRENIA. 3. ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNOS COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS. 4. PSIQUIATRIA LEGAL. 5. VIOLÊNCIA. 6. TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO SOCIAL. 7. AGRESSÃO. 8. PSICOPATOLOGIA. 9. CAUSALIDADE. I. Busnello, Ellis D'Arrigo. II. Título.

C.D.D. 616.85844

C.D.U. 340.62: 616895.8(043.3)

Rosária Maria Lúcia Prenna Geremia. Bibliotecária
CRB 10/196

O projeto de pesquisa que originou esta dissertação de mestrado foi desenvolvido no Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso”, da Secretaria de Justiça e Segurança do Estado do Rio Grande do Sul, tendo recebido apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

O Protocolo deste estudo foi aprovado, em fevereiro de 2000, sob o número 99397, pelas Comissões Científica e de Pesquisa e Ética em Saúde, reconhecida pela CONEP como Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a todos os que contribuíram para a realização deste trabalho, que somente está acontecendo por ser fruto de um esforço coletivo e colaborativo de dezenas de pessoas:

Ao Prof. Dr. Ellis D'Arrigo Busnello, em primeiro lugar, um agradecimento especial, pois desde sua entrada no trabalho abraçou com entusiasmo a idéia de levar adiante um projeto de pesquisa no Instituto Psiquiátrico Forense e me forneceu o embasamento técnico e o apoio afetivo para realizá-lo.

Aos meus colegas psiquiatras, que dão uma parte de suas vidas neste difícil ofício de tratar os pacientes, com especial destaque para as colegas Lisieux E. B. Telles e Vivian P. Day, com as quais tive o privilégio de fazer uma viagem de estudos à Itália representando o IPF, e aos demais colegas que participaram do primeiro levantamento de dados, em 1995, início de todo este trabalho de pesquisa: Ana M. Mainieri, Andréa P. Pinheiro, Armando G. Moniz, Cristiane D. Martins, Emília C. Santos, Heloísa P. Fetter, Hélivio C. Corrêa, Jair Knijnik, Lorena C. Branchtein, Maria Cristina de Souza, Pedro I. Zoratto e Ricardo E. Markus.

Às colegas do setor de Psicologia, que gentilmente me acolheram em suas dependências para uma parceria que viabilizou este esforço de pesquisa, particularmente a pessoa da Psicóloga Cléia Dutra Rocha, cuja inesgotável e contagiante energia me ajudou a seguir em frente, e a Psicóloga Carmem Dóris Reichelt.

Aos funcionários do Instituto Psiquiátrico Forense, em especial ao Sady José Rodrigues Domingues, pelo apoio recebido para a realização do trabalho.

Obrigado também às três sucessivas direções do IPF, que nos apoiaram de forma efetiva: Rogério G. Cardoso, Gabriel N. Camargo e Luiz C. Coronel.

Aos 78 estudantes de Psicologia que realizaram o estágio voluntário em pesquisa no IPF, um obrigado muito especial: Adriana M. Schneider, Alessandra M. Baptista, Alfredo C. Bruekner, Amanda F. Abreu, Ana Paula F. S. Souza, Analice Brusius, André M. Sant'Anna, Andréa A. da Silva, Ari G. Pereira, Bárbara D. Dias, Bianca M. Kuhn, Camila M. R. Noguez, Carlos E. Albert, Caroline V. Moraes, Cecilia N. Silva, Cibele M. Sanches, Cléber Fagundes, Daniele Parise, Débora M. Coelho, Deise C. Nunes, Diana Kim, Dinara B. P. Silva, Elisângela Nunes, Fabiana G. Cabral, Fabiana S. Costa, Fabiane A. Barros, Fernanda Megiolaro, Gabriela B. Betto, Graziela F. Machado, Graziela J. Freitas, Helena O. Rocchi, Irvin Webster, Jônatas B. Machado, Judith Merlo, Juliana M. Silveira, Juliana Achutti, Jussara H. Wingert, Karen B. Dickel, Kelly R. Brito, Laura Spindler, Leandro M. Tonetto, Leandro F. Feix, Lisiane M. Silva, Lisiane C. Dutra, Lúcia K. Oliveira, Luciana Gasparotto, Luciana Soblerayski, Luciana T. Oliveira, Luciana D. Thomé, Manuela J. Koehler, Márcia L. M. Silva, Márcia R. Fonseca, Márcia Straliootto, Marcos Chagas, Maria E. S. Bitello, Mariana A. Pereira, Marilena B. Gonçalves, Michelle M. Luiz, Michelle Ponzoni, Míriam R. Tyburski, Morgana M. Laft, Natalie Capra, Nilson Locatelli, Noêmia Sulzbach, Regina V. Goularte, Renata Kreutz, Roberta Simon, Sabrina R. Lopes, Sharon P. Simion, Simone B. Pompermayer, Simone Johann, Simone R. S. Oliveira, Tatiana W. Ribeiro, Thaís P. Martins, Vanásia Z. Vasconcelos, Vanessa G. O. Tabosa, Vera M. B. Fernandes, Vilene Moehlecke.

Aos meus colegas do Comitê de Ética em Pesquisa do IPF, que estão buscando a promoção da pesquisa no IPF com o respeito à pessoa dos pacientes e sua dignidade, na pessoa do Dr. Miguel Abib Adad.

Ao pessoal da Secretaria da Pós-Graduação em Medicina: à Helena, à Débora, à Letícia e ao Luciano, agradecimentos especiais pelo apoio.

Obrigado também ao pessoal do GPPG do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, particularmente à Vânia Naomi Hirakata, pela assessoria metodológica e

estatística, e também ao Prof. Mário Wagner. À Márcia Mocellin Raymundi, agradecimentos pela orientação quanto aos aspectos éticos.

Aos colegas do Hospital São Lucas da PUCRS, Dr. André Palmi, que me orientou durante o primeiro semestre do Mestrado cursado na PUCRS, na área de Neurociências, e aos Drs. Gabriel Gauer e Lourdes Häggstram, que me iniciaram na pesquisa em saúde mental, especiais agradecimentos.

Às equipes das Bibliotecas do Hospital São Lucas e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, particularmente à bibliotecária Rosária Maria L. P. Geremia, do São Lucas.

Muito obrigado aos colegas da Secretaria de Justiça e Segurança do Estado do Rio Grande do Sul, particularmente à Psicóloga Dulce Cordioli, que nos auxiliou no projeto de formar um Grupo de Estudos no IPF sobre Saúde Mental e Violência.

Finalmente, de forma destacada, especial gratidão à FAPERGS, pois foi nossa agência de financiamento e nos permitiu a felicidade de trabalhar em pesquisa com recursos materiais adequados (Auxílio 98/1626.3).

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho aos pacientes do IPF, cujo sofrimento excede tudo o que nos seria possível compreender e que merecem receber nosso cuidado e a nossa dedicação.

Dedico também, e muito, a minha família:

Ao meu saudoso pai, que certamente iria ficar muito feliz em ler estas páginas.

À minha mãe, que com o seu carinho me ensinou a cuidar dos pacientes.

Ao meu irmão, que mais que meu irmão, é o meu maior amigo.

À Anelise, que com sua felicidade me deu a força para realizar este trabalho.



Figura 1: O Louco, 1904
Pablo Picasso.
Aquarela: 86 x 36 cm.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL, ESQUIZOFRENIA E VIOLÊNCIA	18
2.1.1. BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS NA ÁREA	18
2.1.2. ESTUDOS SOBRE A VIOLÊNCIA EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	20
2.1.3. ESTUDOS SOBRE A PSICOPATOLOGIA ENTRE INDIVÍDUOS QUE COMETERAM CRIMES	27
2.1.4. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS NA COMUNIDADE SOBRE ESQUIZOFRENIA E VIOLÊNCIA.....	31
2.2. APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES DESCRITOS EM ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS COMO POTENCIALMENTE ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA EM PESSOAS PORTADORAS DE ESQUIZOFRENIA	36
2.2.1. FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	40
2.2.1.1. Gênero	40
2.2.1.2. Idade	41
2.2.1.3. Etnicidade	42
2.2.1.4. Situação sócio-econômica	43
2.2.1.5. Grau de integração social	44
2.2.1.6. Criminalidade prévia	46
2.2.1.7. Vitimização	47
2.2.1.8. Fatores sócio-culturais	48

2.2.2. FATORES CLÍNICOS	50
2.2.2.1. Subtipo de esquizofrenia	50
2.2.2.2. Papel dos sintomas psicóticos	52
2.2.2.3. Estágio clínico da doença	55
2.2.2.4. Gravidade ou número de sintomas	55
2.2.2.5. Época de início da doença	56
2.2.2.6. Comorbidades	57
2.2.2.6.1. Comorbidade com álcool e drogas	58
2.2.2.6.2. Comorbidade com transtornos de personalidade	61
2.2.2.6.3. Comorbidade com transtornos neurológicos	61
2.2.3. FATORES SÓCIO-FAMILIARES: RELAÇÃO ENTRE O PACIENTE E A VÍTIMA	64
2.2.4. RELAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO E A VIOLÊNCIA EM PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA	68
3. OBJETIVOS	74
4. REFERÊNCIAS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	75
5. ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS	81
6. ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS	112
7. ANEXOS	144

1 . INTRODUÇÃO

“A esquizofrenia é, sem dúvida, uma doença arrasadora, que inicia na adolescência ou no começo da fase adulta”.

Nancy Andreasen, 1994 (1)

A esquizofrenia é uma doença (ou um grupo de transtornos) com caráter crônico e que leva a uma degeneração mental dos indivíduos doentes, podendo levar a graves prejuízos para seu funcionamento individual, familiar, profissional e social. O paciente portador de esquizofrenia está sujeito a rupturas com a realidade, com manifestações tanto intrapsíquicas, com a presença de sintomas como delírios e alucinações, como interpessoais, com a ocorrência de condutas inadequadas ou mesmo violentas. Estas condutas alteradas podem gerar danos para os próprios pacientes, assim como para seus familiares e para a comunidade, podendo envolver desde agressões verbais ou contra objetos até agressões físicas contra si ou contra outras pessoas, as quais podem ser muito graves ou até mesmo fatais.

A relação entre a mente humana e seus transtornos com o comportamento violento é muito complexa. Vários fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, religiosos, políticos e econômicos interagem para a produção de condutas envolvendo a agressividade, tanto em pessoas com transtornos mentais como em indivíduos normais, em contextos que vão do intrafamiliar ao global.

A questão da violência é um tema da maior relevância nos dias atuais, preocupando os cidadãos e levando a modificações no relacionamento entre as pessoas, bem como em seu próprio estilo de vida, em todos os países do mundo. Em especial nos países americanos, a violência tem se tornado um problema crítico (2). A “Carta de Cali”,

publicada em 1993 no JAMA, é um chamamento por ações no âmbito da saúde pública para a questão da violência nas Américas:

“Da Argentina no sul aos Estados Unidos no norte, a violência tem se tornado um problema crítico no hemisfério. O que torna isto especialmente preocupante é que crianças e adolescentes estão entre suas principais vítimas” (2).

Homicídio é a mais evidente e séria manifestação de violência. No final dos anos 80s, homicídio foi a segunda causa de morte entre jovens entre 15 a 24 anos em metade dos países das Américas com mais de um milhão de habitantes (2).

Porém, o problema da violência é bem maior do que a já grave situação do homicídio:

“O homicídio – e mesmo outros crimes sérios de violência – são eventos raros, mas podem ser interpretados como um tipo de “ponta do iceberg” sinalizando problemas sociais mais extensos” (3).

Além das perdas de vidas pela morte prematura, o custo do atendimento aos sobreviventes da violência sobrecarrega os sistemas de saúde, tanto emergenciais, como serviços de reabilitação (2).

A violência de indivíduos mentalmente transtornados tem ocupado a mídia e preocupado a população (4), por vezes exageradamente e de forma prejudicial (5). Esta situação de preconceito tem acontecido em países como os Estados Unidos, mas também ocorre no Brasil:

“A percepção do público parece favorecer a visão de que as pessoas mentalmente doentes são uma coleção de indivíduos imprevisíveis e perigosos” (5).

As pesquisas recentes, entretanto, não têm apoiado a visão pública de que as pessoas mentalmente doentes categoricamente possuem um perigo para os outros na comunidade: *“Imagens de irracionalidade violenta – marcadas na imaginação popular e reforçada pelas caricaturas da mídia dos “assassinos psicopatas” – são*

estereótipos incorretos, profundamente ofensivos para as pessoas com doenças psiquiátricas” (6).

Por outro lado, *“advogados de pessoas mentalmente doentes têm tradicionalmente colocado que pessoas com doenças mentais não têm maiores probabilidades de cometer atos violentos do que pessoas não mentalmente doentes” (7).*

Muitos psiquiatras e outros profissionais da área da saúde mental também não têm estado inclinados a admitir que haja um aumento no risco de violência associada com esquizofrenia (4).

Preocupações sobre a relação entre a saúde mental e seus transtornos e a criminalidade e a violência têm acompanhado as sociedades desde muito tempo. A associação entre doenças mentais e comportamento violento tem sido levada em conta na legislação dos países por séculos (4, 8).

A literatura científica tem buscado investigar esta relação entre a doença mental, particularmente a esquizofrenia, e a violência. Há uma série de importantes controvérsias, não havendo uma unanimidade dos autores a este respeito (7, 9). Para alguns, a maioria dos estudos epidemiológicos mostra que, em comparação com a população em geral, parece haver um risco consistentemente elevado de cometer atos violentos para pessoas sofrendo de doenças mentais maiores (9 - 12), e, mais especificamente, para as pessoas portadoras de esquizofrenia (9, 13). Outros, entretanto, não consideram que os estudos tenham tido qualidade metodológica suficiente para afirmar isto (7). Estudos de coorte, que seriam o delineamento mais adequado, são de difícil realização e podem apresentar impedimentos éticos intransponíveis para ser realizados. De modo geral, os autores concordam que se deve evitar o reforço da imagem pública do doente mental como uma pessoa potencialmente violenta contra qualquer um a qualquer momento, através da veiculação de informação adequada (9), bem como evitando erros nos estudos realizados (7).

Apesar de alguns resultados de pesquisas virem apoiando a suposição de que há uma associação moderada entre esquizofrenia e violência, isto não quer dizer que as pessoas com esquizofrenia são mais violentas do que a população geral (9). A maioria das pessoas diagnosticada como sendo portadora de esquizofrenia não é violenta (4, 6, 14 - 16), embora haja grupos menores de pacientes com esquizofrenia para os quais o risco de violência pode ser significativamente mais alto (4, 17, 18). É importante observar que:

“Delitos violentos cometidos por algumas pessoas com doença mental em situações particulares não devem levar a colocações generalizadas de que todos os indivíduos com doença mental são potencialmente mais violentos do que o resto da população. A este respeito, é importante ter em mente que a doença mental séria é relativamente rara, e o excesso de risco, modesto. Assim, a contribuição da doença mental para os níveis gerais de violência na sociedade é minúscula” (6).

Este fato é particularmente verdadeiro em países com altas taxas de criminalidade geral, como os Estados Unidos e o Brasil. A explicação disto reside no fato de que o principal fator que irá determinar o tamanho deste risco de criminalidade representado pelos indivíduos com esquizofrenia é o nível geral de criminalidade na comunidade. Assim, em sociedades com altas taxas de crimes (como a norte-americana e a brasileira) os esquizofrênicos terão seus efeitos criminais bem menos visíveis do que naquelas sociedades com taxas menores (19). Esta é uma das razões pelas quais a violência associada com doenças mentais tem tanta importância em países como a Suécia, Dinamarca e Finlândia, onde há reduzidas taxas de criminalidade socialmente determinada. Nestes países com baixos índices gerais de criminalidade, muitas pesquisas têm sido realizadas sobre este tema da possível associação da doença mental com a violência.

Os comportamentos hostis de vários tipos complicam o curso clínico da esquizofrenia, afetam dramaticamente as comunidades e encabeçam a lista dos problemas identificados pelos familiares em relação aos pacientes (36). Os psicóticos parecem cometer crimes de natureza diferente das pessoas não psicóticas, crimes considerados por alguns autores como especiais ou patológicos (17). O homicídio praticado associado com doença mental tem sido denominado em alguns estudos como “homicídio anormal” (20). Em certas situações, os crimes cometidos por pacientes podem revestir-se de características chocantes ou brutais, ou voltar-se contra os próprios familiares, causando horror e rechaço na sociedade. Assim, embora numericamente o impacto dos crimes esquizofrênicos possa ser menor, psicologicamente pode ser muito intenso (19).

Por outro lado, quando se considera o dano produzido pela violência, também deve ser levado em conta que a violência não afeta apenas a vítima e seus familiares, mas também o criminoso e sua família (4). Além disso, é importante que se diga que os pacientes esquizofrênicos podem estar em risco aumentado de sofrer crimes (5, 21, 22). Um estudo canadense mostrou que enquanto um terço de pacientes esquizofrênicos referiu ter sido vítima de violência, os controles sem doença mental referiram apenas 12% (5). Em um estudo norte-americano de follow-up de 867 pacientes na área de captação do hospital Bellevue, a taxa de mortes de pacientes esquizofrênicos por homicídio foi de 1,15 por mil, comparada com uma taxa de 0,20 por 1000 para a cidade de Nova Iorque como um todo (22). Para os esquizofrênicos, seu ambiente social e baixo status sócio-econômico tenderia a aumentar o seu risco de ser agredidos. Em situações de confronto social, eles podem apresentar reações mais inapropriadas (5).

Cabe ressaltar também que os atos criminais cometidos pelos pacientes esquizofrênicos não estão necessariamente relacionados a suas doenças

mentais (13, 14, 20). Pacientes em remissão de seus sintomas psicóticos podem cometer crimes pelas mesmas razões que uma pessoa sem história psiquiátrica (13):

“A violência pode não estar relacionada com qualquer transtorno psiquiátrico, mas antes, com retaliação ou autodefesa. Além disso, os pacientes esquizofrênicos podem ter um outro transtorno primariamente responsável pela violência, como prejuízo neurológico, abuso de substância e retardo mental” (14).

Neste sentido, os estudos mais recentes têm buscado verificar em quais situações podem ocorrer comportamentos violentos entre os pacientes portadores de doença mental, principalmente os esquizofrênicos. Além disso, tenta-se descobrir quais são os fatores relacionados com aumento ou diminuição da probabilidade de cometer crimes, em que situações ou contextos tais condutas ocorrem, e quais são suas causas (6, 9, 23). Pessoas com o mesmo diagnóstico se comportam diferentemente sob diferentes condições, dependendo de sua idade e gênero, ambiente de vida, história pessoal, situação cultural e participação na estrutura social (15). A literatura sobre esta área tem recomendado que novas pesquisas sejam realizadas para identificar os subgrupos de alto-risco entre os pacientes esquizofrênicos (4).

Estudos objetivos e sistemáticos da relação entre doença mental, violência e periculosidade são cruciais para a formulação de políticas apropriadas e efetivas para o aparelhamento dos serviços de saúde mental. Isto também é central no debate sobre o uso apropriado da internação involuntária, nos controles populacionais baseados na comunidade contra a violência entre pessoas com doença mental e na necessidade de compreender as conseqüências da desinstitucionalização. Na era da pós-desinstitucionalização, as atitudes negativas da comunidade e os medos têm sido citados como os persistentes obstáculos para se atingir os objetivos de um tratamento baseado na comunidade (7).

Um fator importante a ser considerado sobre a questão da violência e da doença mental é a diferença que existe no grau de desenvolvimento econômico e cultural entre os países. A maioria dos estudos tem sido produzida em países desenvolvidos:

“A evidência de uma associação entre esquizofrenia e violência está baseada quase exclusivamente em estudos conduzidos em países desenvolvidos” (16).

Estudos realizados nos países em desenvolvimento são pouco passíveis de localização na literatura internacional. Estes estudos têm geralmente apontado para a existência de alguma associação entre violência e transtornos mentais (16, 24, 25).

O presente estudo foi feito nesta perspectiva da necessidade de investigações na área de interface da saúde mental e seus transtornos com a violência em países em desenvolvimento, utilizando dados relativos a pacientes internados em um hospital forense de custódia e tratamento para doentes mentais infratores no Brasil.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura a seguir apresentada se inicia com uma seção sobre os principais tipos de estudos epidemiológicos existentes sobre a relação entre saúde mental e esquizofrenia e o comportamento violento ou criminal.

A seguir, a literatura científica sobre os fatores que têm sido associados com a violência em pessoas portadoras de esquizofrenia será apresentada.

Inicialmente, serão mencionados os fatores sócio-demográficos implicados com comportamentos violentos. A revisão continua a seguir com os principais fatores clínicos estudados.

O trabalho prosseguirá com a apresentação de fatores sócio-familiares associados. A relação entre a realização de tratamento e o comportamento violento será então abordada.

Finalizando, serão apresentados os objetivos que nortearam a realização da pesquisa.

2.1. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL, ESQUIZOFRENIA E VIOLÊNCIA

A maioria dos estudos epidemiológicos existentes abordou a relação da doença mental em geral com a violência. Embora muitas vezes o papel da esquizofrenia tenha sido destacado, há menos trabalhos na literatura versando especificamente sobre a relação da esquizofrenia com o comportamento violento (13). A maior parte destes estudos foi realizada com pacientes em tratamento psiquiátrico. Os serviços onde foram realizados eram geralmente psiquiátricos, mas também psiquiátrico-forenses, assim como foram realizados estudos em prisioneiros e nas comunidades.

2.1.1. BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS NA ÁREA

Estudos iniciais, realizados nas décadas de 30 e 40, tendiam a utilizar como critério de avaliação da violência ou da criminalidade de pacientes com transtornos mentais as taxas de prisão. Estas pesquisas mostravam que estas taxas entre os esquizofrênicos eram iguais ou menores do que as da população geral (13). Entretanto, a literatura sobre crime e doença mental era esparsa e contraditória. Estudos feitos no Estado de Nova Iorque em 1922, 1930 e 1938, referiram taxas de prisão mais baixas entre pacientes após a alta do que na população geral. Um estudo feito em Connecticut em 1945 concordou com os achados de Nova Iorque. Na década de 60, estudos mais extensivos começaram a ser produzidos. Num deles, realizado com 10.247 pacientes masculinos que haviam tido alta entre 1946 e 1948, foi verificado que as taxas de prisões em geral dos ex-pacientes eram menores do que as da população em geral, mas as taxas de delitos graves eram mais altas (22).

Os estudos após 1965 demonstraram que as taxas totais de prisões de pacientes com transtornos mentais eram iguais ou superiores a essas mesmas taxas na população geral (13). Seguindo o movimento rumo ao tratamento desinstitucionalizado dos transtornos mentais graves, os relatos começaram a documentar um aumento dramático nas taxas de prisões de pacientes com transtornos mentais, incluindo prisões por delitos violentos (5). Posteriormente, estes estudos foram questionados por seus problemas metodológicos, não se podendo estabelecer relações de causalidade baseadas em estudos de taxas de prisões, pois estas são influenciadas por outros fatores que não a doença mental (5, 26, 27).

Em uma revisão realizada sobre o tema em 1986, sobre treze trabalhos publicados entre 1963 e 1982, o diagnóstico mais freqüentemente associado com violência foi esquizofrenia. Os esquizofrênicos como grupo tendiam a ser mais violentos do que pacientes com outros diagnósticos, seguidos por pacientes com transtornos de personalidade e síndromes orgânico-cerebrais (18). Estudos mais recentes mostraram que na realidade os grupos diagnósticos mais propensos à violência são os transtornos de personalidade e os transtornos por abuso de substâncias (28).

Assim, estudos anteriores à década de 90, embora mostrassem a ligação entre doença mental e violência, tiveram fraquezas metodológicas importantes, tornando seus resultados duvidosos (29). Estudos mais recentes têm mostrado taxas de prisão maiores do que as da população geral, e outros, maiores taxas de prisões por certos tipos de delitos (13).

Resumindo, os estudos têm sido aperfeiçoados com o tempo. Há três períodos de estudos principais: até a década de 60, décadas de 70 e 80 e da década de 90 em diante. Os estudos iniciais tendiam a não apresentar dados no sentido de uma relação entre doença mental e violência, baseando-se mais em taxas de prisões. Nas décadas de 70 e 80, os estudos passaram a ser predominantemente sobre as taxas de

condenação de doentes mentais, ou a doença mental de criminosos, portando vários vieses, e passando a mostrar maiores dados no sentido de uma associação. A partir da década de 90, começaram a surgir os grandes estudos de base populacional, inicialmente contando com dados de registros criminais e de internações. Mais ao final da década, passaram a incluir dados de violência e doença mental coletados diretamente na comunidade. Estes estudos produzidos no final do século XX buscaram associações da violência não apenas com patologias específicas, porém com tipos de sintomas e situações interpessoais predisponentes.

De modo geral, as pesquisas realizadas utilizaram metodologias que podem ser classificadas em três abordagens principais: 1) a prevalência de violência entre esquizofrênicos e outros doentes mentais que receberam tratamento no sistema de cuidados psiquiátricos; 2) o estudo da prevalência de doença mental entre pessoas que cometeram atos violentos e que de alguma forma tiveram contato com a justiça; 3) estudos na comunidade, de base populacional, muitos deles com delineamentos do tipo de coorte, investigando a prevalência tanto de transtornos psiquiátricos como de comportamento violento (7, 9).

2.1.2. ESTUDOS SOBRE A VIOLÊNCIA EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

A maior parte dos estudos sobre a relação entre a violência e as doenças mentais, particularmente a esquizofrenia, foi realizada com pacientes em tratamento psiquiátrico, principalmente hospitalar (9).

Uma das abordagens utilizadas, principalmente em estudos mais iniciais, era a análise de taxas de prisões (ou detenções) de pacientes psiquiátricos. Um estudo americano, exemplificando este tipo de trabalho, estudou as taxas de prisão de

867 pacientes internados no hospital de Bellevue, Nova Iorque, entre 1969 e 1971, comparando com a população da área de atendimento do hospital. As taxas de prisões dos pacientes nos dois anos precedentes e nos dois anos subsequentes à internação foram mais altas do que a da população geral da área, tanto em termos da taxa geral de delitos, como de delitos violentos (22).

Estes estudos eram sujeitos a problemas metodológicos de várias naturezas (7, 9, 18, 26), pois as taxas de prisões não parecem ser indicadores adequados por várias razões. Os pacientes tendem a não ser presos por transgressões leves (10, 27), embora eles possam ser mais presos do que pessoas sem transtornos mentais por se comportarem agressivamente com maior frequência (10) ou preocuparem a polícia (30).

Um estudo foi realizado na Inglaterra com o propósito de verificar se os agressores mentalmente doentes estavam ou não mais sujeitos a ser presos. Noventa e um criminosos mentalmente doentes, e 76 não doentes, do sexo masculino, foram questionados sobre circunstâncias do delito e sua posterior prisão. A maioria dos homens mentalmente doentes foi presa na própria cena do crime, e mais do que um quarto do grupo esquizofrênico tinha se entregue à polícia (31). Em outro estudo, feito com homicidas psicóticos, a maioria dos pacientes permaneceu à cena de crime ou chamou ajuda (20). Pareceu haver uma relação entre a característica de isolamento social do paciente com esquizofrenia e as circunstâncias em que os delitos foram cometidos, bem como a forma como foram presos. A incompetência social e o estado debilitado dos pacientes com esquizofrenia os fazia vulneráveis a detecção e a prisão. Este fenômeno lhes torna desproporcionalmente sujeitos a ser descobertos (31), o que pode levar a errôneas conclusões sobre maior violência com este parâmetro de avaliação (26).

