

ISPA – INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica

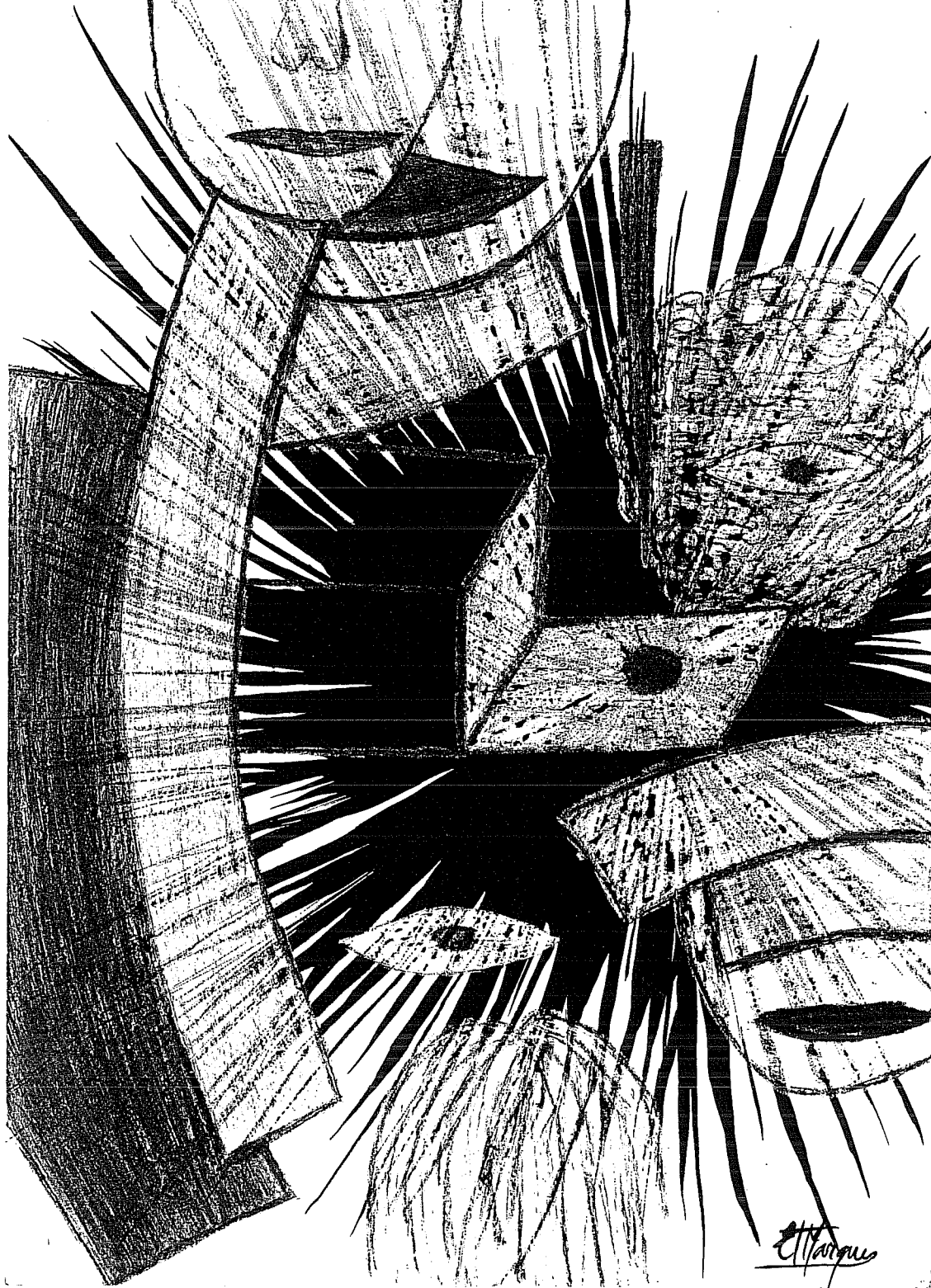
DA LOUCURA À DOENÇA MENTAL
DA DOENÇA MENTAL
À INIMPUTABILIDADE

AVALIAÇÃO DE DOENTES ESQUIZOFRÉNICOS INIMPUTÁVEIS
INTERNADOS NUMA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
EM MEIO PRISIONAL

Emília Tavares Marques

Orientador: Professor Doutor Eduardo Sá

Lisboa
Julho/2003



*Perdido no tempo...
Perdido no espaço...
Perdido em si mesmo...
Perdido nas relações com os outros...
Perdido na dor...*

*Vê o que os outros não vêem...
Sente o que os outros não sentem...
Ouve o que os outros não ouvem...*

*Com a desordem instalada,
Instala-se uma outra ordem que não a da razão.*

*Impelido a fazer o que pensa, o que sente e o
que oprime por dentro...
Acaba por cair nas malhas da justiça...
No "manicômio" prisional.
Até quando!?
Não sabe...*

AGRADECIMENTOS

Várias pessoas contribuíram para que este trabalho se concretizasse e que são merecedoras de explícito agradecimento. Assim, agradeço:

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Eduardo Sá que pela sua disponibilidade, paciência, compreensão, apoio e orientação que me deu, bem como pela partilha de ideias, discussão de pontos de vista e estímulo que me proporcionou, possibilitou que este trabalho se fosse delineando, estruturando e formando um todo lógico e coerente.

Ao Dr. Manuel Belchior, anterior Director do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, e ao actual Director Dr. Jorge Morais, que me autorizaram a fazer a pesquisa nos arquivos da Secção de Reclusos e que sempre se manifestaram disponíveis para me ajudarem no que estivesse ao alcance deles. À Sr.^a D. Maria Sofia Carreira, Chefe de Repartição, à Sr.^a D. Armandina Prata e todas as outras funcionárias dessa Secção que com amabilidade e disponibilidade me ajudaram no esclarecimento de dúvidas, entre as quais “decifrar” algumas palavras de textos processuais ainda na forma manuscrita.

Ao Dr. Manuel Castro que amavelmente consentiu que este estudo fosse realizado com os internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, do referido estabelecimento, da qual é mui digno Coordenador Clínico. E também a ele, ao Dr. Mário Correia e ao Dr. Luís Pimentel agradeço pelo grau de confiança em mim depositada, pelo apoio incondicional e pela amizade, por me facultarem informações preciosas e amavelmente me emprestarem alguns materiais e, ainda, por concordarem que os seus doentes fossem objecto de avaliação. Ao Dr. Dario Martins e à Dr.^a Maria Manuel que igualmente concordaram que fossem avaliados os internados que seguiam. E, ainda, ao Dr. Eduardo Araújo que se mostrou disponível para me ajudar e facultar algumas informações.

Às Adjuntas do Director, Dr.^a Gina Rodrigues e à Dr.^a Maria Luísa Machado Vaz, pelo incentivo, disponibilidade para me darem informações e pelo apoio de recursos materiais no Estabelecimento (bibliográficos e logísticos, entre outros).

Ao Sr. Edmundo Couto, Técnico de Educação afecto à Clínica, que me forneceu dados relativos aos internados, em especial no que se refere às visitas ou não que recebiam. Aos Subchefes Ilídio Fonseca Pereira e Armindo Moura que sempre se mostraram disponíveis para me darem informações sobre o Estabelecimento e a Clínica. E a outros

funcionários, como Enfermeiros, Elementos de Vigilância e Pessoal Auxiliar, que também se mostraram disponíveis para me ajudarem no que deles dependesse.

Ao Dr. Elias Faro, à Dr.^a Maria José Hemke, à Dr.^a Ana Peixoto, ao Mestre Pedro Almiro Neves, à Dr.^a Cláudia Amaral e à Mestre Maria Manuela Carvalho pela amizade, solidariedade e disponibilidade para me ouvirem em momentos mais difíceis e importantes da minha caminhada pessoal/profissional e na partilha de etapas relacionadas com este trabalho, bem como aos colegas de Mestrado, em especial à Dr.^a Susana Ledo que, além dos mesmos motivos, me acompanhou em muitas e longas deslocações ao ISPA e algumas a Coimbra. Ao Professor Doutor Fernando de Almeida e ao Professor Doutor José Martins pela amabilidade e disponibilidade que manifestaram, bem como por me terem possibilitado a troca de algumas ideias.

À(o)s bibliotecária(o)s do ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, da FPCEUP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, da FPCEUC – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, do ISMAI – Instituto Superior da Maia, da Biblioteca do Hospital de S. João, no Porto, da Biblioteca Municipal do Porto e da Biblioteca Nacional de Lisboa.

Às simpáticas e sempre disponíveis tradutoras dos materiais provenientes dos E.U.A. relativos ao inventário utilizado, Doutoranda Alexandra Neves e Dr.^a Telma Sousa.

Ao estagiário de Psicologia na referida Clínica, Franclim Ribeiro, pela amável colaboração prestada, quer na aplicação e correcção informatizada do inventário, quer na inserção de dados na base do SPSS.

Ao António, meu irmão, por ter informatizado a correcção do inventário, de acordo com os materiais disponíveis em língua portuguesa. Às minhas outras irmãs, Felícia, Luciana e Alexandra por me ajudarem nas pesquisas na Internet. A todos estes, bem como, aos meus pais, Alexandre e Emília, e aos meus sobrinhos, Fábio e Daniel, também agradeço pelo apoio, carinho e incentivo que me deram nos muitos momentos em que deles precisei. Aos meus amigos Alice e Nils igualmente por estes últimos motivos. E, ainda à Dr.^a Teresa Chaves que, também como amiga, me deu o apoio possível.

E, por fim, à Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, nas pessoas do Dr. Alexandre Campos e, muito especialmente, do Dr. Ricardo Alves que, pela sua disponibilidade e competência em tratamento de base de dados com o SPSS, me deu apoio nesta tarefa.

Teresa Chaves Marques
Lisboa, 30-07-03

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	Páginas 5
ABREVIATURAS	9
PRIMEIRA PARTE – A SAÚDE MENTAL E A LEI	
CAPÍTULO I – SAÚDE: CONCEITOS E PREOCUPAÇÕES	14
1. Considerações gerais acerca dos conceitos de saúde e de doença	15
2. Evolução do conceito de saúde mental ao longo dos tempos	20
2.1. A loucura e os clássicos	22
2.2. Entendimento e tratamento da loucura a partir da Idade Média	29
<i>Síntese</i>	48
CAPÍTULO II – CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	54
1. Preocupações com a saúde mental em Portugal: da fundação da nacionalidade ao século XIX (breve referência)	55
2. Evolução da política de saúde mental: da fundação dos primeiros hospitais psiquiátricos à actualidade	69
<i>Síntese</i>	86
SEGUNDA PARTE – DOENÇA MENTAL, CRIME E INIMPUTABILIDADE EM RAZÃO DE ANOMALIA PSÍQUICA. O CASO DOS ESQUIZOFRÊNICOS	
CAPÍTULO I – INIMPUTABILIDADE E PSICOPATOLOGIA	93
1. Da condição de doente mental à condição de inimputável em razão de anomalia psíquica	94
1.1. Relações sociais e relações jurídicas	94
1.2. Indivíduos sujeitos a interdição ou a inabilitação	98
1.3. Breve referência aos conceitos de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, perigosidade e medidas de segurança	100
1.4. Algumas questões sobre doença mental, crime, (in)imputabilidade e tratamento em regime prisional	108
2. O caso particular de doentes diagnosticados de esquizofrênicos	117
2.1. Evolução histórica do conceito de esquizofrenia	117
2.2. Classificação médica actual de esquizofrenia	122
2.1.1. Classificação da Esquizofrenia através da CID-10	123
2.1.2. Classificação da Esquizofrenia através do DSM-IV-TR	127
2.3. Esquizofrenia, crime e perigosidade	136
3. Avaliação psicológica através de um inventário de auto-avaliação – SCL-90-R	143
3.1. Breve referência ao aparecimento de instrumentos de auto-relato	144
3.2. O inventário de auto-avaliação SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R	145
<i>Síntese</i>	153

CAPÍTULO II – OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO: Doentes esquizofrénicos em cumprimento de medidas de segurança e de tratamento em contexto prisional	159
1. Definição do problema	160
2. Formulação de hipóteses	162
3. Variáveis	163
4. População	164
4.1. Contextualização e caracterização	164
4.1.1. Caracterização do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo	164
4.1.2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental	166
4.2. Descrição da população alvo e exploração das principais variáveis tidas em conta nesta investigação	221
5. Metodologia	226
5.1. Entrevista	227
5.2. Aplicação do inventário de auto-avaliação SCL-90-R	227
6. Apresentação e análise dos resultados	231
6.1. Apresentação dos resultados relativamente à população total e à população alvo	231
– Resultados totais obtidos nas dimensões e índices gerais do SCL-90-R	232
– Comparação dos resultados obtidos nas nove dimensões do inventário para os diferentes tipos de patologias	235
– Comparação dos resultados obtidos nos índices globais do inventário para os diferentes tipos de patologias	244
– Comparação dos resultados entre os vários tipos de crime e os diferentes tipos de patologias	246
– Comparação dos resultados obtidos no inventário relativamente ao tempo de internamento na C.P.S.M.	248
– Comparação dos resultados obtidos no SCL-90-R para o grupo de sujeitos com Esquizofrenia e os da restante população	258
– Comparação dos resultados obtidos no inventário entre os sujeitos diagnosticados com Esquizofrenia Paranóide e Outros tipos de Esquizofrenia	260
– Comparação dos resultados obtidos no inventário entre os esquizofrénicos que recebem ou não visitas	261
6.2. Análise das associações entre resultados do SCL-90-R e principais variáveis	264
6.2.1. Análise das associações entre os resultados da SCL-90-R e as principais variáveis do estudo para toda a população	264
6.2.2. Análise das associações entre os resultados da SCL-90-R e as principais variáveis do estudo para a população alvo	270
6.3. Fiabilidade do inventário	272
7. Discussão dos resultados	274
Síntese	296
CONCLUSÃO	303
BIBLIOGRAFIA E OUTROS RECURSOS	312
ANEXOS (com índice à parte)	329

INTRODUÇÃO

O exercício clínico profissional da autora deste trabalho é desenvolvido numa clínica de psiquiatria em contexto prisional, local onde se encerram a maior parte dos «loucos» que no território português praticaram actos ilícitos, social e juridicamente. É de acrescentar que parte destes indivíduos constituirão o principal objecto de estudo desta dissertação de Mestrado.

Foi particularmente este o principal motivo que suscitou à autora deste trabalho a curiosidade e o interesse por conhecer mais aprofundadamente o que se relacionava com actos delituosos praticados por doentes mentais (particularmente esquizofrénicos), aos quais foi atribuída inimputabilidade e que, por esse motivo, se encontram em cumprimento de medidas de segurança e de tratamento em contexto prisional.

Por isso, a autora considerou que o conjunto de pesquisas necessárias à consecução desta dissertação, teriam de incidir obrigatoriamente sobre a evolução do alienado, louco ou «fora do seu sizo» ao doente mental e deste ao inimputável, chegando ao caso particular do esquizofrénico em cumprimento de medidas de segurança e de tratamento em clínica psiquiátrica em contexto prisional.

Numa Primeira Parte, clarificam-se os conceitos de saúde e de doença, embora não esquecendo o primado da saúde. No entanto, considera-se que a noção de loucura e de saúde mental merecem maior reflexão para esta dissertação, dado que o objecto de estudo vai incidir sobre uma população de doentes mentais. Assim, além da definição dos conceitos atrás referidos, também se tece uma breve evolução dos mesmos, ao longo dos tempos, nas sociedades ocidentais, porque a visão dos fenómenos psíquicos sempre se regeu por leis próprias, consonantes com o “pensar” das sociedades das diferentes épocas, leis essas ligadas a fenómenos de ordem místico-religiosa, sócio-cultural, jurídica, biológica, clínica, económico-política e outros. No entanto, como é sabido, alguns destes

factores, como se poderá observar na referida Primeira Parte deste trabalho, foram e são conjugados de formas diferentes e também de acordo com o “pensar” de cada período histórico, sobrepunham-se e ainda se sobrepõem a qualquer dos outros, de acordo com os valores e/ou interesses prementes, muitas vezes fugindo a critérios de saúde/clínicos, que quanto à autora deste trabalho deveriam, neste caso, situar-se em primeiro plano.

Assim, por estar longe do que se considera objectivável, concretizável e inteligível, a problemática e as políticas de saúde mais recentes, em particular ligadas à saúde mental, têm sido alvo de interpretações, legislações, práticas, tratamentos vários... Portugal não fugiu à regra e, por isso, nesta dissertação também se fará uma abordagem ao caso específico português, em especial no que se refere à evolução da política de saúde mental desde a fundação dos primeiros hospitais psiquiátricos no século XIX à actualidade.

A Segunda Parte deste trabalho, incide, como o próprio título indica, na doença mental, crime e inimputabilidade em razão de anomalia psíquica e, particularmente, na população de esquizofrénicos internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo.

Dada a especificidade da temática, sentiu-se a necessidade de, num primeiro momento, abordar a questão do doente mental enquanto sujeito com personalidade jurídica, passível de estabelecer relações sociais e jurídicas, que implicam direitos e deveres. Como qualquer outro cidadão, o doente mental poderá ficar sujeito à interdição ou à inabilitação, por vários motivos, entre os quais por prática de actos ilícitos passíveis não só de condenação social como jurídica. Assim, como alguns doentes que praticaram crimes estão sujeitos à atribuição ou não de inimputabilidade, e consequentemente de um grau de perigosidade e de medidas de segurança específicas, houve necessidade também de clarificar estes conceitos, que são de ordem jurídica.

Antes de se tratar do caso particular dos esquizofrénicos, abordaram-se algumas questões relacionadas com a doença mental de um modo geral, com o crime, com a (in)imputabilidade e com o tratamento em regime prisional.

Clarificadas estas questões, passou-se ao caso particular dos doentes que foram diagnosticados como esquizofrénicos. Inicialmente, houve necessidade de se fazer uma breve referência à evolução do conceito de Esquizofrenia até à actualidade, para depois abordar a temática “Esquizofrenia, crime e perigosidade”.

E, antes de se abordar os conteúdos relativos à investigação desenvolvida, teceram-se considerações ao instrumento que se utilizou na avaliação psicológica, ou seja, ao SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R, o que levou a autora deste trabalho a incluir, nesta fase, uma abordagem a este inventário. Isto prende-se com o facto de, apesar de se ter procurado ter acesso à aferição portuguesa, que se diz ter sido feita por Vaz Serra, e de se ter procurado obter materiais sobre o mesmo na Biblioteca do próprio Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, não foi possível a disponibilização desses materiais. No entanto, deve-se referir que a autora deste trabalho pôde consultar alguns deles e visualizar o tratamento em computador. A justificativa apresentada foi que o referido Serviço andava a trabalhar sobre esse inventário e que, por isso, não se encontrava ainda acessível.

Perante isto, procurou-se obter materiais sobre o referido inventário junto da editora de origem, nos E.U.A., já que os fornecedores portugueses de materiais de psicologia não possuíam a aferição portuguesa (cerca de meio ano após esta procura, já se encontrava disponível em Portugal a versão espanhola). Foi então com base nestes elementos, essencialmente americanos e o que se tinha em português, que a autora desta dissertação fez uma breve abordagem ao SCL-90-R. No entanto, é de referir que na aplicação e apuramento dos resultados do inventário recorreu-se ao estabelecido no material em português.

De seguida, procurou-se dar conta da investigação efectuada. Assim, num primeiro momento, partiu-se da definição do problema, para a formulação de hipóteses e para a clarificação das variáveis de investigação em causa.

Posto isto, avançou-se para a contextualização e caracterização da população afectada ao Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, e em especial da internada na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, inserida nesse Estabelecimento. Só depois se procedeu à descrição da população alvo.

Definida a metodologia utilizada, que constou de entrevista semi-estruturada e da aplicação do SCL-90-R aos internados na Clínica, passou-se à apresentação e análise dos resultados, tendo por base o tratamento de dados estatísticos realizado no programa SPSS. Nesta análise teve-se em conta a população total e a população alvo – os internados na Clínica diagnosticados como esquizofrénicos inimputáveis. Seguidamente, procedeu-se à exploração das principais variáveis tidas em conta nesta investigação, ou seja, tempo de internamento da população *versus* problemas relacionados com a saúde; sujeitos com Esquizofrenia *versus* incidência de vectores relacionados com a ideação paranóide; tratamento *versus* depressão e psicotização; sujeitos com Esquizofrenia *versus* crime / arma utilizada / relação com a vítima e os resultados obtidos no SCL-90-R; situação de sujeitos esquizofrénicos que recebem visitas *versus* padrões de normalidade no inventário. Procurou-se, também, inferir da fiabilidade deste inventário para a população em estudo, dado que esta se enquadra nos critérios considerados por Derogatis (autor do inventário) como de «mau prognóstico». No entanto, os resultados obtidos vão no sentido de confirmar um bom nível de fiabilidade quando comparada com os valores alcançados por Derogatis.

Finalmente, passou-se à discussão dos resultados e concluiu-se este trabalho.