Por outro lado, também é possível que em alguns casos a polícia possa não prender os pacientes psiquiátricos, particularmente quando os delitos não são

sérios. Assim, é muito difícil saber-se com certeza se os pacientes psiquiátricos têm maior ou menor probabilidade de serem presos do que as demais pessoas:

“A aparentemente maior criminalidade de pessoas mentalmente doentes encontrada em estudos de taxas de prisões pode ser um artefato da tendência das pessoas mentalmente doentes de ser presas, mais do que uma tendência em direção à criminalidade per se” (26).

Um outro tipo de estudos é o da violência em contextos hospitalares. Estes estudos tendem a verificar a existência de atos violentos nos dias precedendo a admissão, durante a hospitalização, ou após, consistindo estes últimos de estudos de seguimento para eventos violentos após a alta. Estes estudos também podem estar sujeitos a problemas metodológicos de várias naturezas (9, 11, 18). Pode haver margem para vieses, pois, dentre outros fatores, muitas vezes a violência é um dos critérios para a própria internação, e, assim, aqueles que são violentos são encontrados com maior frequência nos hospitais (15). Em estudos de pacientes hospitalizados, estes vão para o hospital muitas vezes pelo próprio comportamento violento; para receberem alta, por outro lado, um dos critérios utilizado é a melhora do próprio comportamento violento (9).

Apesar disso, estes estudos tendem a ser feitos com taxas de condenações de pacientes que foram - ou estão - internados. Estas taxas são consideradas melhores indicativos do que as taxas de prisões, pois resultam de processos judiciais na maioria das vezes cuidadosos (9).

Um estudo de criminalidade de pacientes hospitalizados foi conduzido em Zurique, na Suíça, utilizando dados da central de registros criminais do cantão de Berna, no qual foram comparados dados de 1265 pacientes suíços admitidos no Hospital Universitário em Berna com uma amostra populacional da área abrangida pelo hospital. Pacientes femininas sofrendo de esquizofrenia - mas não pacientes masculinos - apresentavam taxas de criminalidade mais altas, porém com pequena diferença. Homens

com doença mental em geral tiveram uma probabilidade 1,8 vezes maior de ser condenados por crimes em geral, e 5,7 vezes maior de terem sido condenados por crimes violentos. Mulheres com transtornos mentais tiveram uma probabilidade 4,1 vezes maior de ser condenadas por crimes em geral, mas não tiveram aumento na probabilidade de cometer crimes violentos. Esta diferença deveu-se principalmente aos transtornos por abuso de substâncias. A esquizofrenia e as doenças afetivas contribuíram somente em uns poucos casos (27).

Um outro estudo realizado na Suíça investigou a prevalência ao longo da vida de comportamento criminoso em uma população de pacientes esquizofrênicos masculinos. Um total de 282 pacientes com esquizofrenia foi dividido em três subgrupos (representando transtorno esquizofreniforme, esquizofrenia aguda e esquizofrenia crônica). O mesmo número de sujeitos-controle foi pareado com os pacientes para sexo, idade, estado conjugal, nível ocupacional e tamanho da comunidade. A listagem total de registros criminais foi usada como medida do comportamento criminal. Os pacientes tiveram probabilidade 5 vezes maior de serem condenados por crimes violentos, 2 vezes e meia maior de serem condenados por crimes contra a propriedade e 3 vezes maior de violarem as leis de drogas. As taxas de criminalidade dependeram não apenas do tipo de delito, como do tipo e do estágio da doença, o qual contribuiu para o comportamento criminoso de forma independente, até certo ponto, dos fatores sócio-demográficos. Os crimes violentos estavam mais intimamente ligados à doença do que os demais tipos de crimes. Foi observado que a violência progredia à medida que a doença progredia (13).

Em um estudo de coorte realizado na Suécia, cuja metodologia tem sido considerada adequada na literatura (11), foram comparadas as taxas de criminalidade de esquizofrênicos com as da população geral. 790 pacientes esquizofrênicos nascidos entre 1920 e 1959, que tiveram alta de hospitais em Estocolmo no ano de 1971, tiveram seus registros da Central de Polícia sueca pelo período de 1972

a 1986 analisados. Após algumas exclusões, o total de pacientes que preencheram os critérios do DSM III para esquizofrenia foi de 644. Estes pacientes foram então seguidos por 14 anos. O risco relativo de crimes foi avaliado por comparação com o número de crimes esperado, o qual foi baseado em estatísticas oficiais. A taxa de crimes em geral entre esquizofrênicos masculinos foi quase a mesma que na população masculina geral, enquanto que entre as mulheres foi duas vezes maior do que a da população feminina geral. A taxa de delitos violentos, entretanto, foi quatro vezes maior entre os pacientes esquizofrênicos. A violência registrada foi quase exclusivamente de pequena severidade (32).

A Finlândia é um país onde várias pesquisas têm sido realizadas sobre este tema. Em um estudo, foram coletados dados de 93 agressores com esquizofrenia dentre 1423 presos durante um período de 12 anos. Cerca de dois terços destes pacientes considerados não culpados em função de insanidade foram tratados em um hospital de segurança máxima, o Hospital Niuvanniemi. Cálculos das razões de chances revelaram que o risco de cometer um homicídio era aproximadamente 10 vezes maior, entre os pacientes com esquizofrenia de ambos os gêneros, do que na população geral (33). Um outro estudo no mesmo país revelou que a esquizofrenia aumentava em 8 vezes a razão de chances de violência homicida em homens, e 6,5 vezes em mulheres (4).

Um estudo conduzido na Inglaterra, em Camberwell (área metropolitana de Londres), com 538 casos incidentes de esquizofrenia, mostrou que não houve um aumento global de delitos para os pacientes masculinos, mas um aumento específico de condenações por crimes violentos. Entretanto, neste mesmo estudo, as mulheres com esquizofrenia tiveram uma taxa de delitos aumentada em todas as categorias de crimes. Através de procedimentos de regressão logística, ficou demonstrado que, quanto ao risco de receber uma primeira condenação, a presença de

esquizofrenia produziu um efeito independente, mas modesto, de aumento neste risco. Entretanto, o efeito de variáveis demográficas como gênero, abuso de substâncias e idade de início foi mais significativo (19).

A Inglaterra possui três hospitais de segurança máxima: Broadmoor Hospital, Rampton Hospital e Ashworth Hospital. No ano de 2000, conforme um relatório oficial, a população total destes três hospitais era de 1292 pacientes, sendo 1097 homens e 195 mulheres (34). Alguns estudos têm apresentado o conceito de “homicídio anormal”, definido como aquele em que é encontrada insanidade, assassinato seguido por suicídio (*suicide murder*), diminuição de responsabilidade ou infanticídio (20). É uma categoria de especial interesse para a Psiquiatria Forense, e responde por cerca de um terço do total de homicídios na Inglaterra (20). Embora as comparações nas estatísticas de homicídio sejam influenciadas por variações nas definições e nos critérios legais, as taxas de homicídio anormal em diferentes países tendem a ser similares. A maioria dos estudos indica que os agressores são usualmente homens, mais velhos e sofrendo de esquizofrenia ou transtornos afetivos. As vítimas costumam ser membros da família (20).

Dois estudos ingleses sobre homicídio anormal foram realizados em dois destes hospitais especiais, Rampton e Ashworth (20, 35). O primeiro destes estudos, feito em 1993, abordou características clínicas, criminológicas e demográficas em uma população de 83 pacientes masculinos condenados por homicídio, e internados no Rampton Hospital. Tipicamente, os pacientes tinham uma origem social desvantajosa, com pobres registros de emprego, uma história anterior de comportamento agressivo e diagnóstico de esquizofrenia. Normalmente as vítimas eram conhecidas do paciente e freqüentemente vinham do círculo de familiares e amigos. Só 25% dos pacientes estavam recebendo tratamento na época do delito (35). No segundo estudo, feito no Ashworth Hospital, em Liverpool, uma amostra de 120 pacientes masculinos, cujo principal delito era um homicídio, foi examinada. A esquizofrenia foi o diagnóstico mais

freqüentemente encontrado. Alguns fatores foram importantes para distinguir homicídio psicótico de não-psicótico: os homens psicóticos tiveram uma menor probabilidade de ter uma história anterior de criminalidade e abuso de substâncias do que os seus pares não-psicóticos. Por outro lado, eles tiveram maior probabilidade de ter tido contato prévio com serviços psiquiátricos e de suas vítimas ser conhecidas. A maioria de agressores psicóticos permaneceu à cena de crime ou prestou ajuda, em comparação com o grupo de homicidas não-psicóticos (20).

Estudos sobre a criminalidade e a violência de pacientes esquizofrênicos ambulatoriais são mais raros. O ambiente de tratamento ambulatorial é muito diferente daquele representado pela vida no hospital, incluindo a maior possibilidade de abuso de substâncias na comunidade (36).

Embora a ampla maioria dos estudos que podem ser encontrados ao se revisar a literatura seja originada em países desenvolvidos, alguns têm sido realizados também em países em desenvolvimento. Uma pesquisa realizada em Papua, Nova Guiné, mostrou os dados de todos os 64 doentes mentais com antecedentes penais enviados para um hospital psiquiátrico (Laloki Psychiatric Hospital – o único do país) entre janeiro de 1971 a maio de 1996. Este país é formado por 600 ilhas, com 4 milhões de habitantes, os quais falam 900 idiomas. O total de prisioneiros no país era de 3500 pessoas na época da pesquisa. Transtornos mentais graves, como esquizofrenia (27 entre 64 casos), foram a causa mais comum de crimes violentos, como homicídio (25).

Em síntese, a maioria dos trabalhos deste grupo (4, 13, 19, 27, 32, 33), mostrou taxas maiores de delitos entre pacientes esquizofrênicos do que entre a população geral. Em alguns, a diferença aconteceu em delitos em geral (13, 27), em outros somente por delitos violentos (19, 32), de maior gravidade (19), ou especificamente quanto às taxas de homicídios (4, 20, 33, 35). Também houve pesquisas que não mostraram diferenças (5). Os diagnósticos mais comuns associados com o

comportamento violento são, além da esquizofrenia, transtornos de personalidade, transtornos cognitivos e transtornos relacionados ao uso de álcool. A história de violência permanece o parâmetro mais importante para identificar o paciente que tende a tornar-se mais violento durante a hospitalização (37).

2.1.3. ESTUDOS SOBRE A PSICOPATOLOGIA ENTRE INDIVÍDUOS QUE COMETERAM CRIMES

Estudos com populações de pessoas que tenham cometido crimes são outra forma importante de abordar a questão da violência e da doença mental.

Os estudos incluem: 1) estudos que estimaram a prevalência de transtornos em ambientes prisionais; 2) estudos analíticos diagnósticos sobre transtornos mentais e violência em indivíduos em processo de avaliação das condições mentais anteriores ao julgamento; 3) seguimento de criminosos liberados na comunidade; e 4) pesquisas em populações de indivíduos homicidas (7, 9). A maioria destes estudos tem sofrido de múltiplos problemas metodológicos, incluindo problemas de amostragem e diagnóstico (7).

Um exame dos registros de todos os 1241 homens doentes e violentos presos na prisão de Brixton, Inglaterra (ou seja, 45% de um total de 2743 prisioneiros) sugeriu uma tendência na polícia de considerar os homens como excepcionalmente perigosos simplesmente por causa de sua doença mental. Assim, o preconceito policial, se existente, também pode levar a uma chance maior dos pacientes serem presos por seus crimes do que pessoas da população geral (30). Uma outra pesquisa publicada na Inglaterra com estes mesmos registros dos prisioneiros masculinos mostrou uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos. Do total de 2743

homens que entraram na prisão, 246 (9.0%) mostraram sintomas principais de doença psiquiátrica e outros 237 (8.6%) sintomas de retirada de drogas ou álcool. 237 homens (8.7%) foram considerados psicóticos. Destes, 166 (70%) eram esquizofrênicos. Ainda assim, a prevalência de esquizofrenia entre homens condenados por homicídio pode até mesmo ser subestimada, o que também pode ocorrer com relação à prevalência de psicoses afetivas e possivelmente com outras anormalidades psiquiátricas, uma vez que há uma incidência significativa de suicídio simultâneo em tais homens (suicídio cometido imediatamente após o homicídio) (38).

Nos Estados Unidos, um estudo foi conduzido para se obter dados epidemiológicos de transtornos psiquiátricos de mulheres em prisões. Entrevistadores avaliaram uma amostra randomicamente selecionada e estratificada de 1272 detentas femininas que aguardavam julgamento em Chicago. Foram tabuladas as prevalências de transtornos mentais e outras variáveis, e comparadas com as taxas gerais da população feminina através de dados epidemiológicos gerais. Mais de 80% da amostra preencheu critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos. Os transtornos mais comuns foram abuso ou dependência de álcool e drogas, transtornos de estresse pós-traumático e episódios depressivos. As taxas de prevalência para todos os transtornos mentais foram significativamente mais altas do que a taxa geral destes transtornos na população, com exceção de esquizofrenia, não tendo este estudo mostrado diferenças quanto a presença deste transtorno (39).

Os resultados de vários estudos de indivíduos prisioneiros e criminosos homicidas sugeriram que a prevalência de transtornos psiquiátricos em geral é mais alta entre os criminosos do que na população geral (38, 40), principalmente o transtorno anti-social (41), transtornos por abuso ou dependência de álcool e drogas (39) e transtornos de estresse pós-traumático (39). Neste subgrupo de estudos especificamente sobre homicídio, alguns autores concluíram que em países com baixa

taxa de criminalidade geral os transtornos mentais aparecem tendo uma relação estatística com comportamento homicida (17, 28), havendo subgrupos especiais dentre os quais o risco destes comportamentos é muito alto (42) (43).

Na Finlândia, um estudo com dados de 693 homicidas revelou que a esquizofrenia aumentou em 8 vezes a razão de chances de violência homicida em homens e 6,5 vezes em mulheres. Entretanto, o transtorno de personalidade anti-social foi mais associado com homicídio, pois aumentou estes índices em 10 e 50 vezes, respectivamente (4). Num outro estudo realizado na Finlândia, foram revisados os registros judiciais de 127 mulheres homicidas que foram presas durante um período de 13 anos (1980 a 1992). As mulheres homicidas tiveram razões de chances 10,8 vezes maiores para esquizofrenia do que a população geral. A presença de uso de álcool associado aumentou esta diferença. Os transtornos que especificamente apresentaram maiores riscos foram dependência/ abuso alcoólico, e transtorno anti-social. Em um terceiro estudo finlandês, foi avaliada a prevalência de transtornos mentais e deficiência intelectual entre todos os indivíduos que cometeram homicídio na Finlândia em um período de um ano. A maioria dos pacientes foi submetida a uma extensa avaliação psiquiátrica, que é rotineira naquele país. Concluíram que o grupo dos transtornos mentais maiores consiste de transtornos que têm associações muito diferentes com o comportamento homicida. Enquanto que homens com esquizofrenia tiveram um risco de cometer um homicídio de 7 vezes, aqueles com doenças afetivas tiveram um risco somente 2 vezes maior. O estudo mostrou que o transtorno de personalidade anti-social era o mais importante transtorno associado com o comportamento homicida (28).

Com relação a homicidas reincidentes, ainda apresentando dados de estudos da Finlândia, um outro estudo mostrou que, em 13 casos estudados, todos sofriam de doenças mentais; a maioria tinha transtorno anti-social de personalidade, mas alguns indivíduos nesta situação tinham esquizofrenia (44). Um estudo dinamarquês com

homicidas reincidentes teve resultado diferente: igualmente com 13 participantes, nesta pesquisa foi revelada a presença de psicose na maioria dos casos (17).

Mesmo em países em desenvolvimento, alguns estudos têm mostrado taxas altas de psicose e esquizofrenia entre homicidas (24). Um estudo foi realizado na Argélia através da pesquisa de 3984 avaliações psiquiátricas feitas em um período de 23 anos. Dos 200 casos de homicidas psicóticos, em 109 foi feito o diagnóstico de esquizofrenia ou “episódios esquizofrênicos agudos”. No trabalho, as solicitações para avaliação psiquiátrica em casos criminais geralmente acontecem em três situações: 1) quando o tipo de crime ou contravenção sugere uma doença mental; 2) quando a história prévia do indivíduo é indicativa de doença mental; 3) quando o comportamento do sujeito, durante o julgamento ou na prisão, é sugestivo de doença mental (45).

Foi realizado um estudo no estado do Rio Grande do Sul sobre o diagnóstico de transtorno de personalidade anti-social na população prisional. Mil presos foram avaliados entre os anos de 1992 e 1994, revelando que a prevalência do transtorno foi de 22,6%. A taxa geral de homicídio dos 1000 sujeitos da pesquisa foi de 23,1%. O estudo também apresentou dados referentes a outros diagnósticos psiquiátricos dos demais sujeitos não-portadores de transtorno anti-social. Encontrou-se uma prevalência de transtornos psicóticos de apenas 0,7%. Cabe ressaltar que os pacientes do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) não foram incluídos na amostra, desta forma reduzindo a real percentagem de psicose no conjunto da população carcerária (41).

Em resumo, alguns destes estudos mostraram que as taxas de esquizofrenia nas populações prisionais foram semelhantes às da comunidade (13, 39), e outros que as taxas de prevalência do transtorno foram maiores do que na comunidade (4, 11, 28, 38, 43, 45), especialmente quando a esquizofrenia estava associada com transtornos por abuso de substâncias (13).

2.1.4. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS NA COMUNIDADE SOBRE ESQUIZOFRENIA E VIOLÊNCIA

Este é o grupo de pesquisas mais importante e metodologicamente menos sujeito a problemas. Tais pesquisas começaram a surgir somente na última década do Século XX, o que pode ser explicado por sua alta complexidade, que requer a utilização maciça de tecnologia de informática para lidar com enormes volumes de informação em grandes bancos de dados. Neste terceiro grupo de estudos há um número menor de publicações (9).

Para examinar a relação entre doença mental e crime, o desenho de pesquisa com menos potenciais fraquezas metodológicas é o que prevê a realização de estudos de coorte prospectivos longitudinais, com coortes não selecionadas. Este *design* limita vieses de amostragem; o uso de registros criminais centrais garante que todas as condenações são compiladas. O uso de registros de hospitalização como indicador de doença mental, entretanto, pode limitar estes estudos, bem como a violência auto-referida, que pode minimizar a violência real (11).

Este grupo pode ser subdividido em três subgrupos: 1) Estudos de encontros entre a Polícia e os cidadãos; 2) Amostras representativas; 3) Outros estudos epidemiológicos (7).

Na primeira categoria, um estudo foi realizado nos Estados Unidos com uma amostra randomizada de 283 oficiais de polícia em suas interações no dia a dia com o público. Um *checklist* de sintomas foi usado para acessar a presença e a severidade de prejuízos psiquiátricos entre aqueles que entraram em contato com a polícia. Os encontros da polícia com indivíduos com uma doença mental aconteceram

infreqüentemente, sendo um evento relativamente raro: dos 2122 encontros, em apenas 85 casos (4%) as pessoas envolvidas com a polícia exibiram sérios sinais de doença mental. Além disso, observou-se que pessoas com transtornos mentais tinham probabilidades apenas levemente maiores do que aqueles sem transtornos de ser suspeitos em um crime ou vítimas de um. Para aqueles que foram considerados suspeitos, o tipo de crime não estava relacionado com a presença ou ausência de transtorno mental. O padrão de crime foi substancialmente similar entre indivíduos com ou sem transtornos mentais. O estudo não mostrou associação significativa entre doença mental e criminalidade (26). O tipo de envolvimento entre a polícia e a pessoa mentalmente doente, está assim descrita no trabalho:

“(...) mais freqüentemente envolvia uma pessoa engajada em um comportamento prejudicial para si mesmo, do que um suspeito enlouquecido cometendo um crime bárbaro (...). Claramente, o oficial de polícia opera, ao menos em alguma extensão, como um ‘psiquiatra das esquinas’ (26).

O segundo subgrupo compreende estudos sobre doença mental e criminalidade em pessoas sem contato documentado com os sistemas psiquiátrico ou judicial, em amostragens populacionais randômicas.

Naquele que se constitui um dos mais importantes trabalhos já publicados na área, realizado nos Estados Unidos (15), foram usados dados do projeto do National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (estudo ECA) para examinar a relação entre violência e transtornos psiquiátricos entre adultos vivendo na comunidade. Os dados relativos a três cidades foram utilizados: Baltimore, Raleigh-Durham e Los Angeles, resultando em um total de 10.059 pessoas. O estudo ECA realizou entrevistas estruturadas com 3.000 a 5.000 pessoas em cada comunidade utilizando o utilizando o Roteiro de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule – DIS*). Este estudo também levantou informações auto-relatadas sobre o

comportamento violento. Os 368 participantes que informaram ter tido comportamento violento no ano precedente (3,7%) tenderam a ser mais jovens, do sexo masculino, e de baixo *status* sócio-econômico. Quanto à presença de um diagnóstico psiquiátrico, mais da metade das pessoas que relatou violência preencheu critérios do DSM-III para um ou transtornos psiquiátricos (55,5%), enquanto que entre os que não relataram, a taxa de diagnósticos psiquiátricos em geral foi de 19,6% (15).

Comparando ambos os grupos com relação à presença de esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme, a prevalência foi de (3,92%) no grupo com violência relatada. Esta prevalência foi cerca de quatro vezes maior do que a dos participantes sem violência (1,03%). Entretanto, no trabalho se afirmou que:

“Contrariando estudos de populações de pacientes, a violência não foi significativamente mais prevalente entre pessoas com esquizofrenia do que com outros transtornos. Ao contrário, os sujeitos com transtornos por uso de drogas ou álcool apresentavam probabilidade duas vezes maior do que aqueles com esquizofrenia de ter comportamento violento informado” (15).

Os resultados desta pesquisa realizada com dados do ECA mostraram claramente que indivíduos na comunidade com transtornos psiquiátricos têm maior probabilidade de se engajar em comportamento violento. Em um outro estudo pode ser observado o seguinte comentário sobre esta pesquisa:

“(...) o achado de uma ligação entre doença mental e violência nos dados do ECA é particularmente relevante, não apenas porque variáveis demográficas foram estatisticamente controladas, mas porque a amostra de sujeitos não foi sujeita a vieses por amostras exclusivamente formadas por pacientes hospitalizados” (29).

Deste modo, os dados do estudo ECA se aproximaram mais de perto das taxas verdadeiras de crime e doença mental na população geral do que estudos prévios com amostras exclusivamente clínicas (29). O estudo mostrou que o medo do

público em relação às pessoas com esquizofrenia vivendo na comunidade é largamente injustificado, embora não totalmente inexistente: 12,7 por cento de todas as pessoas com esquizofrenia relataram comportamento violento durante um ano. Por outro lado, os cidadãos estão em uma chance muito maior de serem assaltados por um alcoolista: 25 por cento daqueles com alcoolismo foram violentos neste estudo (15).

Outros estudos epidemiológicos foram realizados com coortes não selecionadas, sendo considerados como fortes evidências da associação entre violência e doenças mentais graves (46). Dentre eles, destacam-se os estudos longitudinais prospectivos de grandes coortes por nascimento não selecionadas em Estocolmo, Suécia (1992) (11), e na Dinamarca (1996) (10). No primeiro, que incluiu um total de 15.177 pessoas nascidas em Estocolmo em 1953, tanto homens como mulheres com doenças mentais maiores tiveram riscos aumentados de crimes (11). O segundo foi o maior estudo realizado até hoje sobre a ligação dos transtornos mentais com a criminalidade, pois compreendeu a análise de registros médicos de internações psiquiátricas e prontuários judiciais de condenações penais de 324.401 pessoas na Dinamarca, incluindo todas as pessoas nascidas entre 1944 e 1947 naquele país, que tem um dos melhores sistemas de registros criminais do mundo (10). Neste trabalho, pessoas que tiveram uma história de hospitalização psiquiátrica tiveram uma probabilidade maior de ser condenadas por um delito do que pessoas sem história psiquiátrica, vivendo na mesma comunidade. O achado foi válido tanto para homens como para mulheres. Estes estudos, entretanto, abordaram a doença mental em geral, não permitindo análises por diagnóstico, como no caso específico da esquizofrenia (9)

Um outro estudo de coorte de base populacional (40), feito na Finlândia, teve o propósito de examinar o risco de comportamento criminal associado com transtornos mentais específicos. Uma coorte não-selecionada de pessoas cujo nascimento ocorreu em 1966 (N = 12.058) no Nordeste da Finlândia foi prospectivamente

estudada até o final de 1992. A investigação começou durante a gravidez das mães, e os dados nas características dos participantes - dados familiares, de seu desenvolvimento mental e físico, hábitos de vida, morbidade psiquiátrica e antecedentes criminais - foram coletados em vários momentos. Os pacientes esquizofrênicos masculinos tiveram um risco moderadamente mais alto para o cometimento de delitos violentos, mas o risco para outros tipos de crimes não foi significativamente mais elevado. Os resultados sugeriram que a esquizofrenia, mesmo sem abuso de substâncias, pode estar associada com um risco mais alto de delitos (40).

Sintetizando, os estudos epidemiológicos de base populacional trouxeram evidências mais consistentes sobre a interligação dos transtornos psíquicos com a criminalidade e a violência, mostrando a maioria dados no sentido de uma associação (10, 40, 47). Ao contrário do que se pensava, a esquizofrenia não é a grande responsável pela violência, estando largamente suplantada pelos transtornos de personalidade e abuso de álcool e drogas (29).

Assim, estudos com diferentes metodologias e populações indicam que uma associação entre doenças mentais e violência parece existir, porém a natureza exata da associação permanece indeterminada (7, 9) . Problemas metodológicos em muitas das pesquisas realizadas têm sido apontados por vários autores (7, 9, 18), dificultando a demonstração de uma relação de causalidade (7), principalmente no caso da esquizofrenia. Entretanto, quanto à associação dos transtornos por uso de substâncias e do transtorno de personalidade anti-social com o comportamento violento, os autores parecem estar chegando a um consenso (4, 7, 9, 20, 27, 28).

2.2. APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES DESCRITOS EM ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS COMO POTENCIALMENTE ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA EM PESSOAS PORTADORAS DE ESQUIZOFRENIA

“Um outro, também esquizofrênico paranóide, sentindo-se prejudicado e perseguido pela mãe, atendendo ao que as alucinações auditivas diziam, entrou no banheiro no momento em que ela tomava banho. Matou-a com várias facadas. Depois, cortou o corpo em pedaços, recolheu as partes com vassoura e pá, colocou-as em sacos plásticos próprios para ensacar lixo e jogou pela lixeira do prédio onde morava. Instado a falar sobre o delito, relata que a mãe o perseguia, que merecia morrer e que cortou o corpo em pedaços, ensacou e jogou na lixeira para fazer uma faxina na casa”.

Guido Palomba, 1996 (48).

A pessoa portadora de esquizofrenia – como de resto qualquer pessoa com algum transtorno mental - está sujeita a dois grandes grupos de fatores associados ao risco para a violência: fatores gerais populacionais, que acometem de forma maior ou menor às pessoas em um determinado país ou uma determinada cultura, e fatores específicos ligados à doença. Um exemplo de um fator geral populacional que aumenta o risco de cometimento de homicídios é a posse de armas de fogo (4). Um exemplo de um fator específico da doença é o papel desempenhado pela sintomatologia paranóide dos pacientes esquizofrênicos (49).

A previsão de criminalidade é influenciada pelo gênero, classe social, etnicidade e muitos fatores sociais, incluindo o grau de desenvolvimento de um país. A

esquizofrenia pode ser um fator de risco adicional. Entretanto, a contribuição feita por aqueles indivíduos com esquizofrenia, em termos populacionais, para a criminalidade, é pequena (19). Quando comparado com a magnitude do risco associado à combinação de transtornos de personalidade, gênero masculino e abuso de substâncias, o risco das doenças mentais maiores como esquizofrenia é menor (9). Este risco dependerá, como dito antes, do perfil criminal geral de cada país.