Consciente de que o número de casos de Esquizofrenia tende a aumentar, sobretudo entre as populações urbanas das complexas sociedades actuais, pretende-se com este trabalho essencialmente contribuir para uma parcela de conhecimento particularmente deste tipo de sujeitos, embora os restantes internados da Clínica (que integra a maior parte dos inimputáveis em cumprimento de medidas de segurança e de tratamento em regime prisional) também tivessem sido objecto de estudo.

ABREVIATURAS

A – Ano(s)

Ab. – Abril

Actual/ – Actualmente

AKA – *Also know as*

APPACDM – *Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental*

Av.^º – Avaliação

BI – *Bilhete de Identidade*

C. – Cerca de

C/ – Com

Círc. – Círculo

Cit. – Citado(a)

CM – Câmara Municipal

Com. – Comarca

Conc. – Concelho

Cont. – Continuação

CP – *Código Penal*

CP 82– *Código Penal* de 1982

CPSM – *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental*

D – Dia(s)

Dep.^{to} – Departamento

Dez. – Dezembro

Dist. (D) – Distrito

EP – Estabelecimento Prisional

EPSCB – *Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo*

Est. – Estado

EUA – Estados Unidos da América

Fev. – Fevereiro

FLUP – *Faculdade de Letras da Universidade do Porto*

FPCEUP – *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto*

HCF – *Hospital do Conde Ferreira*

HML – *Hospital de Magalhães Lemos*

Hosp. – Hospital ou hospitalar

HP – Hospital Prisional

GNR – *Guarda Nacional Republicana*

Id. – Idade

IDM – Índice de Deterioração Mental

IM – Idade Mental

IML – *Instituto de Medicina Legal*

Inf.^{ão} – Informação

(In)imputabil. – Inimputabilidade ou imputabilidade

Inst.^{ões} tut. de men. – Instituições tutelares de menores

Interna.^{to} – Internamento

Inves.^{ão} – Investigação

IRS – *Instituto de Reinserção Social*

Jan. – Janeiro

Jud. – Judicial ou Judiciária

Jun. – Junho

Just. – Justiça

Lib. tít. ens. – Liberdade a título de ensaio

M – Mês(es)

Mar. – Março

Máx. – Máximo

Min. – Ministério

Mín. – Mínimo

N.º(os) – Número(s)

Nasci.^{to} – Nascimento

Nat. (N) – Naturalidade

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

Out. – Outubro

P. – Página

Pp. – Páginas

P/ – Para

PJ – *Polícia Judiciária*

Psic. – Psicologia

Psiqu. – Psiquiatria ou psiquiátrico

PSP – *Polícia de Segurança Pública*

Púb. – Público

QI – Coeficiente Intelectual

RAVE – Regime Aberto Voltado para o Exterior

Reg. – Regional

Rel. – Relação

Resid. (R) – Residência

Respons. (R) – Responsável

Resul. – Resultados

S. – São

SCL-90-R – Sympton Checklist-90-R:

SOM: Somatização

O-C: Obsessão-Compulsão

I-S: Sensibilidade Interpessoal
 DEP: Depressão
 ANX: Ansiedade
 HOS: Hostilidade
 PHOB: Ansiedade Fóbica
 PAR: Ideação Paranóide
 PSY: Psicoticismo
 It. ad.: Itens Adicionais
 GSI: *Global Severity Index* (Índice de Gravidade Global)
 PST: *Positive Symptom Total* (Total de Sintomas Positivos)
 PSDI: *Positive Symptom Distress Index* (Índice de Perturbação de Sintomas Positivos)
 Imp. – Impossível
 S/d – Sem data
 Sr. – Senhor
 S.^{ra} - Senhora
 S.^{ta} – Santa
 S.^{to} – Santo
 Set. – Setembro
 Sup. – Supremo
 Tb. – também
 TEP – *Tribunal de Execução de Penas*
 Trib. – Tribunal
 TV – Televisão
 UTI – *Unidade de Cuidados Intensivos*
 Vis. (V) – Visita
 V. N. – Vila Nova

PRIMEIRA PARTE

A SAÚDE MENTAL E A LEI

CAPÍTULO I

SAÚDE: CONCEITOS E PREOCUPAÇÕES

Antes de avançar para questões mais específicas que se inserem no âmbito desta dissertação, considera-se pertinente que, neste primeiro capítulo, se comece por definir o conceito de saúde e se faça um breve alusão ao que se entende sobre a ausência da mesma. No entanto, embora as preocupações com a saúde e com a doença datem dos primórdios da Humanidade estes conceitos serão abordados particularmente à luz dos conhecimentos a partir da Segunda Guerra Mundial.

E, porque para esta dissertação interessa particularmente a clarificação do conceito de saúde mental, será feita, de seguida, uma breve abordagem à evolução desse conceito, em especial a partir da Antiguidade Clássica ocidental. A razão pela qual se partirá daí, incide no facto de apesar de se ter verificado uma involução ao longo do grande período da Idade Média, os Renascentistas da Idade Moderna, embora com dificuldades de vária ordem, acabaram por fazer vingar as suas ideias, muitas vezes a partir do retorno ao estudo dos Clássicos. A noção de saúde mental e dos tratamentos aplicados sofreriam várias transformações até à actualidade. Neste processo evolutivo Sigmund Freud foi um dos marcos mais importantes na revolução destes conceitos. De facto, com a introdução de novos conceitos e metodologias, Freud provocou um corte epistemológico na psiquiatria até então conhecida e praticada. Esta “revolução” influenciou de tal modo o rumo dos estudos sobre a doença mental, que ainda hoje estão patentes quando se procura saber as bases de diferentes correntes pós-freudianas.

1. Considerações gerais acerca dos conceitos de saúde e de doença

Os conceitos de saúde e de doença constituíram objecto de reflexão, de ensaios e de políticas, por parte de muitos estudiosos, de organismos, bem como dos diferentes Estados, em especial durante e a partir da Segunda Guerra Mundial. De facto, nesse período, as preocupações com a saúde e a doença revelaram-se de tal modo importantes que houve a necessidade de se criar um organismo de carácter mundial que se debruçasse sobre estas questões. Trata-se da O. M. S. (*Organização Mundial de Saúde*), instituição especializada no âmbito da O. N. U. (*Organização das Nações Unidas*).

O primeiro conceito que reuniu maior consenso no âmbito da O. M. S. saíria no «Preâmbulo da Constituição da O. M. S.», elaborado pela Conferência Internacional da Saúde, em 1946, e entraria em vigor em 1948. Aqui definia-se saúde como sendo um «estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade». Esta definição foi objecto de críticas, pois além de encerrar um conceito muito amplo de saúde que era coerente com o domínio médico, considerava a saúde como uma tarefa fácil e não como um objectivo, ou seja, como afirma o *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (C. N. E. C. V., 1995), «um meio para atingir um fim e não um fim em si». Concorda-se ainda com este Conselho quando refere que esse conceito encerrava a noção de saúde nas suas próprias fronteiras.

O conceito de saúde seguiria um rumo diferente a partir da década de 1970, em que a posição de diferentes políticos e estudiosos centrar-se-ia mais na saúde (em vez de na doença) e no reconhecimento de que a principal causa de morbilidade e de mortalidade residia no comportamento humano (Ribeiro, 1998). Porém, apenas em 1986 surgiu, no âmbito da O. M. S., um conceito mais alargado de saúde:

Saúde [passou a ser entendida] como a medida na qual um grupo ou um indivíduo pode, por um lado, realizar as suas ambições e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de evoluir com o meio ou de adaptar-se ao mesmo. Saúde é percebida como um recurso para a vida do dia-a-dia e não como objectivo de vida; trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e individuais, bem como as capacidades físicas. (p. 1)

Além de alargado, este conceito foi convertido num relevante facto social, ou seja, o conceito de saúde passou a estar ligado não só à eliminação ou redução da doença, mas «a todas as condições da história pessoal, do contexto familiar, do trabalho e do ambiente, que determinam o melhor funcionamento dos sistemas físico e psíquico que estruturam a pessoa» (C. N. E. C. V., 1995, pp. 1 e 2). Este documento refere que a O. M. S. enuncia as seguintes condições e requisitos como fundamentais para a saúde: «a paz, a habitação, a educação, a alimentação, o rendimento, um ecossistema estável, recursos “sustentados”, justiça social e a equidade». Este conceito apresenta uma ideia multidimensional de saúde que, como defende Capra (citado por Costa, 1992), assenta numa concepção sistémica da vida. Segundo esta concepção os seres vivos são sistemas auto-organizadores com um alto grau de estabilidade, sendo esta dinâmica caracterizada por flutuações contínuas, múltiplas e interdependentes. O que torna o sistema saudável é a sua capacidade de ser flexível, isto é, de dispor de várias opções para interagir com o meio, adaptando-se às mudanças, sendo a perda de flexibilidade equivalente à perda da saúde.

Atendendo ao facto de que a saúde acompanha o desenvolvimento do indivíduo desde o seu nascimento até à sua morte, concorda-se com Ribeiro (1998) quando afirma que a saúde não é um estado, mas sim um processo que ao longo do desenvolvimento do indivíduo depende de um permanente jogo de estimulação-reacção do organismo, ou seja, em que os estímulos provocam um desequilíbrio, tendo como resposta um processo de adaptação que restabelece o equilíbrio, porém temporário e a um nível mais adequado. Portanto, o desenvolvimento do indivíduo implica mudanças

nos seus padrões de comportamento ou de percepção que resultam da interacção entre as características biológicas do indivíduo e as do meio em que vive (Bronfenbrenner & Courter, 1983, citado por Ribeiro, 1998) mas que, ao contrário de muitos (sub)sistemas, não espera que essas mudanças visem a homeostasia – restabelecimento do equilíbrio ou manutenção de um estado saudável (temperatura corporal, nível do ph...) – mas sim a homeoesia, ou seja, a condução a um equilíbrio temporário, que permitirá um desenvolvimento do indivíduo em patamares cada vez mais complexos.

Nesta linha de ideias, a O. M. S. (1986) refere ainda o seguinte:

Uma boa saúde é um melhor recurso para o progresso social, económico e individual, constituindo aspectos importantes para a qualidade de vida. Os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem intervir em favor ou em detrimento da saúde (...) [e as medidas que visam a promoção da saúde, ou seja, o] processo que confere às populações os meios de assegurar um maior controlo sobre a sua saúde e de melhorar a mesma [devem fazer com que essas condições sejam favoráveis]. (p. 1)

Ao gozar de um nível elevado de saúde o indivíduo consegue ter maior disponibilidade para as diferentes actividades que diariamente realiza, isto é, laborais, familiares, sociais, de lazer, culturais, entre outras. Portanto, o nível de saúde em que o indivíduo se encontra influencia, então, toda a sua experiência de vida, a sua percepção de bem-estar e o seu próprio estado de doença.

Concorda-se com Noack (1989, citado por Ribeiro, 1998) quando este defende que na saúde há que distinguir três componentes: uma ligada ao passado («saúde histórica»), outra relativa ao presente («saúde balanceada») e outra relacionada com o futuro («saúde potencial»).

A acumulação da experiência passada, das acções e das interacções implicadas na saúde constitui a saúde histórica. Enquanto a «saúde balanceada» é a consequência do

actual equilíbrio dinâmico dos estados e processos internos e das interacções com os meios físico e social, equilíbrio esse que é continuamente posto em causa, entre perturbações passageiras (físicas, como as mudanças de temperatura; biológicas, como infecções; ou mentais, como privação de afecto) e forças correctoras, de base fisiológica, mental e social, que estão disponíveis em situação de saúde (Abelin, 1991, citado por Ribeiro, 1998). A «saúde potencial» refere-se às capacidades futuras que indivíduos, grupos e populações têm de manter ou restabelecer um nível satisfatório de «saúde balanceada». No entanto, segundo Abelin, a pressão social relacionada com o estilo de vida (como a grande quantidade de publicidade, dos *media*, da oferta comercial e dos estímulos sensoriais) e as condições de vida (pobreza, emigração, habitação, condições de trabalho, etc.), bem como a saúde potencial podem afectar a «saúde balanceada».

Estes aspectos, para Abelin (1991), aliam-se ainda a factores ambientais, como o *stress* no trabalho e outras relações interpessoais, a qualidade geral do ar e dos diferentes espaços onde passa grande parte do tempo, a qualidade/quantidade da água, a qualidade/quantidade/preço dos alimentos, a poluição sonora nos diferentes espaços, as infecções/doenças provocadas, entre outras, pela transmissão sexual, pela ingestão de comida, tabaco, álcool, drogas. O segundo factor, «saúde potencial», refere-se ao estilo de vida relacionado com a saúde (como, hábitos alimentares, de actividade física, de lazer, de dormir, de integração social, de educação, de não consumir substâncias prejudiciais à saúde) e às redes de suporte socioculturais (família, escola, vizinhos, local de trabalho, local de culto, clubes, serviços de saúde). Conjugados com estes aspectos encontram-se o estado de nutrição, a imunidade contra agentes infecciosos, a capacidade de estratégias de *coping* para lidar com emoções e situações geradoras de *stress*, a capacidade de tomada de decisões, a capacidade de cuidar e de tomar conta de si.

A definição e clarificação do conceito de saúde contribuiu para definir e clarificar o conceito de doença. Segundo Barondess, (1979, citado por Ribeiro, 1998), a doença pode ser entendida como de natureza biológica (em inglês, *disease*, que significa *ter uma*

doença), não biológica (em inglês, *illness*, cujo significado é *sentir-se doente*) e/ou identidade social (em inglês, *sickness*, que significa *comportar-se como doente*). Quando é de natureza biológica estão em jogo alterações anatómicas, fisiológicas e bioquímicas combinadas ou não, que se traduzem na «ruptura na estrutura, ou função, de uma parte do corpo ou do sistema»; se é de natureza não biológica, apresenta «uma configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo com o seu meio»; se é encarada como identidade social, o indivíduo passou a ter o estatuto de doente ou assumiu esse papel porque, quer num caso quer no outro, foi rotulado como portador de uma dada doença.

Isto quer dizer que um indivíduo pode estar doente sem se sentir doente, ou seja, mesmo que manifeste e se sinta de boa saúde há possibilidades de nele se encontrar(em) doença(s). Por outro lado, é também possível um indivíduo sentir-se doente e não possuir qualquer doença. Há ainda a considerar que mesmo não estando actualmente doente o indivíduo continue a assumir o papel de doente, porque não quer perder o seu estatuto de doente, por consequência ou não da atribuição do rótulo de doente.

Por não ser do âmbito desta dissertação a definição do conceito geral de *doença* de um modo mais alargado, mas sim o caso particular da *doença mental*, este último conceito será objecto de uma abordagem específica no Capítulo I da Segunda Parte.

No entanto, e na sequência da clarificação do conceito geral de saúde, para a consecução deste trabalho, cabe ainda neste capítulo, avançar para a definição de um outro conceito: o de saúde mental. Dada a sua importância para esta dissertação, no ponto que se segue, será feita uma abordagem à evolução deste conceito ao longo dos tempos, nas sociedades ocidentais.

2. Evolução do conceito de saúde mental ao longo dos tempos

Embora se pretenda aqui explicitar o conceito de saúde mental, contido no vasto conceito de saúde, atrás definido, para se chegar à sua noção considera-se pertinente partir-se da clarificação do conceito contrário – o de “loucura”. De facto, a insanidade, a loucura, a doença mental tem constituído problema para as sociedades das diferentes épocas históricas, por se tratar de um acontecer incompreensível da mente que provoca alterações no comportamento do indivíduo, na relação que estabelece consigo próprio e com os outros. Há ainda a considerar as alterações que a loucura de um indivíduo provoca nos outros que com ele lidam, pois desencadeia sentimentos, juízos, atitudes, actos, por vezes antagónicos, como por exemplo, tanto emerge a estranheza, o medo, o pasmo ou o horror, como a defensiva, a agressão ou uma certa veneração e culto.

As crenças prevalecentes sobre a causa, a natureza e o tratamento das perturbações mentais, manifestados em comportamentos fora da norma, variou ao longo do tempo e com a evolução das sociedades e dos conhecimentos. E, por referir “norma”, antes de mais, torna-se necessário esclarecer o que se entende por normal e anormal. Adoptou-se o conceito de Scharfetter (1997, p. 8) de “norma média”, ou seja, de «normal, no sentido da média, [que] é globalmente o comportamento próprio, em algumas situações, da maioria das pessoas de um determinado sexo e de certos grupos etários numa determinada esfera sociocultural». No que diz respeito ao indivíduo, a designação “normal” remete para aquele que se encontra dentro da «estrutura, enquadramento, limites, linhas de orientação para o comportamento, postura e valores» da sociedade em que está inserido (Scharfetter, 1997, p. 8). Quando se fizer menção ao comportamento fora da norma ou “anormal”, adoptou-se um dos conceitos propostos por Scharfetter (1997, pp. 11 e 12) que aponta para aquele que se desvia da norma de

um dado grupo, ou num sentido positivo (dotado) ou num sentido negativo (desviante, mas não doente; desviante, mas doente em sentido lato ou em sentido médico).

Os comportamentos fora da norma, bem como as doenças e a morte eram explicados, pelas sociedades primitivas, com base em sistemas de crenças, mitos, lendas, ritos mágicos e mágico-religiosos (Ferreira, 1990). Para os comportamentos anormais, muitas vezes, as explicações atribuídas remetiam para causas exteriores ao sujeito (por exemplo, algo que tivesse ingerido) ou a influências de forças malévolas por parte de seres humanos e/ou por seres sobrenaturais desconhecidos, como espíritos ou demónios, sendo que neste caso o espírito ficaria, segundo Beauchesne (1989, p. 7), «possuído, enfeitado, contaminado, conspurcado». Preocupado, o Homem das sociedades primitivas servia-se dos conhecimentos que possuía para combater a loucura. Para isso, muitas vezes, recorria à magia, à bruxaria e ao esconjuro para afastar os espíritos ou os demónios, à astrologia para interpretação e tratamento das anormalidades, e, mais tarde, ao culto para aplacar as forças sobrenaturais e os deuses (Beauchesne, 1989; Ferreira, 1990). A este respeito Ferreira (1990) acrescenta o seguinte:

Todas as desgraças que acontecem às pessoas, desde as doenças, deformações físicas, demência ou enfermidade na cabeça, febre, cegueira, acidentes, fracturas e morte; às más colheitas, cheias, terremotos, perda de animais, etc. (...) [eram atribuídas às forças sobrenaturais desconhecidas, espíritos ou demónios, consideradas] realidades todo-poderosas e existentes em toda a parte: nas águas, florestas, interior da terra e no céu. (p. 21)

O longo período de retrocessos e de obscurantismo vividos durante a Idade Média ocidental deixou raízes que perduram até hoje, como por exemplo, no caso concreto de alguns conhecimentos e práticas aplicadas à loucura. De facto, muitas vezes, ainda hoje ouvimos dizer por alguém, ou os meios de comunicação social dão-nos conta do recurso à bruxaria, ao esconjuro..., apesar de nos encontrarmos numa época em que o conhecimento científico sobre a loucura se encontra muito alargado.

Foucault, na sua obra *História da Loucura*, centrou o seu estudo sobre a evolução do conceito de loucura particularmente a partir da Idade Média, o que constituirá essencialmente a base para a análise que será feita a seguir. No entanto, para uma melhor compreensão do conceito de loucura nas sociedades ocidentais, considerou-se pertinente remontar à Antiguidade Clássica, já que os conhecimentos relativos às chamadas “doenças da alma” conheceram nesse período alguns avanços. Como é sabido, com a entrada na Idade Média ocidental estes conhecimentos foram sendo abandonados e só na Idade Moderna, com o Renascimento, foram retomados.

2.1. A loucura e os Clássicos

Na Grécia Antiga, havia inicialmente a crença de que os deuses eram responsáveis pela loucura e que, portanto, só eles a poderiam curar. Mais tarde pensava-se que as perturbações químicas do cérebro provocavam uma ruptura no equilíbrio interno do indivíduo e, por isso, eram geradoras de doença (Sournia, 1995). De facto, para os pitagóricos a composição do Universo e do corpo humano apoiava-se em quatro elementos – fogo, água, terra e ar – e quando houvesse um desequilíbrio entre esses quatro elementos instalava-se a doença.

Nesse período, os filósofos da escola de Cnido (Pitágoras, Empédocles, Demócrito e os seus discípulos) estudavam as doenças baseando-se na observação dos doentes e procediam à descrição de algumas com os respectivos sintomas e a sua evolução (Ferreira, 1990). Seguiu-se-lhe a escola de Cós, na qual Hipócrates foi o principal orientador, que além de se deter sobre a observação cuidada dos doentes, ao longo das suas vidas, para chegar às causas naturais das doenças (exteriores ao corpo humano e geradoras de desequilíbrios fisiológicos) e sobre a evolução das respectivas doenças, desenvolveu a prática de prognóstico e terapêutica para cada uma delas (Ferreira, 1990).