Assim, muitos dos fatores associados com a violência na população geral são também encontrados nas populações psiquiátricas, incluindo variáveis como sexo (homens mais violentos do que mulheres) (18, 49), idade (pacientes mais jovens mais violentos do que mais velhos) (18, 49), violência ou criminalidade prévia (49), história familiar (18), residência urbana (49) e história de ter sido abusado quando criança (18).

Conforme as Diretrizes no Tratamento da Esquizofrenia, da Associação Americana de Psiquiatria, publicadas no Brasil em 2000, sobre o comportamento violento:

“Os fatores gerais de risco para a violência na esquizofrenia incluem detenções anteriores; abuso de substâncias; presença de alucinações, delírios ou comportamentos bizarros; presença de prejuízo neurológico; ser homem, pobre, sem qualificação ocupacional, sem educação ou sem companheiro” (50).

A interação entre fatores sociais e psicopatológicos, por outro lado, nem sempre tem por resultado uma potencialização de ambos. Um exemplo disto pode ser observado pelo resultado de um estudo inglês, onde o uso incomum de armas de fogo em homicídios cometidos por pessoas com transtornos mentais provavelmente deveu-se a uma disponibilidade geral mais baixa entre os pacientes para armas de fogo do que para a população em geral (35). Pessoas mentalmente enfermas teriam maiores

dificuldades em obter uma arma de fogo, o que acabaria por reduzir, em termos da população de pacientes, a letalidade de suas condutas violentas.

Uma identificação precisa do risco que uma pessoa mentalmente enferma tem de vir a produzir danos, a previsão de criminalidade ou avaliação de periculosidade, é um tema essencial na legislação relativa à saúde mental (7). Entretanto, *“a violência interpessoal é um fenômeno complexo com causas múltiplas, notoriamente difícil de prever em casos individuais”* (6).

Entretanto, à medida que o sistema de saúde continua a transferir a responsabilidade e os custos de instalações hospitalares para programas baseados na comunidade, os cuidadores enfrentam uma pressão aumentada para efetivamente tratar e sustentar pessoas com transtornos mentais graves em ambientes menos restritivos. Há uma necessidade de dados epidemiológicos precisos e específicos, combinados com estudos de efetividade de tipos de tratamento em ambientes comunitários (6).

Alguns estudos nesta área abordaram a influência tanto de fatores sociais como clínicos. O estudo baseado nos dados do ECA, por exemplo, mostrou, através de procedimentos de regressão logística, que para pessoas vivendo na comunidade, ser do sexo masculino, ser jovem, possuir baixo nível sócio-econômico, ser abusador de substâncias e ser portador de uma doença mental maior são fatores preditores significativos para comportamento violento (15). Outros estudos apresentaram maiores resultados em termos da influência de aspectos clínicos. Dentre os possíveis fatores clínicos associados à criminalidade e doença mental, correlações podem ser feitas entre ausência de tratamento ativo, delírios, não aderência à medicação, abuso de substâncias (13, 15).

Estudos mais iniciais tendiam a mostrar mais a influência dos fatores sócio-demográficos gerais sobre a criminalidade (49). Um estudo indicou que fatores sociais contribuem de forma independente para o comportamento criminal e não podem

ser excluídos (13). Entretanto, pesquisas mais recentes têm enfatizado mais os aspectos clínicos e de relacionamento sócio-familiar dos pacientes com esquizofrenia e ou outras doenças mentais (6, 52). Métodos de regressão logística têm sido utilizados com freqüência com o objetivo de controlar as influências mútuas de complexos arranjos de variáveis. Um exemplo destes estudos contemplando as interações entre fatores sociais e clínicos é uma pesquisa norte-americana com 133 pacientes esquizofrênicos ambulatoriais, realizada em Massachusetts. O comportamento hostil em um período de 6 meses foi avaliado, estando presente em pouco mais da metade dos casos (52%). Foi aplicado um modelo de regressão logística múltipla, o qual identificou seis variáveis - instabilidade de moradia, alucinações ou delírios, diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, falta de depressão, uso de álcool e comportamento bizarro - como responsáveis por cerca de 50% da hostilidade observada (36).

De qualquer modo, parece haver consenso entre os vários autores de que a violência é um fenômeno multicausal, onde interagem variáveis de diversas naturezas. Assim, os fatores sócio-demográficos, gerais da população, e clínicos, particulares de cada doença, interagem para produzir a conduta agressiva.

2.2.1. FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nesta seção serão examinados os principais fatores sócio-demográficos em relação com o comportamento violento ou criminal dos pacientes portadores de esquizofrenia.

2.2.1.1. Gênero

Diferenças no perfil delituoso entre os sexos foram achadas em vários estudos, sendo que alguns mostraram taxas de crimes globalmente aumentadas nos indivíduos masculinos (4, 13), outros que as taxas seriam similares tanto para pacientes do sexo masculino, como do sexo feminino, e ainda outros que mostraram que pacientes femininas - mas não pacientes masculinos - sofrendo de esquizofrenia apresentavam taxas de criminalidade geral mais altas, mas com os homens respondendo mais pelos crimes violentos (19, 27). Há estudos mostrando que tem havido um aumento proporcionalmente maior no número de mulheres em relação ao de homens na população carcerária. Citando dados do Departamento de Justiça dos Estados Unidos, um destes estudos afirmou que a população feminina na prisão cresceu 138% entre 1983 e 1989, enquanto que a população masculina aumentou 72,7% no mesmo período. Também foi colocado que as mulheres na prisão tendem a ter maiores desvantagens, podendo ter menos serviços a sua disposição (39).

Um estudo dinamarquês mostrou que a tendência maior dos homens de cometer crimes, em relação às mulheres, é também encontrada entre os portadores de psicoses (17).

Em um estudo americano, a violência foi mais cometida por homens e mais dirigida às mulheres (52). Sessenta por cento dos atos agressivos foram de homens contra mulheres, e somente 10% de homens contra homens. Homens e mulheres, por outro lado, ameaçaram parentes e não parentes em igual proporção, porém o engajamento das mulheres em atos violentos foi mais comumente dirigido contra os parentes (52).

Estudando dados do ECA, pesquisadores verificaram que a taxa de violência auto-referida entre homens (5,29 %) foi duas vezes maior do que entre as mulheres (2,21%) (15).

Assim, a diferença entre os gêneros quanto à criminalidade, com maiores índices gerais de crimes entre os homens, não se transporta diretamente para as populações com transtornos psíquicos, nas quais este perfil pode se alterar. Entre pessoas portadoras de esquizofrenia, como visto acima, as mulheres podem ter índices de criminalidade violenta superiores aos dos homens.

2.2.1.2. Idade

Com relação à idade, um estudo verificou que quanto menor a faixa etária dos participantes, maior a violência auto-referida, sendo isto verdadeiro para ambos os sexos. Entre homens, a taxa de violência entre os 18 e os 29 anos foi de 7,34%, enquanto que entre 30 e 44 anos foi de 3,59%, caindo para 1,22% entre 45 e 64 anos e menos de 1 % acima de 65 anos. Esta progressão mostrou-se muito semelhante para as mulheres (15). O comportamento criminal em um outro estudo aconteceu antes da idade de 18 anos em mais da metade dos casos. O comportamento criminal dos portadores de doenças mentais maiores apareceu freqüentemente na adolescência, bem

antes do transtorno mental ser diagnosticado (11), o que não foi um dado específico para esquizofrenia. Um estudo com pacientes esquizofrênicos mostrou que os pacientes com criminalidade tinham idade menor do que aqueles sem criminalidade (13).

Aqui, se verifica uma semelhança da população portadora de esquizofrenia com a população geral, onde a tendência é que a violência se manifeste com maior intensidade em idades mais jovens. As razões, entretanto, podem diferir: um jovem não-doente pode, em sua adolescência, ao entrar contato com a sociedade e as limitações que impõe, buscar grupos marginalizados ou o uso de drogas, o que o aproximará da violência. Um jovem portador de psicose, embora possa passar pelo mesmo processo, tem um fardo adicional, que é o fato de ser nesta idade o início da própria doença.

2.2.1.3. Etnicidade

A origem étnica ou racial é um fator bastante controverso, pois está muito sujeito a vieses de confusão, como o *status* sócio-econômico. Alguns estudos mostraram diferenças nesta área (23, 39), outros não (15). Em uma pesquisa, foram encontradas taxas maiores de doenças mentais entre pessoas da etnia branca não-hispânica em uma população de mulheres detentas aguardando julgamento. O dado foi explicado pelo fato de que afro-americanos e hispânicos têm taxas de prisão mais altas do que os brancos e são mais pobres. Assim, as minorias, tendo ou não transtornos psiquiátricos, tem dificuldades para contratar advogados e sair mais rapidamente da prisão, enquanto que pessoas brancas com doença mental podem ser economicamente similares às minorias: muito pobres para contratar advogados e sair mais rapidamente da prisão. Isto explicaria as taxas mais elevadas de doença entre as detentas brancas

presas (39). Em um outro estudo norte-americano, um efeito da interação entre etnia e vitimização foi relatado. Dentre os fatores sócio-demográficos, apenas a combinação de ter sido vítima de crime e ser de origem afro-americana foi significativa, sugerindo que o ambiente imediato no qual as pessoas de origem afro-americana gravemente doentes vivem, e a natureza violenta deste ambiente, explica muito de seu risco de violência (23).

Do mesmo modo que as demais pessoas da população, o portador de transtornos mentais poderá ser vítima de preconceito e discriminação em função de sua etnia. Em realidade, é possível inclusive que venha a sofrer duplo preconceito: pela etnia e pelo transtorno mental. Tal situação poderia agravar sua condição de vida, limitando-lhe, por exemplo, o acesso a trabalho, e predispondo a comportamentos desviantes ou agressivos.

2.2.1.4. Situação sócio-econômica

A situação sócio-econômica tem sido associada a comportamento violento, particularmente entre jovens (15). Pacientes cronicamente doentes com funcionamento social prejudicado tendem a integrar o mais baixo estrato econômico da sociedade, onde o comportamento criminal é mais prevalente. Isto pode mascarar o real efeito da doença mental (32). Assim, pessoas com transtornos mentais persistentes podem estar com um risco aumentado de cometer atos de violência devido aos fatores sócio-econômicos e ao seu modo de vida mais do que por suas doenças mentais. Uma pesquisa de base populacional examinou, dentre outras variáveis, a associação entre baixo status sócio-econômico e criminalidade. Tanto em homens como em mulheres sem transtornos mentais, houve uma relação altamente significativa entre o baixo *status* sócio-econômico da família de origem e a criminalidade do participante. Suas famílias

também tiveram de recorrer mais a fundos de assistência social. Entretanto, entre os portadores de doenças mentais maiores, não houve relação entre o baixo *status* sócio-econômico e a criminalidade (11). Em um outro estudo, o grupo de homicidas psicóticos foi proveniente de ambientes mais transtornados e poucos tinham tido sucesso acadêmico e profissional (20). Uma outra pesquisa abordou também o baixo nível sócio-econômico como associado a um risco mais alto de comportamento criminal, embora levemente: para indivíduos da classe sócio-econômica mais baixa, as razões de chances eram de 1,5 para aqueles com doença mental, e 1,3 para os não doentes (40).

A violência cometida por pessoas com doença mental freqüentemente ocorre dentro de um contexto de altas limitações sociais, dependência financeira e um ambiente interpessoal que pode realmente ser ameaçador – seja para alguém que sofre de delírios ou não (52).

2.2.1.5. Grau de integração social

O grau de integração social é um fator também citado como associado a comportamentos violentos. Em uma pesquisa, pacientes esquizofrênicos com criminalidade tiveram menor nível de integração social (avaliado por desemprego e falta de lar) do que os pacientes esquizofrênicos sem criminalidade. Isto pareceu ser explicado pelo fato de que a agudização de sintomas poderia estar relacionada não só com o comportamento criminal, mas também influenciando as situações sociais e o comportamento social dos pacientes (13) O declínio social de indivíduos com esquizofrenia está ligado à doença e sua duração. O mal-ajustamento pode tanto ser causa como um efeito do comportamento agressivo, e do curso do transtorno (46).

Um outro estudo mostrou que, de sua amostra de pacientes esquizofrênicos, a maioria estava sem um lar (31). Pacientes com lares instáveis em uma pesquisa (36) tiveram maiores taxas de prisão do que os que não tinham este problema. A maioria deles foi sem-teto ao menos durante alguma parte do tempo. Estudos têm mostrado que pessoas sem-teto mentalmente doentes podem ter maior probabilidade de se envolver em atividades criminais (36). Os problemas subjacentes à conduta violenta de alguns pacientes com esquizofrenia podem ser similares aos associados à violência de delinquentes juvenis, abusadores, inconformistas ou mesmo “normais” (46):

“A combinação de ter uma doença mental maior, e viver em um ambiente insuficiente e estressante pode ser muito mais preditiva do risco de violência do que algum fator clínico isolado. O risco de violência por pessoas com transtornos psiquiátricos incorpora elementos de vulnerabilidade, oportunidade, ameaças mútuas e dependência dentro de suas redes sociais” (52).

Um trabalho realizado nos Estados Unidos com 847 pacientes internados, todos com diagnósticos de transtornos esquizofrênicos pelo DSM III-R, comparou pacientes internados com itens positivos para violência (737) com pacientes considerados não violentos (110) em vários aspectos do comportamento social e interpessoal. Os pacientes violentos mostraram evidência de séria disfunção na capacidade de cuidar de si mesmos no dia a dia, e no ajustamento social, familiar e comunitário, e pareceram se beneficiar da estrutura do hospital como um auxílio em conter períodos episódicos de perda de controle, enquanto os pacientes esquizofrênicos não violentos tiveram ajustamento social melhor (12).

2.2.1.6. Criminalidade prévia

É um dado de importância para a avaliação do risco de agressividade que a violência (ou criminalidade) prévia predispõe a violência e criminalidade subsequentes (7, 13, 19, 51). Há uma alta percentagem de pacientes mentalmente doentes que referem atos violentos ou criminais anteriores. Pacientes anteriormente hospitalizados podem estar com um risco mais alto de violência quando liberados na comunidade, particularmente se eles têm uma história de prisões prévias ou violência, ou se eles estão experimentando sintomas psicóticos (7). Um estudo realizado na Inglaterra mostrou que o risco de adquirir uma condenação após a instalação da doença foi mais relacionado com a presença de uma condenação anterior ao desenvolvimento da doença do que com outros fatores – abuso de substâncias, pertencer a um grupo étnico minoritário, ser homem e ter início precoce da doença. Inclusive a presença de esquizofrenia foi um fator mais fraco do que os demais (19).

Deste modo, os estudos concordam no sentido de que o envolvimento criminal prévio é um importante preditor para futuros problemas criminais. Este dado também é especialmente verdadeiro para populações de pessoas sem transtornos mentais e com criminalidade ou violência.

2.2.1.7. Vitimização

Pessoas vítimas de violência, crime ou abuso podem, por sua vez, vir a desenvolver comportamento violento. O processo de vitimização pode ocorrer por ação de indivíduos desconhecidos, que praticam crimes contra pessoas em geral, dentre as quais os pacientes esquizofrênicos, mas também pode ocorrer por obra de pessoas conhecidas ou mesmo familiares próximos. A violência pode ocorrer precocemente, sendo nestes casos freqüentemente realizada por pessoas da própria família.

Este é um fator familiar importante para a produção de violência. Uma tradição familiar de violência física está associada com a violência das pessoas doentes mentais. A violência pode sofrer, de certa forma, um processo de “transmissão intergeracional” (52).

A vitimização criminal aumentada à qual estão sujeitos os pacientes com transtornos mentais, dentre os quais os esquizofrênicos, não apenas causa prejuízos físicos e morte, mas também causa problemas psicológicos. Um estudo realizado no Canadá mostrou que pacientes esquizofrênicos estavam em maior risco para serem as vítimas de um delito violento quando comparados ao grupo controle de pacientes com outros diagnósticos, que teve um maior risco para se tornar vítimas de crime não violento (5). Em um outro estudo realizado com 331 pacientes psiquiátricos internados, foi encontrada uma associação entre ser preso por algum crime e vitimização: aqueles que foram presos tiveram um terço a mais de probabilidade de ser vítimas em crimes não violentos, e 3 vezes mais em crimes violentos (21). Estudos criminológicos têm encontrado vitimização entre pessoas sem doenças mentais como positivamente associada com comportamento criminal, o que pode sugerir uma dinâmica ecológica. Ou seja, os indivíduos são vitimizados porque se colocam em risco por seu próprio engajamento em atividades criminais. Estudos na comunidade e entre as vítimas

sugerem que pessoas que são atacadas têm um risco aumentado de sintomas psiquiátricos e transtornos mentais. Não apenas o abuso pode ser um fator de risco para transtornos psiquiátricos, mas doença mental pode ser um fator de risco para a vitimização. Uma vez que a doença mental se desenvolve, um indivíduo sintomático pode estar sujeito a mais abuso (21).

2.2.1.8. Fatores sócio-culturais (ou globais)

A maioria dos estudos nesta área da interligação entre a mente e a violência foi realizada em países desenvolvidos, o que tem levado a questionamentos da situação nos países em desenvolvimento. Um estudo foi delineado com o objetivo de buscar um panorama transnacional desta área. Em 1978 foi iniciado um estudo pela Organização Mundial de Saúde, chamado de Determinantes de Desfechos de Transtornos Mentais Graves (*Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders - DOSMD*). O objetivo da pesquisa foi estudar a frequência, história natural e evolução da esquizofrenia em uma amostra incidente de pacientes em diferentes culturas no mundo. Os dados desta pesquisa apresentaram uma oportunidade para estudar padrões de violência em uma situação multinacional, envolvendo a pesquisa nos 10 países que participaram do estudo DOSMD, dos quais 7 desenvolvidos – Tchecoslováquia, Dinamarca, Irlanda, Japão, Reino Unido, Estados Unidos e Rússia (então URSS), e 3 em desenvolvimento – Colômbia, Índia e Nigéria. Foi obtida uma amostra de casos incidentes de 1017 pacientes com esquizofrenia que tivessem procurado agências de ajuda devido aos sintomas psicóticos. Os dados disponíveis referiam-se a história de comportamento violento, uso de substâncias, e variáveis demográficas (16).

Segundo este estudo, houve diferenças nas taxas de criminalidade entre pacientes esquizofrênicos, conforme estes residiam em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. A taxa de ocorrência de agressão na coorte inteira foi 20.6%, mas esta taxa era três vezes mais alta nos países em desenvolvimento (31,5%) do que nos países desenvolvidos (10,5 %). Este efeito da diferença de desenvolvimento dos países permaneceu significativo mesmo quando o status sócio-econômico dos pacientes foi incluído no modelo de regressão de dados utilizado para a análise. História de agressão foi associada com sintomas positivos, como excitação e alucinações auditivas, e com problemas de álcool sérios (16).

Assim, o contexto sócio-econômico-cultural e as características específicas da doença em indivíduos com esquizofrenia podem interagir para afetar as taxas de comportamento violento.

2.2.2. FATORES CLÍNICOS

Variáveis clínicas têm sido estudadas buscando desvendar possíveis associações com a violência em pessoas portadoras de doenças mentais, como os pacientes esquizofrênicos. Algumas destas variáveis são intrinsecamente relacionadas com a própria psicopatologia da esquizofrenia, como o subtipo da doença e o tipo de sintomas. Outras são produto da interação da esquizofrenia com outros problemas psiquiátricos, como ocorre nas comorbidades. Outros fatores ainda podem ser comuns a várias doenças, tais como o estágio da doença ou intensidade de sintomas.

2.2.2.1. Subtipo de esquizofrenia

Muitos estudos analisaram a ocorrência de violência em diferentes subtipos de esquizofrenia. O principal subtipo de esquizofrenia estudado em relação à violência é o paranóide. A esquizofrenia paranóide tem sido considerada como mais associada à violência do que as outras esquizofrenias na maioria dos estudos (4, 18, 24, 32, 33, 46, 53). Alguns trabalhos mostraram ser os pacientes com transtorno esquizoafetivo aqueles com maiores índices de hostilidade (36).

A violência planejada e dirigida, muitas vezes perigosa, pode seguir os delírios presentes em pessoas portadoras da esquizofrenia paranóide (24):

“Os esquizofrênicos paranóides, apesar de prejudicados em seu teste de realidade, são suficientemente intactos para manter uma boa habilidade em planejar e executar atos violentos ao longo de linhas consistentes com seus delírios. Esta habilidade, junto com seu foco delirante nos relacionamentos interpessoais, torna estes

pacientes particularmente propensos a sérios crimes. A incidência de assassinato é alta neste grupo de pacientes” (18).

Em um estudo realizado na Finlândia, cerca de 50% dos criminosos homicidas com esquizofrenia sofriam da forma paranóide. A forma indiferenciada foi diagnosticada em 22,6%, a forma esquizoafetiva em 11,8% e a hebefrênica em 10,8% (33); um outro estudo finlandês mostrou que, dos criminosos com esquizofrenia, 49,2% sofriam de esquizofrenia paranóide (4). Em uma outra pesquisa, a percentagem do subtipo paranóide em uma amostra de pacientes esquizofrênicos violentos foi de 26%, maior do que esta percentagem na população geral de pacientes esquizofrênicos, que era de 20% (46). Parece haver uma tendência dos pacientes esquizofrênicos paranóides em fazerem e manterem seus planos em segredo, o que ocorre menos com outros pacientes esquizofrênicos (18).

Em um trabalho brasileiro, abordando os subtipos de esquizofrenia, está registrado que:

“O esquizofrênico catatônico e o hebefrênico quase não delinqüem. Sucede que o comprometimento mental é tão caótico, tão brutal, que torna o paciente inapto para praticar seja o que for (...).”

O mesmo trabalho, abordando o subtipo paranóide da esquizofrenia, conceituou:

“Esquizofrenia Paranóide. É, dentre as quatro formas da esquizofrenia, a mais comum, que apresenta o quadro clínico mais homogêneo e a que mais leva o indivíduo à delinqüência (...).”

“O crime violento normalmente ocorre por mecanismo psicopatológico que impulsiona o indivíduo sofredor a se defender. Convencido no mais profundo do seu íntimo que está sendo perseguido, passa, num momento seguinte, a perseguidor” (48).

2.2.2.2. Papel dos sintomas psicóticos

Dentre os fatores clínicos citados na literatura se destaca o tipo de sintomas apresentado pelos pacientes, onde tem sido relatada a importância dos sintomas psicóticos, tanto aqueles de tipo alucinatorio, como os sintomas delirantes paranóides (7, 20, 33, 36, 49, 53, 54).

O conteúdo dos sintomas delirantes, dentro do papel desempenhado pelos sintomas psicóticos, tem sido destacado em muitos estudos. Sintomas delirantes paranóides não são exclusividade dos pacientes esquizofrênicos, porém são muito frequentes nesta doença. Estes sintomas podem dirigir a hostilidade (36) e a violência observada (9), a qual pode chegar a ser bem planejada, e de acordo com o delírio (18). Os sintomas delirantes persecutórios teriam uma associação maior com violência do que sintomas como a desorganização (18). A violência que é resultado de estados psicóticos mais desorganizados tende a ser fracamente focalizada e menos perigosa (24); por outro lado, delírios persecutórios têm especial probabilidade de ser atuados (9, 33). Vozes de comando alucinatorias são sintomas que podem também levar a comportamento violento: um estudo encontrou que cerca de metade dos casos de homicidas psicóticos estavam tendo alucinações, e que, destes, 84 % tinham vozes de comando (20).

Os “Casos da Casa Branca” (“*White House Cases*”) é a denominação que receberam os casos de pessoas que estavam psicoticamente preocupadas com proeminentes figuras políticas e que tentavam chegar até o presidente dos Estados Unidos (51). Os registros de prisões e dados clínicos de 217 destas pessoas foram estudados. Estas pessoas eram detidas e levadas pelo Serviço Secreto dos Estados Unidos (USSS) ou pela Polícia Metropolitana para internar no Hospital St. Elisabeth, em Washington DC. A pesquisa mostrou que estas pessoas eram tipicamente pacientes esquizofrênicos paranóides crônicos, a maioria deles homens não casados, atuando na

base de seus delírios e alucinações (49). Eles chegavam à Casa Branca pelas seguintes razões:

- Providenciar ao Presidente informações especiais ou conselhos (por exemplo, um paciente que tinha alucinações auditivas queria ajudar o Presidente).
- Solicitar auxílio contra perseguições imaginárias (ex: remover um chip implantado pela CIA no seu cérebro)
- Avisar de perigos iminentes (ex: invasões de Ets)
- Obter dinheiro ou recompensas (ex: um paciente que achava que era um cientista e iria ganhar por suas descobertas) (49)

Pode haver diferenças nos índices de violência relacionados com o tipo de sintomas. Sentir-se ameaçado é um sintoma relatado como associado com violência (6, 52). Conforme dados do estudo conduzido com dados do estudo ECA, nos Estados Unidos, os participantes que referiram sintomas de tipo sentir-se ameaçado ou controlado tiveram cerca de duas vezes maior probabilidade de envolver-se em comportamento agressivo em relação àqueles com alucinações ou outros sintomas psicóticos e cerca de cinco vezes em relação aqueles sem doença mental (6).

Pessoas que jogaram– ou tentaram jogar – suas vítimas nos trilhos do metrô da cidade de Nova Iorque foram estudadas através da revisão de seus prontuários forenses. Dos 20 casos estudados, todos (menos um) estavam psicóticos no momento do delito. Em 18 casos (95%) havia delírios, e em 13 (68%) havia alucinações ativas. Em 14 casos (74%) os delírios eram de tipo persecutório (47). A maioria dos pacientes era formada por indivíduos portadores de esquizofrenia (14 dos 19 casos). Este tipo de delito traz grandes preocupações para os usuários do metrô e gera intenso medo (47).

Em uma outra pesquisa, os participantes que perceberam hostilidade nos outros estavam mais predispostos a se engajar em ameaças e atos violentos.

Violência por pessoas com transtornos psiquiátricos pode estar ligada as suas percepções e vivências de ser ameaçadas por outras (33).

Uma outra pesquisa americana mostrou que os participantes que apresentavam violência sentiam malícia e perigo em relação a pessoas significativas, e percepção de hostilidade em suas redes interpessoais. Neste estudo, os participantes violentos sentiam-se ameaçados e atacados, mas eles não percebiam a si mesmos como mais ameaçadores ou hostis. Os participantes que perceberam hostilidade nos outros estavam mais predispostos a se engajar em ameaças e atos violentos (52).

A conduta violenta cometida por pessoas com transtornos psiquiátricos pode, assim, estar ligada às suas percepções e vivências de ser ameaçadas por outras. Como parte da sintomatologia, o pensamento delirante paranóide e as alucinações dos pacientes podem fazê-los acreditar que outras pessoas os estão ameaçando, perseguindo ou de alguma forma tentando lhes fazer mal; a violência ocorre como uma reação às ameaças patologicamente percebidas (14).

Como descrito na literatura:

“O comportamento violento parece ser uma resposta previsível e, de certo modo, racional, para suas crenças irracionais e percepções alteradas. O conteúdo e os temas do delírio ou alucinação de um paciente psicótico freqüentemente implicam em um curso específico de ação violenta (ou até mesmo comandam esta ação)” (29).

A violência observada nos mentalmente enfermos não é, assim, aleatória, mas motivada e dirigida pelos sintomas psicóticos (9). Estes dados têm relevância clínica, pois analisar a associação entre violência e o conteúdo e os temas dos sintomas psicóticos pode ser muito informativa, pois este procedimento não só poderia identificar os pacientes psiquiátricos com risco de cometer violência mas também aquelas pessoas que estão em risco de se tornar alvos de sua violência (29).