O saber médico actual, nas sociedades ocidentais, muito deve aos sistemas de pensamento e às práticas médicas que remontam à Grécia Antiga, mais propriamente a Hipócrates. Na sua obra *Dos Ares, das Águas e dos Lugares*, Hipócrates debruçou-se sobre os factores ambientais que se encontram ligados à doença, defendendo um conceito ecológico e multicausal de saúde-doença que envolvia as reacções do ser humano às agressões provenientes do seu ambiente (Sournia, 1995). Considerava, segundo este autor, que o tipo de doença, a idade, a constituição física, o período do ano e o clima eram factores que se deveriam ter em conta no tratamento do doente.

No que concerne à loucura, Hipócrates excluía qualquer explicação assente em causas sobrenaturais, bem como qualquer explicação da doença no campo da Medicina baseada em forças divinas (Beauchesne, 1989). Hipócrates, a partir dos seus estudos sobre a estrutura da personalidade dos doentes, apresentou uma concepção médica da loucura assente na ideia de que esta surgia devido a perturbações na interacção entre os quatro humores corporais (sangue, bílis, pituita e atrabílis), em que haveria excesso de bílis negra (Cordeiro, 1987; Ferreira, 1990). A este respeito, Ferreira (1990) afirma que:

O número de quatro humores procedia na medicina grega da teoria clássica de Empédocles que reconheceu no Cosmos 4 elementos essenciais: a terra, a água, o ar e o fogo. Da mistura dos quatro e da sua separação anormal resultavam todas as criações e destruições da Natureza. Em medicina conheciam-se o humor vermelho do sangue, o humor amarelo da bílis – tanto um como o outro conduzidos dentro de vasos mas podendo algumas vezes aparecer espalhados pelo corpo – e o humor esbranquiçado da pituita [também designada por fleuma], que brota do nariz e dos pulmões devido a afecções catarrais. Mas como eram precisos 4, para a teoria geral ficar completa, foi criada a atrabílis, que seria de cor negra, fabricada no baço e circulando no sangue. (p. 35)

Hipócrates introduziu uma ordem racional na patologia, explicável pelas leis da Física, ou seja, quando o indivíduo entrava na doença apresentava sintomas que se relacionavam com factores causais do meio que actuavam sobre o organismo; por esse motivo era possível saber a evolução e fases da doença (Beauchesne, 1989; Ferreira, 1990). Então, refere Beauchesne (1989, p. 11) que «numa atitude de não prejudicar», mas sim, segundo Ferreira (1990, p. 36), de «imitar a acção da natureza nas suas intervenções, para não causar mais prejuízos do que benefícios actuando em contração da *physis*» poder-se-ia descobrir, de acordo com o primeiro autor, o momento de *crise* (que na época significava "escolha", "julgamento") em que a saída fosse ou não favorável para o doente. No caso das doenças graves o médico, para Hipócrates, deveria recorrer a «sangrias, purgativos, vomitivos, para eliminar os humores superabundantes que perturbam a simetria do organismo e criam os perigosos desequilíbrios interiores (discrasia)» (Ferreira, 1990, p. 36). Este autor acrescenta que Hipócrates considerava que «para se evitar os maus humores e conseguir manter a saúde do corpo e do espírito» era necessário que se prevenisse a doença evitando comer muito pouco ou em excesso (má dieta), os maus ares (ambiente não saudável), a falta de higiene e um estilo de vida desequilibrado. Não é pois difícil compreender que uma das grandes preocupações dos Gregos incidisse sobre o bem-estar físico e mental da população, que deveria criar hábitos de vida higiénicos e desportivos, celebrizando o princípio «*mente sã em corpo são*», adoptado, depois, pelos Romanos: «*mens sana in corpore sano*» (Neves, 1994, p. 5).

De entre os seus escritos tornou-se célebre o *Juramento de Hipócrates* que reflectia os valores morais da sociedade do seu tempo. Trata-se de um código deontológico médico que, embora sofresse alterações de vária ordem até ao presente, constitui, segundo Sournia (1995, p. 50), «prova de uma firme continuidade dos princípios morais e dos ideais da nossa civilização ocidental».

Como é do conhecimento geral, os Gregos investiram no urbanismo, ou seja, empreenderam um conjunto de medidas que permitiram um desenvolvimento mais harmonioso, racional e humano dos espaços urbanos, fazendo obras de saneamento, de drenagem e secagem de pântanos, de desvio de cursos de água e de captação de água potável e criando espaços de lazer, de culto, de actividades económicas e políticas, entre outros. Talvez não seja abusivo considerar que o que actualmente se designa por Saúde Pública tenha tido a sua origem na Grécia.

Na Grécia Antiga, os templos eram muitas vezes utilizados para abrigar os doentes mentais (Sournia, 1995). Acreditava-se que o doente estando em locais com abundância de ar livre, de água e de luz solar, mudasse de humor e, conseqüentemente, de comportamento; defendia-se que o corpo e a mente ficariam renovados após a submissão do corpo à inanição, ao acorrentamento e ao flagelo.

Filósofos gregos, como Platão e Aristóteles, defendiam que o ser humano deveria ser visto na sua globalidade, pois o corpo e a mente não podiam ser vistos em separado, e que a cura de muitas doenças dependia da atenção do médico em relação ao indivíduo como um todo (Ribeiro, 1998). Platão considerava, ainda, que a interpretação dos sonhos era muito importante no tratamento da loucura (Cordeiro, 1987). Aristóteles defendia que a alma e os sentimentos estavam situados num dos três «compartimentos» do coração e acreditava que a doença mental era passível de ser tratada através da libertação das emoções reprimidas, embora de forma empírica (Sournia, 1995).

Apesar da visão da doença, assente na observação atenta e sistemática, ser adoptada pelos seguidores de Hipócrates e nas teorias pós-hipocráticas «o raciocínio permaneceu, frequentemente, muito analógico, prestando-se a interpretações sobrenaturais das leis físicas» (Beauchesne, 1989, p. 11).

Com o início da decadência da Grécia (século IV a. C.), muito se perdeu em relação aos conhecimentos sobre saúde e doença. Só após cerca de um século, na nova escola de Alexandria, onde estavam muitos sábios gregos, se retomaria a observação

científica através da prática da dissecação de cadáveres, para se chegar ao conhecimento minucioso dos vários órgãos, dos percursos dos diversos vasos, da estrutura do cérebro, e outras (Ferreira, 1990). Esta escola acabaria por encerrar com o domínio dos Romanos (século II a. C.) e, apesar de se fundarem novas escolas, os estudos sobre a saúde e a doença conheceram um período de decadência até ao século II d. C. com Galeno.

Para os Romanos, inicialmente a noção de loucura baseava-se, segundo Cordeiro (1987), nas crenças populares e supersticiosas de origem etrusca. Mas com o domínio de Roma sobre a Grécia, os médicos acabariam por ser influenciados pelos Gregos.

Galeno, merece referência neste trabalho por se ter distinguido na Antiga Roma, e porque, segundo Ferreira (1990), a sua influência na prática médica e no ensino ultrapassou um milénio, havendo dificuldades na Renascença em contestá-lo em alguns factos e impor as novas visões que se tinham dos mesmos. Galeno, para os seus estudos e teorias, inspirou-se nos conhecimentos gregos, que seriam «muito deturpados pelo longo período de falta de análise objectiva e pela adaptação das ideias e textos a formas de pensar religiosas dominantes [Idade Média] ou às conjecturas e fantasias de outros médicos comentadores» (Ferreira, 1990, p. 41). Acreditava que o Homem possuía um corpo dividido em partes sólidas (órgãos), humores (a *pituíta branca*, com predomínio da água; a *bílis amarela*, com predomínio do fogo; a *atrabílis*, com predomínio da terra; o *sangue*, em que os quatro elementos – água, fogo, terra e ar – se encontravam em partes iguais), três espíritos (os *naturais* sediados no fígado, com funções de nutrição e de desenvolvimento; os *vitais*, sediados no coração, responsáveis pelos movimentos involuntários e pelas paixões; e os *animais* sediados no sistema nervoso e responsáveis pelos movimentos voluntários e pelos fenómenos intelectuais) e *pneuma*, essência da vida comum à matéria, mas de natureza divina (Beauchesne, 1989; Ferreira, 1990).

Embora não sendo um seguidor de Hipócrates, Galeno serviu-se da sua teoria dos quatro humores para desenvolver e descrever o seu sistema tipológico dos temperamentos: sanguíneo (alegre e confiante), fleumático (calmo, não emotivo),

bilioso (irritável) e melancólico (triste e deprimido). A teoria de Galeno, da associação dos quatro temperamentos com os quatro humores e os quatro elementos, deu origem, segundo Sournia (1995, p. 61), na Idade Média, «a uma absurda medicina aritmética». Galeno defendia, portanto, que a doença resultava de um desequilíbrio de causas complexas, internas e externas ao organismo e o tratamento visava o restabelecimento desse equilíbrio, mas que o caso particular da doença mental era devida a uma disfunção do todo (Beauchesne, 1989).

É de realçar ainda, que os médicos Romanos descreveram alguns fenómenos psicopatológicos com grande precisão (por exemplo, as alucinações) e atribuíram grande importância aos sonhos (Cordeiro, 1987). Este autor refere, ainda, que os Romanos consideravam que o tratamento dos doentes mentais deveria basear-se em fisioterapia, dietas alimentares e actividades de grupo (convívio, música, leitura), na permanência em salas claras, com ar e luz. Alguns médicos recorriam a sangrias, purgantes e banhos sulfurosos para o tratamento desses doentes (Taylor, 1992). Celso (século I a. C.), segundo Cordeiro (1987), atribuíam grande importância à relação médico-doente pois, segundo ele, esta contribuía para «animar os deprimidos e acalmar os agitados».

A psiquiatria forense também constituiu uma das preocupações dos Romanos, sendo que na sua legislação atribuíram um estatuto próprio aos doentes mentais, sem grau de culpabilidade civil (Cordeiro, 1987).

Como é do conhecimento geral, tal como os Gregos, os Romanos também atribuíam grande importância ao urbanismo para o seu bem-estar. Para possibilitarem o acesso à água potável e acabarem com os maus cheiros que acreditavam trazer a malária (que se tornou epidémica no fim do Império) os Romanos empreenderam grandes obras por todas as cidades do Império: construíram redes de saneamento básico (esgotos e águas pluviais) e de abastecimento de água potável, e drenaram os pântanos. Também se preocuparam com a construção de grandes edifícios com finalidades diferentes e que procuravam ir ao encontro do seu bem-estar.

Enquanto os Romanos se descuraram em dar continuidade aos estudos dos Gregos, os Árabes não desperdiçavam os espólios deixados pelos povos que conquistavam, entre os quais obras escritas, como as de Hipócrates e de Galeno, e outras, que traduziram para a sua língua, embora muitas destas já não se encontrassem na língua de origem (Ferreira, 1990). Ora, essas sucessivas traduções «já de si pouco fiéis», nas palavras de Ferreira (1990, p. 42), foram posteriormente (re)escritas para a então língua universal do Ocidente – o latim – com alterações e aditamentos que as distanciaram dos seus conteúdos iniciais.

Os Árabes, pelo contrário, aproveitaram os saberes dos povos conquistados para alargarem e desenvolverem os seus conhecimentos, sendo que a Península Ibérica beneficiou desses conhecimentos no campo da medicina (Ferreira, 1990). A partir do século VIII, os Árabes fundaram hospitais semelhantes aos dos Gregos nas principais cidades do Império, onde os doentes estavam entregues aos cuidados médicos (Sournia, 1995). Estes hospitais eram espaçosos, estavam divididos em duas alas, sendo uma delas reservada aos alienados, tinham «uma farmácia, uma biblioteca, uma pequena mesquita e uma escola corânica» (Sournia, 1995, p. 92). A sua função, além de hospitalar, era também social, pois acolhiam pobres, peregrinos e prestavam apoio ao ensino.

Com a queda do Império Romano, a Europa foi assolada por sucessivas e grandes invasões de diferentes povos. Misturaram-se por toda a parte as línguas, particularmente o latim e as línguas germânicas e escandinavas, o que dificultava as comunicações e favorecia «a ignorância generalizada do latim, único suporte dos conhecimentos científicos» no Ocidente, que, apesar de tudo, conseguiu subsistir e ser divulgado (Sournia, 1995, p. 97). Alguns progressos empreendidos no domínio do entendimento da doença mental, bem como no atendimento e no tratamento aos doentes mentais foram sendo abandonados (Taylor, 1992).

2.2. Entendimento e tratamento da loucura a partir da Idade Média

A evolução das sociedades levou a que se regressasse, na Idade Média, a uma mentalidade que entendia as doenças da alma à luz de crenças religiosas, fenómenos místicos e superstições, sendo a loucura, segundo Foucault (1991), uma obscura manifestação cósmica. Neste período, considerava-se que a causa e a cura da loucura estavam associadas «à mulher, à bruxa, à possessão pelo demónio» (Cordeiro, 1987, p. 18), pelo que os loucos deveriam ser submetidos a práticas que provocassem grande sofrimento, ou seja, deveriam ser acorrentados, flagelados, escorraçados, deixados sem alimento para que os demónios fossem expulsos do corpo. Alguns clérigos defendiam que só através do exorcismo se expulsavam os espíritos do mal e outros entendiam que os loucos deviam ser levados à fogueira, acusados de feitiçaria e outros (Taylor, 1992).

Esta involução é explicável se se atender ao facto de que com a queda do Império Romano e, conseqüentemente, com as sucessivas e grandes invasões de diferentes povos, se verificou a ocorrência de uma crise generalizada. Como foi referido atrás, a mistura das diferentes línguas desses povos dificultava as comunicações e favorecia a crescente ignorância do latim. Os monges dos mosteiros, desde o século VI, eram os únicos que se encontravam capacitados para ler, escrever, falar e interpretar os textos eruditos, nomeadamente aqueles que se debruçavam sobre assuntos relacionados com as causas e sintomatologias das doenças, prognósticos e respectivos tratamentos (Sournia, 1995). Desde o início do monaquismo cristão, nesse século, refere este autor que os conventos acolhiam pobres, doentes, viajantes, entre outros. Nos conventos havia geralmente relíquias milagrosas, normalmente de um santo local, que atraíam peregrinos para cumprirem devoções e na esperança de curarem os seus males. Os monges criaram também santuários e inúmeras estalagens conventuais ao longo dos percursos, que funcionavam também como enfermarias. Esta prática acentuou-se a

partir do final século X, com as peregrinações a Roma e a Santiago de Compostela (Sournia, 1995).

Assim, não é difícil perceber que a Igreja, como depositária dos saberes médicos, entre outros, com o tempo, através dos monges, associasse a fé e esses conhecimentos e que ao longo de vários séculos se considerasse no direito de intervir neste domínio. Os monges chegaram mesmo a reivindicar esse direito e, apesar de este ter sido proibido (no Concílio de Clermont, em 1130, segundo Sournia, 1995), a Igreja não se descuraria da estreita vigilância quer do sistema de ensino quer dos professores.

Quanto ao tratamento dos loucos, continuaria a estar a cargo dos clérigos, uma vez que a loucura era uma área do conhecimento que interessava principalmente aos teólogos. E, além da assistência aos loucos, os clérigos ficariam também encarregados dos pobres e de outros necessitados até ao século XVII, já que, entretanto, com o início da Idade Moderna, surgira uma nova mentalidade assente nos novos valores de uma burguesia em ascensão. Seria esta burguesia que se empenharia em ajudar os Estados na erradicação da miséria, quando defendeu que os loucos deveriam trabalhar, passando a constituir mão-de-obra barata, como adiante será mencionado.

É de referir, ainda, que os séculos XIII e XIV europeus foram marcados pelo alastramento de epidemias e pestes, tendo-se multiplicado, um pouco por todo o lado, gafarias para abrigo e acompanhamento dos leprosos, que eram então objecto de exclusão social (Foucault, 1991). Com a regressão e quase erradicação dessa doença, o mesmo autor refere que as inúmeras leprosarias começaram a ficar vazias e passaram a ser utilizadas para o isolamento e tratamento de pessoas com doenças venéreas. Estas últimas doenças rapidamente passariam a ser entregues aos cuidados da medicina e tratadas em hospitais; logo, mais uma vez vazias, as gafarias, seriam aproveitadas quer como casas de correcção para jovens, quer para tratamento de pobres e soldados estropiados, e, ainda, para acolhimento de pessoas incuráveis, vagabundos, presidiários e

loucos. No entanto, esses locais e as pessoas que os passaram a ocupar permaneceram com o estigma antes atribuído aos leprosos, ou seja, de segregação e de exclusão social.

As conquistas e as descobertas de novos mundos, a partir dos inícios do século XV e por todo o século XVI, as trocas estabelecidas entre os diferentes povos, em especial no que concerne ao intercâmbio cultural (língua, valores e práticas sociais...), a necessidade de os renascentistas procurarem estudar e imitar os clássicos nas várias vertentes do saber, e de quererem conhecer melhor o ser humano à margem de dogmas, constituem alguns factores que conduziram a uma nova concepção do Homem e contribuíram para o questionamento de muitas ideias, para o alargamento dos conhecimentos, valores, hábitos e práticas sociais, e ainda para que se operassem mudanças dos mesmos.

No Renascimento, refere Foucault (1991) que alguns loucos eram publicamente chicoteados, perseguidos e escoraçados a bastonadas da cidade, numa tentativa de a população se ver livre deles; muitas vezes eram colocados nas prisões ou em leprosarias, outras, entregues a mercadores, peregrinos e marinheiros. Estes últimos transportavam-nos nas suas naus (*stultifera navis*) de uma cidade para outras. O louco, ao permanecer fechado no navio, sem possibilidades de escapar, deixaria de vaguear pela cidade e passaria a ir para longe. Foucault (1991), a propósito do louco, acrescenta que:

É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. (pp. 11 e 12)

Ainda no século XVI, com a Reforma Protestante, surgiram na Alemanha e na Inglaterra petições exigindo a extinção e a confiscação dos bens dos conventos em prol dos “miseráveis”. Nesses países foram estabelecidos grandes asilos nos antigos conventos. A assistência aos pobres e aos «incapazes», numa sociedade que passou a

estimular as «boas obras», os testamentos, as doações..., fez emergir uma nova concepção de miséria, pelo que, nas palavras de Foucault (1991):

iria nascer uma experiência do patético [no Estado ou na cidade], que não falaria mais da glorificação da dor, nem de uma salvação comum à Pobreza e à Caridade, mas que faz com que o homem se ocupe de seus deveres para com a sociedade e mostra no miserável, ao mesmo tempo, um efeito da desordem e um obstáculo à ordem. Portanto, não se trata mais de exaltar a miséria no gesto que a alivia mas, simplesmente, suprimi-la. (p. 58)

Howard, estudioso do século XVIII, citado por Foucault (1991), refere que na Renascença também se colocavam nas prisões «os idiotas e os insanos», que serviam tanto para diversão de outros detidos, como para espectadores, pois a sociedade encontrava-se «entristecida ou atormentada» por eles. Numa das casas de internamento da Alemanha renascentista, refere Foucault (1991, p. 146), «tinham sido abertas janelas gradeadas que permitiam observar, do lado de fora, os loucos que lá estavam» e que, em 1815, num hospital de Londres exibiam-se os «loucos furiosos a troco de pagamento, calculando-se que teriam por ano 96 000 visitas, o que era muito rentável.

Assim, para a mentalidade renascentista, a loucura abarcava a «ferocidade animal», preservando o homem dos perigos da doença e passou a ser uma forma de espectáculo. De facto, os loucos, até inícios do século XIX, continuariam a ser mostrados a troco de pagamento. A loucura transformara-se, assim, em escândalo público.

As explicações sobrenaturais e demonológicas atingiram, segundo Beauchesne (1989), o seu auge nos séculos XV e XVI. No século XVI foi formulada uma teoria demoníaca sobre as doenças, em que a loucura não passava de «um modo de estar possesso (...): portanto, o louco devia sofrer os tratamentos reservados aos sequazes de Satã» (Beauchesne, 1989, p. 15). O diabo era responsável pelo aparecimento de qualquer doença desconhecida. Porém, ainda no século XVI, havia quem defendesse que os loucos e as feiticeiras fossem entregues aos médicos para uma avaliação antes de

serem sujeitos a um processo, bem como, quem considerasse que os loucos deveriam ser tratados em hospitais (Beauchesne, 1989).

No século XVII, a concepção de Homem ainda se encontrava ligada às crenças religiosas, como se pode inferir, por exemplo, a partir de Francis Bacon, pai da experimentação e da observação, que considerava o Homem como sendo um ser sensível, possuidor de uma alma divina (que é do domínio da teologia) e de uma alma material e de um espírito passível de ser conhecido com os progressos da ciência (Beauchesne, 1989; Sourmia, 1995). Segundo este último autor, Descartes considerava que o Homem possuía um organismo aperfeiçoado, mas que misteriosos espíritos animais faziam parte do seu funcionamento. As obras destes e de outros pensadores reflectiam as novas roupagens do sopro vital e do pneuma da Antiguidade Clássica.