2.2.2.3. Estágio clínico da doença

Estudos sobre fases agudas ou crônicas de doença têm sido feitos para verificar quando é mais freqüente a agressividade. Parece haver uma correlação positiva entre criminalidade e estágios agudos da doença (13). Atos de agressão parecem ser mais prevalentes em estados psicóticos agudos e decrescem em freqüência à medida que o paciente responde à medicação (18).

Entre pacientes psiquiátricos hospitalizados, incidentes violentos tendem a ser cometidos por uma pequena minoria de pacientes tipicamente sofrendo de sintomas psicóticos agudos. Violência e comportamento indutor de medo tem sido considerados como característicos de exacerbações agudas (7).

Conforme um estudo realizado na Suíça, pacientes com esquizofrenia em fase aguda tiveram quatro vezes maior probabilidade de serem condenados por crimes violentos, enquanto aqueles com esquizofrenia crônica não tiveram maior probabilidade do que os controles (13).

2.2.2.4. Gravidade ou número de sintomas

Simplesmente ter sintomas mais graves ou um número maior de sintomas não necessariamente aumenta o risco para comportamento violento. O comportamento violento requer uma certa soma de organização, oportunidade e necessidade de defender a si mesmo (52).

O estudo com dados do ECA mostrou que a taxa de violência muda de cerca de 30% a até 70% entre os grupos que reportavam 0, 1, ou 2 sintomas na

escala de psicose/agitação. Entretanto, entre aqueles que referiram 3, 4, ou mais sintomas, esta taxa estava reduzida para 45% (6).

Assim, a gravidade dos sintomas parece ter uma relação curvilínea com o delito. Ao aumentar a intensidade e a quantidade dos sintomas, isto contribui para delitos de maior gravidade. Porém, a partir de um certo ponto, o paciente torna-se tão doente que não consegue mais realizar crimes graves ou complexos, pelas próprias limitações geradas pelos sintomas (6). Estas pessoas com sintomas muito graves podem ter um grau tão piorado de funcionamento e desorganização psíquica que esta condição realmente os limita, tanto em suas habilidades sociais ou cognitivas como na oportunidade de cometer atos violentos (6).

2.2.2.5. Época de início da doença

Segundo um estudo, quanto menor a idade de início da doença, pior o resultado em termos de criminalidade. A esquizofrenia teria um efeito destrutivo sobre a educação e o funcionamento social. Também é possível que o início precoce esteja associado com anormalidades neurodesenvolvimentais – tanto o comportamento violento como a psicose poderiam ter origem neurodesenvolvimental comum (19).

Com o objetivo de verificar a associação entre a idade de início da doença e a severidade do comportamento violento, 52 pacientes crônicos e institucionalizados foram investigados por um estudo realizado no Departamento de Psiquiatria do Albert Einstein College of Medicine, em New York. A média de idade foi de 32, 8 anos. A idade de início foi julgada pela história do paciente como sendo aquela onde os sintomas primeiro emergiram. Pacientes com esquizofrenia de início precoce tiveram um escore de beligerância significativamente maior do que aqueles com

esquizofrenia de início mais tardio. Estes achados suportariam a hipótese de que haveria uma associação entre a idade de início precoce da esquizofrenia e o comportamento agressivo, e, além disso, de que os sintomas esquizofrênicos que emergem cedo podem prever um alto risco de comportamento agressivo. O tempo precoce de início da esquizofrenia pode estar particularmente associado com a desregulação do sistema 5 – HT (55).

2.2.2.6. Comorbidades

O papel das comorbidades em geral, em sua associação com comportamentos violentos ou criminais, tem sido enfatizado (15, 18). Uma alta percentagem de pacientes esquizofrênicos carregam diagnósticos secundários, que podem ser eles mesmos associados com violência. Estes incluem abuso de álcool e drogas, retardo mental e transtornos epiléticos (18). O risco de comportamento violento nos participantes de uma pesquisa aumentou com o número de diagnósticos psiquiátricos feitos (15), mostrando que a comorbidade, de modo geral, poderia estar associada a comportamentos violentos. Os estudos têm apresentado três explicações para o fato: 1) o número de diagnósticos de fato está associado a comportamento violento: quanto maior, maior o risco; 2) quanto maior o número de diagnósticos, maior a chance de se ter um diagnóstico de álcool e drogas, o qual é o mais fortemente ligado a violência; e 3) o fenômeno “yay-sayers”: pessoas que, ao participarem de estudos, tendem a responder com sim a todas as questões.

Pacientes esquizofrênicos podem, deste modo, conforme a comorbidade que apresentem, ter seu risco de violência aumentado ou diminuído. Sociopatia, alcoolismo e dependência de drogas são os principais transtornos

psiquiátricos associados ao crime (7). Pacientes que também apresentem estes transtornos estarão, desta forma, com risco aumentado para violência.

2.2.2.6.1. Comorbidade com álcool e drogas

A comorbidade com transtornos por uso de álcool e drogas tem sido particularmente associada com aumento de taxas de violência em numerosos estudos (4, 6, 7, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 23, 32, 33, 40, 42, 46), embora em um estudo esta associação não tenha se registrado (52). Um crescente número de estudos clínicos e epidemiológicos sugere que o abuso de substâncias concomitante é talvez um dos mais importantes mecanismos ligando a violência à doença mental grave (6, 7, 23).

É importante salientar que a associação que tem sido identificada entre abuso de substâncias e criminalidade não é específica para indivíduos com transtornos mentais maiores (10). Existe um aumento de risco próprio do abuso de álcool e drogas que é independente e significativo. Estudos têm mostrado que o alcoolismo e o abuso de drogas contribuem significativamente para o comportamento criminoso (4), independentemente de fatores sócio-demográficos (27). Entre criminosos, sejam eles mentalmente anormais ou não, é sabido que o abuso de álcool e drogas é comum (46). A relação entre os transtornos por abuso de substâncias e a violência foi indicada já em 1974 (7).

Os possíveis mecanismos ligando doenças mentais graves, abuso de substâncias e violência incluem:

1) Desinibição do comportamento agressivo pelas substâncias (23) ou efeito desinibitório direto (36).

- 2) Exacerbação induzida pela substância da agitação e dos sintomas psicóticos tais como delírios paranóides (23, 36).
- 3) Negligência da aderência à medicação, levando a recaída psicótica e descompensação comportamental (23, 36).
- 4) Exacerbação de conflitos interpessoais no contexto do uso da substância (23).
- 5) Aumento a exposição a ambientes sociais predatórios envolvidos com substâncias ilegais (23).
- 6) O álcool e outras drogas, em combinação com certas medicações, poderia levar a comportamento agressivo na presença de um doença mental maior (10).

Em uma pesquisa, esquizofrenia com alcoolismo aumentou o risco de violência em 17 vezes, e sem, em 7 vezes, para pacientes masculinos. Para mulheres, o aumento das taxas foi, respectivamente, de 18 e 5 vezes (33). Um estudo de Estocolmo mostrou que 55% dos pacientes esquizofrênicos que foram condenados por um crime também tinham uma história de abuso de substâncias (32). Um outro estudo, abordando doenças mentais maiores, também encontrou resultados semelhantes: 48,7% dos criminosos masculinos com uma doença mental maior tiveram um diagnóstico secundário de abuso/dependência de álcool ou drogas. Entre as mulheres, esta comorbidade foi de 42,9% (11). O risco de crimes, descrito em uma outra pesquisa, foi quatro vezes maior entre os pacientes esquizofrênicos masculinos com abuso alcoólico coexistente do que entre os demais pacientes esquizofrênicos (40).

Um estudo realizado na Suécia, no Departamento de Psiquiatria Forense de Estocolmo, buscou avaliar o papel do álcool e do abuso de drogas entre pacientes esquizofrênicos com comportamento agressivo. Foram analisados os registros de 38 pacientes que foram responsáveis por um total de 71 delitos violentos entre os anos de 1972 e 1986. Os pacientes foram identificados através de uma coorte de base populacional de 644 indivíduos com esquizofrenia hospitalizados no Município de

Estocolmo durante o ano de 1971. Quatorze dos 38 agressores (37%) abusaram de álcool e/ou droga e outros 7 eram abusadores prováveis. O índice de uso de álcool em pacientes esquizofrênicos não violentos em Estocolmo era de 16%, e entre esquizofrênicos que posteriormente se suicidaram era de 19%. Os achados do estudo forneceram evidências sobre o papel do abuso de álcool e drogas e da desintegração social sobre o comportamento agressivo em pessoas com esquizofrenia (46).

Em um estudo realizado na Finlândia, uma coorte de pessoas do norte do país – províncias de Lapland e Oulu (n = 11.017) foi acompanhada prospectivamente do nascimento à idade de 26 anos. Homens que abusaram de álcool e foram diagnosticados como tendo esquizofrenia tinham 25.2 vezes maior probabilidade de cometer crimes violentos do que homens mentalmente saudáveis. O risco para pacientes com esquizofrenia sem uso de álcool associado foi de 3.6 (56).

Um outro estudo mostrou que esquizofrênicos em geral tiveram índices maiores de criminalidade do que a população em geral, porém ficaram atrás dos esquizofrênicos com abuso de álcool concomitante (4).

Um aspecto importante que também deve ser considerado e que tem sido enfatizado é o fato de que pessoas mentalmente doentes com abuso de substâncias tem uma probabilidade maior de ser vítimas de crimes violentos (21). Tanto a não-aderência à medicação como o abuso de substâncias tem sido associado com um resultado clínico geralmente pobre entre pessoas com doenças mentais graves na comunidade (23).

Tem sido recomendado que um tratamento efetivo na comunidade para esta população requer atenção cuidadosa à aderência ao tratamento medicamentoso e o oferecimento de tratamento integrado para os transtornos por abuso de substâncias e em saúde mental em geral (23). Para prevenir os crimes por pessoas

com esquizofrenia, é importante que os clínicos forneçam assistência para o abuso de álcool comórbido (23, 56).

2.2.2.6.2. Comorbidade com transtornos de personalidade

A comorbidade com transtorno de personalidade anti-social também tem sido apontada como associada com agressões (57). Traços de personalidade alterados são um fator relevante para o crime (32), sendo diagnosticados com frequência em populações prisionais (7, 41).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos com 109 pacientes esquizofrênicos e 47 com transtorno esquizoafetivo, todos eles com comorbidade com transtornos por abuso de substâncias, os pacientes com Transtorno Anti-Social de Personalidade (TASP) tiveram baixos escores em medidas de personalidade relacionadas à socialização e altos em comportamento anti-social, psicopatia e agressão. Pacientes esquizofrênicos com TASP representariam um subgrupo de alto risco em virtude do risco adicional do TASP para comportamento agressivo e em virtude do aumento do risco para abuso de substâncias. O trabalho concluiu que é necessário pesquisar se pacientes com esquizofrenia, abuso de substâncias e TASP diferem na resposta ao tratamento em comparação com pacientes sem TASP (57).

2.2.2.6.3. Comorbidade com transtornos neurológicos

A comorbidade com transtornos neurológicos tem sido referida na literatura como associada a comportamentos violentos.

Um estudo realizado nos Estados Unidos no Manhattan Psychiatric Center, na cidade de Nova Iorque, em 1989, relacionou comportamento violento de pacientes esquizofrênicos internados com dados demográficos, históricos, e variáveis neurológicas e neuropsicológicas. Os pacientes foram classificados em altamente violentos (N=28), com violência baixa (N=27) e não violentos. Não houve diferenças entre os grupos quanto a variáveis demográficas ou históricas, exceto por prevalência de crimes violentos, os quais foram mais altos em ambos os grupos violentos, mais do que no grupo dos não violentos. Anormalidades neurológicas e neuropsicológicas diferenciaram os dois grupos, com o grupo de alta violência evidenciando mais anormalidades do que os dois outros grupos na área sensorial integrativa e funções motoras. A presença de violência, bem como de déficits neurológicos e neuropsicológicos, poderia caracterizar uma forma mais grave de esquizofrenia (58).

Um outro estudo, realizado no Departamento de Neurologia da Georgetown University Medical Center em Washington, Estados Unidos, buscou verificar anormalidades neurológicas em 31 indivíduos aguardando triagem ou sentença por homicídio. Foram encontradas, ao exame neurológico, evidências de disfunção frontal em 20 (64,5%) pacientes. Um diagnóstico neurológico específico foi feito em 20 indivíduos, incluindo retardo mental, ou inteligência limítrofe, entre outros. Diagnósticos psiquiátricos incluíram esquizofrenia paranóide (8), transtorno dissociativo (4) e depressão (9). Anormalidades eletroencefalográficas foram achadas em 20 indivíduos testados, consistindo de lentificação bilateral. 19 participantes foram submetidos a tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética, sendo encontradas anormalidades em 9 destes, consistindo primariamente de atrofia e alterações na substância branca. Virtualmente todos os sujeitos tinham idéias paranóides e incompreensão de situações sociais. Foi documentada uma história de profundo abuso físico em 26 (83,3%) e abuso sexual em 10 (32,3%). É provável que fatores como

prolongado e severo abuso físico, paranóia e disfunção cerebral possam interagir para formar a matriz do comportamento violento (59). Este estudo, ainda que dirigido mais especificamente à Neurologia, mostrou a inter-relação que pode existir entre alterações psiquiátricas, psicológicas e neurológicas.

2.2.3. FATORES SÓCIO-FAMILIARES: RELAÇÃO ENTRE O PACIENTE E A VÍTIMA

O elemento interpessoal é de grande importância: a violência é dirigida a uma pessoa específica, usualmente um indivíduo significativo na vida do paciente, o qual é visto como perseguindo o paciente, ou o prejudicando de alguma forma (18). Membros da família são os alvos mais prováveis de violência por pacientes na comunidade (7, 9, 17, 20, 31, 35), e não o público geral (7).

Em um estudo dinamarquês, parentes e crianças estavam entre as mais prováveis vítimas de indivíduos psicóticos, enquanto que pessoas totalmente estranhas estavam entre as principais vítimas de homicidas não psicóticos. Neste estudo, foi observado que apenas 21% dos homicidas psicóticos mataram vítimas fora de suas famílias. As mulheres estudadas neste trabalho, tanto psicóticas como não psicóticas, cometeram homicídios quase que exclusivamente no interior de suas famílias, tendo a maioria de suas vítimas sido suas próprias crianças. Entre os homens psicóticos, relativamente poucas das vítimas foram crianças (17). Com relação ao estado conjugal, neste estudo, as mortes de maridos ocorreram somente por esposas não psicóticas, enquanto que as mortes de esposas representaram um terço dos homicídios perpetrados pelos homens, tanto psicóticos como não-psicóticos (17).

Estudos conduzidos em dois hospitais especiais ingleses (20, 35) mostraram que os familiares e pessoas próximas dos pacientes psicóticos estavam entre as principais vítimas. Em um outro estudo inglês, enquanto apenas 15% das vítimas do grupo de “indivíduos normais” violentos eram ou familiares ou amigos próximos do acusado, a mesma estatística foi representada por 39% no grupo esquizofrênico (31).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos objetivou verificar as relações familiares em sua associação com a violência. Um grupo de 169 sujeitos de pesquisa com sérias doenças mentais e 59 pessoas de seus grupos familiares foi

entrevistada. O perfil diagnóstico dos participantes foi: esquizofrenia: 39,5%; transtornos afetivos: 33,1%; transtornos de personalidade: 17,2% e outras psicoses: 10,2%. Deste total, 56 participantes (35,6%) ou ameaçaram violência ou praticaram atos violentos durante o período de estudo. Pessoas com esquizofrenia cometeram contra seus familiares menos ameaças de violência, porém mais atos violentos, do que aqueles com outros diagnósticos. Mais da metade dos alvos de violência foram os parentes dos participantes da pesquisa, particularmente as mães vivendo com eles (13 casos), vindo em seguida os cônjuges (8 casos), irmãos (6 casos), crianças (4 casos); os pais (3 casos) apareciam em último lugar. Cabe ressaltar que em 67 casos as mães estavam presentes na rede social, enquanto que os pais estavam presentes em 36. As mães desempenhavam um papel dominante nas redes sociais de uma substancial porção da amostra. A atividade materna, na qual há um grau muito grande de proximidade com um filho ou filha doente mental, envolvimento na vida diária da pessoa, e vulnerabilidade, cria a oportunidade para a violência. Embora neste estudo poucos participantes vivessem com cônjuges, estes estavam em um risco proporcionalmente duas vezes maior de serem um alvo de violência do que as mães (52). Muitos indivíduos com transtornos psiquiátricos graves vivem com ou dependem substancialmente de membros familiares, primariamente pais e irmãos. Nestes estudo, dependência financeira da família esteve associada tanto com mais atos violentos como com mais ameaças.

Os crimes contra pais e filhos têm chamado a atenção de pesquisadores, e muitos trabalhos têm sido realizados com pessoas que cometem crimes contra seus familiares próximos. Em um destes estudos, denominado: “Matricídio: o crime esquizofrênico?”, pesquisadores buscaram explicitamente investigar esta questão. O trabalho foi feito na Escócia, com todos os indivíduos que, entre 1957 e 1987, foram condenados pelo assassinato ou o homicídio culposo de sua mãe biológica, sendo encontradas 26 pessoas com este crime: 23 homens e 3 mulheres. Seis sujeitos (24%)

sofriam de esquizofrenia, sete (24%) não tinham nenhum diagnóstico, cinco (20%) sofriam de transtorno de personalidade, quatro (16%) do síndrome de dependência de álcool, três (12%) de doença depressiva, e um, de hipomania. Assim, ainda que esquizofrenia esteja sobre-representada neste subgrupo de homicidas, a conclusão foi que o matricídio não deveria ser visto como “o crime esquizofrênico”. Recomendaram que, dada a prevalência de transtornos mentais neste grupo, uma avaliação por um Psiquiatra Forense deveria ser obrigatória neste tipo de delito (60).

Assim, o contexto interpessoal e social dos pacientes, e suas percepções destes contextos, são importantes fatores a ser considerados na avaliação do risco de violência por pessoas com doença mental. A violência não parece residir apenas no indivíduo sozinho, mas surge no contexto dos relacionamentos sociais:

“Uma rede social particularmente densa, composta primariamente por parentes, na qual todas as pessoas se conhecem, pode prover a pessoa mentalmente doente melhor do que uma menos densa, pouco conectada, onde a pessoa se sente abandonada e isolada pelos outros” (52).

É importante o reconhecimento precoce de ressentimento pela família e conhecidos nos pacientes cronicamente doentes mentais com o objetivo de prevenir violência (46). A identificação de situações de alto risco requer uma avaliação cuidadosa de como os pacientes estão se sentindo, principalmente aqueles indivíduos amedrontados e vitimizados, e de qual a percepção que têm de sua comunidade e rede social:

“A violência e o risco de violência são melhor avaliados por investigações sobre que tipos de pessoas em que tipos de situações e redes sociais, com quais qualidades de relações sociais, e em qual fase de suas vidas e doenças têm maiores probabilidades de se engajar em comportamentos violentos contra os outros“ (52).

As características do sistema de suporte social da pessoa e dos membros da rede social podem vir a se constituir em fatores de risco para a violência porque eles podem criar ou diminuir a oportunidade para comportamento defensivo, ameaçador ou agressivo (52). A violência torna-se, assim, produto da interação entre o indivíduo e o meio:

“Deve-se evitar categorizar as pessoas como violentas ou conceitualizar violência como um característica de uma pessoa sem considerar os processos clínicos e interpessoais e os contextos sociais que estes indivíduos experenciam ao longo do tempo “ (52).

2.2.4. RELAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO E A VIOLÊNCIA EM PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

Estudos realizados partir da década de 90 têm abordado a relação entre a realização de tratamento e a violência em pacientes esquizofrênicos e portadores de outros transtornos mentais. As pesquisas anteriores vinham deixando não respondida a questão de se o contato com um serviço de saúde mental ajudaria a diminuir o risco de agressividade entre as pessoas com transtornos mentais (6).

Têm sido citadas dificuldades para a avaliação do impacto do tratamento em reduzir a violência. Uma destas dificuldades está em que o comportamento violento é um dos principais fatores para trazer as pessoas para tratamento. Pessoas com mais sintomas graves e sintomas psicóticos crônicos estão entre as com maior probabilidade de procurar tratamento. Ou seja, entre a população com transtornos mentais em tratamento, aqueles com uma história de violência podem estar desproporcionalmente representados nos ambientes de tratamento (6). Em um estudo realizado com pacientes de um hospital especial inglês, os homicidas psicóticos tiveram maior probabilidade de ter tido contato prévio com os serviços psiquiátricos do que os homicidas não psicóticos (20).

Os benefícios específicos do tratamento em prevenir a violência são difíceis de demonstrar (6). Não existe uma conexão causal simples entre a falta de tratamento e a violência entre pessoas com transtornos mentais sérios. Dentre as possíveis razões para isto, está o fato de que pessoas com sintomas mais severos e persistentes tendem a receber mais tratamento intensivo. Em particular, pessoas que são gravemente doentes e perigosas são mais propensas a ser hospitalizadas involuntariamente. Além disso, as pessoas com transtornos psicóticos e comorbidade com abuso de substâncias (e assim, com risco aumentado de violência) estão entre

aquelas com maior probabilidade de ser hospitalizadas repetidamente. Por outro lado, a receptividade ao tratamento distingue um grupo com menor probabilidade de se envolver com violência. Pacientes que, após a alta, se negam a ter suporte médico e social, podem ter aumentado o seu risco de comportamento criminal (32).

Há muitas controvérsias na literatura. Assim, não se deve ter uma avaliação exageradamente otimista quanto à habilidade dos sistemas de saúde em reduzir o risco de violência por parte dos pacientes, pois os mais fortes fatores preditores de violência – prisão prévia, gênero, ser de minorias étnicas ou idade precoce de início – não são amenizáveis por tratamento psiquiátrico (19). Entretanto, quando as variáveis clínicas e de uso de serviços de saúde mental são plenamente levadas em conta nas análises, pode se mostrar que características sócio-demográficas são preditores de violência relativamente não-significativos (6).

O estudo norte-americano que analisou dados da pesquisa do ECA mostrou que a ausência de contato com tratamento na comunidade está associada com um aumento significativo de comportamento violento ao longo do tempo. Conforme este estudo, participantes que não referiram tratamento recente tiveram uma probabilidade 2,62 vezes maior de ter cometido um ato de violência contra outros. A ausência de qualquer contato com um serviço de saúde mental dentro de um período de 6 meses pode sinalizar uma desconexão do sistema de saúde. Indivíduos sem contato de tratamento por este período de tempo tiveram níveis de violência significativamente mais altos. Relacionando a intensidade – ou o número de sintomas – com a questão do tratamento, este estudo verificou que a desvinculação do tratamento compõe um risco de violência associado com níveis mais baixos de agitação e psicose. Para níveis mais altos de gravidade de sintomas, o tratamento exerce menor impacto sobre o risco de violência – porque o risco já está quase suprimido pela magnitude do prejuízo que tende a acompanhar transtornos psicóticos graves (6).

Outros estudos, realizados na Carolina do Norte, examinaram a violência entre pessoas com doença mental severa enfocando especificamente o efeito conjugado do abuso de substâncias e falta de aderência ao uso de medicamentos. 331 participantes foram entrevistados. Destes, 68% tinham esquizofrenia, transtornos esquizoafetivo ou outras psicoses; 27% tinham transtorno bipolar e 5% tinham depressão maior. A combinação de descumprimento no uso dos medicamentos e abuso de substâncias psicoativas foi um preditor significativo de atos violentos sérios na comunidade, mesmo quando fatores sócio-demográficos e características clínicas foram controladas. Neste estudo, a não aderência não exerceu um efeito independente por estar altamente correlacionada com abuso de substâncias. Regimes de dose de medicações difíceis, efeitos colaterais inaceitáveis, o alto custo das medicações, suporte familiar pobre e pobre *insight* sobre a doença foram todos fatores citados como associados com a não-aderência à medicação. O tratamento efetivo na comunidade para esta população requer atenção cuidadosa à aderência ao tratamento medicamentoso e o oferecimento de tratamento integrado para os transtornos por abuso de substâncias e em saúde mental em geral (23, 61).

Um outro estudo enfatizou a importância de esforços para providenciar moradias estáveis e seguras para pessoas com doenças mentais graves e persistentes, para que se sintam seguras o suficiente para ter um melhor controle e maiores chances de se beneficiar com o tratamento. Há também uma necessidade de tratamento efetivo para o abuso de substâncias para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave (21). Deve haver preocupações especiais nos casos onde doenças psicóticas estão combinadas com abuso de álcool ou outras drogas, e quando o tratamento em saúde mental tenha sido inefetivo, rejeitado ou descontinuado no passado.

A importância do sistema de saúde tem sido apontada:

“Indivíduos que listaram profissionais de saúde em suas redes sociais tiveram menores probabilidades de se tornar violentos. Este achado sugere que uma pessoa treinada que está envolvida suficientemente com uma pessoa seriamente doente mental para ser considerada um membro da rede social de pessoas pode ser capaz de deter a violência e intervir se sinais ou precursores de violência aparecem” (52).

Algumas ferramentas terapêuticas podem ser utilizadas para melhorar a segurança nos ambientes comunitários:

“Uso de contenções, aumento no suporte dos serviços de emergência, uso mais freqüente de hospitalizações de curta duração para estabilização e desintoxicação, e melhor entendimento entre os serviços policiais e de saúde mental. (...) Além disso, é necessário um treinamento mais abrangente das equipes” (12).

A importância da prevenção tem sido enfatizada:

“Não é prematuro propor intervenções preventivas para estas famílias. (...) A oportunidade de violência intrafamiliar pode ser reduzida se locais de residência onde pessoas com doenças mentais se sintam bem estivessem disponíveis” (52).

A violência é um evento social. Sua ocorrência está relacionada com o contexto social de qualquer membro da comunidade. Na era da desinstitucionalização das pessoas mentalmente doentes, dúvidas têm sido expressas sobre a capacidade da sociedade de providenciar as necessidades sociais e médicas das pessoas cronicamente doentes mentais para uma adequada vida em comunidade (46).

O acesso aos serviços de saúde mental depende de fatores individuais, familiares e sociais. Individuais, pois todo tratamento depende da capacidade de aderência do paciente, e isto é válido também para a saúde mental. Sua motivação e grau de auto-conhecimento, inclusive sobre a doença, são fundamentais. Se a pessoa portadora de algum transtorno mental tem uma capacidade de procurar ajuda, este é um fator positivo para seu tratamento e naturalmente isto irá facilitar o acesso. O acesso

depende também de fatores familiares. Quando a família está engajada ao lado do paciente e o leva ao tratamento se favorece a superação das suas dificuldades em ajudar-se a si mesmo. E, finalmente, o acesso ao tratamento depende de fatores sociais, pois de nada adianta um paciente motivado e uma família cooperativa se não houver um local para o atendimento, médicos psiquiatras, equipes de saúde mental e medicações adequadas.

Os fatores sociais podem diferenciar de modo importante os países desenvolvidos dos países em desenvolvimento. Nos países com maiores graus de desenvolvimento tende a haver maior facilidade de acesso ao tratamento. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, as dificuldades se multiplicam. Além dos já citados problemas representados pela própria alteração mental e pelo nível de capacidade da pessoa portadora de lidar consigo mesma, somam-se graves problemas de natureza social. Alguns pacientes, mesmo quando dispostos a se tratar, têm grandes dificuldades em obter uma vaga para tratamento comunitário, e mais dificuldades ainda em obter uma vaga hospitalar. A dificuldade em internar, para um paciente em crise, pode ser decisiva para que sintomas como inquietação, agressividade e desconfiança possam evoluir para a violência física. Assim como uma pessoa com um infarto agudo do miocárdio necessita de UTI para poder se recuperar, um paciente com sintomas agressivos irá necessitar de internação para poder melhorar e voltar a controlar-se.