Seria ainda neste século que a metafísica começaria a ser posta em causa com o início da valorização da “Razão”, ou seja, de tudo o que era racional e palpável e, portanto, passível de verificação e de análise, sendo que os cientistas estabeleceriam os princípios fundamentais das ciências do futuro, nomeadamente da medicina, mesmo sem possuírem laboratórios ou hospitais.

As superstições em torno da loucura e a preocupação da sociedade em se livrar desse mal aumentaram no século XVII. As casas de caridade passaram a funcionar, muitas vezes, também como prisões, recebendo indiscriminadamente muitos indivíduos, entre eles os loucos, que se apresentassem de livre vontade ou que fossem encaminhados pela autoridade real ou régia, independentemente do sexo e da idade, da origem do seu nascimento, da sua condição «válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis» (do *Édito de 1656* – Paris –, Art. XI, em Foucault, 1991, p. 49). Um desses estabelecimentos para internamento indiferenciado de pessoas foi fundado na França, em 1656, o *Hospital Geral de Paris*. Segundo Foucault (1991), o seu funcionamento e os seus propósitos, bem como os das casas, não eram de teor médico, mas sim, serviam ao poder estabelecido pelo rei entre a polícia e a justiça (Foucault, 1991).

Os «locais do Hospital Geral» e as casas de correcção tinham uma função económica. Assim, nos períodos de crise, em que o número de pobres, loucos, desempregados e vagabundos aumentava, esses espaços serviam para «reabsorção dos ociosos e protecção social contra a agitação e as revoltas», por isso, todos os internados tinham de trabalhar (na fiação, tecelagem, moagem e cardadura) não como forma de ocupação, mas de modo a serem produtivos (Foucault, 1991, p. 67). Nos períodos em que não havia crise económica o internamento possuía uma função repressiva ligada a uma nova utilidade: os presos constituíam mão-de-obra barata particularmente para os empresários. Estes últimos forneciam as matérias-primas aos estabelecimentos. Estas, por sua vez, eram aí transformadas em produtos. Os lucros eram divididos entre empresários e estabelecimentos. O movimento de internamento era, pois, medida de condenação moral da ociosidade e, conseqüentemente da loucura, como forma de resolver problemas sócio-económicos e não com um objectivo de tratamento e/ou cura.

Nesta altura, como atrás foi referido, a loucura era confundida com a pobreza, havendo dois tipos de pobres: os bons e os maus ou «pobres do Demónio», que, segundo Foucault (1991):

[Os bons eram os] «Pacientes, humildes, modestos, satisfeitos com a sua condição e com os auxílios que o *Bureau* lhes dá, [e, por isso,] agradecem a Deus. (...) [Os «pobres do Demónio» eram os:] Inimigos da boa ordem, vagabundos, mentirosos, bêbados, impúdicos, que não saberiam ter outra linguagem que não a do Demónio, seu pai, amaldiçoam mil vezes os instituidores e directores desse *Bureau*». (p. 61)

A concepção de loucura no século XVII tinha a ver com esta dicotomia, pelo que, de acordo com a valoração moral que o sujeito parecia manifestar, o tipo de internamento era justificado à luz destes juízos morais, ou seja, como benefício para os bons, ou como punição para os maus.

De acordo com o seu comportamento, menciona Foucault (1991), os loucos eram colocados nos prédios velhos e húmidos dos hospitais e hospícios, ou nos compartimentos e celas construídos para essa finalidade e de acordo com o grau de agitação do sujeito.

Alguns estabelecimentos do século XVIII recebiam loucos que teoricamente fossem passíveis de serem curados, isto é, aos quais atribuíam o estatuto de doentes, como era o caso do *Hôtel-Dieu*, em Paris, que nesse século, possuía cerca de 80 loucos, a quem eram ministrados tratamentos.

No entanto, Foucault (1991) refere que alguns hospitais reservavam um lugar aos loucos e que lhes asseguravam alguma assistência médica. Nesses hospitais (que não deixavam de ser correcionais) havia alguns médicos. Para os diferentes prédios do Hospital Geral, onde se encontravam «várias centenas, talvez um milhar» de loucos, havia apenas um médico que visitava duas vezes por semana cada um desses prédios. O objectivo do Hospital Geral não era «curar os internos enquanto tais», pois não havia a consciência de que aí eram internados doentes, mas sim, a ideia de que os internos poderiam ficar doentes no hospital e que, por isso, tornava-se necessário curá-los, e «prova suficiente disso é que os loucos internados não eram considerados doentes apenas em virtude da sua loucura» (Foucault, 1991, p. 114 a 117). Assim, o Hospital Geral, além do seu aspecto de prisão (como outras casas de internamento) funcionava mais como tal, dada a ausência de cuidados médicos, exceptuando as visitas prescritas. A hospitalização destinava-se a corrigir o indivíduo e o tempo de internamento não tinha a ver com a cura, mas com o «sábio arrependimento» do mesmo, ou seja, segundo Foucault, o internamento, de um modo geral, nada tinha a ver, portanto, com a hospitalização da loucura, mas sim «com uma homologação dos alienados aos outros correcionais, como demonstram essas estranhas fórmulas jurídicas que não entregam os insanos aos cuidados do hospital mas os condenam a uma temporada neles» (Foucault, 1991, pp. 115 e 116).

Portanto, a concepção de louco, deixa de estar ligada ao sujeito condenado à eterna errância, ao habitante misterioso da *stultifera navis*, que percorre caminhos desconhecidos e possui estranhos conhecimentos que lhe conferiam um estatuto e uma posição social, mas sim, passa a perturbar o espaço social e, por isso, deveria estar enclausurado, escondido, ou seja, nas palavras de Foucault (1991):

Outrora ele [o louco] era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque o seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De facto ele continua a vaguear, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba o espaço social. Despojada dos direitos da miséria e da sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialéctica imanente dos Estados. (p. 63).

A concepção renascentista destituiu o doente mental do poder que lhe advinha do estatuto e da posição social atrás referido, encerrando-o num hospital. Encontrava-se, assim, segundo Foucault (1991), «inventado» o internamento.

Os tratamentos nos séculos XVII e XVIII articulavam-se entre a medicina, assente em valores morais e não éticos, e a religião (Foucault, 1991). As doenças venéreas (consideradas mais impurezas do que doenças) e as doenças mentais eram, de acordo com este autor, frequentemente tratadas quer com purgações, sangrias, banhos, fricções, quer com recurso à «boa e completa confissão», às mortificações, aos jejuns, às orações (Foucault, 1991, p. 87 e 88). A causa e a cura das doenças mentais eram ainda atribuídas aos bruxos, pelo que a caça e a execução dos mesmos constituía um dever religioso (Taylor, 1992) e muitos doentes mentais, à semelhança dos criminosos, e outros, continuavam a ser queimados em praça pública (Beauchesne, 1989). No entanto, apesar da condenação à fogueira ser frequente esta prática começou a ser alvo de indignação por parte de alguns contemporâneos.

As casas de internamento constituíam, neste período, «um lugar de redenção comuns aos pecados contra a carne e às faltas contra a razão» (Foucault, 1991, p. 88). Loucura e pecado, castigo e «remédio moral» (terapêutica) começaram a andar associados. Esta mentalidade e esta prática perdurariam ainda nos primeiros asilos do século XIX.

Como é do conhecimento geral, no século XVII o saber ainda se construía à volta da influência da religião. Apenas no século XVIII se dá uma ruptura desta influência particularmente com a proliferação das ideias iluministas e racionalistas e das lojas maçónicas que veiculavam posições anticlericais, e com a expulsão dos Jesuítas (como em Portugal), por serem demasiado influentes (Neves, 1996). Este afastamento da influência das Igrejas favoreceu e contribuiu, em grande parte, para as mudanças operadas no século XVIII a vários níveis do saber.

De facto, apesar das limitações impostas pelas Igrejas, já no século XVII se verificaram progressos nas diversas áreas do saber, nomeadamente na medicina e na fisiologia. No entanto, seria a partir do século XVIII que se verificaria o alargamento desses conhecimentos, pelos motivos atrás referidos. Passou a haver um maior interesse pelos estudos relacionados com a compreensão do corpo humano e das suas alterações anatómicas provocadas pela doença, pois o gosto pela experimentação aumentou e muitos adeptos dos novos valores e do método científico tomaram lugar ao lado dos clínicos tradicionais. Esta atitude permaneceria até aos inícios do século XIX.

No século XVIII, surgiram novas concepções sobre o corpo humano e o seu funcionamento e sobre o lugar que o Homem ocupa no Universo, possibilitando novas classificações (na botânica, na medicina...). As novas classificações das doenças reflectiam uma atitude diferente dos médicos face às mesmas, rompiam com as teorias que se encontravam anteriormente estabelecidas, com o modelo de temperamentos hipocráticos. Portanto, a nosologia – estudo, definição e organização das doenças – relacionava-se quer com uma visão organizada do Universo quer com a necessidade de

organização do saber. Verificou-se, ainda, uma maior preocupação com os sinais e os sintomas reveladores das diferentes doenças, uma maior laicização da medicina e um afastamento das ciências da influência das Igrejas.

Neste século, passou a ser englobada no «*desatino*» a homossexualidade. Esta perdeu o seu estatuto (era suportada no Renascimento e constituía temas de abordagem na literatura) e passou a ser posta ao lado da sodomia (que era objecto de condenação juntamente com a magia e a heresia). Não seria por acaso que, mais tarde, a psicanálise entenderia que «toda a loucura se enraíza em alguma sexualidade perturbada» (Foucault, 1991, p. 90).

O que era considerado «desatino» passou a ser definido pela família, sendo tudo o que não estivesse em conformidade com a ordem ou o interesse por ela estabelecidos, como por exemplo, «devassidão, prodigalidade, ligação inconfessável, casamento vergonhoso» e muitas pessoas passaram a ser internadas com a alegação destes motivos (Foucault, 1991, p. 91). O prazo de internamento cessaria apenas quando o escândalo estivesse afastado e a honra da família reposta; logo, no século XVIII, o internamento deixaria de pertencer ao domínio público e passaria ao domínio da família (Foucault, 1991). Esta deixaria, por outra parte, de ficar obrigada a cuidar do louco, por este ser muito estranho e desumano. A responsabilidade da família passaria mais para o domínio social, ou seja, dedicar-se-ia aos cuidados com os pobres e os doentes (Foucault, 1991).

Porém, ainda no século XVIII, com o desenvolvimento das manufacturas, o aumento da produção agrícola e da industrialização, foi posta em causa a ideia de que o internamento era a melhor solução para a resolução de diversos problemas sociais. Considerava-se que havia grandes desvantagens económicas em manter tanta gente internada. Pensava-se que a assistência aos pobres promovia o desenvolvimento da miséria e, por isso, dever-se-ia acabar com ela. Nesse período, tornava-se necessário libertar os pobres para serem absorvidos pelo espaço social, pois os «pobres válidos» poderiam ser úteis à sociedade e trabalhar não sob a coacção do internamento, mas em

liberdade e «sob coacção das leis económicas», pois constituiriam a mão-de-obra barata (Foucault, 1991, p. 409). Quanto ao outro tipo de pobres, os «pobres doentes» eram considerados «elemento[s] passivo[s], inerte[s] e negativo[s], e intervêm na sociedade apenas a título de puro[s] consumidor[es]», por isso, melhor seria que fossem entregues às famílias e que a estas fosse dado auxílio, pois a construção e a manutenção de vastos hospitais saíam muito caros (Foucault, 1991, p. 409).

O triunfo da Revolução Liberal e a proclamação da *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* (1789), em França, conduziu à necessidade de se empreenderem reformas políticas e sociais, sendo que estas, por sua vez, influenciariam as políticas hospitalares e prisionais de Paris.

Os legisladores franceses depararam-se com novas dificuldades relativamente em situar a loucura no seu espaço social: seria um motivo de prisão, de hospital ou de assistência familiar? Porém, logo após a Revolução Francesa, decidiram que os criminosos e os loucos deveriam ser mantidos nas casas de internamento. No entanto, segundo Foucault (1991) rapidamente revelar-se-ia necessário separar estes dois grupos e possibilitar uma assistência especial aos doentes, ou seja, deveriam ser libertados ou tratados em hospitais para tratamento de alienados.

O internamento do louco passou a ser feito mediante relatório de um médico e de um cirurgião reconhecidos legalmente, assinado por duas testemunhas e autenticado por um juiz (Foucault, 1991).

Aos poucos o internamento assumiu um valor terapêutico e a loucura deixou de ser vista em função da ordem ou da razão, mas sim em relação à liberdade e aos seus limites. Assim sendo, nos hospícios, segundo Foucault (1991), prendiam-se com camisas-de-força os doentes que corressem o risco de se ferirem ou de porem em perigo a vida de alguém.

A loucura, no século XVIII, passou a ser vista como doença. O seu conceito deixou de estar ligado à posseção pelos espíritos ou pelo diabo e de ser sinónimo de

reconversão pelas mortificações, jejuns, orações, confissões e, particularmente, pelo exorcismo e pela purificação pelo fogo, passando a traduzir-se na fixação discursiva fragmentada relacionada com a própria doença, como se verá adiante.

Philippe Pinel (em França) e Samuel Tuke (em Inglaterra) destacaram-se entre os principais precursores do movimento de libertação dos loucos e do internamento como medida de carácter médico.

Pinel foi autorizado pela Comuna Revolucionária a libertar os prisioneiros de dois asilos, o de Bicêtre e o de Salpêtrière, pertencentes ao *Hospital Geral*, mesmo arriscando vir a ser condenado à guilhotina caso o seu plano não surtisse os efeitos esperados (Taylor, 1992). Porém, seria na casa de internamento em Bicêtre que primeiramente Pinel introduziria a função médica. Este considerava, segundo Foucault (1991, p. 475), que a «boa liberdade, [era] aquela que, libertando os mais violentos, doma as suas paixões e os introduz no mundo calmo das virtudes tradicionais».

Com Samuel Tuke e o *Retiro de York* para loucos, retiraram-se as grades das janelas, retomou-se a ideia de que com o ar saudável, que agora era o do campo, longe da poluição dos centros industriais, os indivíduos tanto podiam praticar exercícios ao ar livre e dar passeios com regularidade, como trabalhar no jardim ou nos campos, o que contribuiria para a cura do louco (Foucault, 1991). Tuke (e os seus contemporâneos), acreditava que a loucura não provinha da natureza do homem nem do próprio homem, mas sim tratava-se de uma doença da sociedade, cujas causas eram as «emoções, incertezas, agitação, alimentação artificial» (cit. por Foucault, 1991, p. 475). Segundo este autor, para Tuke, os loucos não estavam «absolutamente privados da razão», por isso devia-se «evocar neles, através de um jogo de semelhanças e proximidades, aquelas regiões da natureza que não podem deixar de estar adormecidas sob a agitação da loucura». No *Retiro* privilegiava-se o restabelecimento das relações sociais de uma forma rigorosa e de acordo com os valores morais. Pensava-se que a vida no *Retiro*, como se fosse no seio de uma família rigorosa e justa, faria desaparecer do louco tudo aquilo que

o levou à doença (Foucault, 1991). O «tratamento moral» baseava-se muito no trabalho, não com o fim de produção, mas como «limitação da liberdade, submissão à ordem, engajamento da responsabilidade com o fim único de desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coacção física só limita aparentemente». (Foucault, 1991, p. 480). Porém, essencialmente, a eficácia do tratamento assentava no «olhar dos outros» como forma de atingir o louco, não na sua visível animalidade, mas de modo a penetrar nele mais profundamente.

Para que fosse admitido no *Retiro* era «mais ou menos obrigatório» que o doente apresentasse um «certificado» médico que referisse a(s) sua(s) doença(s), além da loucura, e um relatório do mesmo médico que dissesse desde quando estava doente e a medicação utilizada (Foucault, 1991). Este autor refere que o primeiro médico ao serviço no *Retiro*, não foi aceite pelos seus conhecimentos sobre as doenças mentais, mas pela sua qualidade de «perseverança incansável», por possuir, segundo Tuke, «um espírito sensível que sabia muito bem que da aplicação de sua habilidade dependiam os interesses mais estimados dos seus semelhantes» (pp. 481 e 482), por se recorrer do bom senso e da experiência dos seus antecessores na prescrição dos remédios.

Contudo, Pinel acreditava que a religião poderia suscitar «emoções vivas» e «imagens assustadoras», o que poderia fazer emergir crenças delirantes, alimentar alucinações, conduzir as pessoas ao desespero e à melancolia (Foucault, 1991, p. 486). Logo, o internamento não deveria ter por base um substracto moral assente exclusivamente na religião, como acontecia no *Retiro*, mas sim um objectivo médico que tivesse também presente valores na continuidade da moral social.

Os alienados, segundo Pinel, encontrar-se-iam, sobretudo, entre as «classes inferiores da sociedade», em que a devassidão e a extrema miséria imperavam, tornando-se portanto necessário retirar o sujeito da sua condição e tratá-lo no asilo, para que aí se pudesse fazer emergir a sua natureza esquecida e incidir o seu tratamento na promoção de sínteses morais «universais», assentes nos valores burgueses (Foucault, 1991).

Segundo este autor, Pinel considerava que: «O asilo reduzirá as diferenças, reprimirá os vícios, extinguirá as irregularidades. Denunciará tudo aquilo que se opõe às virtudes essenciais da sociedades: o celibato (...), a devassidão, o mau comportamento e a "extrema perversidade dos costumes" (...), a preguiça» (p. 488 e 489).

Pinel defendia, ainda, que no asilo os internos, os vigilantes e os médicos estivessem sujeitos a uma legislação uniforme para permitir que «as alienações que nascem nos limites exteriores da sociedade» se apagassem e possibilitassem a efectivação dessas sínteses morais (Foucault, 1991, p. 489). Para que tal fosse possível seria necessário que o tratamento assentasse, essencialmente, no silêncio, no reconhecimento pelo espelho e no julgamento perpétuo. Assim sendo, o alienado, embora livre das correntes, das celas e de ser objecto de espectáculo, passou, com Pinel, a estar prisioneiro do monólogo que estabeleceria consigo mesmo, já que todos se encontravam impedidos de com ele dialogarem, isto é, o alienado estaria remetido ao silêncio, embora tivesse acesso à linguagem não verbal. Embora não obtivesse respostas, o alienado deveria estar sob constante e rigorosa observação para que viesse a sentir-se «humilhado pelo abandono e pelo novo isolamento em meio de sua plena liberdade», isto é, para que ele pudesse sentir a falta, por estar voltado para si próprio, e a vergonha, por não se relacionar com os outros e estes não lhe prestarem atenção (Foucault, 1991, p. 495). Segundo este autor, para Pinel, a partir do momento em que se apercebesse disto, isto é, quando «as ideias mais sensatas e mais justas» (p. 490) retornavam, o alienado voltaria, por sua própria vontade, ao relacionamento com os demais doentes.

Os médicos ao serviço no asilo, segundo Foucault (1991), serviam como «garantia jurídica e moral» (p. 497), pois o seu funcionamento baseava-se no sistema judicial, em que a figura imaginária do juiz, do vigilante e do carrasco deveriam estar presentes no espírito e no tratamento do alienado. Este autor refere ainda que no asilo se praticavam terapêuticas utilizadas no século anterior, porém convertidas em castigos, por exemplo, o duche frio faria com que o alienado se submetesse ao que lhe fosse pedido, no

entanto, o castigo seria repetido as vezes necessárias enquanto este não interiorizasse a «instância judiciária» e não sentisse remorso, considerando-se que quando atingisse esta consciência não mais a perderia. Ao duche frio muitas vezes aliava-se a camisa-de-força e, caso restasse dúvidas quanto às melhoras, citando Pinel, através de Foucault (1991, p. 496), «o director, para imprimir-lhe um sentimento de terror, fala (...) num tom de firmeza enérgica, mas sem raiva, e anuncia-lhe que doravante será tratado com maior severidade», sendo esta medida eficaz pois além da falta ser punida o alienado interiorizava a «instância judiciária» atrás referida, tomava consciência efectiva da sua falta, reconheceria a sua culpa e arrepende-se-ia. Portanto, a falta no asilo era considerada «crime social», por isso, quando o alienado (após submetido à observação, à condenação e ao castigo) carregasse consigo o remorso por ter cometido a falta tinha a hipótese de indefinidamente recomeçar (Foucault, 1991). Contudo, segundo este autor, os alienados que não conseguissem chegar a esta «síntese moral» permaneceriam em reclusão e em celas no asilo, para que não perturbassem a ordem social.

A partir das experiências do *Retiro* de Tuke e do *Asilo* de Pinel, o médico passou a ficar investido de poderes para tratar os loucos. O seu prestígio passou a ser reconhecido e o doente passou a ser entregue nas suas mãos. Por ser dotado da Razão o médico poderia possibilitar ao louco a aquisição da verdade moral, pois o louco apenas detinha a verdade arcaica e primitiva do Homem, ou seja, nesta relação médico-doente, nas palavras de Foucault (1991, pp. 501 e 502), «o doente mental é inteiramente alienado na pessoa real do seu médico» e através da qual «se resumem, se ligam e se desfazem todas as alienações». Estas eram as bases do tratamento moral ao longo do século XIX.

Pinel deixou um grande contributo para o estudo das doenças mentais. No seu livro *Nosographie Philosophique*, de 1789, expôs os princípios metodológicos que «um médico na busca da verdade» deveria seguir e que «são os mesmos das ciências naturais» (Beauchesne, 1989, p. 24). Considerava que para se estabelecerem quadros clínicos a abordagem deveria partir dos sintomas. Defendia, assim, que os médicos deveriam

primeiramente dedicar-se à pesquisa dos sintomas de modo isolado e independente de qualquer classificação, para tentar perceber o desenvolvimento das doenças, começando pelas agudas, não esquecendo a influência que o meio, o regime e as afecções morais podiam exercer sobre as mesmas; e só quando estivessem familiarizados com essas doenças poderiam passar às mais complexas (Beauchesne, 1989).

Uma nova noção de saúde surge nos finais do século XVIII, com a revolução industrial e o surto demográfico urbano, relacionada com as melhores condições de vida e de trabalho das populações. Na primeira metade do século XIX esta ideia foi largamente discutida e difundida por médicos, investigadores, escritores, economistas... Estes passaram a centrar a sua atenção nas consequências danosas do trabalho nas fábricas, dos «cortiços» industriais, ou seja, das habitações precárias dos trabalhadores nos núcleos habitacionais nas proximidades das fábricas, bem como na influência da pobreza e da subnutrição para a saúde.

O pensamento racionalista e positivista imperava, no século XIX, nas ciências, nomeadamente médicas. A prática clínica preconizada por Pinel assentou nessas bases, ou seja, na observação sistemática, nas relações entre o físico e o moral, em que a alienação era encarada como um desvio do que era considerado normal, e na descrição dos síndromas. Apesar destas mudanças na visão e tratamento da loucura, os valores burgueses continuavam a ditar o tratamento dos loucos.

Foi neste contexto que nasceu a psiquiatria, sendo que a abordagem clínica teria igualmente que partir da observação e/ou estudo dos sintomas, embora sendo vistos de forma isolada, independentes de qualquer classificação.

De facto, no século XIX foram lançadas as bases da psiquiatria moderna. A doença mental pôde finalmente ser discutida a par das outras doenças. A abordagem clínica teria que partir da observação e/ou estudo dos sintomas, na continuidade preconizada por Pinel. As descobertas bacteriológicas e o desvendar dos humores através das «químicas» a eles relacionadas iriam fazer com que se abandonasse as concepções

sociais e as explicações multicausais da doença para que se desse lugar à teoria unicausal. Segundo esta, cada doença teria o seu agente etiológico e a sua cura dependeria da descoberta do mesmo para poder ser combatido através de substâncias químicas. Surgiram as primeiras grandes obras sobre as doenças mentais e apareceu o primeiro tranquilizante.

A concepção unicausal revelou-se insuficiente no início do século XX e as novas descobertas abriram espaço para as concepções multicausais. Os psiquiatras do século XX tentaram estabelecer uma ordem no mundo desordenado da loucura, procurando extrair categorias que lhes permitissem a classificação nosográfica das doenças mentais, o que aos poucos conseguiram.

O conceito de loucura, que até Descartes era visto sob o prisma da verdade moral – enquadrando-se na não-verdade, não sendo por isso necessária a compreensão e/ou investigação da mesma –, sofreu uma mudança radical. De facto, o período pós-cartesiano contempla o discurso baseado na «razão», assente em pressupostos racionalistas e positivistas. Este novo discurso implicava, segundo Amaral Dias (1998), a existência da «desrazão», que de um modo vulgar se designa por loucura, era entendida à luz «das quatro questões fundantes do discurso da razão (...): a condição do sujeito, a relação com a verdade, a relação com a ciência e a relação com a realidade». Ora, sendo o louco detentor da «desrazão» era entendido como não-sujeito, não detentor da verdade, não passível de ter um discurso científico e não relacionado com a realidade. O positivismo não explicava, assim, a loucura, pois ao pôr a tónica no sintoma impedia que se acesse à compreensão mais profunda da mesma, isto é, à verdade do louco. O discurso psicopatológico, segundo Amaral Dias (1998) exclui o louco «de si mesmo, da sua fala, da relação com o outro, porque ele nunca pode dizer nada sobre si, o que ele diz não contém nada de expressivo e a realidade é uma coisa que ele não sabe».

Em busca da compreensão da loucura, alguns estudiosos começaram a dar maior destaque à dimensão humana em detrimento do referido estudo psicopatológico

positivista. Destes destacar-se-ia Sigmund Freud que provocou um corte epistemológico com as teorias organicistas e positivistas da psiquiatria clássica, conferindo à visão da loucura uma nova dimensão que iria além dos parâmetros da ciência experimental e da razão (Fleming, 1976). O discurso freudiano não obedecia à lógica da razão, mas a uma lógica do negativo, que é a lógica do inconsciente, que segundo Amaral Dias (1999), baseando-se em Freud, está patente na falha da comunicação humana, «através do lapso, através do esquecimento das palavras, através das disrupções do discurso falante». De facto, foi com Freud que se começou efectivamente a vislumbrar a compreensão da loucura com base no discurso do louco e na lógica do inconsciente.

Na problemática da loucura, o discurso puramente racionalista e positivista foi, portanto, posto em causa, deixando de ser considerado, a partir de Freud, como único meio estrito de a abordar e compreender, ou seja como a única fonte de verdade.

A viragem produzida por Freud nos saberes sobre a loucura, com os novos conceitos que introduziu e a metodologia que utilizou, fez com que se mudasse de tal modo o rumo da evolução dos estudos e dos conhecimentos sobre as doenças mentais, sendo que até hoje se sente fortemente a sua repercussão.

Considera-se pertinente referir que ao longo do século XX emergiram muitas correntes, como as dinâmicas, descritivas, biológicas e sociais, muitos foram os estudos e os progressos científicos e técnicos, bem como os modelos de intervenção na abordagem clínica ao doente mental. Porém, quer o indivíduo que trata, quer o indivíduo doente são Pessoas, embora o segundo seja Pessoa com alguma(s) perturbação(ões). Esta última vive a sua situação de sofrimento e doença, no seu meio ecológico, que por sua vez se enquadra no contexto sócio-histórico-cultural da época em que vive, com uma organização política, económica da Saúde, e que muitas vezes varia nesse mesmo período, tornando-se foco de mais angústias. Os seres humanos não deveriam ser apenas objectos de políticas/actividades sanitárias, mas sim deveriam ser vistos como indivíduos

que interagem uns com os outros, com as instituições e suas normas, com quem os trata, ou seja, uma equipa terapêutica que apresenta uma estrutura, um funcionamento e valores próprios, a ética de cada profissional e da equipa.

Seria também no século XX que se iria operar uma mudança significativa no sistema hospitalar público, passando-se a dar mais importância à prevenção e à intervenção precoce na doença mental. Deu-se um grande salto qualitativo que tem vindo a evoluir até ao presente.

As descobertas de medicação anti-psicótica, a desinstitucionalização, a criação de comunidades terapêuticas constituíram marcos importantes para o desenvolvimento da psiquiatria moderna (Taylor, C. M., 1992).

Portugal não ficou alheio a todo este desenvolvimento histórico de crenças, atitudes e práticas relativas à loucura ou à doença mental. Verificaram-se também avanços científicos nesta área, o que permitiu, ao longo do século XIX e XX alterações consideráveis nos serviços prestados aos doentes do foro psiquiátrico, como iremos expor no capítulo seguinte.

SÍNTESE

Saúde e doença têm sido compreendidas, abordadas, estudadas, explicadas... de forma diferente, conforme o entendimento que as diversas culturas e sociedades possuem (variável de acordo com o período histórico) acerca do ser humano enquanto ser vivo e da qualidade da sua relação com o meio.

A temática sugerida neste capítulo, “Saúde: conceitos e preocupações”, obrigou a que se partisse inicialmente da definição do conceito de saúde e pela clarificação do que se entende por ausência da mesma, ainda que o próprio indivíduo não se sinta ou não esteja doente. Só depois de abordada esta questão, fez sentido passar ao caso particular da saúde mental que está implícito no conceito alargado de saúde.

Com a Segunda Guerra Mundial e a partir desta ocorreu efectivamente uma viragem de tal modo significativa em vários domínios, como nas crenças, nos valores, nos costumes, nas representações sociais, nos conhecimentos, nas ideologias..., que várias noções, entre as quais as de saúde e de doença, se alteraram. De facto, com o findar da Segunda Guerra Mundial, a Comunidade Internacional começou a revelar uma maior preocupação não só com a saúde em si, mas com a criação de condições que permitissem uma melhor saúde para todos.

O conceito de saúde saído da Conferência Internacional da Saúde, em 1946, e que entrou em vigor em 1948 e foi contemplado no «Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde» era muito abrangente e, por isso, foi objecto de muitas críticas. Considerava a saúde como uma tarefa de âmbito médico e não como objectivo.

Apenas em 1986, esse conceito foi alargado através da «Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé», da O. M. S. Relacionando-se com a eliminação ou redução da doença, a concepção de saúde passou a valorizar a história do indivíduo e os diferentes contextos em que ele se insere como determinantes para o «melhor funcionamento dos

sistemas físico e psíquico que estruturam a pessoa» e passou a defender que a qualidade de vida está directamente relacionada com a «boa saúde» pois esta «é um melhor recurso para o progresso social, económico e individual». Esta noção contempla ainda que os «factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos» podem interferir positiva ou negativamente na saúde. E vai mais longe, ao acrescentar que a implementação de medidas com vista à promoção da saúde devem primar para que as condições ligadas àqueles factores sejam favoráveis e, ainda, que as populações, como um todo, têm a responsabilidade de dominar o processo que visa a melhoria da saúde, enquanto componente relevante da vida quotidiana.

Mais recentemente, e contribuindo decisivamente para que os meros cuidados de saúde fossem ultrapassados, a O. M. S. apresentou um conjunto de condições e requisitos que considerava fundamentais para a saúde, que segundo o C. N. E. C. V. (1995), são «a paz, a habitação, a educação, a alimentação, o rendimento, um ecossistema estável, recursos "sustentados", justiça social e a equidade».

No entanto, apesar dos significativos contributos e avanços neste domínio, ainda hoje não é tarefa fácil definir com exactidão onde se encontram as fronteiras entre a saúde e a doença.

Após a elucidação destes conceitos partiu-se para a clarificação do vasto conceito de saúde mental, que se insere num campo ainda mais alargado, o da saúde geral. Para se chegar à noção actual do conceito de saúde mental fez-se uma breve abordagem à evolução do conceito de loucura ou alienação.

A concepção de loucura sempre esteve ligada a factores de ordem cultural, sócio-económica, política e “científica” de cada época histórica. E, apesar de as crenças prevalentes sobre a causa, a natureza e o tratamento das perturbações mentais, manifestados em comportamentos fora da norma, ter variado ao longo do tempo e com a evolução das sociedades, considerou-se que, neste trabalho, inicialmente se deveria fazer uma referência à noção e tratamento da loucura entre os Clássicos para depois se

passar ao entendimento e tratamento da loucura a partir da Idade Média até ao conceito actual de saúde mental.

Entre os Clássicos Gregos destacou-se Hipócrates, um dos estudiosos que mais se notabilizou na sua época, que introduziu uma ordem racional no estudo das doenças, explicável pelas leis da física. De facto, a sua concepção de saúde excluía qualquer explicação assente em causas sobrenaturais ou em forças divinas. Com ele a noção de saúde foi enriquecida através da sua prática clínica e de cuidadas e sistemáticas observações dos doentes, como meio de chegar às causas naturais e à evolução das doenças, mesmo da loucura. Valorizava ainda a prática de prognóstico e de terapêutica. É de referir também que apresentou uma noção de loucura fundamentada em termos médicos, ou seja, a loucura devia-se ao excesso de «bílis negra» que perturbava a interacção entre os quatro humores corporais. Celebrizou-se ainda pelo seu «Juramento de Hipócrates», que consistia numa espécie de contrato social entre o médico com restrições e a sociedade que lhe exigia uma determinada conduta, reflectindo os princípios morais vigentes no seu tempo.

Os Gregos preocuparam-se também com o que hoje se denomina por saúde pública, dado que criaram infra-estruturas que permitiram uma maior racionalização e humanização dos espaços urbanos. Acreditavam que os doentes mentais poderiam tratar-se em espaços com muita luz, água e ar, embora também defendessem que a inanição, o acorrentamento e o flagelo ajudavam na renovação do corpo e da mente.

A decadência da Grécia arrastou consigo a perda de muitos conhecimentos acerca da doença e da saúde no Ocidente. No entanto, os médicos romanos distinguiram-se pelas descrições de alguns fenómenos psicopatológicos, consideradas de grande precisão. Para eles, os sonhos, a fisioterapia, as dietas e as actividades de grupo (como o convívio, a música e a leitura em salas airoas e em que circulasse o ar), bem como a relação médico-doente eram importantes, entre outros, para o tratamento das doenças mentais. É ainda digno de nota que os Romanos se debruçaram sobre a psiquiatria

forense, consignando na sua legislação que os doentes mentais não possuíam culpabilidade civil.

O médico que mais se destacou na Antiga Roma foi Galeno, cujos trabalhos influenciaram o ensino e a prática médica durante cerca de mil anos, tendo sido difícil aos Renascentistas contestá-lo em alguns factos e impor os novos conhecimentos.

A queda do Império Romano do Ocidente e as grandes invasões ocorridas na Europa contribuíram para um grande retrocesso nos conhecimentos até aí então atingidos, nos diversos campos do saber, nomeadamente na medicina. De facto, alguns progressos no entendimento, atendimento e tratamento dos loucos foram sendo abandonados, até que na Idade Média ocidental se regressou a uma mentalidade que entendia a doença mental à luz de crenças religiosas, fenómenos místicos e superstições que perdurariam até à Renascença (Beauchesne, 1989). Foi este o principal motivo que conduziu a uma abordagem ao conceito de loucura entre os Clássicos.

Na Idade Média, a loucura era vista como ligada ao mundo, havendo a crença de que era uma obscura manifestação cósmica, por isso, os loucos deveriam ser chicoteados em público, colocados em prisões ou leprosarias, para que a população se visse livre deles; podiam também ser entregues a mercadores, peregrinos ou marinheiros, que os transportavam nas *stultifera navis* de uma cidade para outra (Foucault, 1991).

A nova visão de Homem renascentista, fez com que o louco passasse a ser visto como sujeito com fraquezas, sonhos e ilusões. Assim, perdia a sua individualidade, o seu estatuto social, pois agora era encarado como perturbador da sociedade e, como tal, devia ser excluído ou isolado em «um lugar de redenção comuns aos pecados contra a carne e às faltas contra a Razão» (Foucault, 1991, p. 87). Segundo este autor, o primeiro sinal de loucura consistia no apego do homem por si próprio, pois assim, deixa de estar ligado à verdade e ao mundo, mas sim à verdade de si mesmo que crê distinguir.

Por meados da Idade Moderna, segundo Foucault, a razão imperava como verdade moral e tudo o que não lhe dissesse respeito não necessitava de compreensão

e/ou de investigação, como era o caso da loucura, contrária da razão, pertencente «às regiões do silêncio», olhada como verdade abafada do erro, como não-ser. Por isso, os loucos, entre outros marginais, que pertenciam ao desatino (Foucault, 1991), deveriam, segundo Fleming (1976), ser encerrados nos asilos, não para tratamento e/ou cura, mas como medida de polícia, como mão-de-obra barata que resolvia os problemas sócio-económicos, portanto, deviam ser «condenados em nome da moral», pois eram «a origem de todas as desordens» insustentáveis pelos valores burgueses.

Com a Revolução Industrial, a partir de meados do século XVIII, o desemprego deixou de ter expressão e o internamento passou a ser visto como medida económica. Assim, só os indivíduos improdutivos e incapazes de viver em sociedade e que não fossem criminosos deviam ficar nos asilos. Neste movimento de libertação dos loucos e de internamento como medida de carácter mais médico (o relatório médico e o do cirurgião tinham de ser autenticados por um juiz) destacaram-se Pinel e Tuke (Foucault, 1991).

As bases da psiquiatria moderna seriam lançadas no século XIX, com a busca da teorias unicasais, segundo as quais para cada doença havia um agente etiológico que poderia ser combatido por substâncias químicas, pelo que a sua cura dependeria da descoberta desse agente. A psiquiatria viria, a partir de então, a conhecer um desenvolvimento significativo entre as especialidades médicas.

O médico, por todo o século XIX, segundo Foucault (1991), detinha a razão e funcionava como agente da aquisição da verdade moral (de acordo com os valores burgueses) pelo louco (possuidor da verdade primitiva do homem). Porém, foi neste século que se tentou introduzir uma ordem no mundo desordenado da loucura e esta pôde finalmente ser discutida a par de outras doenças, com as primeiras tentativas de classificação nosográfica (Fleming, 1976).

A razão passou a contemplar a existência do conceito de desrazão, ou seja, de loucura, como vulgarmente é designada, mas que no entanto era vista sobre os princípios da razão, do positivismo. Assim, o louco – que detém a desrazão – foi

encarado como não-sujeito, não detentor do domínio da verdade, não passível de organizar um discurso científico e não relacionado com a realidade (Amaral Dias, 1998). Por este prisma, a ênfase punha-se no sintoma em vez de numa compreensão mais profunda: que incidisse na verdade do louco. Com Sigmund Freud e a sua descoberta do inconsciente, uma nova lógica foi introduzida, pondo em causa o discurso puramente racionalista e positivista que até aí era o único meio estrito de abordar e compreender, a única fonte de verdade. De facto, foi com Sigmund Freud que o conceito actual de loucura, tal como hoje o entendemos, começou a criar raízes.

A partir de Freud foi, então, introduzida à lógica racionalista e positivista uma lógica que não obedecia aos princípios da razão, mas sim do inconsciente, através do discurso do louco. Esta nova visão iria, desde então, exercer uma forte influência, até à actualidade, no rumo que tomaram os estudos sobre as doenças mentais.

Seria também no século XX que se iria dar mais importância à prevenção e à intervenção precoce na doença mental. Deu-se ainda um grande salto qualitativo que tem vindo a evoluir até ao presente.

Portanto, para finalizar, durante séculos a loucura constituiu o epistema da desordem. De facto, se remontarmos ao Renascimento a loucura era vista como não-verdade e ligada ao não-ser; no Século das Luzes, passou a ser aceite como verdade primitiva inerente ao próprio Homem; a partir de Freud e da sua descoberta do inconsciente, a visão da loucura assumiu uma nova dimensão que iria além dos parâmetros da ciência experimental e da razão, não obedecendo à lógica da razão, mas a uma lógica do negativo, que é a lógica do inconsciente (pelo discurso do louco) que está patente na falha da comunicação humana (Amaral Dias, 1999).

Apesar disso, ao longo dos tempos, o pensamento sobre a loucura implicou sucessivas desordens do epistema, pelo que se continuarmos a pensar/investigar sobre o conhecimento científico que se tem actualmente de loucura, poderemos entrar numa nova desordem que poderá vir a constituir uma nova ordem no conhecimento.

CAPÍTULO II

CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

À semelhança do que acontecera em outros países ocidentais também em Portugal as crenças, as atitudes e as práticas relativas à loucura e à doença mental variaram, como se pôde observar no capítulo anterior, de acordo com os contextos sócio-histórico-culturais de cada época, em que factores religiosos, políticos, económicos e administrativos estiveram em jogo, alguns por vezes de forma predominante, outros de forma conjugada.

No entanto, porque se entende que será mais fácil perceber o presente conhecendo o percurso passado dos cuidados de saúde mental em Portugal, cabe neste trabalho uma breve abordagem a esta temática.

Neste sentido, primeiramente será feita uma referência às preocupações com a saúde mental desde a fundação do Condado Portucalense até ao século XIX, destacando-se apenas alguns dos marcos considerados mais significativos. E, impôs-se estes limites no tempo porque, tal como se verificou em noutros países europeus, também se fizeram sentir, embora mais tardiamente, os ecos do liberalismo e da libertação dos loucos e do seu tratamento como doentes.

De seguida, far-se-á uma abordagem à evolução da política de saúde mental em Portugal a partir de 1848 até à actualidade, pois aquela data marca o nascimento da psiquiatria portuguesa, com características mais humanizantes, com a fundação do Hospital de Rilhafoles, em Lisboa, e as práticas médicas nele utilizadas.

1. Preocupações com a saúde mental em Portugal: da fundação da nacionalidade ao século XIX (breve referência)

Remontando à fundação da nacionalidade portuguesa, apesar de permanecerem heranças deixadas pelos Romanos aquando da ocupação da Península Ibérica (tais como a língua, a religião cristã, técnicas...), haviam-se perdido, na generalidade, segundo Ferreira (1990), as práticas de higiene individual e colectiva e de saneamento, o que punha em causa a saúde geral. Diga-se, como se pôde observar no capítulo anterior, que em quase nada diferia da situação vivida na Europa no século XII. Nesse período, a assistência caritativa (individual ou nas famílias) não só aos doentes, como aos pobres, mendigos e marginais, era dada, na maioria das vezes, de acordo com os preceitos cristãos, sendo prestada nas igrejas, nos conventos ou nos seus anexos (Ferreira, 1990).