O acesso ao tratamento depende também e fundamentalmente da forma como está organizado o sistema de saúde mental. Este é um fator sem dúvida associado ao grau de desenvolvimento de um país, porém também influenciado pelo modo como a sociedade lida com a saúde mental, que pode variar de país para país e de cultura para cultura.

O setor público de saúde pode fazer contribuições importantes para melhorar o acesso à saúde mental. Há necessidades fundamentais: um adequado

número de ambientes de moradia supervisionada na comunidade; adequados serviços psiquiátricos e de reabilitação; serviços de atendimento de crise acessíveis e disponíveis; um sistema de responsabilidade para as pessoas mentalmente crônicas vivendo na comunidade, para garantir que cada paciente possa realizar o seu tratamento (62). Também é importante o apoio pelo setor público para a o ensino e a pesquisa: realizar pesquisas epidemiológicas sobre violência, coordenar ações interdisciplinares para a prevenção da violência, e treinar pessoas para fazer os serviços de emergência e reabilitação mais efetivos em lidar com estas situações. Tais medidas de saúde pública são urgentemente necessárias (2). Porém também são necessárias medidas de reestruturação social, levando em consideração a conjuntura global. Medidas de impacto em toda a sociedade para a redução de homicídios seriam exemplificadas pela erradicação completa das armas de fogo, bem como uma melhor distribuição de renda e a promoção de justiça social nos países em desenvolvimento. Tais medidas permitiriam atuar no conjunto de pessoas vivendo em um determinado país, e também repercutiriam sobre os pacientes esquizofrênicos e demais doentes mentais.

A violência das pessoas com transtornos mentais pode vir a se revelar uma forma evitável de violência. Os conhecimentos sobre seu tratamento talvez possam nos auxiliar a compreender melhor a violência mais geral que tem acompanhado a humanidade como um todo, ao longo de sua história.

3. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi realizar, em um hospital psiquiátrico forense, a uma comparação entre pacientes esquizofrênicos internados por homicídio com os demais pacientes esquizofrênicos internados na mesma instituição por outros delitos.

Especificamente, buscou-se verificar associações das diferentes variáveis estudadas - demográficas, judiciais, clínico-psiquiátricas e relativas a tratamento prévio - com o cometimento de homicídio.

A principal hipótese levantada foi a de que a falta de tratamento poderia estar associada à ocorrência de homicídios.

Um objetivo específico, que foi também justificativa da pesquisa, foi gerar informações que pudessem servir para prevenção e tratamento deste tipo de casos em saúde mental.

Um outro objetivo foi a geração de informação científica sobre esta questão em um país em desenvolvimento, proporcionando à comunidade internacional dados que poderão ser utilizados para uma melhor compreensão da interface entre a mente e seus transtornos e o comportamento violento e criminal.

4. REFERÊNCIAS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- (1) Andreasen, NC, Moussaoui D, Nakane Y. Módulo 1 - Apresentação Clínica. In: Ensinando e aprendendo sobre esquizofrenia. Um programa educacional WPA. Rio de Janeiro: Edição da Associação Brasileira de Psiquiatria; 1994. p. 1-36.
- (2) Roux GI, Chelala C. Letter from Cali. Violence in the Americas. JAMA. 1994 March; 271(10): 727.
- (3) Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Increasing rates of homicide in Copenhagen from 1959 to 1983. Acta-Psychiatr-Scand. 1988; 77: 301-308.
- (4) Eronen M, Hakola P, Tiihonem J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry 1996 Jun; 53(24): 497-501.
- (5) Chuang HT, Williams R, Dalby JT. Criminal behaviour among schizophrenics. Can-J-Psychiatry. 1987 May; 32(4): 255-8.
- (6) Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. Psychiatry. 1997 Spring; 60(14): 1-22.
- (7) Arboleda-Flórez, J – Mental Illness and Violence: An Epidemiological Appraisal of the Evidence. Can J Psychiatry 1998; 43:989-996.
- (8) Moura LA. Imputabilidade, Semi-imputabilidade e Inimputabilidade. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M. Saúde Mental, Crime e Justiça. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996; p. 85-104.
- (9) Eronen, M; Angermeyer, MC; Schulze, B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol. 1998 Dec; 33 Suppl 1: S13-23.

- (10) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 489-496.
- (11) Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483.
- (12) Flannery RB Jr; Penk WE, Irvin EA, Gallagher C. Characteristics of violent versus nonviolent patients with schizophrenia. *Psychiatr-Q.* 1998 Summer; 69(2): 83-93.
- (13) Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male shizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22 (14): 69-82.
- (14) Tardiff K. Comportamento anti-social no adulto e criminalidade. In: Kaplan HI, Sadock JS, editores. *Tratado de Psiquiatria.* 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p.1750-9.
- (15) Swanson JW, Holzer CE 3d, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp-Community-Psychiatry.* 1990 Jul; 41(7): 761-70.
- (16) Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br-J-Psychiatry.* 1997 Jul; 171: 9-14.
- (17) Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta-Psychiatr-Scand.* 1987 Sep; 76(3): 285-92.
- (18) Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Compr-Psychiatry.* 1986 Mar-Apr; 27(2): 131-48.
- (19) Wessely, S. The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol.* 1998 Dec; 33 Suppl 1: S24-8.
- (20) Dolan M, Parry J. A survey of male homicide cases resident in an English special hospital. *Med-Sci-Law.* 1996 Jul; 36(3): 249-58.

- (21) Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr-Serv.* 1999 Jan; 50(14): 62-8.
- (22) Zitrin A, Hardesty AS, Burdock EI, Drossman AK. Crime and violence among mental patients. *Am-J-Psychiatry.* 1976 Feb; 133(2): 142-9.
- (23) Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol.* 1998 Dec; 33 Suppl 1: S75-80.
- (24) Lipton AA, Cancro R. Esquizofrenia: aspectos clínicos. In: Kaplan HI, Sadock JS, editores. *Tratado de Psiquiatria.* 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p. 1039-59.
- (25) Pal S. Mental disorders in abnormal offenders in Papua New Guinea. *Med-Law.* 1997; 16(14): 87-95.
- (26) Teplin LA. The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception. *Am-J-Psychiatry.* 1985 May; 142(5): 593-599.
- (27) Modestin J, Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry* 1995 May; 166 (5): 667-75.
- (28) Tiihonen J, Eronen M. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 917-918.
- (29) Junginger J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull* 1996; 22 (14): 91-103.
- (30) Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. II--Effect of psychiatric diagnosis on conviction and sentencing of offenders. *Br-Med-J-Clin-Res-Ed.* 1984 Jul 7; 289(6436): 9-12.
- (31) Robertson G. Arrest patterns among mentally disordered offenders. *Br-J-Psychiatry.* 1988 Sep; 153: 313-6.

- (32) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990 Sep; 157: 345-50.
- (33) Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;22(14): 83-9.
- (34) Langlands A. Report of the Review of Security at the High Security Hospitals. Department of Health. 2000 Feb. Available from: URL: <http://www.doh.gov.uk/highsecurityhospitals.htm>
- (35) Vielma M, Vincente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide--a review of a special hospital male population. *Med-Sci-Law*. 1993 Jan; 33(14): 47-54.
- (36) Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA, Freeman DH. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophr-Bull*. 1991; 17(14): 163-71.
- (37) Lion JR. Agressão. In: Kaplan HI, Sadock JS, editores. *Tratado de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p.356-63.
- (38) Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *Br-Med-J-Clin-Res-Ed*. 1984 Jun 30; 288(6435): 1945-9.
- (39) Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Arch-Gen-Psychiatry*. 1996 Jun; 53(24): 505-12.
- (40) Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am-J-Psychiatry*. 1997 Jun; 154(24): 840-5.
- (41) Oliveira OP, Teitelbaum PO. Delinquência no RS: Um Estudo da População Carcerária. Prevalência de Tasp e Outros Diagnósticos Psiquiátricos. In: Santos JVT, editor. *Violências no Tempo de Globalização*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 503-21.

- (42) Grossman LS, Haywood TW, Cavanaugh JL, Davis JM, Lewis DA. State psychiatric hospital patients with arrests for violent crimes. *Psychiatr Serv* 1995 Aug; 46 (8): 790-5.
- (43) Eronen M. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry* 1995 Aug; 152(8): 1216-8.
- (44) Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am-J-Psychiatry*. 1994 Mar; 151(3): 436-8.
- (45) Touari M, Mesbah M, Dellatolas G, Bensmail B. Association between criminality and psychosis: a retrospective study of 3984 expert psychiatric evaluations. *Rev-Epidemiol-Sante-Publique*. 1993; 41(3): 218-27.
- (46) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Sep; 82(3): 191-5.
- (47) Martell DA, Dietz PE. Mentally disordered offenders who push or attempt to push victims onto subway tracks in New York City. *Arch-Ge-Psychiatry*. 1992 Jun; 49(24): 472-5.
- (48) Palomba GA. Loucura e crime. São Paulo: Fiúza editores; 1996. p. 317.
- (49) Shore D, Filson CR, Johnson WE. Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: the White House case studies. *Schizophr-Bull*. 1988; 14(2): 279-81.
- (50) Associação Psiquiátrica Americana. Diretrizes no Tratamento da Esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed, 2000; p. 134.
- (51) Shore D, Filson CR, Johnson WE, Era DS, Muehrer P, Kelley DJ, Davis TS, Waldman IN, Wyatt RJ. Murder and assault arrests of White House cases: clinical and demographic correlates of violence subsequent to civil commitment. *Am-J-Psychiatry*. 1989 May; 146(5): 645-51.
- (52) Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1994 Jul; 45 (7): 669-79.

- (53) Shore D, Filson CR, Johnson WE. Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: the White House case studies. *Schizophr-Bull.* 1988; 14(2): 279-81.
- (54) Martell DA, Dietz PE. Mentally disordered offenders who push or attempt to push victims onto subway tracks in New York City. *Arch-Ge-Psychiatry.* 1992 Jun; 49(24): 472-5.
- (55) Sandyk R. Aggressive behaviour in schizophrenia: relationship to age of onset and cortical atrophy. *Int J Neurosci* 1993 Jan; 68(1-2): 1-10.
- (56) Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr-Bull.* 1998; 24(3): 437-41.
- (57) Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH, Alterman AI, Miles KM, Noordsy DL. Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *J-Abnorm-Psychol.* 1997 Aug; 106(3): 473-7.
- (58) Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry* 1989 Jul; 146(7): 849- 53.
- (59) Blake, PY, Pincus JH, Buckner C. Neurologic abnormalities in murderers. *Neurology* 1995 Sep; 45 (9): 1641- 7.
- (60) Clark-SA. Matricide: the schizophrenic crime? *Med-Sci-Law.* 1993 Oct; 33(4): 325-8.
- (61) Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry.* 1998 Feb; 155(2): 226-31.
- (62) Lamb HR. Lessons learned from deinstitutionalisation in the US. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 587-92.

5. ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS

LACK OF TREATMENT: AN ASSOCIATED FACTOR FOR HOMICIDE IN THE SCHIZOPHRENIA

Menezes RS ¹, Busnello E D ²

1. Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso”. Secretaria de Justiça e Segurança do Estado do Rio Grande do Sul. Av. Bento Gonçalves, 2850, Porto Alegre, RS, 90650-001, Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Rua Ramiro Barcelos, 2350, Porto Alegre, RS, 90035-003, Brasil

Corresponding autor:

Ruben de Souza Menezes

Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso”

Av. Bento Gonçalves, 2850

Porto Alegre, RS, Brasil.

90650-001

E-mail: rsm@pro.via-rs.com.br

ABSTRACT

The purpose of these study was to assess schizophrenic in-patients at a forensic psychiatry hospital in Rio Grande do Sul, a state of Brazil. Methodology: in a case-control study, 100 schizophrenic patients who committed homicide were compared to 185 schizophrenic patients admitted for other offenses. All 285 patients included were duly tried and were the subject of court orders for Criminal Commitment that obliged them to remain in hospital, according to the Brazilian Penal Code. Demographic, judicial, and treatment-related variables were studied initially by uni and bivariate analysis, and further by multiple logistic regression analysis, constructed in a hierarchical model. Results: the demographic variables that predicted homicide were gender (female), marital status (married) and level of schooling (illiteracy). None of the clinical variables introduced in the regression model (co-morbidity, family history and subtype of schizophrenia) showed significant differences. The variable 'lack of treatment' presented statistically significant differences. The most important finding was that the patients who did not receive previous treatment before the offense had higher homicide rates than those who had treatment. This finding can be important important for prevention in public health, indicating the need to develop a psychiatric care network.

KEY WORDS

Schizophrenia; Psychotic disorders; Violence; Aggression; Homicide; Psychiatric hospitals; Hospital admission (hospitalization); Preventive psychiatry; Treatment results; Mental Health services; Forensic Psychiatry.

1. INTRODUCTION

The relationship between the human mind and its disorders and violent behavior is very complex. Several biological, psychological, social, cultural and economic factors interact to produce behaviors involving aggressiveness, both in people with mental disorders and normal individuals.

The issue of violence is a highly relevant topic, especially in American countries, where it has become a critical problem (1). Homicide is the most obvious and serious manifestation of violence. At the end of the 1980s, homicide was the second cause of death among young people aged from 15 to 24 years (1).

Violence by mentally disturbed individuals has taken up space in the media and worried the population (2). Sometimes this occurs in excess and causes harm (3), so that often these patients are more frequently arrested than other people (4).

This relationship between mental illness, particularly schizophrenia, and violence has been discussed. There are a number of major controversies, and the authors are not unanimous (5, 6) about this association. As a rule, the research studies used methodologies that can be classified according to three different approaches: 1) the prevalence of violence among schizophrenics and other mental patients who received treatment within the psychiatric care system; 2) the study of the prevalence of mental illness among people who committed acts of violence and who had contact with the judicial system in some form, and, 3) epidemiological community-based studies, investigating the prevalence both of psychiatric disorders and violent behavior (5, 6).

Most of the studies on the relationship between mental illness, particularly schizophrenia, and violence, were performed with patients under psychiatric treatment, especially in hospital (5). In most studies performed by this group (2, 7 - 12), there were higher rates of crimes among schizophrenic patients than among the

population at large. In some the difference occurred in offenses in general (8, 9); in others only in violent crimes (7, 10), more serious (7, 11), or specifically regarding rates of homicide (2, 12). Some authors call homicide committed by reason of mental illness “abnormal homicide” (13, 15). In two English studies on abnormal homicide, performed at special hospitals for violent psychiatric patients, schizophrenia was the most frequently found diagnosis (13, 14). On the other hand, a research study did not show differences regarding criminality in schizophrenics and other patients (3).

Studies of prison populations are another form of approaching the issue of violence and mental disease (15). Some of these studies showed that the rates of prevalence for schizophrenia in prison populations were similar to those in the community (9, 16), and others that these same rates were higher than in the community (2, 17, 18), especially when schizophrenia was associated with disorders due to substance abuse (9). As regards the study group specifically on homicide, there appear to be special subgroups in which there is a very high risk for these behaviors (19 – 21). Also in developing countries, several studies have shown high rates of psychosis and schizophrenia among people who commit homicide (22).

The research data most important and methodologically less subject to problems is that of the epidemiological studies performed in the community. These research studies began to appear only in the last decade of the 20th century, which may be explained as due to their great complexity, which requires the massive use of computer technology to deal with huge amounts of information in large data bases. In this third group of studies there is a smaller number of publications (5).

A major study performed in the United States used data from the project of the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA), to examine the relationship between violence and psychiatric disorders in adults living in the community. Out of a total of 10,059 persons, 268 participants informed violent behaviors

in the preceding year. The prevalence of schizophrenia or schizophreniform disorders was 3.92% in the group with reported violence, approximately four times higher than the prevalence in the group in which no violence was reported (1.03%) (23). Other epidemiological studies were performed with non-selected cohorts (24). Outstanding among them are the prospective longitudinal studies of unselected large cohorts by birth, in Stockholm, Sweden (1992) (18) and in Denmark (1996) (25). In the former, which included a total of 15,177 people, both men and women with major mental illnesses were at increased risk to commit crimes (18). The second was the largest study ever performed in this field, including 324,401 people, and showed that people who had been hospitalized on psychiatric grounds had a higher probability of being sentenced for crimes than people without a psychiatric history (25). However, these studies did not specifically discuss schizophrenia. Another study performed in the United States, with prison rates related to encounters between patients and police officers, did not show a significant association between mental illness and criminality (26).

An association between mental illness and violence appears to exist, but the precise nature of the association has not yet been established (5, 6). However, this does not mean that people with schizophrenia are more violent than the population at large (5). Most of the people diagnosed as schizophrenics are non-violent (1, 2, 23, 27, 28), although there is a subgroup of patients in whom the risk of violence may be significantly higher (2, 29, 30). On the other hand, the schizophrenic patients may be at increased risk of being victimized by crime (3, 31, 32).

It should also be stressed that the criminal offenses committed by schizophrenic patients are not necessarily related to their mental illnesses (9, 13, 33, 34). Contextual factors may have triggered a legitimate response, that could have been expected even from a person without mental illness (6).

Hostile behaviors of several types complicate the clinical course of schizophrenia, dramatically affect communities, and head the list of problems identified by family members as regards the patients (35).

More recent studies sought to verify under what circumstances violent behaviors can occur, and also to try to find out what are the factors related to the higher or lower probability of committing crime, in what situations or contexts these behaviors occur, and what the causes are (5, 27, 36).

Most studies in this field were performed in developed countries (28). In developing countries less studies were performed, tending to indicate the existence of some association (22, 28, 37).

In Brazil, the legal regulation of criminality due to mental disease is part of the Penal Code (38, 39). Legally, mentally ill subjects who are psychotic are considered not responsible for their acts (Penal Code – article 26) (38). Further details on current pertinent Brazilian law and data on the Rio Grande do Sul prison system can be found elsewhere (39).

The general objective of this research was to compare schizophrenic in-patients in a forensic psychiatric hospital belonging to the state, because they had committed homicide, to the other schizophrenic in-patients, committed to the same institution for other reasons. Specifically, possible associations of the demographic, judicial, clinical-psychiatric variables and those related to previous treatment with the fact that homicide was committed were investigated. The main hypothesis raised was that lack of treatment could be associated to homicides that occurred. The purpose was also to establish guidelines for prevention and treatment by identifying factors associated with homicide in schizophrenic patients. Finally, an attempt was made to contribute to knowledge in the area by generating original data based on a population of forensic patients in a developing country.

2. METHODOLOGY

This case-control study was performed at a state-owned forensic psychiatric hospital called Forensic Psychiatric Hospital “Maurício Cardoso” (FPH), founded in 1925 and belonging to the penitentiary system of the state of Rio Grande do Sul (40, 41). The institution is the place where all in-patients who have been admitted due to a court order for Criminal Commitment (CC) in the state of Rio Grande do Sul, and a large number of the patients who are treated as outpatients.

The population studied consisted of all patients with a diagnosis of schizophrenia hospitalized at the FPH in June 1999. The study was a case-control, comparing the data of the schizophrenic patients who committed homicide to the other schizophrenics admitted for other offenses. All the patients researched had been admitted due to the court order for CC decreed during a trial and by official sentence. The crime of homicide was chosen as an outcome, because it was considered a reliable indicator to measure violence in studies of criminality (1, 5). The factors studied were the variables analyzed: demographic, judicial, clinical-psychiatric and related treatment received before the crime.

The data were collected from judicial records filed at FPH by a specific instrument. They were gathered by Psychology students, specifically trained for this purpose and blind to the research hypotheses and goals. The most important document analyzed was the Report on the Penal Imputability Exam (PIE) described in more detail in another article (39). These reports are expert appraisals performed by means of interviews for the assessment and examinations of the subject to be appraised by the psychiatric expert and neurologist. Psychodiagnostic and electroencephalographic evaluations are often included. It is based on these expert reports, among other elements, that Judges decide what the defendant’s sentence will be. Thus, the diagnoses performed

by the psychiatrists at FPH and the conclusions of the PIE reports are officially credible, and are decisive documents in the judicial proceedings. Besides these reports, the records were fully analyzed, and other documents like the judicial sentence and the reports of Verifying of Dangerous Stoppage Exam (39) were reviewed.

A patient was considered to have not received treatment before the offense when there was some record of this lack of treatment in his/her judicial file. In situations where there was no record about treatment, the case was classified as without any treatment before the offense.

The diagnoses used at IPH are based on the criteria of the ICD-10 (42). Because the length of hospitalization were often long, some diagnoses found were still coded according to the seventh, eighth and ninth ICDs (respectively from the 1950s , 1960s and 1970s). These diagnoses were converted to the current classification, based on official conversion tables (43). The diagnosis is performed considering the time when the offense was committed, and not the current time of the examination, just as is done in other countries (2). The diagnostic codes included in the research were from F20.0 to F20.9 (39).

The data base with the collected information was analyzed using the Statistical Product and Services Solutions (SPSS) program, version 8.0. The analysis of variables was initially performed in an uni and bivariate form, seeking to select variables associated with the outcome. The Chi-squared test was used, with a Yates correction for the dichotomous variables. Multiple logistic regression analysis was used to identify the main factors associated with committing homicide and to analyze the joint action of the variables and the effect of possible confounding factors, thus seeking to control these effects. The dependent variable was the commitment of homicide. Values of p smaller than 0.05 were considered significant.

As regards ethical aspects, the research project was submitted to and approved by the Committee of Ethics in Research on Human Beings at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, the teaching hospital of Federal University of Rio Grande do Sul. It was considered unnecessary to use the Informed Consent Form, since this was a retrospective study, and there were practically no risks to the patient. When the project had been authorized regarding its ethical aspects, it was examined and approved by the Director of the Forensic Psychiatric Hospital “Maurício Cardoso”.

Six hundred and eighteen patients were under treatment at FPH at the time of reference of the research study. This corresponds to 4.6% of the total of the prison population of the state of Rio Grande do Sul, which in 1999 was 13,346 (44). The total number of patients with a diagnosis of schizophrenia who were being treated at FPH was 332, who represent the larger proportion of in-patients, 53.7%. Forty-seven individuals in all were excluded, for the following reasons: 17 were awaiting trial; 12 were under treatment with an outpatient CC; and 18 because there had been changes in their diagnosis over time, recorded in their files. Thus, the final population of schizophrenics described below, and included in the statistical analysis, consisted of 285 patients (85.8% of the total number of schizophrenics in the hospital).

3. RESULTS

The group of schizophrenic patients who have committed at least one homicide included 100 cases (35.1% of the schizophrenics), while the group of patients with schizophrenia who did not commit any homicide consisted of 185 individuals.

The study group of 100 patients who had killed, had committed 115 homicides and 21 other crimes. In 79 cases, homicide was the only type of crime committed, distributed as follows: 73 patients had committed a single homicide; 3 patients had committed 2 homicides, 2 patients had committed 3 homicides and one individual had committed 4. In 21 cases there was an association with other offenses. Of these 16 patients had committed only a single homicide and 5 had 2 homicides, besides the other crimes: 16 bodily injuries, 2 sex crimes, and 3 crimes against property.

The control group of 185 schizophrenic patients, who had not committed homicide, had 319 offenses: 216 bodily injuries, 55 crimes against property, 37 sex crimes, 4 drugs and 7 minor crimes.

First of all an attempt was made to find out whether the diagnosis of schizophrenia was related to committing homicide. The rates of homicide committed by schizophrenics were compared to the same rates among the other patients. The rate of homicides committed by the other FPH patients, under the same conditions of selection of schizophrenics described in the methodology, was 34.3% (68 cases out of a total of 198 patients with other diagnoses). This small difference was not statistically significant (Chi-square with Yates correction: $p = 0.94$).

Table 1 shows the demographic variables. Of the total of schizophrenic patients, 257 were male and 28 female. It can be observed that there is a higher rate of homicides among women (56.1%) than among men (32.7%), a difference that presented a statistical significance in bivariate analysis. Caucasians had the highest homicide rates

(37.4%), however these result was not significant. The most common marital status in the group of schizophrenic patients was single, with 83.5% of the cases. However, the marital status most often associated to homicide was married, over half the patients in this situation having committed this crime (51.4%), a statistically significant result.

Over half of the patients (53.9%) committed the crime when they were under the age of 30, thus characterizing a young population. The age group with the highest number of homicides was under 20 (50%). Most of the patients had a low level of schooling, mostly with incomplete elementary school (70.5%). Those with higher education had the highest rate of homicides (50%), but with a small overall number (6 cases). The illiterate level came next, with 43.2% of homicides. As to the level of occupation, the rate of homicides was higher in the intermediate level, where there are predominantly people with middle level activities, such as skilled workers. The next group is the lowest, where there are people who do not have any activity, or working at simple jobs such as agriculture and construction.

Table 2 shows the profile of offenses committed. The state capital was the place where most homicides had occurred percentagewise, as compared with the metropolitan region and the state interior. More homicides were committed on the street, and more in the home than in other buildings. There is a clear association between the use of firearms and homicides: in the 18 cases where firearms were the means used to commit crimes, in most cases the victim died (61.1%). The most used means, in absolute terms, were cutting weapons, with 46 cases of homicide and 87 in all.

Analyzing the data concerning the victims, in the table 3, men tended to be homicide victims significantly more often than women. The age group with the highest number of victims was adults, with 192 cases. The main age group for homicide was babies, with 80% of the 5 cases, and then the aged, 55.6%. The homicide rate was significantly higher against people the patient knew, such as family members, friends or

neighbors, than against people they did not know. As to first degree relationship, it was observed that mothers, in terms of the total number of crimes, were most frequently affected (45 cases), although there was not a percentagewise higher victimization by homicide. The children were the significant victims of homicide (54.5%), as well as the patients' siblings (53.3%). However, the highest rates of homicide occurred among couples: when the victim was the husband, in 80% of the cases homicide had occurred; when it was the wife, 58.6% of the cases. In many cases, the offenses were committed against more than one victim, of different age groups, or against more than one relative.

Table 4 shows diagnostic characteristics and other clinical variables. Schizophrenia was the only diagnosis in 76.5% of the cases, with other associated disorders in 23.5%. The homicide rate was slightly higher when only schizophrenia was diagnosed (36.4%), without any statistical significance. When analyzing co-morbidities, it was found that diagnoses of abuse of psychoactive substances were those most often found among schizophrenic patients, with 43.3% of the total number of cases in which there were co-morbidities, followed by mental retardation, with 31.3%. The third most frequent co-morbidity, with personality disorders, was the one most closely related to homicide, with 60% of the 5 cases. As to the subtype of schizophrenia, the paranoid form was found in 235 cases, and it was most common with 81.4% of the total. The percentage of homicides was 34.8%, and this was very close to that found in the schizophrenic patients as a whole (35.1%). As regards the age when the illness began, the most common period recorded, and the one during which most homicides occurred, was adolescence, with 48.5% of the cases. As to family history, there was a higher proportion of family history of mental illness (47.8%) than of criminal history (4.4%).

The variables related to treatment before the offense was committed are presented in table 5. There was a general agreement among the variables, toward lower rates of homicide among the patients who underwent of treatment. With relationship

to the type of treatment received, most of the patients received psychiatric treatment. A few received other types of treatment, such as psychological, clinical or neurological, which generally were given in association with the psychiatric treatment. No significant differences were found between the groups. The variables related to hospital treatment (recorded admissions and the number of admissions) were compared to the group of patients who had not been admitted at any time. Significantly lower rates of homicide were found among the patients who had had at least one admission during their life before the crime, as compared with those who had no recorded hospital admissions. Furthermore, the higher the number of previous hospital admissions, the smaller the rate of homicides. The greatest difference occurred in the group with more than 6 hospital admissions. None of the three patients with more than 20 previous admissions committed homicide.