Normalmente, na Idade Média os doentes tanto pertenciam ao grupo dos mendigos como dos marginais. A título de esclarecimento recorreu-se a Amaral (2000) que se debruçou sobre o estudo de *Pobres, Mendigos e Marginais*, para tentar perceber a abrangência de cada um destes grupos, embora não houvesse limites bem definidos para cada um deles. Segundo esta autora, os pobres eram não só «os esfarrapados ou aleijados (...), os pedintes ou leprosos», mas também todos os que careciam de bens materiais, de cuidados de saúde, de liberdade, de poder e aqueles que ficaram na situação de pobreza por não conseguirem manter-se na sua condição social. Dos considerados mendigos faziam parte os «pobres que trabalhar não podem» (que podiam usufruir de assistência em albergarias, hospitais, confrarias...), os que não possuíam bens ou ofício para poderem sobreviver, aqueles que não possuíam senhor que se responsabilizasse por eles. Quanto aos marginais eram aqueles que estavam votados à exclusão social por «ausência de estabilidade, de trabalho e de um estatuto reconhecido» e, por isso, não

herdavam, não eram passíveis de estabelecer relações e normalmente encontram-se referidos apenas nos arquivos jurídicos a propósito de castigos a eles aplicados. Deste último grupo faziam parte os criminosos, os que tinham má fama, as prostitutas, os homossexuais, os jograis, os usurários, os doentes, os inválidos, os leprosos, os heréticos, os Judeus, os estrangeiros e os negros (Amaral, 2000).

As instituições de assistência caritativa aos doentes de forma organizada começaram apenas a existir a partir da fundação do Condado Portucalense. Tratava-se das albergarias. A primeira foi criada por D. Teresa, mãe de D. Afonso Henriques, em Mesão Frio, e a segunda em Canavezes a pedido de D. Mafalda, mulher de D. Afonso Henriques (Ferreira, 1990). Porém, os doentes eram normalmente alojados em edifícios adaptados, anexos às albergarias. Mais tarde, estas casas (anexos) separaram-se das albergarias e passaram ao longo do tempo a ser designadas por hospitais, gafarias, mercearias, hospícios, asilos, confrarias (desde o século XIII) e misericórdias (desde o século XV) (Ferreira, 1990). Por se considerar pertinente elucidar estas designações, passa-se, de seguida, a definir, de um modo breve, estes tipos de instituições caritativas de assistência, tendo por base as noções formuladas por Ferreira (1990, pp. 63 e 64): as *albergarias*, surgidas nos primeiros séculos do Condado Portucalense e que eram apoiadas por «fundadores, instituidores, confrarias ou reis», constituíam uma espécie de pousadas temporárias ou albergues, muitas vezes gratuitos, «para peregrinos, viajantes, mendicantes, doentes e estropiados»; os *hospitais*, confundidos durante muito tempo com as albergarias, destinavam-se mais ao tratamento de doentes e funcionavam como hospício, sendo o primeiro fundado em 1328, em Coimbra, com o apoio da Rainha Santa Isabel; as *gafarias*, surgidas desde a fundação da Nacionalidade, eram de hospitais de leprosos «com carácter independente ou funcionando junto das albergarias», em geral dirigidas e apoiadas por ordens religiosas, instituição régia ou municípios; as *mercearias*, eram instituições pias (que deram origem aos hospícios e aos asilos), dependentes de legados ou de doações de pessoas piedosas, que acolhiam homens e mulheres que não

trabalhavam; os *hospícios*, eram casas de caridade ou estabelecimentos destinados a «pobres e incapacitados, crianças enjeitadas ou abandonadas» (deram origem aos asilos); os *asilos*, instituições derivadas das duas anteriormente referidas, dependiam principalmente «de ordens religiosas, de organizações profissionais ou do próprio Estado» e dedicavam-se «à educação de crianças pobres ou abandonadas e ao amparo e sustento de pobres e idosos em regime de recolhimento»; as *confrarias* ou *irmandades*, «instituições de carácter associativo e popular, semi-laicas e semi-religiosas» surgidas em Portugal no século XIII, destinadas à prática da caridade de forma organizada, «criaram numerosas albergarias e casas hospitalares e sustentaram hospícios, gafarias, etc.» e constituíram o embrião das Misericórdias, entre outros; as *misericórdias*, instituições criadas pela rainha D. Leonor, invocando a Nossa Senhora da Misericórdia, de tipo confraria, sendo a primeira fundada em Lisboa em 1498, seguindo-se outras pelo país, Brasil, Índia e outras regiões ultramarinas.

Mas, a fundação de instituições de assistência aos pobres, mendigos e doentes em Portugal deveu-se essencialmente às intervenções caritativas das rainhas, que eram incentivadas «pela Igreja, eclesiásticos e pessoas de bem», pois numa época em que os valores cristãos eram acentuados, era recomendável cumprir com obras de misericórdia (Ferreira, 1990, p. 62). De facto, reis e cavaleiros estavam na maior parte das vezes ausentes, pois centravam as suas preocupações quer no alargamento do território e na sua organização administrativa e judicial, quer no povoamento das áreas conquistadas, para tal fundando castelos e concedendo senhorios.

Até meados do século XIV, a administração das referidas instituições de assistência ficavam entregues principalmente aos “homens-bons” (honrados e possuidores de bens), embora também pudessem ser entregues a «eclesiásticos ou mesterais [homens com um ofício] representantes dos fundadores ou os seus testamenteiros» e estavam sujeitas a «regulamentos privativos» locais (Ferreira, 1990, p. 65). Acrescenta este autor, que apenas com D. Dinis, em 1308, surgiu uma

regulamentação régia «da admissão de algumas albergarias, hospitais, confrarias, capelas e órfãos» em que nomeava um provedor.

Os monges estrangeiros das ordens religiosas, entre elas a *Ordem Hospitaleira dos Eremitas de Santa Maria de Roca-Amador* (de monges agostinhos eremitas), originária de França, que chegaram a Portugal com os cruzados no século XII, também desempenharam um papel importante no tratamento de doentes, servindo de enfermeiros, alguns fizeram parte da direcção de alguns hospitais de Lisboa, Coimbra, Porto e de outras regiões do Norte do País (Ferreira, 1990). Com a extinção desta Ordem (segundo Ferreira, 1990, por D. Afonso V, em 1459, sendo entregue à *Ordem de S. Tiago*), os eremitas deixaram de interferir nos hospitais; porém isso não significou que o clero não o continuasse a fazer, já que a administração dos mesmos passou a estar a cargo dos cônegos regulares de S. João Evangelista, da *Congregação dos Lóios*, fundada pelo Mestre João, médico de D. João I, e que se manteve pelo longo período de 400 anos, até à extinção das ordens religiosas (em 1834) com o liberalismo (Ferreira, 1990).

Outras ordens religiosas provenientes do estrangeiro se lhe seguiram, como «os religiosos de Santo Antão, os irmãos da *Ordem Terceira de S. Francisco*, as carmelitas da *Ordem Terceira do Carmo* e os obregões da congregação dos enfermeiros, ou dos irmãos enfermeiros que vestiam o hábito de S. Francisco, fundada pelo religioso e militar Bernardino Obregon» (Ferreira, p. 73). Depois destas, refere ainda este autor que apenas no século XVII merece referência a vinda dos monges agostinhos *Irmãos da Caridade* ou *Hospitalários de S. João de Deus* de Espanha», que em 1606 fundaram o *Hospital de Montemor-o-Novo* para tratamento de loucos e crianças.

Julga-se pertinente referir também que o ensino da Medicina em Portugal no tempo de D. Afonso Henriques, segundo Ferreira, havia sido ministrado pela primeira vez numa escola de ensino regular. Embora já no século VI houvesse duas escolas italianas que ministravam o ensino da Medicina (a Escola de Monte Cassino, beneditina, que no século XI atingira grande prestígio na Europa, e a Escola de Salerno,

de S. Mateus, que no século VIII atingiu a fama e no século XI aplicava os conhecimentos árabes), segundo Ferreira (1990), não há menção de frequência nestas escolas de alunos portugueses.

Apenas nos finais do século XIII foi fundado um estabelecimento de Estudos Gerais em Lisboa, cuja petição foi feita ao Papa em 12 de Novembro de 1288 (a bula de confirmação do Papa Nicolau IV data de 9 de Agosto de 1290). E, talvez por tardar a resposta, D. Dinis estabeleceu os Estudos Gerais de Lisboa a 1 de Março de 1290 (Ferreira, 1990). Mais tarde, em 1308, os Estudos Gerais foram transferidos para Coimbra, regressando novamente a Lisboa em 1338, sendo que a transferência definitiva da Universidade para Coimbra acabaria por se verificar no século XVI, em 1537, com D. João III (Neves, 1982).

O português Pedro Hispano (Papa João XXI) distingui-se no século XIII e, além de outros estudos, debruçou-se sobre a medicina geral e matérias de cariz psicológico como o *phrenesi* (Ferreira, 1990).

Relativamente aos restantes países europeus Portugal conheceu um período de grande desenvolvimento particularmente nos séculos XV e XVI. Esta realidade deveu-se sobretudo ao facto de os Portugueses adoptarem e aperfeiçoarem algumas técnicas deixadas pelos Romanos e pelos Árabes e também ao facto dos seus homens da ciência terem investido no alargamento dos seus conhecimentos. De facto, o desenvolvimento nos conhecimentos científicos e técnicos deste período, eram de mérito reconhecido pelos restantes países da época. No que diz respeito à medicina, recorreu-se mais aos livros publicados pelos árabes, que difundiam as ideias árabo-galénicas, do que às doutrinas hipocráticas e aristotélicas.

Para os médicos portugueses da Idade Média, cuja formação e práticas eram dominadas pela astrologia e religião, os astros interferiam no funcionamento do corpo e, por isso, era necessário primeiramente consultá-los para depois instituir a terapêutica (sangrar, dar vomitório ou purgante...); além disso, era frequente o recurso a santos,

através de «rezas, benzeduras, uso de amuletos, relíquias e objectos de culto», bem como a práticas religiosas feitas por eclesiásticos para obtenção de curas milagrosas (Ferreira, 1990, p. 83).

A Europa da Idade Média fora ainda marcada pela grande *peste negra* (peste bubónica), cujos primeiros casos foram identificados em 1348. Em Portugal permaneceu até 1350, verificando-se maior incidência em Lisboa e nos seus arredores. Mas, muitas *pestes* assolaram as populações portuguesas no período de 1188 a 1496, sendo que Ferreira (1990) põe em destaque a ocorrência de dezasseis epidemias apenas no século XVI. Pela frequência com que ocorriam, havia a crença de que as pestes se deviam a castigo divino ou a acções criminosas, normalmente imputadas a Judeus ou a outros bodes expiatórios, sob acusação de lançarem venenos em residências, poços de água e no ar, sendo, por isso, muitas vezes perseguidos e mortos por degolamento ou nas fogueiras (Ferreira, 1990). Por ocasião das *pestes* recomendava-se que as pessoas fugissem dos locais atingidos, que confessassem os seus pecados, que ingerissem pílulas purgativas, e xaropes, fizessem sangramento, queimassem louro, alecrim, arruda, entre outros (Ferreira, 1990).

Para aumentar a melhoria da saúde, nos diversos municípios portugueses, foram tomadas medidas e previstas punições para os infractores. Como afirma Ferreira (1990):

É de acentuar que o povo cumpria mal as instruções e as imundices e sujidades de toda a ordem apareciam nas ruas e praças lançadas às escondidas. Donde os maus cheiros, moscas e outros sinais de falta de higiene que originavam mal-estar, desconforto e doenças. Também (...) [foram criadas] medidas punitivas para evitar o lançamento nos rios de produtos tóxicos, reconhecidos estes pela mortandade provocada nos peixes. (...) E assim se especificava que quem lançasse esses produtos nas águas correntes fosse açoitado na praça pública, se da classe do povo, e degredado para África, sendo fidalgo ou escudeiro ou de correspondente categoria social. (p. 96)

Nos finais do século XV Portugal ainda sofria as consequências dos períodos de fomes, pestes e guerras dos séculos precedentes. A situação que se vivia, segundo Ferreira (1990), encontrava-se agravada pela quantidade significativa de pessoas que não trabalhavam, tais como:

indigentes, viúvas, órfãos, cegos, aleijados, mutilados, famintos, doentes não acamados com afecções crónicas ou ulcerativas dos membros, mazelas da pele, etc., e os profissionais de pedintaria (pedinchiche), que viviam à custa da caridade pública (...).

Pedia-se por toda a parte, por pobreza e por hábito, e também havia peditórios organizados (...). Pedia-se muito e produzia-se pouco.

Muitos dos pedintes adquiriam o hábito de pedir logo desde crianças e tornavam-se profissionais, mas a percentagem dos indigentes desprovidos de meios próprios de sustento era elevada, e tinha a ver com o não cumprimento das leis antigas de trabalho. Pelas leis das sesmarias (...) [promulgadas pelo rei D. Fernando, em 1375] era obrigatório o cultivo das terras não arroteadas por quem não estivesse incapacitado, e as terras nestas condições eram muitas, mas o desejo de trabalhar, reduzido. (pp. 99 e 100)

A miséria, a pobreza e a doença eram os principais factores que estavam na base da falta de segurança sentida pela população, constituindo uma das grandes preocupações deste final de século.

Foi neste contexto que os reis portugueses, na sequência de uma política centralizadora das instituições assistenciais do País, fundaram as *misericórdias*, que embora tendo um carácter cívico e religioso eram mais laicas do que ligadas ao clero. As misericórdias foram criadas, segundo Ferreira (1990, pp. 100 e 101), «para atender às necessidades corporais e espirituais dos pobres, doentes, prisioneiros e incapacitados». Muito se deveu à rainha D. Leonor a criação da primeira confraria ou irmandade, *Santa Confraria da Misericórdia*, que foi fundada em 1498, inicialmente com sede na capela da

Sé de Lisboa e concluída em 1534. Porém, aquando do terramoto de 1775, este edifício ficou destruído e o Marquês de Pombal transferiu a instituição para o *Convento de S. Roque* (também em Lisboa), então vago por causa da expulsão dos Jesuítas.

Logo a seguir à fundação daquela Confraria, criaram-se outras *Misericórdias*, com autorização régia: Évora e Porto, em 1499; Beja, em 1500; Setúbal, em 1501; e Santarém, em 1502 (Ferreira, 1990). Segundo este autor, aquando da morte de D. Leonor (1525) havia em Portugal 60 *Misericórdias*; nos finais do século XVI havia já 107; no segundo quartel do século XX, aquando do quarto centenário da fundação da *Misericórdia* de Lisboa, existiam 240 activas.

A cargo das *Misericórdias* rapidamente ficaram «os serviços hospitalares, a assistência aos expostos, a administração das gafarias, e (...) todas as instituições de beneficência», de internamento e de tratamento de doentes (Ferreira, 1990, pp. 103 e 104). Este autor refere ainda, que nos séculos XIX e XX as *Misericórdias*, embora continuassem a desempenhar o seu papel de caridade e beneficência, dedicavam-se sobretudo à assistência hospitalar, excepto as de Lisboa e Porto que, mesmo após terem sido nacionalizadas (em 1911), deram continuidade àquelas acções.

Ainda no século XV foi fundado por D. João II, em 1490, o maior hospital do País até então, o *Hospital Real de Todos-os-Santos*, no Rossio, em Lisboa e inaugurado por D. Manuel I, em 1504 (Ferreira, 1990). Barahona Fernandes (1998) refere que neste hospital existiam enfermarias destinadas aos doentes «fora do seu siso», bem como um padre – Padre Pedro Ferreira de Gouveia – considerado muito sabedor e experiente na cura destes doentes. Em 1601 este hospital foi destruído por um incêndio e reconstruído de forma a ficar com dois andares para que aumentasse a sua capacidade de internamento: ficou com duas grandes enfermarias para homens e duas também grandes para mulheres, com capacidade de abertura para mais três, uma enfermaria para doentes nobres, espaços para manterem os loucos e outros doentes isolados (Ferreira, 1990). Este autor menciona que em 1755 ficou parcialmente destruído pelo terramoto,

tendo-se passado os doentes para edifícios das proximidades, até que em 1760 ficaram instalados no *Convento de Santo Antão*, quando os Jesuítas foram expulsos, e passou a designar-se por *Hospital de S. José* (nome do santo patrono e protector do então rei D. José I). Ferreira (1990) refere que este hospital possuía um terreno para horta, uma albergaria no rés-do-chão para recepção de peregrinos e pedintes, uma igreja a que tinham acesso todas as enfermarias, sem que os doentes precisassem sair delas.

No século XVI foi reformado por D. Manuel I o *Hospital Real* em Coimbra (1508), que nunca fora administrado pela *Misericórdia* local, e que junto deste edifício funcionava também uma albergaria e um alojamento para estudantes pobres, tendo estes direito às refeições (Ferreira, 1990). Este autor acrescenta que no Porto havia pequenos hospitais que passaram a ser administrados pela *Misericórdia* em 1521, tendo esta auferido grandes rendimentos e empreendido, em 1770, a mando do Marquês de Pombal, a construção do *Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto*, que apesar de ter sido concluído em meados do século XIX, começou a receber os primeiros doentes em 1795 (mas, num *site* do *Hospital de Santo António* refere que foi em 1799 – <http://www.terravista.pt/bilenc/8918/Hospital.htm>, 2002). A *Misericórdia* de Évora passou a administrar o hospital da cidade em 1567, que resultou da incorporação de vários hospitais locais de pequenas dimensões, e ficou a seu cargo a curadoria dos enjeitados do *Hospital de S. Lázaro*. Em Leiria, também foi mandado construir pela *Misericórdia* um hospital, em 1636, para reunir os pequenos hospitais da cidade. Em Braga, a administração do *Hospital de S. Marcos*, construído no século XVI, ficou a cargo da *Misericórdia*, e incorporava a gafaria, duas confrarias e três pequenos hospitais.

Neste período (século XVI) acentuou-se a política de centralização das instituições assistenciais portuguesas e da organização administrativa das mesmas, «que a experiência dentro e fora do País ia aconselhando», para adequá-las às necessidades da população. Porém, as condições de saúde não melhoraram pelo facto de se construírem grandes hospitais, pois as pessoas eram, segundo Ferreira (1990, p. 105), «muito mais

sensíveis aos sofrimentos e aos incómodos causados pelas doenças do que aos benefícios trazidos pela saúde e toda a gente (...) [quer sentir-se] apoiada, quando está doente». E, efectivamente, com a criação das misericórdias esta condição estava cumprida.

Quanto ao tratamento, os loucos passíveis de serem curados ficavam aos cuidados médicos, os que eram considerados mais agitados e perigosos eram encerrados em masmorras e maltratados (Fernandes, 1998). Como é sabido, este tipo de tratamento prevaleceu até há relativamente pouco tempo. No entanto, para Fernandes (1998), é de notar que apesar das terapêuticas serem escassas e muitas vezes dolorosas e absurdas (aos olhos de um clínico actual), já nessa altura revestia-se de importância a comunicação pessoal, bem como a protecção e os cuidados médicos aos doentes.

No período dos Descobrimentos também se verificou em Portugal um grande desenvolvimento técnico e científico inovador e de reconhecido mérito internacional, em especial no que diz respeito aos conhecimentos astronómicos, náuticos e matemáticos. Este desenvolvimento alargou-se forçosamente a outras áreas do saber, como a medicina. Segundo Ferreira (1990), verificou-se ainda uma maior preocupação com o ensino, nomeadamente com o alargamento do ensino médico, em parte justificado pela necessidade de se debruçarem sobre as novas doenças surgidas na sequência das viagens às novas terras e “novos mundos”.

A riqueza e a moderação dos costumes, no século XVI, segundo Ferreira (1990), favoreceram o aumento da libertinagem, tanto no continente como nos locais onde os portugueses contactaram “novas gentes”, o que conduziu à transmissão e ao aumento de doenças sexuais, sendo predominante a sífilis, proveniente da América. Acrescenta ainda que outras novas doenças surgiram, tais como a cólera, oriunda da Índia, e a febre amarela, proveniente da América, e que algumas doenças já existentes se intensificaram, entre as quais a varíola, a lepra e a pneumonia.

Valesco de Taranta foi um médico que se destacou em Portugal no século XVI. Entre as suas obras cita-se *Philomium*, que era um tratado de medicina que apresentava

a identificação de «doenças mentais e nervosas, dos órgãos da cabeça, peito, abdómen, genitais e as chamadas febres», bem como as terapêuticas mais indicadas para estas doenças (Ferreira, 1990, p. 84). Mas, segundo este autor, os grandes vultos da medicina renascentista foram Garcia de Orta, Amato Lusitano, Ambrósio Nunes, Pedro Nunes, Francisco Sanches, entre outros, sendo que de entre estes evidenciaram-se Garcia de Orta e Pedro Nunes, como introdutores do cientismo em Portugal.