Comparing the hospital and outpatient treatments, it was observed that the patients who had only hospital treatment had lower homicide rates than those who had undergone hospital and outpatient treatment, or only outpatient treatment, this difference being statistically significant. The homicide rates in the three categories of treatment were lower than in the cases where no treatment was received.

Table 6 shows the multiple logistic regression analysis performed to verify the joint behavior of the main variables studied. The variables were included mainly for their performance in bivariate analysis, but some were also included because there are descriptions of their importance to be found in literature.

The model was constructed in a hierarchical manner, in three stages, in a fashion similar to that used in two other studies (27, 36). As can be observed in table 6, initially a regression was performed only with demographic factors: gender, marital status, age, color, level of schooling, occupation and type of city where the crime was committed. In a second stage, the clinical variables were included in the model:

psychiatric family history, criminal family history, subtype of schizophrenia and the presence of co-morbidities. In stage three, the variable concerning treatment, defined as “absence of any treatment before the offense”, was included.

In step 1, the demographic variables that predicted committing homicide were gender (female), marital status (married) and level of schooling (illiteracy). The inclusion in the model, in step 2, of the clinical variables, did not change this picture. No clinical variable proved to be a significant predictor for committing homicide. In step 3, the absence of treatment before the offense proved predictive of homicides committed by schizophrenic patients. Its inclusion modified the values of the odds ratios of the other variables, diminishing the statistical significance of the two demographic variables, gender and level of schooling, although only with a small reduction in the odds ratio of these variables. Besides the lack of treatment, a regression analysis was performed with the variable “lack of previous hospital admission”, which also proved significantly predictive for homicide.

4. DISCUSSION

The data that originated in this research indicate the importance of the treatment by schizophrenic patients. Of the patients who committed homicide, only about half had some type of treatment or hospitalization before the offense. Compared to this, approximately 70% of the patients who committed other crimes had been admitted or been submitted to some type of treatment before committing the offense. The lack of treatment proved a factor associated with homicidal behavior in schizophrenic patients, even when the sociodemographic and clinical variables were controlled. Thus, there is an association with a moderate magnitude between absence of treatment and committing homicide.

This result agrees with studies performed in other countries, showing that non-compliance with medication is predictive of violent behavior (36). According to the North American study using data from ECA, the absence of contact with treatment in the community is associated with a significant increase in violent behavior over time. The participants in the study who did not mention recent treatment had a 2.62 times higher probability of having committed a violent act against others. The data from our study agree with this research, the risk of committing homicide was 2.62 times higher among untreated schizophrenic patients than among those who had received some treatment.

However, there are still many controversies about the capacity of treatment to significantly reduce the risk of violence in patients who have severe mental diseases (7, 9, 27). Receptiveness to treatment appears to distinguish a group with a lower probability of getting involved in violence (27), while at the other extreme patients who, after being discharged, refuse medical and social support, may be at higher risk for criminal behavior (10). Violent patients may have dysfunctions in the domains of daily

basic self-care and family and community social adjustment. The hospital structure may help contain episodic periods of loss of control (45).

The other clinical factors tested in logistic regression analysis – subtype of schizophrenia, presence of co-morbidities, family history (psychiatric and criminal), and time of onset of disease – did not show any association to committing homicide, either in the bivariate analysis or in the logistic regression.

These data disagree with other studies found in literature, which indicate the presence of an association between violence and these clinical factors. The role of co-morbidities in general (23, 30) has been stressed. In particular, co-morbidity with disorders due to the use of alcohol and drugs has been associated with the increased rates of violence in many studies (6, 7, 10 – 13, 18, 19, 23 – 25, 28, 36, 46), although this association was not recorded in a study (34). Co-morbidity with antisocial personality disorder has been indicated as associated to aggressions (47). In our research, although the most common co-morbidity was with disorders due to the use of alcohol and drugs, we did not find an association with homicide. However, the co-morbidity was considered positive only when there was a diagnosis of these disorders coded in the expert report. Thus, maybe the data underestimated the real rate of substance use, since, in some cases the data did not allow a diagnosis.

The presence of a family and genetic history has also been studied in its possible association with violent behavior in schizophrenics, although the data is still at an initial stage (48). The paranoid subtype of schizophrenia has been associated with violence in many studies (2, 10, 12, 24, 30, 49, 50).

One item of data reported by other studies refers to the fact that people with very severe symptoms tend to get less involved in aggressions due to the overall limitations of the disease itself. Severe psychoses may generate such a worsened degree of functioning and psychic disorganization, that this condition is truly limiting, both

in its capacity and in the opportunity of committing acts of violence (27). The data in this research as regards the number of previous admissions to hospital may agree with this reference: as the number of previous admissions grew, the percentage of patients who had committed homicide gradually diminished. These data may indicate that patients with more severe illnesses are more often admitted, and are on the whole more incapacitated, even to commit homicides. Another hypothesis to account for the phenomenon may be that the greater the amount of treatment, the less the risk of homicides. This is a finding that will require further investigation to explain it.

The interpersonal element proved highly important: there were significantly more homicides against known persons than against unknown persons in this study. These data agree with other studies that revealed that family members are the most likely targets of violence by patients in the community (5, 6, 51). Violence is committed against a specific person, usually a significant individual in the patient's life (30). In a study performed in Copenhagen, it was observed that only 21% of the psychotic murderers kill victims outside their families (29). Studies performed at special English hospitals (13, 14) showed that family members and people close to the psychotic patients were among the main victims. These data agree with a research performed in the United States (34), where mothers were the most common victims, but wives were victimized more often in violent acts than the mothers. In our study, the marital status (married) was the variable with the highest odds ratios to commit homicide in logistic regression, with a more than 5 times increase. On the other hand, the profile of the victims showed that, among the people closest to the patients, spouses were the main targets of homicide. Thus, married patients' main victim was their spouse, which went for both sexes. The data agree with other studies (23, 29).

An important fact to be mentioned concerns the use of firearms, which, in our study, presented the highest rate of homicides found in relation to all other means employed. This item of information indicates that use of firearms was a factor associated to committing homicide among the schizophrenic patients. The possession and use of firearms has been mentioned as an important factor of violence in communities, which also appears to affect the patients (49).

Considering the limitations of this study, it is important to take into account that, since it was retrospective, with research in records, the data obtained were collected originally for expert and therapeutic purposes. Even so, since the institution involved was a judicial one, the records were mostly more than enough for the objectives of this research study. These study, with case-control design, have important limitations, but in this particular case would be difficult to make a cohort study in face of methodological, ethical and financial reasons. So, it was not possible to find a causal relationship between the lack of treatment and the violence in psychiatric patients with our data, only an association. This is a task for another future researches.

As regards the factors that influence treatment performed, it is important to consider that access to mental health treatment may depend not only on individual factors (motivation, insight about the illness) but also on social factors (effective, universally available health care system). This factor could significantly distinguish developed from developing countries. According to a study performed in Switzerland, despite the availability of care in that country, some patients ultimately were not treated because they refused to receive treatment and consequently did not comply (9). Several authors have indicated that badly performed de-institutionalization processes may be contributing to diminish the number of hospital beds in developed countries (9, 29, 52). In countries like Brazil, there is an additional difficulty: some patients, even though they are prepared to accept treatment, encounter great difficulties in finding a place for community

treatment, and even more difficulty in obtaining a place in hospital, due to the deficiencies in the health care system, including problems specifically in mental health care.

These facts are even more dramatic when it is found that even with difficulties and limitations, mental health treatment enables prevention of the homicide of family members and other people close to the patients. Easier access to treatment, especially in hospital, helps save lives, not only of the patients, but especially of their family. The research data must be used constructively to provide more appropriate and humane treatment for these people. (25). Thus it is correct to say that schizophrenic patients who have treatment are at lower risk to commit serious offenses than those who do not. This is relevant information even to help raise the awareness of patients and their families regarding the importance of having treatment.

The violence of people with mental disorders could prove to be an avoidable form of violence. Knowledge about their treatment may help us achieve a clearer understanding of the general violence that has accompanied humankind as a whole throughout its history.

Acknowledgement: This study was supported by grants from FAPERGS (#98/1626.3)

5. REFERENCES

- (1) Roux GI, Chelala C. Letter from Cali. Violence in the Americas. JAMA. 1994 March; 271(30): 727.
- (2) Eronen M, Hakola P, Tiihonem J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry 1996 Jun; 53(6): 497-501.
- (3) Chuang HT, Williams R, Dalby JT. Criminal behaviour among schizophrenics. Can J Psychiatry. 1987 May; 32(4): 255-8.
- (4) Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. II-Effect of psychiatric diagnosis on conviction and sentencing of offenders. Br Med J Clin Res Ed. 1984; 289(6436): 9-12.
- (5) Eronen, M; Angermeyer, MC; Schulze, B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998 Dec; 33 Suppl 1: S13-23.
- (6) Arboleda-Flórez, J – Mental Illness and Violence: An Epidemiological Appraisal of the Evidence. Can J Psychiatry 1998; 43:989-996.
- (7) Wessely, S. The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998 Dec; 33 Suppl 1: S24-8.
- (8) Modestin J, Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour. Br J Psychiatry 1995 May; 166 (5): 667-75.
- (9) Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. Schizophr Bull 1996; 22 (1): 69-82.
- (10) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. Br J Psychiatry 1990 Sep; 157: 345-50.
- (11) Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J . Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. Am J Psychiatry. 1997 Jun; 154(6): 840-5.

- (12) Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;22(1): 83-9.
- (13) Dolan M, Parry J. A survey of male homicide cases resident in an English special hospital. *Med Sci Law*. 1996 Jul; 36(3): 249-58.
- (14) Vielma M, Vincente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide--a review of a special hospital male population. *Med Sci Law*. 1993 Jan; 33(1): 47-54.
- (15) Oliveira OP, Teitelbaum PO. Delinqüência no RS: Um Estudo da População Carcerária. (Delinquency in Rio Grande do Sul: A Study of the Prison Population.) In: Santos JVT, editor, *Violências no Tempo de Globalização (Violence in the Time of Globalization)* . 1ª Ed. São Paulo: Hucitec: 1999. p. 503-21.
- (16) Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53(6): 505-12.
- (17) Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *Br Med J Clin Res Ed*. 1984 Jun 30; 288(6435): 1945-9.
- (18) Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483.
- (19) Eronen M. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry* 1995 Aug; 152(8): 1216-8.
- (20) Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry*. 1994 Mar; 151(3): 436-8.
- (21) Tiihonen J, Eronen M. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 917-918.
- (22) Touari M, Mesbah M, Dellatolas G, Bensmail B. Association between criminality and psychosis: a retrospective study of 3984 expert psychiatric evaluations. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1993; 41(3): 218-27.

- (23) Swanson JW, Holzer CE 3d, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Jul; 41(7): 761-70.
- (24) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Sep; 82(3): 191-5.
- (25) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 489-496.
- (26) Teplin LA. The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception. *Am J Psychiatry*. 1985 May; 142(5): 593-599.
- (27) Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry*. 1997; 60(1): 1-22.
- (28) Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br J Psychiatry*. 1997 ; 171: 9-14.
- (29) Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand*. 1987 Sep; 76(3): 285-92.
- (30) Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Compr Psychiatry*. 1986 Mar-Apr; 27(2): 131-48.
- (31) Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999 Jan; 50(1): 62-8.
- (32) Zitrin A, Hardesty AS, Burdock EI, Drossman AK. Crime and violence among mental patients. *Am J Psychiatry*. 1976 Feb; 133(2): 142-9.
- (33) Tardiff K. Comportamento anti-social no adulto e criminalidade (Anti-social behaviour in adults and criminality). In: Kaplan HI, Sadock JS, editores. *Tratado de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p.1750-9.

- (34) Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1994 Jul; 45 (7): 669-79.
- (35) Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA, Freeman DH. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophr Bull.* 1991; 17(1): 163-71.
- (36) Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998 Dec; 33 Suppl 1: S75-80.
- (37) Pal S. Mental disorders in abnormal offenders in Papua New Guinea. *Med Law.* 1997; 16(1): 87-95.
- (38) Brasil. Leis. Código Penal do Brasil (Brazil. Laws. Brazilian Penal Code), São Paulo: Ed. Saraiva, 1988.
- (39) Taborda JGV, Cardoso RG, Morana HCP. Forensic Psychiatry in Brazil. *Int J. Law Psychiatry.* 2000; 23(5): 579-588.
- (40) Godoy, J. *Psiquiatria no Rio Grande do Sul (Psychiatry in Rio Grande do Sul)*, Porto Alegre: Godoy, J. ; 1955; 462 p.
- (41) Fonseca P, Sordi RE, Thomaz TO. Instituto Psiquiátrico Forense: aspectos de sua evolução nos últimos vinte anos (Forensic Psychiatry Institute: aspects of its evolution over the last 20 years). *Ver. Psiq.RS.* 1982; 4(2): 96-104.
- (42) Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.*(World Health Organization. *Classification of Mental Disorders and Behavior of the ICD – 10. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*). Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1993.

- (43) World Health Organization. Division of Mental Health. Conversion Tables Between ICD-8, ICD-9 and ICD-10. WHO/MNH/92.16 document. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO; 1992.
- (44) Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Relatório azul – Garantias e violações dos direitos humanos.(State Congress of Rio Grande do Sul. Committee of Citizenship and Human Rights. Blue report – Guarantees and violations of human rights). Porto Alegre, Assembléia Legislativa. 2000; 622 p.
- (45) Flannery RB Jr; Penk WE, Irvin EA, Gallagher C. Characteristics of violent versus nonviolent patients with schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1998 Summer; 69(2): 83-93.
- (46) Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J . Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull.* 1998; 24(3): 437-41.
- (47) Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH, Alterman AI, Miles KM, Noordsy DL. Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1997 Aug; 106(3): 473-7.
- (48) Coid B, Lewis, SW, Reveley, AM. A twin study of psychosis and criminality. *Br J Psychiatry* 1993 Jan; 1762: 87-92.
- (49) Shore D, Filson CR, Johnson WE. Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: the White House case studies. *Schizophr Bull.* 1988; 14(2): 279-81.
- (50) Martell DA, Dietz PE. Mentally disordered offenders who push or attempt to push victims onto subway tracks in New York City. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49(6): 472-5.
- (51) Robertson G. Arrest patterns among mentally disordered offenders. *Br J Psychiatry.* 1988 Sep; 153: 313-6.
- (52) Lamb HR. Lessons learned from deinstitutionalisation in the US. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 587-92.

Table 1 – Demographic characteristics – comparison between schizophrenic patients with and without homicide

Variable	Factor	At least one homicide		No homicide		Total		OR (CI 95%)	P*
		N	%	N	%	N	%		
Gender	Female	16	57.1%	12	42.9%	28	9.8%	2.75 (1.17 - 6.51)	< 0.05
	Male	84	32.7%	173	67.3%	257	90.2%		
Ethnicity	Caucasian	82	37.4%	137	62.6%	219	76.8%	1.60 (0.84 – 3.07)	NS
	Afro-american, mixed and others	18	34.9%	48	65.1%	66	23.2%		
Marital status	Married	30	62.5%	18	37.5%	48	16.9%	3.95 (1.98 – 7.95)	< 0.0001
	Single, separated, widowed	70	29.7%	166	70.3%	236	82.8%		
	Not recorded					1	-		
Age at time of crime	Under 20 years	10	50.0%	10	50.0%	20	7.4%	-	NS
	20 - 29 years	40	32.0%	85	68.0%	125	46.5%		
	30 - 39 years	33	35.9%	59	64.1%	92	34.2%		
	40 years and over	14	43.8%	18	56.2%	32	11.9%		
	Not recorded	3				16	-		
Level of education	Illiterate	19	43.2%	25	56.8%	44	15.7%	-	NS
	Elementary school (complete or incomplete)	71	33.5%	141	66.5%	212	75.4%		
	High school (complete or incomplete) or higher education	10	40.0%	15	60.0%	25	8.9%		
	Not recorded	0	-			4	-		
Level of occupation	No occupation or undefined; unskilled workers	59	32.4%	123	67.6%	182	72.8%	1.00 (0.53 – 1.90)	NS
	Skilled workers; Proprietors, higher level professionals	22	32.3%	46	67.7%	68	27.2%		
	Not recorded	19	-			35	-		

*The Chi-squared test (Yates when indicated) was used, with a 0.05 level of significance.

Table 2 – Characteristics of the crimes – comparison between schizophrenic patients with homicide and controls

Variable	Factor	At least one homicide		No homicide		Total		P*
		N	%	N	%	N	%	
Number of crimes	1 offense	73	44.5%	91	53.5%	164	57.5%	< 0.005
	2 offenses	19	26.0%	54	74.0%	73	25.7%	
	3 offenses	8	17.6%	40	83.4%	48	16.8%	
Place where the crime occurred	In the home	29	33.0%	59	67.0%	88	45.1%	NS
	In other buildings or places	8	33.3%	16	66.7%	24	12.2%	
	At a public place (on the street)	31	37.3%	52	62.7%	83	42.6%	
	Undetermined place	32	35.5%	58	64.5%	90	-	
City where the crime occurred	Porto Alegre (state capital)	30	47.6%	33	53.4%	63	23.2%	< 0.05
	Metropolitan region of the capital	5	26.3%	14	73.7%	19	7.0%	
	Interior of the state	57	31.3%	125	68.7%	182	66.9%	
	Unknown	2	25.0%	6	75.0%	8	2.9%	
Means employed to commit the crime	Firearms	11	61.1%	7	38.9%	18	6.3%	< 0.0005
	Cutting weapons	46	52.9%	41	47.1%	87	30.5%	
	Physical force	9	19.1%	38	80.9%	47	16.5%	
	Blunt objects	14	32.6%	29	67.4%	43	15.1%	
	Combined means	15	46.9%	14	53.1%	29	10.2%	
	Others	5	8.2%	56	91.8%	61	21.4%	

*The Chi-squared test (Yates when indicated) was used, with a 0.05 level of significance.

Table 3 – Characteristics of the victims of crimes – comparison between schizophrenic patients with homicide and controls

Variable	Factor	At least one homicide		No homicide		Total		P*
		N	%	N	%	N	%	
Gender of victims	Only male victims	52	49.1%	54	50.9%	106	43.3%	<0.01
	Only female victims	32	32.7%	66	67.3%	98	40.0%	
	Victims of both sexes	10	24.4%	31	75.6%	41	16.7%	
	Victimless crimes/not informed	6	15.0%	34	85.0%	40	-	
Age group of victims	Crimes against infants	5	83.3%	1	16.7%	6	2.1%	P< 0.05**
	Crimes against children	6	15.8%	32	84.2%	38	13.3%	P< 0.05*
	Crimes against adolescents	7	38.9%	11	61.0%	18	6.3%	NS*
	Crimes against adults	62	32.3%	130	67.7%	192	67.4%	NS*
	Crimes against aged persons	15	55.6%	12	44.4%	27	9.5%	P< 0.05*
Crimes against people they know x other victims	Against known people (relatives, friends, neighbors)	72	41.4%	102	48.6%	174	61.0%	P< 0.01*
	Against unknown people or no victims	28	25.2%	83	74.8%	111	39.0%	
Victims that are first degree relatives of the patient	Crimes against mother	11	24.4%	34	75.6%	45	15.8%	NS*
	Crimes against father	10	28.6%	25	71.4%	35	12.3%	NS*
	Crimes against son	6	54.5%	5	45.5%	11	3.9%	NS*
	Crimes against daughter	3	37.5%	5	62.5%	8	2.8%	NS**
	Crimes against sister	1	7.7%	12	92.3%	13	4.6%	P< 0.05**
	Crimes against brother	8	53.3%	7	46.7%	15	5.3%	NS*
	Crimes against wife	17	58.6%	12	41.4%	29	10.2%	P< 0.01*
	Crimes against husband	4	80.0%	1	20.0%	5	1.8%	NS**

*The Chi-squared test (Yates when indicated) was used, with a 0.05 level of significance.

** The Two-tailed Fisher Exact Test was used with a 0.05 level of significance.

Table 4 – Diagnostic characteristics and clinical variables – comparison between schizophrenic patients with homicide and controls

Variable	Factor	At least one homicide		No homicide		Total		OR (CI 95%)	P*
		N	%	N	%	N	%		
Co-morbidity of the schizophrenia	Schizophrenia alone	78	35.7%	140	64.3%	218	76.5%	1.14 (0.61 – 2.12)	NS
	Schizophrenia and co-morbidities	22	32.8%	45	67.2%	67	23.5%		
Type of co-morbidity of the schizophrenia	Disorders due to the use of substances	8	27.6%	21	62.4%	29	43.3%	-	NS**
	Mental retardation	7	33.3%	14	66.7%	21	31.3%		
	Personality disorders	3	60.0%	2	40.0%	5	7.5%		
	Neurological disorders	2	50.0%	2	50.0%	4	6.0%		
	Sexual disorders			2	100.0%	2	3.0%		
	Mood disorders			1	100.0%	1	1.5%		
	Two other diagnoses	2	40.0%	3	60.0%	5	7.5%		
Schizophrenia subtypes	Paranoid schizophrenia	84	36.1%	149	63.9%	233	81.8%	-	NS**
	Catatonic schizophrenia	4	40.0%	6	60.0%	10	3.5%		
	Hephenic schizophrenia	1	16.7%	5	83.3%	6	2.1%		
	Simple schizophrenia	2	20.0%	8	80.0%	10	3.5%		
	Residual schizophrenia	1	33.3%	2	66.7%	3	1.1%		
	Other or unspecified	8	34.8%	15	65.2%	23	8.1%		
Time of onset of illness	Childhood	6	24.0%	19	76.0%	25	15.1%	-	NS
	Puberty	5	25.0%	15	75.0%	20	12.1%		
	Adolescence	29	36.3%	51	63.7%	80	48.5%		
	Adulthood	14	34.4%	36	65.6%	40	24.2%		
	No information	46	38.3%	74	61.7%	120	--		
Family history of mental illness	Family history of mental illness	37	31.4%	81	68.6%	118	47.8%	0.77 (0.44 – 1.35)	NS
	No family history	48	37.2%	81	62.8%	129	52.2%		
	No information	15	39.5%	23	60.5%	38	--		
Family history of criminal behavior	Family history of crimes	3	30.0%	7	70.0%	10	4.4%	0.85 (0.17 – 3.80)	NS
	No family history	73	33.5%	145	66.5%	218	95.6%		
	No information	24	42.1%	33	57.9%	57	--		

* The Chi-squared test (Yates when indicated) was used with a 0.05 level of significance

Table 5 – Variables related to treatment before the crime – comparison between schizophrenic patients with homicide and controls

Variable	Factor	At least one homicide		No homicide		Total		OR (CI 95%)	P*
		N	%	N	%	N	%		
Psychiatric Hospitalization before crime	No previous psychiatric hospitalization	44	50.0%	44	50.0%	88	30.6%	2.52 (1.45 – 4.38)	< 0.001
	Previous psychiatric hospitalization recorded	56	28.4%	141	71.6%	197	69.4%		
Number of Hospital admissions before crime	1 admission	21	35.6%	38	64.4%	59	29.9%	-	NS**
	2 or 3 admissions	17	29.3%	41	70.7%	58	29.4%		
	4 or 5 admissions	12	32.4%	25	67.6%	37	18.8%		
	6 to 10 admissions	4	16.0%	21	84.0%	25	12.7%		
	11 to 20 admissions	2	13.3%	13	86.7%	15	7.6%		
	Over 20 admissions	0		3	100.0%	3	1.5%		
Treatment before crime	Patients without previous treatment	35	53.8%	30	46.2%	65	22.8%	2.78 (1.52 – 5.10)	< 0.001
	Patients with previous treatment	65	29.5%	155	70.5%	220	77.2%		
Mode of treatment before crime	Hospital and outpatient clinic	27	32.5%	56	67.5%	83	29.1%	-	< 0.005
	Hospital only	29	25.4%	85	74.6%	114	40.0%		
	Outpatient only	9	39.1%	14	60.9%	23	8.1%		
	Patients without previous treatment	35	53.8%	30	46.2%	65	22.8%		

* The Chi-squared test (Yates when indicated) was used with a 0.05 level of significance

Table 6 – Logistic regression analysis

Variable	1. Only demographic variables		2. Demographic and clinical variables		3. Demographic and clinical variables, and treatment	
	OR	CI 95%	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Demographic variables						
Gender: female	2.59 *	1.02 – 6.57	2.81 *	1.08 – 7.30	2.46	0.93 – 6.54
Marital status: married	4.59 **	2.11 – 9.97	4.94 **	2.21 – 11.0	5.05 ***	2.23 – 11.4
Color (ethnic group) : Caucasian	1.84	0.93 – 3.61	1.88	0.95 – 3.73	1.91	0.95 – 3.85
Age : over 30 years	1.26	0.70 – 2.24	1.35	0.75 – 2.45	1.28	0.70 – 2.34
Level of Education: illiterate	2.21 *	2.20 – 4.56	2.23 *	1.06 – 4.67	2.11	0.99 – 4.50
Occupation: None	0.46	0.18 – 1.14	0.50	0.20 – 1.25	0.51	0.20 – 1.27
City where the crime Occurred: state capital	0.63	0.32 – 1.22	0.54	0.27 – 1.09	0.51	0.25 – 1.03
Clinical variables						
Family history of psych.			0.85	0.48 – 1.49	0.90	0.50 – 1.62
Family history of crime			0.40	0.08 – 1.88	0.39	0.08 – 1.99
Paranoid subtype			1.21	0.58 – 2.50	1.14	0.54 – 2.39
Presence of co-morbidities			0.67	0.34 – 1.28	0.68	0.35 – 1.31
Treatment						
No previous treatment					2.62 **	1.36 - 5.02

* p < 0.05; ** p < 0.005; *** p < 0.001.

6. ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS

FALTA DE TRATAMENTO: UM FATOR ASSOCIADO COM O HOMICÍDIO NA ESQUIZOFRENIA

Menezes RS ¹ , Busnello E D ²

1. Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso”. Secretaria de Justiça e Segurança do Estado do Rio Grande do Sul. Av. Bento Gonçalves, 2850, Porto Alegre, RS, 90650-001, Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Rua Ramiro Barcelos, 2350, Porto Alegre, RS, 90035-003, Brasil

Autor correspondente:

Ruben de Souza Menezes

Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso”

Av. Bento Gonçalves, 2850

Porto Alegre, RS, Brasil.

90650-001

E-mail: rsm@pro.via-rs.com.br

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo estudar pacientes esquizofrênicos internados em um hospital psiquiátrico forense do Rio Grande do Sul. Metodologia: neste estudo de caso-controle, foram comparados 100 pacientes esquizofrênicos que cometeram homicídio com 185 pacientes esquizofrênicos internados por outros delitos. Todos os 285 pacientes incluídos foram devidamente julgados e receberam medidas de segurança de internação, conforme o Código Penal brasileiro. Variáveis demográficas, judiciais, clínicas e relacionadas ao tratamento foram estudadas inicialmente através de análises uni e bivariadas, e posteriormente através de análise de regressão logística múltipla, construída em um modelo hierarquizado. Resultados: as variáveis demográficas que predisseram homicídio foram gênero (feminino), estado civil (casado) e grau de instrução (analfabetismo). Nenhuma das variáveis clínicas introduzidas no modelo de regressão (comorbidade, história familiar e subtipo da esquizofrenia) mostrou diferenças significativas. A variável falta de tratamento apresentou diferenças estatisticamente significativas. Discussão: o achado mais importante foi que os pacientes esquizofrênicos que não receberam tratamento prévio anterior ao delito tiveram taxas de homicídio maiores do que aqueles que fizeram tratamento. Este achado pode ser importante para a prevenção em saúde pública, indicando a necessidade de desenvolver a rede de assistência psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVES

Esquizofrenia; transtornos psicóticos; violência; agressão; homicídio; hospitais psiquiátricos; hospitalização; Psiquiatria preventiva; resultados de tratamento; serviços em Saúde Mental; Psiquiatria Forense.

1. INTRODUÇÃO

A relação entre a mente humana e seus transtornos com o comportamento violento é muito complexa. Vários fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos interagem para a produção de condutas envolvendo a agressividade, tanto em pessoas com transtornos mentais como em indivíduos normais.

A questão da violência é um tema da maior relevância, em especial nos países americanos, onde tem se tornado um problema crítico (1). Homicídio é a mais evidente e séria manifestação de violência. No final dos anos 80s, homicídio foi a segunda causa de morte entre jovens entre 15 a 24 anos (1).

A violência de indivíduos mentalmente transtornados tem ocupado a mídia e preocupado a população (2). Por vezes isto ocorre exageradamente e de forma prejudicial (3), levando os pacientes até a serem mais presos do que outras pessoas (4).

Está em discussão na literatura científica esta relação entre a doença mental, particularmente a esquizofrenia, e a violência. Há uma série de importantes controvérsias, não havendo uma unanimidade dos autores a este respeito (5, 6). De modo geral, as pesquisas realizadas utilizam metodologias que podem ser classificadas em três abordagens principais: 1) a prevalência de violência entre esquizofrênicos e outros doentes mentais que receberam tratamento no sistema de cuidados psiquiátricos; 2) o estudo da prevalência de doença mental entre pessoas que cometeram atos violentos e que de alguma forma tiveram contato com a justiça e, 3) estudos na comunidade, de base populacional, investigando a prevalência tanto de transtornos psiquiátricos como de comportamento violento (5, 6).

A maior parte dos estudos sobre a relação entre doença mental, particularmente a esquizofrenia, e a violência, foi realizada com pacientes em tratamento psiquiátrico, principalmente hospitalar (5). Na maioria dos trabalhos deste grupo (2, 7 -

12), houve taxas maiores de delitos entre pacientes esquizofrênicos do que entre a população geral. Em alguns, a diferença aconteceu em delitos em geral (8, 9); em outros, somente por delitos violentos (7, 10), de maior gravidade (7, 11), ou especificamente quanto às taxas de homicídios (2, 12). Em alguns estudos, o homicídio praticado em associação com doença mental tem sido denominado de “homicídio anormal” (13, 14). Em dois estudos ingleses sobre homicídio anormal, realizados em hospitais especiais para doentes mentais violentos, esquizofrenia foi o diagnóstico mais freqüentemente encontrado (13, 14). Por outro lado, uma pesquisa não mostrou diferenças quanto a criminalidade em esquizofrênicos e outros pacientes (3).

Estudos com populações de prisioneiros são outra forma de abordar a questão da violência e da doença mental (15). Alguns destes estudos mostraram que as taxas de prevalência esquizofrenia nas populações prisionais foram semelhantes às da comunidade (9, 16), e outros que estas mesmas taxas foram maiores do que na comunidade (2, 17, 18), especialmente quando a esquizofrenia estava associada com transtornos por abuso de substâncias (9). Com relação ao grupo dos estudos especificamente sobre homicídio, parece haver subgrupos especiais nos quais o risco destes comportamentos é muito alto (19, 20, 21). Também em países em desenvolvimento, alguns estudos têm mostrado taxas altas de psicose e esquizofrenia entre homicidas (22).

O grupo de pesquisas mais importante e metodologicamente menos sujeito a problemas é o dos estudos epidemiológicos realizados na comunidade. Tais pesquisas começaram a surgir somente na última década do Século XX, o que pode ser explicado por sua alta complexidade, que requer a utilização maciça de tecnologia de informática para lidar com enormes volumes de informação em grandes bancos de dados. Neste terceiro grupo de estudos há um número menor de publicações (5).

Um importante trabalho realizado nos Estados Unidos utilizou dados do projeto do National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) para examinar a relação entre violência e transtornos psiquiátricos em adultos vivendo na comunidade. Dentre um total de 10.059 pessoas, 368 participantes informaram comportamentos violentos no ano precedente. A prevalência de esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme foi de 3,92% no grupo com violência relatada, cerca de quatro vezes maior do que a prevalência no grupo em que não violência não foi informada (1,03%) (23). Outros estudos epidemiológicos foram realizados com coortes não selecionadas (24). Dentre eles, destacam-se os estudos longitudinais prospectivos de grandes coortes por nascimento não selecionadas em Estocolmo, Suécia (1992) (18), e na Dinamarca (1996) (25). No primeiro, que incluiu um total de 15.177 pessoas, tanto homens como mulheres com doenças mentais maiores tiveram riscos aumentados de crimes (18). O segundo foi o maior estudo realizado até hoje nesta área, compreendendo 324.401 pessoas, e mostrou que pessoas com hospitalizações psiquiátricas tiveram uma probabilidade maior de ser condenadas por delitos do que pessoas sem história psiquiátrica (25). Estes estudos, entretanto, não abordaram especificamente a esquizofrenia. Um outro estudo realizado nos Estados Unidos, com taxas de prisões relacionadas a encontros de pacientes com policiais, não mostrou associação significativa entre doença mental e criminalidade (26).

Uma associação entre doenças mentais e violência parece existir, porém a natureza exata da associação permanece indeterminada (5, 6). Entretanto, isto não quer dizer que as pessoas com esquizofrenia são mais violentas do que a população geral (5). A maioria das pessoas diagnosticada como sendo portadora de esquizofrenia não é violenta (1, 2, 23, 27, 28), embora haja subgrupo de pacientes para os quais o risco de violência pode ser significativamente mais alto (2, 29, 30). Por outro lado, os pacientes esquizofrênicos podem ter um risco aumentado de sofrer crimes (3, 31, 32).

Cabe ressaltar também que os atos criminais cometidos pelos pacientes esquizofrênicos não estão necessariamente relacionados a suas doenças mentais (9, 13, 33, 34). Fatores contextuais podem ter desencadeado uma resposta legítima, que poderia ser esperada mesmo de uma pessoa sem doença mental (6).

Os comportamentos hostis de vários tipos complicam o curso clínico da esquizofrenia, afetam dramaticamente as comunidades e encabeçam a lista dos problemas identificados pelos familiares em relação aos pacientes (35).

Os estudos mais atuais têm buscado verificar em que situações podem ocorrer os comportamentos violentos, bem como tenta-se descobrir quais são os fatores relacionados com a maior ou menor probabilidade de cometer crimes, em que situações ou contextos tais condutas ocorrem, e quais são suas causas (5, 27, 36).

A maior parte dos estudos na área foi conduzida em países desenvolvidos (28). Nos países em desenvolvimento, menos estudos foram realizados, tendendo a apontar para a existência de alguma associação (22, 28, 37).

No Brasil, a regulamentação legal da criminalidade por doença mental está contida no Código Penal (38, 39). Juridicamente, os doentes mentais a nível psicótico, como os esquizofrênicos, são considerados inimputáveis pela lei brasileira (Código Penal – artigo 26) (38). Um detalhamento da atual legislação brasileira pertinente e dados do sistema prisional no Rio Grande do Sul pode ser encontrado em um artigo recentemente publicado na literatura internacional (39).

O objetivo geral desta pesquisa foi comparar pacientes esquizofrênicos internados em um hospital estatal psiquiátrico forense, em função de terem cometido homicídio, com os demais pacientes esquizofrênicos internados por outras razões na mesma instituição. Especificamente, foram investigadas possíveis associações das variáveis demográficas, judiciais, clínico-psiquiátricas e relativas a tratamento prévio com o cometimento de homicídio. A principal hipótese levantada foi a

de que a falta de tratamento poderia estar associada à ocorrência de homicídios. Objetivou-se também, com a identificação de fatores associados ao homicídio em pacientes esquizofrênicos, embasar diretrizes para prevenção e tratamento. Finalmente, se buscou contribuir para o conhecimento na área com a geração de dados originais baseados em uma população de pacientes forenses em um país em desenvolvimento.

2. METODOLOGIA

Este estudo caso-controle foi realizado em um hospital psiquiátrico forense estatal, denominado de Instituto Psiquiátrico Forense “Maurício Cardoso” (IPF), fundado em 1925 e pertencente à rede penitenciária do estado do Rio Grande do Sul (40, 41). A instituição reúne todos os pacientes com Medidas de Segurança de Internação do estado do Rio Grande do Sul, e boa parte dos pacientes em tratamento ambulatorial.

A população em estudo foi formada por todos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia internados no IPF no período de junho de 1999. O estudo foi de tipo caso-controle, sendo comparados os dados dos pacientes esquizofrênicos que cometeram homicídio com os demais esquizofrênicos internados por outros delitos. Todos os pacientes pesquisados receberam Medidas de Segurança de Internação decretadas por julgamento e sentença oficial. O delito de homicídio foi escolhido como desfecho por ser considerado como um índice confiável para medição de violência em estudos de criminalidade (1, 5). Os fatores em estudo foram as variáveis analisadas: demográficas, judiciais, clínico-psiquiátricas e relacionadas com a realização ou não de tratamento prévio ao delito.

Os dados foram coletados dos prontuários judiciais arquivados no IPF através de um instrumento específico. Os coletadores foram estudantes de Psicologia especificamente treinados para esta finalidade, os quais eram cegos para as hipóteses e objetivos da pesquisa. O documento mais importante analisado foi o Laudo de Avaliação de Responsabilidade Penal, descrito em detalhes em outro artigo (39). Estes laudos são perícias realizadas através de entrevistas de avaliação e exames do perito psiquiatra e do neurologista com o periciando, bem como com seus familiares. Avaliações psicodiagnósticas e eletroencefalográficas são muitas vezes incluídas. Todos os

psiquiatras que elaboraram estes laudos são funcionários do estado. É com base nestes laudos periciais, dentre outros elementos, que os Juizes decidem como será sentença a ser aplicada aos réus. Assim, os diagnósticos realizados pelos psiquiatras do IPF e as conclusões dos laudos de RP têm credibilidade oficial, sendo peças decisivas nos processos judiciais. Além destes laudos, foram analisados integralmente os prontuários para complementação de informações, sendo revisadas a sentença judicial, os laudos de verificação de cessação de periculosidade e outros documentos.

Foi considerado que um paciente não recebeu tratamento antes do delito quando houve algum registro da ausência de realização deste tratamento em seu prontuário judicial. Nas situações onde não havia registro da falta de tratamento, os casos foram classificados também como sem tratamento.

Os diagnósticos utilizados no IPF estão baseados nos critérios da Organização Mundial de Saúde, sendo codificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (42). Em função de períodos de internação muito longos, foram encontrados diagnósticos ainda codificados pela sétima, oitava e nona CIDs (respectivamente das décadas de 50, 60 e 70). Estes diagnósticos foram convertidos para a atual classificação (décima), baseando-se em tabelas de conversão oficiais (43). O diagnóstico é realizado tendo em vista o momento em que o delito foi cometido, e não o momento atual do exame, do mesmo modo como é realizado em outros países (2). Os códigos diagnósticos incluídos na pesquisa foram de F 20.0 até F20.9 (39).

A análise estatística do banco de dados foi realizada com o programa estatístico *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versão 8.0. A análise das variáveis foi realizada de forma uni e bivariada num primeiro momento, buscando selecionar variáveis associadas ao desfecho. Foi utilizado o teste do X^2 , sendo utilizada a correção de Yates para as variáveis dicotômicas. A análise de regressão logística múltipla foi empregada para identificar os principais fatores associados ao cometimento

de homicídio e analisar a ação conjunta das variáveis e o efeito de possíveis fatores de confusão, buscando assim controlar estes efeitos. A variável dependente foi o cometimento de homicídio. Foram considerados significativos valores de p menores do que 0,05.

Com relação aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi considerada desnecessária a utilização de Termo de Consentimento Informado, por ser este estudo de tipo retrospectivo, riscos praticamente inexistentes para a pessoa dos pacientes. O projeto, assim aprovado em seus aspectos éticos, foi então apreciado e aprovado pelo Diretor do Instituto Psiquiátrico Forense.

Estavam em tratamento no IPF 618 pacientes na época de referência da pesquisa. Isto corresponde a 4,6% do total da população prisional do estado do Rio Grande do Sul, que em 1999 era de 13.346 detentos (44). O total de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento no IPF era de 332, os quais representam a maior parte do total de internos, com 53,7%. Foram excluídos 47 indivíduos ao todo, pelas seguintes razões: 17 estavam aguardando julgamento; 12 estavam em tratamento com Medida de Segurança ambulatorial; e 18 por terem tido alterações em seu diagnóstico ao longo do tempo registradas em prontuário. Assim, a população final de esquizofrênicos, descrita a seguir, e incluída nas análises estatísticas, consistiu de 285 pacientes (85,8% do total de esquizofrênicos do hospital).

3. RESULTADOS

O grupo de pacientes esquizofrênicos com ao menos um delito de homicídio teve 100 casos (35,1% dos esquizofrênicos incluídos), enquanto que o grupo dos pacientes com esquizofrenia que não cometeram nenhum homicídio foi composto por 185 indivíduos.

O grupo de estudo de 100 pacientes homicidas cometeu 115 homicídios e 21 outros crimes (1,36 crimes por paciente). Em 79 casos, homicídio foi o único tipo de crime cometido, assim distribuído: 73 pacientes tiveram um único crime de homicídio; 3 pacientes tiveram 2 homicídios, 2 pacientes tiveram 3 homicídios, e um indivíduo praticou 4 homicídios. Em 21 casos houve associação com outros delitos. Destes, 16 pacientes tiveram somente um homicídio e 5 tiveram 2 homicídios, além dos outros crimes: 16 lesões corporais, 2 crimes sexuais e 3 delitos contra a propriedade.

O grupo-controle de 185 pacientes esquizofrênicos que não cometeu homicídio praticou 319 delitos (1,72 crimes por paciente): 216 lesões corporais, 55 crimes contra a propriedade, 37 crimes sexuais, 4 de drogas e 7 crimes menores.

Em primeiro lugar, se procurou saber se o diagnóstico da esquizofrenia estaria associado ao cometimento de homicídio. Foram comparados os índices de cometimento de homicídio entre os esquizofrênicos com estes mesmos índices entre os demais pacientes. A taxa de homicídios dos demais pacientes do IPF, nas mesmas condições de seleção dos esquizofrênicos descrita na metodologia, foi de 34,3% (68 casos de um total de 198 pacientes com outros diagnósticos). Esta pequena diferença não foi estatisticamente significativa (X^2 com correção de Yates: $p = 0,94$).

A tabela 1 apresenta as variáveis demográficas estudadas. Do total de pacientes esquizofrênicos, 257 eram do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Pode ser observado que há uma maior taxa de homicídios entre as mulheres (56,1%) do que entre

os homens (32,7%), diferença esta que mostrou significância estatística na análise bivariada. A etnia branca foi a que teve as maiores taxas de homicídio (37,4%). O estado civil mais comum no grupo de pacientes esquizofrênicos foi o solteiro, com 83,5% dos casos. Entretanto, o estado civil mais associado a homicídio foi o casado, com mais da metade dos pacientes nesta situação apresentando este delito (51,4%), o que foi estatisticamente significativo.

Mais da metade dos pacientes (53,9%) cometeram o delito com idade menor do que 30 anos, caracterizando assim uma população jovem. A faixa de idade com maior quantidade de homicídios foi abaixo de 20 anos (50%). A maioria dos pacientes tinha nível de escolaridade baixo, com primeiro grau incompleto em sua maioria (70,5%). O nível superior teve a taxa de homicídios mais alta (50%), entretanto com um pequeno número global (6 casos). O nível de analfabetismo veio a seguir, com 43,2 % de homicídios. Quanto ao nível ocupacional, a taxa de homicídios foi maior no nível intermediário, onde predominam pessoas com atividades de nível médio, como trabalhadores especializados. A faixa a seguir é a mais baixa, onde há pessoas sem atividade ou em funções simples como agricultura e construção civil.

A tabela 2 mostra o perfil dos delitos cometidos. A capital do estado foi a cidade onde mais ocorreram homicídios percentualmente, em comparação com a região metropolitana e o interior. Houve mais homicídios praticados na rua, e mais em domicílios do que em outros prédios. Fica evidente uma associação entre o uso de armas de fogo e os homicídios: nos 18 casos onde armas de fogo foram o meio empregado para cometer crimes, na maioria dos casos houve morte da vítima (61,1%). Os meios mais empregados, em termos absolutos, foram as armas brancas, com 46 casos de homicídio e 87 ao total.

Analisando os dados referentes às vítimas na tabela 3, os homens tenderam a ser significativamente mais vitimados por homicídio do que as mulheres. A

faixa de idade com maior quantidade de vítimas foi a adulta, com 192 casos. A principal faixa de idade quanto a homicídio foi a dos bebês, com 80% dos 5 casos, vindo a seguir a de idosos, com 55,6%. O índice de homicídios foi significativamente maior contra pessoas conhecidas do paciente, tais como familiares, amigos, ou vizinhos, do que contra desconhecidos. Com relação ao parentesco de primeiro grau, observou-se que as mães, em termos do número total de delitos, foram as mais atingidas (45 casos), embora não tenham apresentado percentualmente maior vitimização por homicídio. Os filhos foram as vítimas importantes de homicídio (54,5%), bem como os irmãos dos pacientes (53,3%). Entretanto, as maiores taxas de homicídio ocorreram em relação aos cônjuges: quando a vítima era o marido, em 80% dos casos houve homicídio; quando era a esposa, em 58,6% dos casos. Em muitos casos, os delitos foram cometidos contra mais de uma vítima, de faixas etárias diferentes, ou contra mais de um parente.

A tabela 4 apresenta características diagnósticas e outras variáveis clínicas. A esquizofrenia foi o único diagnóstico em 76,5% dos casos, havendo outros transtornos associados em 23,5%. O índice de homicídios foi ligeiramente superior quando somente a esquizofrenia foi diagnosticada (36,4%), sem significância estatística. Ao se analisar as comorbidades, verificou-se que os diagnósticos de abuso de substâncias psicoativas foram os mais encontrados entre os pacientes esquizofrênicos, com 43,3% do total de casos onde houve comorbidades, seguida pela deficiência mental, com 31,3%. A terceira comorbidade mais freqüente, com os transtornos de personalidade, foi a mais relacionada com homicídio, com 60% dos 5 casos. Quanto ao subtipo da esquizofrenia, a forma paranóide foi encontrada em 235 casos, sendo a mais comum, com 81,4% do total. A percentagem de homicídios foi de 34,8%, estando muito próxima da encontrada no conjunto dos pacientes esquizofrênicos (35,1%). Com relação à idade de início da doença, a época mais comum registrada, e a que teve mais homicídios, foi a adolescência, com 48,5% dos casos. Quanto à história familiar, houve

uma maior proporção de história familiar de doença mental (47,8%) do que de criminalidade (4,4%).

As variáveis relativas ao tratamento anterior ao cometimento do delito estão apresentadas na tabela 5. Observa-se uma concordância geral entre as variáveis, no sentido de menores índices de homicídio naqueles pacientes que fizeram tratamento. Quanto ao tipo de tratamento recebido, a maioria dos pacientes recebeu tratamento psiquiátrico. Uns poucos receberam outros tratamentos, como psicológico, clínico ou neurológico, os quais foram realizados geralmente em associação com o tratamento psiquiátrico. Não houve diferenças significativas entre os grupos. As variáveis relativas ao tratamento hospitalar (internação registrada e número de hospitalizações) foram comparadas com o grupo de pacientes que não teve internação alguma. Foram verificados índices de homicídio significativamente menores entre os pacientes que tiveram ao menos uma internação na vida, em comparação com aqueles que não tinham hospitalizações registradas. Além disso, quanto maior o número de internações prévias, menor a taxa de homicídios. A diferença maior aconteceu na faixa acima de 6 internações. Nenhum dos três pacientes com mais de 20 internações prévias cometeu homicídio.

Comparando os tratamentos hospitalar e ambulatorial, observou-se que pacientes que realizaram somente tratamento hospitalar tiveram índices menores de homicídio do que aqueles que realizaram tratamento hospitalar e ambulatorial, ou somente ambulatorial, com esta diferença sendo estatisticamente significativa. Os índices de homicídio nas três categorias de tratamento foram menores do que nos casos em que não foi realizado nenhum tratamento.

A tabela 6 apresenta a análise de regressão logística múltipla, que foi realizada para verificar o comportamento conjunto das principais variáveis estudadas. As variáveis foram incluídas especialmente por seu desempenho nas análises bivariadas,

mas algumas também foram incluídas por existirem descrições de sua importância na literatura.

O modelo foi construído de modo hierarquizado, em três estágios, de forma semelhante à utilizada em dois outros estudos (27, 36). Como pode ser observado na tabela 6, inicialmente foi realizada uma regressão somente com os fatores demográficos: sexo, estado civil, idade, cor, grau de instrução, ocupação e tipo de cidade onde foi cometido o crime. Em um segundo estágio, as variáveis clínicas entraram no modelo: história familiar psiquiátrica, criminal, subtipo de esquizofrenia e presença de comorbidades. No terceiro estágio, foi incluída a variável relativa a tratamento, definida como “ausência de qualquer tratamento prévio ao delito”.

No estágio 1, as variáveis demográficas que predisseram o cometimento de homicídio foram sexo (feminino), estado civil (casado), e grau de instrução (analfabetismo). A entrada no modelo, no estágio 2, das variáveis clínicas, não modificou este quadro. Nenhuma variável clínica mostrou ser um preditor significativo para o cometimento de homicídio. No estágio 3, a ausência de tratamento prévio ao delito mostrou ser um preditor para o cometimento de homicídios por pacientes esquizofrênicos. Sua entrada modificou os valores das razões de chances das demais variáveis, fazendo com que duas variáveis demográficas, o gênero e o grau de instrução, perdessem a significância estatística, embora somente com uma pequena redução na razão de chances destas variáveis. Além da falta de tratamento, se realizou uma análise de regressão com a variável “falta de hospitalização anterior”, a qual mostrou-se também uma preditora significativa de homicídio.

4. DISCUSSÃO

Os dados originados por esta pesquisa apontam para a importância da realização de tratamento por pacientes esquizofrênicos. Dos pacientes que cometeram homicídio, somente cerca da metade realizou algum tipo de tratamento ou internação anterior do delito. Em comparação, cerca de 70% dos pacientes com outros crimes tiveram internações ou fizeram algum tipo de tratamento antes do cometimento do delito. A falta de tratamento mostrou-se um fator associado à conduta homicida nos pacientes esquizofrênicos, mesmo quando as variáveis sócio-demográficas e clínicas foram controladas. Existe, assim, uma associação de magnitude moderada entre a ausência de tratamento e o cometimento de homicídio.

Este resultado está de acordo com estudos realizados em outros países, que mostram que a não aderência à medicação é um preditor de comportamento violento (36). Conforme o estudo norte-americano com dados do ECA, a ausência de contato com tratamento na comunidade está associada com um aumento significativo de comportamento violento ao longo do tempo. Os participantes do estudo que não referiram tratamento recente tiveram uma probabilidade 2,62 vezes maior de ter cometido um ato de violência contra outros. Os dados de nosso estudo são concordantes com esta pesquisa, sendo o risco de cometer homicídio 2,62 vezes maior entre os pacientes esquizofrênicos sem tratamento do que entre aqueles que tiveram algum tratamento.

Há, entretanto, ainda muitas controvérsias sobre a capacidade do tratamento em reduzir significativamente o risco de violência de pacientes portadores de patologias mentais graves (7, 9, 27). A receptividade ao tratamento parece distinguir um grupo com menor probabilidade de se envolver com violência (27), enquanto que, em um outro extremo, pacientes que, após a alta, se negam a ter suporte médico e social, podem ter aumentado o seu risco de comportamento criminal (10). Pacientes violentos

podem ter disfunções nos domínios dos autos-cuidados básicos diários, e ajustamento social familiar e comunitário. A estrutura do hospital pode ser um auxílio para conter períodos episódicos de perda de controle (45).

Os outros fatores clínicos testados na análise de regressão logística - subtipo de esquizofrenia, presença de comorbidades, história familiar (psiquiátrica e de criminalidade) e época de início da doença - não se mostraram associados ao cometimento de homicídio, nem nas análises bivariadas, nem na regressão logística.

Estes dados são discordantes com outros estudos existentes na literatura, que apontam para a presença de associação entre a violência e estes fatores clínicos. O papel das comorbidades em geral (23, 30) tem sido enfatizado. Particularmente a comorbidade com transtornos por uso de álcool e drogas tem sido associada com aumento de taxas de violência em numerosos estudos (2, 6, 7, 10 - 13, 18, 19, 23 -25, 27, 28, 36, 46), embora em um estudo esta associação não tenha se registrado (34). A comorbidade com transtorno de personalidade anti-social tem sido apontada como associada com agressões (47). Em nossa pesquisa, embora a comorbidade mais comum tenha sido com os transtornos por uso de álcool e drogas, não encontramos associação com homicídio. Entretanto, a comorbidade era considerada positiva apenas quando havia o diagnóstico destes transtornos codificado no laudo pericial. Assim, talvez o dado subestime a taxa real de utilização de substâncias, pois em alguns casos os dados podem não ter sido suficientes para permitir um diagnóstico.

A presença de história familiar e genética também tem sido estudada em sua possível associação com o comportamento violento em esquizofrênicos, embora os dados sejam ainda iniciais (48). O subtipo paranóide da esquizofrenia tem sido associado à violência em muitos estudos (2, 10, 12, 24, 30, 49, 50).

Um dado relatado por outros estudos refere-se ao fato de que pessoas com sintomas muito graves tendem a se envolver menos em agressões pelas

próprias limitações gerais da doença. Psicoses graves podem gerar um grau tão piorado de funcionamento e desorganização psíquica que esta condição realmente é limitante, tanto em sua capacidade como na oportunidade de cometer atos violentos (27). Os dados desta pesquisa relativos ao número de internações prévias podem estar de acordo com esta referência: à medida que o número de internações prévias foi aumentando, a percentagem de pacientes com homicídio foi diminuindo. Este dado pode indicar que pacientes com doenças mais graves internam mais e são mais incapazes como um todo, inclusive para cometer homicídios. Uma outra hipótese para explicar o fenômeno pode ser a de que quanto maior a quantidade de tratamento, menor o risco de homicídios. Trata-se de um achado que requer investigações posteriores para ser esclarecido.

O elemento interpessoal mostrou ser de grande importância: houve significativamente mais homicídios contra pessoas conhecidas do que contra desconhecidos nesta pesquisa. Este dado é concordante com outros estudos, que revelaram que membros da família são os alvos mais prováveis de violência por pacientes na comunidade (5, 6, 51). A violência é dirigida a uma pessoa específica, usualmente um indivíduo significativo na vida do paciente (30). Em um estudo realizado em Copenhague, foi observado que apenas 21% dos homicidas psicóticos mataram vítimas fora de suas famílias (29). Estudos conduzidos em hospitais especiais ingleses (13, 14) mostraram que os familiares e pessoas próximas dos pacientes psicóticos estavam entre as principais vítimas. Em nosso trabalho, as mães foram, dentre os parentes em primeiro grau, as mais freqüentemente vitimadas, embora não em termos de vitimização por homicídio. Este dado está de acordo com uma pesquisa realizada nos Estados Unidos (34), onde as mães foram as vítimas mais comuns, mas as esposas foram mais vitimadas em atos violentos do que as mães. Em nosso estudo, o estado civil (casado) foi a variável com maiores razões de chances de cometimento de homicídio na regressão logística, com um aumento de mais de 5 vezes. Por outro lado, o perfil das

vítimas mostrou que, dentre as pessoas mais próximas do paciente, os cônjuges foram os principais alvos de homicídio. Assim, os pacientes casados tiveram por sua principal vítima o cônjuge, o que foi válido para ambos os sexos. O dado está de acordo com outros estudos (23, 29).