Garcia de Orta foi um dos que mais se destacou nos contributos que deu à medicina. Na sua obra *Colóquio dos Simples...* (1.^a edição de Antuérpia, de 1567) encontram-se registos de doenças, como sarampo, varíola, febres, escorbuto, sífilis, doenças nervosas, entre outras (Ferreira, 1990).

Amato Lusitano deixou também um importante legado para a medicina, escrevendo várias obras. Porém, a de maior significado clínico foi, segundo Ferreira (1990), *Curatione medicinalium Centuriæ septem* (*As Sete Centúrias de Curas Medicinais*), que começou a escrever em Ferrara, em 1546, e que concluiu em Salónica, em 1559, onde descreve casos clínicos com os respectivos resultados terapêuticos obtidos. Além desta obra também ficou conhecido pelo *Juramento de Amatus Lusitanus*, semelhante ao elaborado por Hipócrates (século V a. C.).

Enquanto que no século XVI os portugueses deram um grande contributo para o desenvolvimento do conhecimento e, por conseguinte, das ciências, assente nas novas práticas de observação, registo e descrição das diferentes matérias ou fenómenos, no século XVII não acompanharam a revolução científica então verificada em outros países europeus, com Galileu, Harvey, Torriceli, Newton e outros. Segundo Ferreira (1990, p. 165): «Ficámo-nos na era pré-científica do século XVI.» e acrescenta-se que muito havia a caminhar nos avanços científicos e técnicos a partir desse século até ao século XIX. De facto, Portugal também não acompanhou o processo de industrialização de outros países e manteve-se com um significativo atraso até ao segundo quartel do século XVIII, altura em que houve uma tentativa de mudança promovida Marquês de Pombal.

Como se referiu no Capítulo I, o século XVIII dos restantes países europeus constituiria, no entanto, um período que além de simbolizar o século do arranque da revolução industrial, traduziu também uma revolução científica e uma revolução assistencial, expressa em particular no feito de Pinel.

Segundo Neves (1996) e Ferreira (1990) o ensino em Portugal sofreu alterações no século XVIII. O primeiro autor refere que a estrutura do actual 1.º Ciclo do Ensino Básico, teve a sua base na reforma pombalina do então designado Ensino Elementar. No que concerne a outros níveis de ensino, a referida reforma, segundo Ferreira (1990):

procurou introduzir o ensino das Ciências Naturais, da Física e Química, e o trabalho experimental em laboratório e, na medicina, ao dar um lugar importante à cultura dos jovens estudantes no caminho da sua personalização e aumento da capacidade de estudo, veio facilitar a aprendizagem dos conhecimentos médico-científicos da época e a abertura para conhecimentos novos, desde que o corpo docente o facilitasse. (p. 207)

No entanto, é de referir que em Portugal muitos foram os perseguidos pelos poderes públicos devido às novas ideias que defendiam, inspiradas em autores ou em reformas implementadas em outros países europeus. De entre eles, destacaram-se os estrangeirados Luís António Verney (pedagogo) e António Nunes Ribeiro Sanches (médico), que exerceram influência nas reformas pombalinas do ensino (Neves, 1996).

Luís António Verney (que veio viver para Portugal), deixou na sua obra *Verdadeiro Método de Estudar* (publicada em 1746) algumas ideias de como deveria ser o ensino médico, defendendo que este devia assentar no estudo de uma «boa filosofia» (Ferreira, 1990). A sua obra «iniciou uma das maiores polémicas da história cultural portuguesa» (Neves, 1996, p. 52), sendo por isso perseguido pelos poderes públicos. Apesar de tudo, nas palavras de Silva Dias (em Neves, 1996, p. 48), esta obra constituiu «a primeira tentativa portuguesa de sistematização filosófica e didáctica segundo os moldes do Iluminismo». *Verdadeiro Método de Estudar* é considerada a primeira proposta coerente

e estruturada de um sistema pedagógico em Portugal, tendo influenciado as reformas pombalinas do ensino. Verney foi tão inovador que, quando estruturava na sua obra o ensino elementar (*Carta XVI*), defendia que as mulheres «são as nossas mestras nos primeiros anos da nossa vida» (Verney, em Neves, 1996, p. 50), por isso deviam estudar, sendo assim pioneiro na defesa do acesso das mulheres à educação.

No entanto, quem iria exercer maior influência na reforma da Universidade de Coimbra foi o médico estrangeirado António Nunes Ribeiro Sanches, apesar de viver fora do país na sequência de ser perseguido pela Inquisição. Entre outras obras que deixou escritas são célebres as *Cartas sobre a Educação da Mocidade* (obra publicada pela primeira vez em Colónia, em 1760), na qual se debruça sobre questões pedagógicas e onde defende um plano de educação da mocidade, que vai do ensino elementar ao universitário (Neves, 1996). Porém, ao contrário de Verney, defende uma educação elitista em que o povo não deveria estudar, sendo célebre a sua frase: «Que filho de Pastor quererá ter aquele ofício de seu pai se à idade de doze anos soubesse ler e escrever?» (Ribeiro Sanches, em Neves, 1996, p. 54).

Outra das obras de grande significado escrita por Ribeiro Sanches foi *Método para Aprender e Estudar a Medicina* (1763), na qual propunha uma estruturação do curso de medicina, o qual deveria começar pelo estudo da história da medicina, para só depois avançar para os conteúdos clínicos baseados nos conhecimentos científicos e filosóficos actualizados, da época.

Ribeiro Sanches também se preocupou com questões ligadas ao urbanismo, sendo que para ele, nas palavras de Ferreira (1990, p. 181): «Habitar (...) era poder viver com saúde». Manifesta, a este respeito, preocupações com Portugal, que deveria ter em consideração alguns factores na fundação de povoações, para haver melhor condições de saúde das populações, nomeadamente no que respeita à escolha de boas condições de habitabilidade, ter em conta alguns factores como «humidade, ventos, orientação, altitude, condições climatéricas, águas estagnadas, rios e sua poluição, vizinhança do

mar e ligação destes com zonas com zonas pantanosas» (Ferreira, 1990, p. 181.) É digno ainda de menção o facto de Ribeiro Sanches ter proposto a criação de um *Tribunal Médico*, que equivaleria na actualidade à *Ordem dos Médicos*. Porém, até à sua morte não conseguiu fundá-lo (Ferreira, 1990).

Não há dúvidas que o século XVIII ficou marcado por significativos avanços científicos e técnicos, bem como por uma mudança de mentalidades, assente nos valores da burguesia, que se afirmara como grupo social dominante à medida que se desenrolavam as revoluções liberais. Porém, apesar de no século XIX se ter verificado em alguns países uma maior preocupação com a saúde, nomeadamente com a saúde pública, com vista à diminuição de doenças, Portugal, nas palavras de Ferreira (1990, p. 226) «atrasou-se, na prática desta política de saúde, dezenas de anos, e só veio a actuar com alguma eficácia ao longo do século XX».

No que diz respeito aos serviços prestados aos doentes do foro psiquiátrico, ao longo do século XIX e XX operaram-se alterações consideráveis.

Na primeira metade do século XIX português, a presença do louco no seio da sociedade era vista como um elemento perturbador. O internamento, mesmo em condições desumanas, era condição imperativa (Cunha Rodrigues, 1996). Na segunda metade desse século, o louco adquiriu o estatuto de doente, tendo sido fundado o primeiro hospital psiquiátrico, *Hospital Rilhafoles* (1848), actualmente *Hospital Miguel Bombarda*. No entanto a assistência prestada ao doente mental era mais de cárcere do que hospitalar (Gameiro e Reis de Oliveira, 1996).

As abordagens de assistência e de tratamento, nesse século, pautaram-se mais pelo melhoramento dos espaços logísticos, alimentação e vestuário, e pela criação de variadas ocupações a que atribuíram valor terapêutico. Os tratamentos médicos eram predominantemente empíricos e os doentes eram desenraizados da sua comunidade e da sua família, chegando muitos a perder todos os laços com a mesma.

2. Evolução da política de saúde mental: da fundação dos primeiros hospitais psiquiátricos à actualidade

Como atrás se referiu, Portugal manifestou, desde a sua fundação, preocupações em tratar os doentes em hospitais, sendo que foi fundado o *Hospital de Todos-os-Santos*, em 1539 (passou a chamar-se *Hospital de S. José*, em 1760) onde os loucos começaram a ser objecto de tratamento. No entanto, a sua maioria deambulava pelo país, sendo alvo de troça, e enchia as cadeias, onde os guardas os maltratavam (Fernandes, 1998). Gameiro (1996) refere que seria na segunda metade do século XIX que o louco passaria a ter o estatuto de doente, porém de qualidade inferior. Os doentes eram retirados da comunidade em que viviam e eram mantidos enclausurados em alguns hospitais em enfermarias escuras e húmidas. Tratava-se de hospitais como o *Hospital de S. José* (em Lisboa) e o *Hospital de Santo António* (no Porto).

A libertação dos loucos do encarceramento nos hospícios desencadeada em Paris, por Pinel, em 1793, só começaria a fazer eco entre os clínicos portugueses na década de 1830 (Fernandes, 1998). Para este autor, seria o Dr. Bizarro, médico do *Hospital de S. José*, o impulsor da mudança em Portugal, com a apresentação de um trabalho estatístico sobre os seus doentes, em 1835, na *Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*. Os seus doentes haviam sido objecto de intervenção médica e psicológica de acordo com as metodologias de Pinel e de Esquirol. Na tentativa de actualizar o país face às novas experiências e conhecimentos da época, em 1837 foi aprovada a primeira *Lei Orgânica de Saúde* (A Saúde em Portugal, 1995).

Outro médico que também se destacaria, mais tarde, Bernardino António Gomes. Este médico, no *Hospital da Marinha*, dedicou-se ao tratamento de doentes mentais que se encontravam numa enfermaria separada, nesse hospital, desde 1841, tendo escrito um

relatório (1843) em que dava conta, entre outras referências, do que se praticava em «estabelecimentos de alienados» de alguns países europeus e da possibilidade de aplicação em Portugal, quer a nível da edificação e da organização, quer a nível das técnicas terapêuticas e de práticas assistenciais (Fernandes, 1998).

Desde a criação do primeiro hospital psiquiátrico, em 1848, até à actualidade, fizeram-se várias alterações, remodelações, houve avanços e recuos na organização dos Serviços de Saúde mental. Claro está que, em cada momento gerador de mudança, estão por detrás desta evolução particularmente factores ideológicos, políticos, económicos, sócio-culturais e científicos, sendo que a realidade portuguesa por vezes até foi pioneira na prática de algumas terapêuticas (como a leucotomia, aplicada pela primeira vez em doentes mentais por Egas Moniz, em 1949) e outras vezes na produção de legislação (como a *Lei Orgânica* de 1971).

Quanto à evolução dos serviços de saúde mental em Portugal, recorreu-se ao Preâmbulo do Decreto-lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro (*Diário da República*, 1999) e a três estudiosos na matéria – Sampaio-Faria (cit. por Ferreira, 1990), Pólvora (em *Saúde Mental...*, 1995) e Caldas de Almeida (1996) – que seguiram uma estruturação por fases/etapas, embora nem sempre coincidentes no período de tempo considerado para cada uma delas, como se pode observar no Quadro 1.

Apesar de se reconhecer que o marco decisivo na evolução dos Serviços de Saúde Mental em Portugal se estabeleceu com a aprovação da primeira *Lei de Saúde Mental*, em 1963, considera-se não menos importante o período que a precede, particularmente desde 1848, com a fundação do primeiro *Hospital de Loucos de Rilhafoles*. Por este motivo, para a análise desta evolução seguiu-se a estruturação defendida por Pólvora.

Assim sendo, considera-se que a criação do primeiro manicómio em Portugal marca o início da primeira fase. Foi graças à acção de D. Maria II que este foi construído. De facto, em 1842 a rainha escolheu o antigo edifício do *Convento da Cruz da Carreira* para ser adaptado a hospital de doentes mentais, após o Marechal Saldanha, então

QUADRO 1 – Principais marcos da evolução dos serviços de saúde mental em Portugal

(Dados colhidos em Ferreira, 1990; Pólvora, em *Saúde Mental...*, 1995; Caldas de Almeida, 1996; *Diário da República*, 1999)

ANOS	ACONTECIMENTOS	FASES/ETAPAS		
1848	*Fundação do Hospital de Loucos Rilhafoles, primeiro manicómio em Portugal (em 1948 passou a Hospital Miguel Bombarda)	1.ª FASE Sampaio-Faria (Ferreira, 1990)	1.ª FASE Pólvora e outros (em <i>Saúde Mental...</i> , 1995)	
1883	*Fundação do Hospital do Conde de Ferreira			
1891	*Fundação da Casa do Telhal e da Casa de Saúde da Idanha			
1941	*Fundação do Hospital Júlio de Matos, que criara o Serviço de Terapia Ocupacional	2.ª FASE Sampaio-Faria		
1945	*Fundação do Hospital Sobral Cid *Promulgação da Lei 2006 sobre assistência psiquiátrica e serviços abertos à comunidade no país (criação de zonas de assistência psiquiátrica – Norte, Centro e Sul – e de dispensários, clínicas psiquiátricas e asilos)			
1949	*Atribuição do Prémio Nobel da Medicina a Egas Moniz, pela utilização da leucotomia como intervenção «psico-cirúrgica bio-encefálica»			
1953	*Fundação do Hospital de Magalhães Lemos			
1958	*Aprovação do Decreto-Lei 41 759 que funda o Instituto de Assistência Psiquiátrica, institui a criação de equipas móveis de técnicos para intervir nas populações afastadas dos centros criados em 1945			
1959	*Fundação da Colónia Agrícola do Lorvão, que passou a Hospital Psiquiátrico do Lorvão em 1969			
1963	*Fundação da Colónia Agrícola de Arnes *Publicação da primeira Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118), que substitui o Instituto de Assistência Psiquiátrica (1958) pelo Instituto de Saúde Mental (não integrado nos restantes serviços de saúde e que nunca chegou a funcionar) e define os Direitos dos doentes mentais	2.ª FASE Sampaio-Faria	2.ª FASE Pólvora e outros	1.ª FASE Caldas de Almeida (1996)
1964	*Aprovação do Decreto-Lei n.º 46 102, ao abrigo do qual iriam ser criados os Centros de Saúde Mental por distritos, no país			
1965-1980	*Criação de Centros de Saúde Mental em todos os distritos do país			
1971	*Promulgação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência através dos Decretos-Leis n.os 413 e 414 *O Decreto-Lei n.º 413 extingue o Instituto de Saúde Mental (1963) e cria a Direcção-Geral de Serviços de Saúde Mental integrada da Direcção-Geral de Saúde	3.ª FASE Sampaio-Faria	3.ª FASE Pólvora e outros	2.ª FASE Caldas de Almeida
1979	*Publicação da Lei n.º 56, que renova a intenção de integrar no Serviço Nacional de Saúde os cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde pública, pois com a Revolução de Abril a Lei Orgânica de 1971 passou a processar-se com irregularidades			
1983	*Proposta de planeamento das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto			
1984	*Publicação do Decreto-Lei 74-C, pelo qual se cria o Ministério da Saúde e a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, que integrava a Direcção de Serviços de Saúde Mental			
1985	*Programa da Direcção de Serviços de Saúde Mental			
1987	*Implementação da política de sectorização dos hospitais psiquiátricos de Lisboa e Porto			
1988-1989	*Implementação da reorganização dos Serviços de Saúde Mental a nível nacional		3.ª FASE Pólvora e outros	3.ª FASE Caldas de Almeida
1990	*Aprovação da Lei de Bases da Saúde, pela Lei n.º 48, que ao substituir a Lei n.º 56/79 iria suspender todo o trabalho desenvolvido desde 1985			
1992	*Aprovação do Decreto-Lei n.º 127, que reestrutura a Organização dos Serviços de Saúde Mental, que extinguiu os anteriores Centros de Saúde MentalI incluindo os Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil e criava os Centros de Saúde Mental das zonas Sul, Centro e Norte			
1993	*Aprovação do Decreto-Lei n.º 11, pelo qual são criadas as unidades de saúde equivalentes à divisão geográfica dos distritos			
1995	*Conferência sobre Saúde Mental subordinada ao tema Saúde Mental. Proposta para a Mudança, organizada pela Direcção-Geral de Saúde			

Presidente do Ministério, ter sido convidado por médicos a ir ver o estado de degradação em que se encontravam os doentes «desassizados» (Fernandes, 1998). Para se fazerem as obras de adaptação mais adequadas, alguns médicos viajaram por vários países europeus para sugerirem as mudanças a implementar. Em 1848 aquele Convento passou a chamar-se *Hospital de Loucos de Rilhafoles* e começaram a ser feitas as primeiras transferências de alienados (Gameiro, A. 1996). Em 1851, foi promulgado o regulamento do Hospital, onde,

entre outras coisas, se declarava que a instituição se destinava ao asilo, tratamento e cura dos «alienados de todo o Reino». Este Hospital, segundo Fernandes (1998), funcionou muito bem durante alguns anos sob a direcção de Francisco Pulido. Gameiro (1996) refere que, em 1864, o *Rilhafoles* albergava cerca de 513 doentes, mais 200 que o número inicial.

Como eram muitos os doentes por todo o país, para um só hospital, procedeu-se à construção do *Hospital do Conde de Ferreira*, no Porto, cuja fundação foi em 1883. Porém, mesmo assim, não veio suprir as necessidades. Na realidade, a situação agravara-se no País com o estado de decadência a que entretanto chegara o *Hospital de Rilhafoles*, devido em especial ao aumento considerável dos doentes internados e ao facto de não terem aumentado nem as verbas nem o pessoal (Fernandes, 1998). Por isso, a qualidade dos serviços de saúde prestados diminuiu, pois havendo uma acumulação de doentes e falta de recursos humanos, o tratamento passou a ser de tipo asilar, com consequências danosas para os doentes mentais, os quais se encontravam num espaço propício ao agravamento das suas doenças.

Entretanto, foram fundadas, em Lisboa, em 1891, a *Casa de Saúde do Telhal* e a *Casa de Saúde da Idanha*, por Bento Menni. Estas instituições, para além de virem dar resposta ao elevado número de doentes, aos métodos de tratamento moral dos dois hospitais psiquiátricos do País, acrescentaram, segundo Gameiro e Reis de Oliveira (1996), uma dimensão humana com «atitudes de carinho» e de valores religiosos prestados por uma comunidade religiosa a viver com os próprios internados.

Para a melhoria da situação de assistência e tratamento aos doentes mentais no País, Fernandes (1998) refere que também contribuíram as «grandes reformas» empreendidas por Miguel Bombarda, em 1893, no *Hospital de Rilhafoles*, então Director do mesmo. Miguel Bombarda «foi um determinista absoluto, reducionista extremo da vida anímica a fenómenos de ordem biológica cerebral», debruçando-se sobre o estudo histológico e fisiológico particularmente da célula nervosa (Fernandes, 1998, p. 14). Por se dedicar à investigação, quando administrador e reformador do referido Hospital, Miguel Bombarda criou o *Laboratório* de anatomia e histologia.

Mais tarde, fundaram-se mais hospitais psiquiátricos, como o *Hospital Júlio de Matos* (em Lisboa, 1941), que criara o serviço de Terapia Ocupacional, o *Hospital Sobral Cid* (em Coimbra, 1945), o *Hospital de Magalhães Lemos* (no Porto, 1953), a *Colónia Agrícola do Lorvão* (em Coimbra, 1959; que dez anos mais tarde passou a *Hospital Psiquiátrico do Lorvão*) e a *Colónia Agrícola de Arnes* (1963). Assim, esta primeira fase caracterizou-se pela criação de grandes hospitais psiquiátricos e por uma política asilar, sendo que os doentes crónicos dificilmente apresentavam melhorias que justificassem o seu retorno à vida em comunidade. Estava-se num período que quando as terapêuticas usualmente utilizadas se esgotavam recorria-se à leucotomia. No entanto, mais tarde, em pleno início da «era bioquímica», dado que os primeiros medicamentos psicotrópicos foram descobertos em 1952, os doentes puderam beneficiar da aplicação dos mesmos no seu tratamento.

A legislação portuguesa sobre esta matéria foi progredindo. Em 1945, foi promulgada a Lei 2006 relativa à assistência psiquiátrica em Portugal, na qual eram contempladas estruturas mais abertas à comunidade. Criaram-se zonas de assistência psiquiátrica – Norte, Centro e Sul –, bem como dispensários, clínicas psiquiátricas e asilos (Pólvora, em *Saúde Mental...*, 1995). Estas estruturas «extra institucionais» abrangiam outras necessidades da comunidade, ou seja, nas palavras de Sampaio-Faria (em Ferreira, 1990):

[Estes serviços] passam a ser não só de cuidados do diagnóstico e tratamento em regime ambulatorio e domiciliário, mas também de estudo e execução de medidas preventivas e de promoção da saúde mental tanto a nível individual como colectivo. (p. 417)

Entre 1945 e 1950, segundo ainda este autor, foram criadas, ao abrigo desta Lei, «30 dispensários de assistência psiquiátrica e higiene mental» nas zonas Norte, Centro e Sul do País, no entanto a funcionarem nos principais centros urbanos (Sampaio-Faria, em Ferreira, 1990, p. 417). Em 1958, através do Decreto-Lei n.º 41 759, fundou-se o *Instituto de Assistência Psiquiátrica* que instituiu a criação de equipas móveis de técnicos para ir ao encontro das populações mais afastadas desses centros.