Um fato importante a ser apontado diz respeito à utilização de armas de fogo, que em nosso estudo tiveram a percentagem mais alta de homicídios encontrada em relação a todos os demais meios empregados. O dado indica que a utilização de armas de fogo foi um fator associado ao cometimento de homicídio entre os pacientes esquizofrênicos. A posse e a utilização de armas de fogo tem sido apontada como um importante fator de violência nas comunidades, o que parece também atingir aos pacientes (49).

Considerando as limitações deste estudo, é importante levar-se em conta que, por ser de tipo retrospectivo por pesquisa em prontuários, os dados obtidos foram coletados originalmente com propósitos periciais e assistenciais. Ainda assim, por se tratar de uma instituição judicial, os prontuários eram na maior parte das vezes mais do que suficientes para os objetivos da pesquisa. Este estudo, com delineamento de tipo caso-controle, tem importantes limitações, porém teria sido difícil realizar, neste caso particular, um estudo de coorte, por razões metodológicas, éticas e financeiras. Assim, não foi possível achar uma relação causal entre a falta de tratamento e a violência em pacientes psiquiátricos com nossos dados, somente uma associação. Esta é uma tarefa para outras pesquisas futuras.

Com relação aos fatores que influenciam a realização de tratamento, é importante considerar que o acesso a tratamento em saúde mental pode depender não só de fatores individuais (motivação, *insight* sobre a doença) como também de fatores sociais (sistema de saúde eficaz e disponível universalmente). Este fator poderia diferenciar de modo importante os países desenvolvidos dos países em

desenvolvimento. Conforme um estudo na Suíça, apesar da disponibilidade dos serviços de atendimento naquele país, alguns pacientes acabavam não sendo tratados por sua própria negação de receberem tratamento e sua conseqüente não aderência (9). Alguns autores têm apontado que processos de desinstitucionalização mal conduzidos podem estar contribuindo para a redução de leitos hospitalares em países desenvolvidos (9, 29, 52). Em países como o Brasil, se agrega uma dificuldade adicional: alguns pacientes, mesmo dispostos a se tratar, têm grandes dificuldades em obter uma vaga para tratamento comunitário, e mais dificuldades ainda em obter uma vaga hospitalar, pelas deficiências do sistema de saúde, incluindo problemas no atendimento em saúde mental.

Estes fatos são significativos ao se verificar que, mesmo apresentando dificuldades e limitações, o tratamento em saúde mental permite evitar homicídios de familiares e pessoas próximas dos pacientes. Um acesso mais facilitado a tratamento, principalmente hospitalar, permitiria salvar vidas, não só dos pacientes, mas principalmente de seus familiares. Os dados de pesquisas devem ser usados construtivamente para prover um tratamento mais adequado, apropriado e humano para estas pessoas (25). Assim, é correto divulgar que os pacientes esquizofrênicos que realizam tratamento têm um risco de cometer delitos graves menor do que os que não o fazem. Este é um dado de relevância para auxiliar também na própria conscientização dos pacientes e de seus familiares quanto à importância da realização de tratamento.

A violência das pessoas com transtornos mentais pode vir a se revelar uma forma evitável de violência. Os conhecimentos sobre seu tratamento talvez possam nos auxiliar a compreender melhor a violência mais geral que tem acompanhado a humanidade como um todo, ao longo de sua história.

Agradecimento: este estudo foi apoiado financeiramente pela FAPERGS (#98/1626.3)

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Roux GI, Chelala C. Letter from Cali. Violence in the Americas. JAMA. 1994 March; 271(30): 727.
- (2) Eronen M, Hakola P, Tiihonem J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry 1996 Jun; 53(6): 497-501.
- (3) Chuang HT, Williams R, Dalby JT. Criminal behaviour among schizophrenics. Can J Psychiatry. 1987 May; 32(4): 255-8.
- (4) Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. II-Effect of psychiatric diagnosis on conviction and sentencing of offenders. Br Med J Clin Res Ed. 1984; 289(6436): 9-12.
- (5) Eronen, M; Angermeyer, MC; Schulze, B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998 Dec; 33 Suppl 1: S13-23.
- (6) Arboleda-Flórez, J – Mental Illness and Violence: An Epidemiological Appraisal of the Evidence. Can J Psychiatry 1998; 43:989-996.
- (7) Wessely, S. The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998 Dec; 33 Suppl 1: S24-8.
- (8) Modestin J, Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour. Br J Psychiatry 1995 May; 166 (5): 667-75.
- (9) Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. Schizophr Bull 1996; 22 (1): 69-82.
- (10) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. Br J Psychiatry 1990 Sep; 157: 345-50.
- (11) Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koironen M, Moring J . Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. Am J Psychiatry. 1997 Jun; 154(6): 840-5.

- (12) Eronen M, Tiihonem J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;22(1): 83-9.
- (13) Dolan M, Parry J. A survey of male homicide cases resident in an English special hospital. *Med Sci Law*. 1996 Jul; 36(3): 249-58.
- (14) Vielma M, Vincente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide--a review of a special hospital male population. *Med Sci Law*. 1993 Jan; 33(1): 47-54.
- (15) Oliveira OP, Teitelbaum PO. Delinqüência no RS: Um Estudo da População Carcerária. In: Santos JVT, editor. *Violências no Tempo de Globalização*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 503-21.
- (16) Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jun; 53(6): 505-12.
- (17) Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *Br Med J Clin Res Ed*. 1984 Jun 30; 288(6435): 1945-9.
- (18) Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483.
- (19) Eronen M. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry* 1995 Aug; 152(8): 1216-8.
- (20) Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry*. 1994 Mar; 151(3): 436-8.
- (21) Tiihonen J, Eronen M. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 917-918.
- (22) Touari M, Mesbah M, Dellatolas G, Bensmail B. Association between criminality and psychosis: a retrospective study of 3984 expert psychiatric evaluations. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1993; 41(3): 218-27.

- (23) Swanson JW, Holzer CE 3d, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Jul; 41(7): 761-70.
- (24) Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Sep; 82(3): 191-5.
- (25) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 489-496.
- (26) Teplin LA. The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception. *Am J Psychiatry*. 1985 May; 142(5): 593-599.
- (27) Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry*. 1997; 60(1): 1-22.
- (28) Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br J Psychiatry*. 1997 ; 171: 9-14.
- (29) Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand*. 1987 Sep; 76(3): 285-92.
- (30) Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Compr Psychiatry*. 1986 Mar-Apr; 27(2): 131-48.
- (31) Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999 Jan; 50(1): 62-8.
- (32) Zitrin A, Hardesty AS, Burdock EI, Drossman AK. Crime and violence among mental patients. *Am J Psychiatry*. 1976 Feb; 133(2): 142-9.
- (33) Tardiff K. Comportamento anti-social no adulto e criminalidade. In: Kaplan HI, Sadock JS, editores. *Tratado de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p.1750-9.

- (34) Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1994 Jul; 45 (7): 669-79.
- (35) Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA, Freeman DH. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophr Bull.* 1991; 17(1): 163-71.
- (36) Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998 Dec; 33 Suppl 1: S75-80.
- (37) Pal S. Mental disorders in abnormal offenders in Papua New Guinea. *Med Law.* 1997; 16(1): 87-95.
- (38) Brasil. Leis. Código Penal do Brasil. São Paulo: Ed. Saraiva, 1988.
- (39) Taborda JGV, Cardoso RG, Morana HCP. Forensic Psychiatry in Brazil. *Int J Law Psychiatry.* 2000; 23(5): 579-588.
- (40) Godoy, J. *Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Godoy, J; 1955; 462 p.
- (41) Fonseca P, Sordi RE, Thomaz TO. Instituto Psiquiátrico Forense: aspectos de sua evolução nos últimos vinte anos. *Rev. Psiq. RS.* 1982; 4(2): 96-104.
- (42) Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1993.
- (43) World Health Organization. Division of Mental Health. *Conversion Tables Between ICD-8, ICD-9 and ICD-10*. WHO/MNH/92.16 document. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneve: WHO; 1992.
- (44) Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. *Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Relatório azul – Garantias e violações dos direitos humanos*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa. 2000; 622 p.

- (45) Flannery RB Jr; Penk WE, Irvin EA, Gallagher C. Characteristics of violent versus nonviolent patients with schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1998 Summer; 69(2): 83-93.
- (46) Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J . Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull.* 1998; 24(3): 437-41.
- (47) Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH, Alterman AI, Miles KM, Noordsy DL. Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1997 Aug; 106(3): 473-7.
- (48) Coid B, Lewis, SW, Reveley, AM. A twin study of psychosis and criminality. *Br J Psychiatry* 1993 Jan; 1762: 87-92.
- (49) Shore D, Filson CR, Johnson WE. Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: the White House case studies. *Schizophr Bull.* 1988; 14(2): 279-81.
- (50) Martell DA, Dietz PE. Mentally disordered offenders who push or attempt to push victims onto subway tracks in New York City. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49(6): 472-5.
- (51) Robertson G. Arrest patterns among mentally disordered offenders. *Br J Psychiatry.* 1988 Sep; 153: 313-6.
- (52) Lamb HR. Lessons learned from deinstitutionalisation in the US. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 587-92.

Tabela 1 – Características demográficas – comparação entre pacientes esquizofrênicos homicidas e controles não-homicidas

Variável	Fator	Ao menos um homicídio		Sem homicídio		Total		RC (IC 95%)	P*
		N	%	N	%	N	%		
Sexo	Feminino	16	57,1%	12	42,9%	28	9,8%	2,75 (1,17 - 6,51)	< 0,05
	Masculino	84	32,7%	173	67,3%	257	90,2%		
Cor	Branca	82	37,4%	137	62,6%	219	76,8%	1,60 (0,84 – 3,07)	NS
	Preta, mista e outras	18	34,9%	48	65,1%	66	23,2%		
Estado civil	Casados	30	62,5%	18	37,5%	48	16,9%	3,95 (1,98 – 7,95)	< 0,0001
	Solteiros, separados, viúvos	70	29,7%	166	70,3%	236	82,8%		
	Não registrado					1	-		
Idade na Época do delito	Menor do que 20 anos	10	50,0%	10	50,0%	20	7,4%	-	NS
	De 20 a 29 anos	40	32,0%	85	68,0%	125	46,5%		
	De 30 a 39 anos	33	35,9%	59	64,1%	92	34,2%		
	40 anos ou mais	14	43,8%	18	56,2%	32	11,9%		
	Não registrado	3				16	-		
Nível de instrução	Analfabeto	19	43,2%	25	56,8%	44	15,7%	-	NS
	Primeiro grau completo	71	33,5%	141	66,5%	212	75,4%		
	Segundo grau (completo ou incompleto) ou nível superior	10	40,0%	15	60,0%	25	8,9%		
	Não registrado	0	-			4	-		
Nível ocupacional	Sem ocupação ou indefinida; trabalhadores pouco especializados	59	32,4%	123	67,6%	182	72,8%	1,00 (0,53 – 1,90)	NS
	Trabalhadores especializados, profissionais de nível médio ou superior	22	32,3%	46	67,7%	68	27,2%		
	Não registrado	19	-			35	-		

* Foi utilizado o teste do X^2 (com a correção de Yates quando indicado) com nível de significância de 0,05

Tabela 2 – Características dos delitos – comparação entre pacientes esquizofrênicos homicidas e controles não-homicidas

Variável	Fator	Ao menos um homicídio		Sem homicídio			Total		P*
		N	%	N	%	N	%		
Número de delitos	1 delito	73	44,5%	91	53,5%	164	57,5%	< 0,005	
	2 delitos	19	26,0%	54	74,0%	73	25,7%		
	3 delitos	8	17,6%	40	83,4%	48	16,8%		
Local onde ocorreu o delito	Dentro de casa	29	33,0%	59	67,0%	88	45,1%	NS	
	Dentro de outros prédios ou locais	8	33,3%	16	66,7%	24	12,2%		
	Na via pública (na rua)	31	37,3%	52	62,7%	83	42,6%		
	Local não determinado	32	35,5%	58	64,5%	90	-		
Cidade onde ocorreu o delito	Porto Alegre (capital do estado)	30	47,6%	33	53,4%	63	23,2%	< 0,05	
	Região metropolitana da capital	5	26,3%	14	73,7%	19	7,0%		
	Interior do estado	57	31,3%	125	68,7%	182	66,9%		
	Desconhecido	2	25,0%	6	75,0%	8	2,9%		
Meio empregado na realização do delito	Armas de fogo	11	61,1%	7	38,9%	18	6,3%	< 0,0005	
	Armas brancas	46	52,9%	41	47,1%	87	30,5%		
	Força física	9	19,1%	38	80,9%	47	16,5%		
	Objetos contundentes	14	32,6%	29	67,4%	43	15,1%		
	Meios combinados	15	46,9%	14	53,1%	29	10,2%		
	Outros	5	8,2%	56	91,8%	61	21,4%		

* Foi utilizado o teste do X^2 com nível de significância de 0,05

Tabela 3 – Características das vítimas – comparação entre pacientes esquizofrênicos homicidas e controles não-homicidas

Variável	Fator	Ao menos um homicídio		Sem homicídio		Total		P*
		N	%	N	%	N	%	
Gênero das vítimas	Vítimas somente masculinas	52	49,1%	54	50,9%	106	43,3%	<0,01
	Vítimas somente femininas	32	32,7%	66	67,3%	98	40,0%	
	Vítimas de ambos os sexos	10	24,4%	31	75,6%	41	16,7%	
	Crimes sem vítimas/ Não informado	6	15,0%	34	85,0%	40	-	
Grupo etário das vítimas	Delitos contra bebês	5	83,3%	1	16,7%	6	2,1%	P < 0,05**
	Delitos contra crianças	6	15,8%	32	84,2%	38	13,3%	P < 0,05*
	Delitos contra adolescentes	7	38,9%	11	61,0%	18	6,3%	NS*
	Delitos contra adultos	62	32,3%	130	67,7%	192	67,4%	NS*
	Delitos contra idosos	15	55,6%	12	44,4%	27	9,5%	P < 0,05*
Delitos contra conhecidos x outras vítimas	Contra pessoas conhecidas (parentes, amigos, vizinhos)	72	41,4%	102	48,6%	174	61,0%	P < 0,01*
	Contra desconhecidos ou sem vítimas	28	25,2%	83	74,8%	111	39,0%	
Vítimas com parentesco em primeiro grau com o paciente	Delitos contra a mãe	11	24,4%	34	75,6%	45	15,8%	NS*
	Delitos contra o pai	10	28,6%	25	71,4%	35	12,3%	NS*
	Delitos contra o filho	6	54,5%	5	45,5%	11	3,9%	NS*
	Delitos contra a filha	3	37,5%	5	62,5%	8	2,8%	NS**
	Delitos contra a irmã	1	7,7%	12	92,3%	13	4,6%	P < 0,05**
	Delitos contra o irmão	8	53,3%	7	46,7%	15	5,3%	NS*
	Delitos contra a esposa	17	58,6%	12	41,4%	29	10,2%	P < 0,01*
	Delitos contra o marido	4	80,0%	1	20,0%	5	1,8%	NS**

* Foi utilizado o teste do X^2 (com a correção de Yates quando indicado) com nível de significância de 0,05

** Foi utilizado o teste exato de Fisher bicaudal com nível de significância de 0,05

Tabela 4 – Características diagnósticas e clínicas dos pacientes – comparação entre pacientes esquizofrênicos homicidas e controles não-homicidas

Variável	Fator	Ao menos um homicídio		Sem homicídio		Total		OR (CI 95%)	P*
		N	%	N	%	N	%		
Comorbidade da esquizofrenia	Somente esquizofrenia	78	35,7%	140	64,3%	218	76,5%	1,14 (0,61 – 2,12)	NS
	Esquizofrenia e comorbidades	22	32,8%	45	67,2%	67	23,5%		
Tipo de esquizofrenia	Transtornos por uso de substâncias	8	27,6%	21	62,4%	29	43,3%	-	NS**
	Deficiência mental	7	33,3%	14	66,7%	21	31,3%		
	Transtornos de personalidade	3	60,0%	2	40,0%	5	7,5%		
	Transtornos neurológicos	2	50,0%	2	50,0%	4	6,0%		
	Transtornos sexuais			2	100,0%	2	3,0%		
	Transtornos do humor			1	100,0%	1	1,5%		
	Dois outros diagnósticos	2	40,0%	3	60,0%	5	7,5%		
Subtipos de esquizofrenia	Esquizofrenia paranóide	84	36,1%	149	63,9%	233	81,8%	-	NS**
	Esquizofrenia catatônica	4	40,0%	6	60,0%	10	3,5%		
	Esquizofrenia hebefrênica	1	16,7%	5	83,3%	6	2,1%		
	Esquizofrenia simples	2	20,0%	8	80,0%	10	3,5%		
	Esquizofrenia residual	1	33,3%	2	66,7%	3	1,1%		
	Outra ou não especificada	8	34,8%	15	65,2%	23	8,1%		
Época de Início da Doença	Criança	6	24,0%	19	76,0%	25	15,1%	-	NS
	Pré-púbere	5	25,0%	15	75,0%	20	12,1%		
	Adolescente	29	36,3%	51	63,7%	80	48,5%		
	Adulto	14	34,4%	36	65,6%	40	24,2%		
	Sem informação	46	38,3%	74	61,7%	120	--		
História familiar de doença mental	Com história familiar de doença mental	37	31,4%	81	68,6%	118	47,8%	0,77 (0,44 – 1,35)	NS
	Sem história familiar	48	37,2%	81	62,8%	129	52,2%		
	Sem informação	15	39,5%	23	60,5%	38	--		
História familiar de criminalidade	Com história familiar de crimes	3	30,0%	7	70,0%	10	4,4%	0,85 (0,17 – 3,80)	NS
	Sem história familiar	73	33,5%	145	66,5%	218	95,6%		
	Sem informação	24	42,1%	33	57,9%	57	--		

* Foi utilizado o teste do X^2 (com correção de Yates quando indicado) com nível de significância de 0,05

Tabela 5 – Variáveis relacionadas ao tratamento anterior ao delito– comparação entre pacientes esquizofrênicos homicidas e controles não-homicidas

Variável	Fator	Ao menos um homicídio		Sem homicídio		Total		OR (CI 95%)	P*
		N	%	N	%	N	%		
Hospitalização psiquiátrica anterior ao delito	Sem hospitalização psiquiátrica anterior	44	50,0%	44	50,0%	88	30,6%	2,52 (1,45 – 4,38)	< 0,001
	Com hospitalização psiquiátrica anterior	56	28,4%	141	71,6%	197	69,4%		
Número de hospitalizações prévias ao delito	1 hospitalização	21	35,6%	38	64,4%	59	29,9%	-	NS**
	2 ou 3 hospitalizações	17	29,3%	41	70,7%	58	29,4%		
	4 ou 5 hospitalizações	12	32,4%	25	67,6%	37	18,8%		
	de 6 a 10 hospitalizações	4	16,0%	21	84,0%	25	12,7%		
	de 11 a 20 hospitalizações	2	13,3%	13	86,7%	15	7,6%		
Acima de 20 hospitalizações	0		3	100,0%	3	1,5%			
Tratamento anterior ao delito	Sem nenhum tratamento anterior	35	53,8%	30	46,2%	65	22,8%	2,78 (1,52 – 5,10)	< 0,001
	Pacientes com tratamento anterior	65	29,5%	155	70,5%	220	77,2%		
Modalidade de tratamento anterior ao delito	Hospitalar e ambulatorial	27	32,5%	56	67,5%	83	29,1%	-	< 0,005
	Somente hospitalar	29	25,4%	85	74,6%	114	40,0%		
	Somente ambulatorial	9	39,1%	14	60,9%	23	8,1%		
	Sem tratamento anterior	35	53,8%	30	46,2%	65	22,8%		

* Foi utilizado o teste do X^2 (com correção de Yates quando indicado) com nível de significância de 0,05

Tabela 6 – Análise de regressão logística

Variável	1. Somente variáveis demográficas		2. Variáveis demográficas e clínicas		3. Variáveis demográficas, clínicas e de tratamento	
	RC	IC de 95%	RC	IC de 95%	RC	IC de 95%
Variáveis demográficas						
Sexo: feminino	2,59 *	1,02 – 6,57	2,81 *	1,08 – 7,30	2,46	0,93 – 6,54
Estado civil: casado	4,59 **	2,11 – 9,97	4,94 **	2,21 – 11,0	5,05 ***	2,23 – 11,4
Cor (etnia): branca	1,84	0,93 – 3,61	1,88	0,95 – 3,73	1,91	0,95 – 3,85
Idade: maior de 30 anos	1,26	0,70 – 2,24	1,35	0,75 – 2,45	1,28	0,70 – 2,34
Instrução: analfabetismo	2,21 *	2,20 – 4,56	2,23 *	1,06 – 4,67	2,11	0,99 – 4,50
Ocupação: sem ocupação	0,46	0,18 – 1,14	0,50	0,20 – 1,25	0,51	0,20 – 1,27
Cidade onde ocorreu o crime: capital do estado	0,63	0,32 – 1,22	0,54	0,27 – 1,09	0,51	0,25 – 1,03
Variáveis Clínicas						
História familiar psiq.			0,85	0,48 – 1,49	0,90	0,50 – 1,62
História familiar criminal			0,40	0,08 – 1,88	0,39	0,08 – 1,99
Subtipo Paranóide			1,21	0,58 – 2,50	1,14	0,54 – 2,39
Presença de comorbidades			0,67	0,34 – 1,28	0,68	0,35 – 1,31
Tratamento						
Sem tratamento prévio					2,62 **	1,36 - 5,02

* p < 0,05; ** p < 0,005; *** p < 0,001.

7. ANEXOS

**I. TERMO DE COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS DA
PESQUISA.**

II. PROTOCOLO DE PESQUISA PARA A COLETA DE DADOS.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE "MAURÍCIO CARDOSO"

Protocolo de Pesquisa

Pesquisador: _____ Data da pesquisa: _____

Seção I – Dados demográficos

(verificar no registro de abertura, denúncia ou RP)

1. Nome: _____	Unidade: _____	1. _____
2. Sexo:(1) masculino (2) feminino		2. _____
3. Data de nascimento:		3. ___/___/___
4. Idade atual: anos		4. _____
5. Cor:(1) branco (2) preto (3) misto (4) amarelo (5) outras		5. _____
6. Estado Civil:(1) solteiro (2) casado (3) separado (4) viúvo		6. _____
7. Naturalidade: _____		7. _____
8. Procedência: _____		8. _____
9. Religião: _____		9. _____
10. Grau de Instrução: () Analfabeto (1) 1o. Gr. Inc. (2) 1o. Gr. Comp. (3) 2o. Gr. Inc. (4) 2o. Gr. Comp. (5) 3o. Gr. Inc. (6) 3o. Gr. Comp.		10. _____
11. Profissão: _____		11. _____
12. Situação sócio-econômica (verificar se há dados positivos descritos) Descrever o que houver: _____ _____ _____		12. _____

Seção II – Dados judiciais

(verificar na análise do processo pelo setor jurídico, denúncia, RP)

DELITO: Descrição sumária do(s) delito(s) de entrada (RP):

(em ordem decrescente de gravidade)

Delitos	Código	Data	
A.13. _____	_____	_____	13. _____
B.14. _____	_____	_____	14. _____
C.15. _____	_____	_____	15. _____
D.16. _____	_____	_____	16. _____
17. Número de delitos: _____ delitos			17. _____
18. IDADE DO PERICIANDO NO DELITO: _____ anos			18. _____
19. Cidade onde ocorreu: _____			19. _____
20. Local (rua, casa, etc): _____			20. _____
21. Horário: _____			21. _____
22. Tempo decorrido: _____ anos			22. _____
VÍTIMAS - sumário(marcas no parêntese a LETRA (a,b,c,d, - do delito respectivo)			
Delito	Vítima + Parentesco	Idade	Sexo
23. () _____	_____	_____	23. _____
24. () _____	_____	_____	24. _____
25. () _____	_____	_____	25. _____
26. () _____	_____	_____	26. _____
27. Número de vítimas: _____			27. _____

28. Meio Empregado - descrever: _____ 28. _____

29. Data da RP: 29. ___/___/___

30. Conclusão RP: () inteiramente incapaz () parcialmente incapaz () capaz
() outra: _____ 30. _____

31. Data da atual baixa no IPF: 31. ___/___/___
(Verificar 31 e 32 na guia de internação ou capa da papeleta)

32. Data do início do cumprimento: 32. ___/___/___
Tempo total de IPF (da baixa até agora): _____ anos

33. Houve algum período anterior? (1)sim (2)não 33. _____

34. Quando? _____ 34. _____
Dados sobre esta internação anterior: _____

Seção III – Dados Clínicos

(verificar na RP, presença de materiais de outras internações, atestados, papeleta clínica, etc)

DIAGNÓSTICO (S) (laudo de RP) – escrever CID,DSM)	Códigos	(escrever se
35. A . _____	_____	35. _____
36. B. _____	_____	36. _____
37. C. _____	_____	37. _____

38. TRATAMENTO ANTERIOR AO DELITO: Marque todos os registrados:
() NÃO FEZ () TTO. PSIQUIÁTRICO () TTO. PSICOLÓGICO
() TTO. NEUROLÓGICO () OUTROS _____ 38. _____

39. Há material quanto a tratamentos anteriores no prontuário? (1)sim (2)não 39. _____

40. HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PRÉVIAS AO DELITO: (1)sim (2)não 40. _____

41. Número de Hospitalizações: _____ () não há dados 41. _____

42. PRIMEIRA HOSPITALIZAÇÃO NA VIDA - Data: 42. _____

SUMÁRIO DAS HOSPITALIZAÇÕES (incluir a primeira)				
Data	Local	Cidade	Duração	
43. _____	_____	_____	_____	43. _____
44. _____	_____	_____	_____	44. _____
45. _____	_____	_____	_____	45. _____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

46. ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO ANTES DO DELITO - Data: 46. _____

47. Local da hospitalização: _____ 47. _____

48. Cidade: _____ 48. _____

49. Duração: _____ 49. _____

50. Tipo de internação: () voluntária () compulsória
50. _____

51. Tipo de alta: () alta médica () alta "a pedido" () fuga
() outros: _____ 51. _____

52. Uso de medicação na internação: (1)sim (2)não 52. _____

53. Seguiu tratamento ambulatorial após a alta? (1)sim (2)não 53. _____

Outros dados: _____

54. TRATAMENTO AMBULATORIAL EM GERAL NA VIDA: Marque todos os registrados
() NÃO FEZ () TTO. PSIQUIÁTRICO () TTO. PSICOLÓGICO
() TTO. NEUROLÓGICO () OUTROS _____ 54. _____

55. Descrição (se houver): _____

_____ 55. _____

56. Medicamentos psiquiátricos ambulatoriais: (1)sim (2)não 56. _____

Quais: A. 57. _____ 57. _____
B. 58. _____ 58. _____

59. Tratamento na época do delito: () sim () não 59. _____

60. INÍCIO DA DOENÇA: _____ (com X anos, ou a data aproximada) 60. _____

61. HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇA MENTAL: (1)sim (2)não 61. _____

Familiar	Problema mental (como registrado)	
62. _____	_____	62. _____
63. _____	_____	63. _____
64. _____	_____	64. _____
65. _____	_____	65. _____

66. História Familiar de Crimes: (1)sim (2)não 66. _____

Familiar	Crime	
67. _____	_____	67. _____
68. _____	_____	68. _____
69. _____	_____	69. _____

70. Alteração Diagnóstica (documentada pela última VP)? (1)sim (2)não 70. _____

71. Novo diagnóstico: _____ 71. _____

72. Fugas: (1) sim (2) não

72. _____

73. AP: (1) Sim (2) Não

73. _____

74. Data da AP: 74. ___/___/___

75. Observações:
.....
.....