É de salientar, ainda, que a referida Lei 2006, previa uma colaboração entre os psiquiatras e os então delegados de saúde pública locais e médicos escolares.

O ano de 1963, é neste trabalho referenciado como o início da segunda fase, pois marca definitivamente uma viragem na evolução dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, com a aprovação da primeira *Lei de Saúde Mental* (Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963). Esta Lei substituiu o *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, criado em 1958, pelo *Instituto de Saúde Mental*, que, segundo Sampaio-Faria (em Ferreira, 1990), se centrava mais na promoção da investigação científica e da formação profissional na área da saúde mental. No entanto, este Instituto nunca chegou a funcionar, o que fez retardar o desenvolvimento geral do sistema de saúde mental, ficando, nas palavras de Sampaio-Faria (em Ferreira, 1990, p. 419), a «capacidade de intervenção em termos de prevenção da doença e incapacidade e de promoção da saúde mental (...) muito aquém dos objectivos definidos na Lei de 1945 como na de 1963». No entanto, abriu espaço à criação dos *Centros de Saúde Mental* em cada distrito, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 46 102, de 1964 (*Diário da República*, 1999), o que começou a efectivar-se a partir de 1965 até 1980, altura em que se chega, de acordo com Sampaio-Faria (em Ferreira, 1990, p. 417), «à cobertura de todos os distritos não metropolitanos» por esses Centros e, de acordo com Caldas de Almeida (1996), à existência de 18 *Centros de Saúde Mental* (C.S.M.) que cobriam 60% da população nacional e três *Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil* (C.S.M.I.J.) em Lisboa, Porto e Coimbra. O facto de não terem sido criados C.S.M. em Lisboa, no Porto e em Coimbra explica-se pelo facto de nestas regiões existirem hospitais psiquiátricos.

A Lei n.º 2118, baseada em princípios muito próximos do conceito de cuidados comunitários, promovia, assim, segundo Caldas de Almeida (1996), a descentralização dos Serviços Psiquiátricos que, até então, só existiam nos grandes centros, Lisboa, Porto e Coimbra. Consignava, segundo este autor, a criação de uma estrutura organizacional a três níveis: nacional, regional e local. Esta estrutura poderia implementar, coordenar e dar assistência a Serviços capazes de promover a Saúde Mental, oferecendo serviços de prevenção, de cura e de reabilitação à população da área coberta por cada Centro.

A implementação de serviços locais veio aumentar o acesso da população aos cuidados de saúde mental, contribuir para aplicação e desenvolvimento de novas formas de intervenção e possibilitar a interacção com outros serviços de saúde e sociais. Mas, esta evolução nos serviços à comunidade não foi tão evidente em Lisboa, Porto e Coimbra, onde os cuidados de saúde mental dependiam dos Hospitais Psiquiátricos.

Em 1971, segundo Sampaio-Faria (em Ferreira, 1990), foi promulgada a *Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência*, através dos Decretos-Leis n.ºs 413 e 414, que assumiu grande importância, pois de acordo com este autor:

[Nesta Lei] define-se pela primeira vez no país e de modo pioneiro na Europa um sistema estruturado e hierarquizado de cuidados de saúde completos à população baseado numa rede local de centros de saúde vocacionados para a prestação de cuidados essenciais à população, incluindo os destinados à prevenção da doença e à promoção da saúde positiva. (p. 419)

Pela *Lei Orgânica* de 1971 os cuidados de saúde de tipo ambulatório foram integrados na rede de centros de saúde e o internamento ficou reservado aos hospitais gerais e psiquiátricos, «embora limitados ao absolutamente indispensável» (Sampaio-Faria, em Ferreira, 1990, p. 419). Este autor refere que pelo Decreto-Lei n.º 413/71 foi criada a *Direcção de Serviços de Saúde Mental* que passou a exercer funções que haviam sido atribuídas ao *Instituto de Saúde Mental* (criado pela Lei n.º 2118, de 1963), que nunca funcionou mas que pretendia substituir o *Instituto de Assistência Psiquiátrica* (fundado em 1958).

Após a Revolução de 1974 a aplicação da *Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência* processou-se de forma irregular, não se avançando com a implementação dos cuidados de saúde pública. Porém, em 1979, através da Lei n.º 56, foi criado o *Serviço Nacional de Saúde*, que renova a intenção de integrar na rede de cuidados de saúde primários os serviços de saúde mental (Sampaio-Faria, em Ferreira, 1990).

Em 1983 surge uma proposta de planeamento das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto que, nas palavras de Pólvora (em *Saúde Mental...*, 1995, p. 25), «assenta no modelo

de *Centro de Saúde Mental*, implicando uma política de sectorização, continuidade de cuidados e articulação com os restantes subsistemas da saúde». No entanto, apenas em 1987 se efectiva a sectorização definitiva dos hospitais psiquiátricos de Lisboa e Porto, preconizando a «integração funcional dos serviços dos Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde e Centro de Saúde Mental)» (em *Saúde Mental...*, 1995, p. 25).

Ainda, no sentido de ultrapassar as dificuldades de aplicação da *Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência*, que vinham a ser sentidas desde a Revolução de Abril, em 1984, pelo do Decreto-Lei n.º 74-C, foi criado o *Ministério da Saúde* e duas *Direcções-Gerais*: a dos *Cuidados de Saúde Primários*, na qual se integrava a *Direcção de Serviços de Saúde Mental* e a dos *Hospitais* (*Diário da República*, 1999; Caldas de Almeida, 1996; Pólvora e outros, em *Saúde Mental...*, 1995; Ferreira, 1990). Algumas das funções do extinto *Instituto de Assistência Psiquiátrica* foram delegadas à *Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Pública*, outras assimiladas pela *Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários*, dado que desse Instituto dependiam «todos os estabelecimentos oficiais de assistência psiquiátrica, incluindo a rede de hospitais psiquiátricos, (Sampaio-Faria, em Ferreira, 1990). Assim, a integração dos serviços de saúde mental punha fim à lacuna existente entre estes serviços e o sistema geral de saúde, promovendo a intervenção na comunidade e a participação dos médicos de família.

Foram então criados dois planos nacionais de Saúde Mental: o *Programa de Saúde Mental da Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários*, proposto e aprovado em 1985, e o *Programa* especial de implementação e reorganização dos *Serviços de Saúde Mental* a nível nacional, proposto e aprovado em 1988 (Sampaio-Faria, em Ferreira, 1990; Pólvora, em *Saúde Mental...* 1995; Sampaio-Faria, 1989 e Caldas de Almeida, 1991, em Caldas de Almeida, 1996). O Programa de 1985 pretendia tornar acessível à comunidade recursos e serviços voltados para a prevenção primária, secundária e terciária das doenças mentais, enquanto o Programa de 1988 visava «a criação de um sistema compreensivo de serviços alternativos de inserção comunitária aos hospitais

psiquiátricos, aos indivíduos portadores de perturbação mental ou toxicomania», na continuidade da referida Lei de 1963 que também a prestação de cuidados por parte do médico ou da equipa a indivíduos com essas características (Sampaio-Faria, em Ferreira, 1990, pp. 420 e 421).

Portanto, com estes Programas o centro assistencial deslocava-se do hospital para a comunidade – seguindo, o que já estava em vigor na Europa –, a partir de uma rede de serviços integrados que, em cada área definida, dispensassem todo o tipo de cuidados e respondessem às necessidades sentidas pelas populações. Esta rede de cuidados, continuava a chamar-se *Centro de Saúde Mental* (Pólvora, em *Saúde Mental...*, 1995).

As áreas definidas correspondiam às já existentes para os *Centros de Saúde*. Desta forma, possibilitavam o trabalho interdisciplinar entre os técnicos de Saúde Mental e os médicos de família. Simultaneamente, criaram-se os primeiros *Centros de Saúde Mental* de Lisboa e Porto e incluíram-se *Serviços de Psiquiatria* nos hospitais gerais (Caldas de Almeida, 1996).

Esta reforma contribuiu para uma melhor interdisciplinaridade entre os Serviços de Saúde e os Serviços Sociais, promovendo a desinstitucionalização e a reabilitação de doentes psiquiátricos. Para tal, mobilizaram-se verbas para o financiamento de projectos de intervenção comunitária em várias regiões do País (Caldas de Almeida, 1996).

Em 1990, foi aprovada a nova *Lei de Bases da Saúde*, pela Lei n.º 48/90 que substituiu a Lei n.º 56/79, e iria suspender todo o trabalho desenvolvido desde 1985, retomando-se uma política de saúde mental mais assente num modelo biomédico e hospitalar do que orientada para o desenvolvimento dos serviços comunitários. Previa a reorganização das *Direcções-Gerais* existentes, criando uma única estrutura central – a *Direcção-Geral de Saúde*.

Com a *Lei de Bases da Saúde*, de 1990, suspenderam-se também os programas de formação e educação em curso desde 1988, a colaboração com a O.M.S., o programa de informatização dos Serviços de Saúde Mental de adultos; cancelou-se a actividade da

Comissão Interministerial para a desinstitucionalização e reabilitação; não foram criadas as estruturas residenciais, nem *Centros de Dia* para doentes de evolução prolongada; e, para culminar, a Comissão que concebeu esta reforma (?) também não produziu documentos para sustentá-la, pelo que todos estes factores conduziram a resultados muito negativos (Pólvora, em *Saúde Mental...*, 1995; Caldas de Almeida, 1996).

Os *Centros de Saúde Mental* e os *Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil* foram extintos pelo Decreto-Lei n.º 127/92 e passaram a estar integrados, em termos técnico-administrativos, nos hospitais gerais, centrais ou distritais (os C.S.M.) e nos hospitais pediátricos (os C.S.M.I.J.), das respectivas áreas (*Diário da República*, 1999). Nestes locais foram criados os *Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental*, através da Portaria n.º 750/92, os quais, pela Portaria n.º 751/92, «poderão adoptar a estrutura funcional dos centros de responsabilidade, a fim de conseguirem uma maior eficiência técnica e social no respectivo funcionamento» (Pólvora, em *Saúde Mental*, 1995, p. 122).

Através do Decreto-Lei n.º 127/92 foram criadas três novas estruturas regionais, nas zonas Norte, Centro e Sul, de gestão dos serviços, que também foram designados de *Centros de Saúde Mental* e pelo Decreto-Lei n.º 11/93 foi definido o estatuto do *Serviço Nacional de Saúde* que criava cinco *Administrações Regionais de Saúde* (A.R.S. do Norte, com sede no Porto; A.R.S. do Centro, com sede em Coimbra; A.R.S. de Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; A.R.S. do Alentejo, com sede em Évora; A.R.S. do Algarve, com sede em Faro), divididas em sub-regiões de saúde que coincidiam com a área dos distritos do País, cujas áreas de saúde correspondiam às áreas dos municípios. Porém, como se pode ler no Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 35/99:

Ainda que contribuindo para a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral, embora ao nível exclusivamente hospitalar, a vigência do Decreto-Lei n.º 127/92 veio acentuar as disfuncionalidades do modelo de organização dos serviços, quer pela inexistência de um quadro legal alternativo que possibilitasse um modelo coerente, quer porque (...)

criou novos serviços [atrás referidos], curiosamente também designados de “centros de saúde mental”, com funções técnico-normativas, de âmbito regional, mas não coincidentes com a divisão do País em regiões de saúde entretanto consagrada no *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde* [pelo Decreto-Lei n.º 11/93].

Os Decretos n.º 127/92 e n.º 11/93 acautelavam a imprescindível articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, que englobam a prevenção primária, secundária e terciária, e garantiam a continuidade de cuidados (Pólvora, em *Saúde Mental...*, 1995). Este autor tece ainda considerações sobre o que gostaria de ver contemplado na próxima legislação sobre a organização dos serviços de saúde mental. Assim, para ele:

[Deveria procurar-se] conciliar a vertente clínica hospitalar com a vertente comunitária e valorizar simultaneamente a chamada *Psiquiatria de Ligação* (...) procurando promover uma autêntica articulação horizontal dos serviços prestadores de cuidados de saúde mental nos domínios da prevenção de doenças e anomalias mentais, bem como do tratamento, recuperação e reabilitação dos portadores das mesmas, favorecendo (...) o abandono de posições radicalizadas, que torne possível (...) o encontrar de meios de compreensão e de actuação que, através de uma prática cada vez mais complementar entre as várias Escolas e Correntes, possa conduzir a formas mais abrangentes de intervenção. (p. 122)

De facto, o que se constata na actualidade é que esta caminhada vem sendo feita aos poucos, tem vindo a ser desbravada, feita de avanços e de recuos. Isto fez com que, segundo Caldas de Almeida (1996), emergissem alguns grupos, como a *Associação Nacional para a Saúde Mental* e associações científicas e profissionais, que levaram o Governo a reflectir e a reconhecer, em 1994, a necessidade de mudar a política de Saúde Mental em prática.

Foi neste contexto que se realizou a *Conferência sobre Saúde Mental*, sob a organização da *Direcção-Geral da Saúde*, a 5 e 6 de Maio (1995), em Lisboa, em que estiveram presentes, entre outros, organismos internacionais, como a *Organização Mundial de Saúde* e a *Federação Mundial de Saúde Mental*. O trabalho realizado pela *Comissão para o Estudo da Saúde Mental*, nomeada em 1994, que visava «a preparação e organização do debate e da referida Conferência» (*Saúde Mental...*, 1995, p. 7) durou alguns meses, permitindo compilar bastante informação, identificar áreas de consenso e de divergência que serviram de suporte à discussão.

No início da *II Parte* dos trabalhos compilados da Conferência de 1995, subordinada ao tema *Saúde Mental. Proposta para a Mudança*, encontra-se um conjunto de recomendações (pp. 151 a 157), as quais deveriam ser levadas em conta aquando da reformulação da *Lei de Saúde Mental*, e que aqui se mencionam em resumo, embora muito sumário:

- Necessidade de reformulação da *Política Nacional de Saúde Mental*;
- Necessidade de aprovação e desenvolvimento de um modelo organizacional de Saúde Mental que contemplasse: dispositivos de Saúde Mental nas *Unidades de Saúde* (U.S.); criação de *Unidades de Saúde Mental Infanto-Juvenis* (U.S.M.J.) nas U.S.; a criação, a nível regional, de serviços que apoiassem os serviços locais implantados em cada U.S., nos quais se incluem os *Departamentos de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infanto-Juvenil* de Lisboa, Porto e Coimbra e os *Centros Regionais de Alcoologia*, de *Psiquiatria Forense*, de *Psicogeriatria* e os *Serviços para Toxicodependentes*;
- Criação de uma *Comissão Nacional de Saúde Mental*, no seio da *Direcção-Geral da Saúde*, «responsável pela elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e avaliação de um *Programa Nacional de Saúde Mental*, a desenvolver nos próximos três anos e tendo como principais objectivos:» o «desenvolvimento de um *Sistema Nacional de Informação de Saúde Mental*», a «definição de padrões de qualidade dos *Serviços de Saúde Mental*», a «conjugação dos esforços conducentes à revisão da *Lei de Saúde*

Mental», a «selecção, financiamento, monitorização e avaliação de experiências inovadoras em Saúde Mental»;

- Criação de *Centros de Responsabilidade e Financiamento*;
- Definição das responsabilidades dos cuidados a prestar aos doentes mentais;
- Criação de *Serviços de Psiquiatria Forense* a nível regional, funcionando em articulação «com a *Direcção-Geral dos Serviços Prisionais*, com o *Tribunal de Execução de Penas*, com o *Instituto de Reinserção Social*, com os *Tribunais de Comarca* (...), com o *Departamento de Psiquiatria Forense do Instituto de Medicina Legal* (...) e com os *Estabelecimentos Prisionais Regionais*, a saber: *Área pericial*; *Unidade de acompanhamento de “inimputáveis perigosos” e de seguimento médico-psiquiátrico no âmbito das Medidas de Segurança*; *Unidade de Internamento Preventivo e de Tratamento Compulsivo*; *Área de Formação e Investigação*; *Área de Intervenção em sede de Direito Civil* (*Processos de inabilitação/interdição e de gestão de bens de doentes institucionalizados*); *Área de tratamento dirigida à população prisional*»;

- Melhoria na «distribuição e rentabilização dos recursos disponíveis e formação em áreas específicas, nomeadamente em Pedopsiquiatria»;

- Implementação de outras medidas, relacionadas com: o «maior envolvimento a nível da discussão e do planeamento»; a «melhor coordenação intersectorial»; o «estudo e implementação das medidas e soluções apropriadas a curto prazo»; o «desenvolvimento e monitorização de áreas piloto»; a «adequação da relação ética com a indústria farmacêutica»; o «estudo e desenvolvimento de áreas e sistemas de protecção à doença mental»; e a «reformulação de currículos»;

- Definição clara das «linhas de orientação para uma nova *Política de Saúde Mental*».

Nesta Conferência foram assim lançadas as bases consensuais para uma nova *Política de Saúde Mental*. Uma política influenciada por princípios baseados numa psiquiatria comunitária em que é dado grande relevo aos cuidados comunitários e não tanto aos internamentos (Caldas de Almeida, 1996). Estavam criadas as condições para

uma nova fase caracterizada por grandes mudanças, começando pela própria *Lei de Saúde Mental*.

Apenas em 1998, uma nova *Lei de Saúde Mental*, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, estabelece «os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental». Segundo esta Lei, a protecção e promoção da saúde mental assenta em medidas que incluem a prevenção primária, secundária e terciária e a promoção da saúde mental das populações. Essas medidas visam «a protecção da saúde mental», que se concretiza quando se encontra assegurado ou restabelecido o equilíbrio psíquico dos indivíduos, através do desenvolvimento das suas capacidades inerentes à construção da personalidade, e a promoção da integração crítica desses indivíduos na meio em que vivem.

Esta Lei, nos «Princípios gerais de política de saúde mental», estabelece ainda que a prestação de cuidados seja assegurada «prioritariamente a nível da comunidade», para que os doentes não se distanciem do meio em que vivem, para que esteja mais facilitado o processo de reabilitação e (re)inserção social; a prestação de cuidados deve ser realizada no meio que seja o menos restritivo; o internamento como medida de tratamento deve ocorrer «tendencialmente» em hospitais gerais; caso os doentes necessitem de reabilitação psicossocial, esta deve ser realizada «de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e em unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes», com a comparticipação do Estado nos encargos.

Ao *Conselho Nacional de Saúde Mental*, criado pela Lei n.º 36/98, caberia a função de órgão consultivo do Governo em matéria de política de saúde mental, no qual as entidades que se preocupem com o funcionamento do sistema de saúde mental, como «as associações de familiares e de utentes, os subsistemas de saúde, os profissionais de saúde mental e os departamentos governamentais com áreas de actuação conexas» estavam nele representadas.

Na *Lei de Saúde Mental* de 1998 estão também consignados os *Direitos e Deveres do Utente*, «sem prejuízo» dos *Direitos e Deveres do Cidadão* previstos na *Lei de Bases da Saúde* (Lei n.º 48/90), sendo que nesta matéria, Portugal apenas havia consagrado, de forma plena, os direitos e deveres fundamentais do cidadão na *Constituição da República Portuguesa* de 1976.

Além de outros aspectos, salienta-se ainda o estabelecido no Capítulo II da Lei de 1998. Aqui define-se e regulamenta-se o internamento compulsivo de indivíduos portadores de anomalias psíquicas, mesmo na situação considerada de urgência ou na situação de inimputáveis, bem como a substituição do internamento por tratamento compulsivo em ambulatório e a cessação do internamento. Consagram-se os *Direitos e Deveres Processuais do Internando* e os *Direitos e Deveres do Internado*, pela primeira vez objecto de legislação. Estabelece-se a quem compete a avaliação clínico-psiquiátrica; porém, «o juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz».

Esta Lei criou também a *Comissão de Acompanhamento* que entre as competências que lhe foram atribuídas destacam-se a visita aos estabelecimentos; a comunicação com os internados; a solicitação ou envio de informações sobre os mesmos quer aos serviços administrativos ou judiciários; a recepção e apreciação das reclamações sobre o internamento, tanto por parte dos internados como de pessoas habilitadas a requerer o mesmo.

Em 1999, devido à necessidade de se implementar um novo regime de organização e funcionamento dos serviços, foi revogado o Decreto-Lei n.º 127/92 através do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro. Este diploma «estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental» que passaram a ser designados de «*Serviços de Saúde Mental*». A reabilitação psicossocial mereceu especial importância nesta Lei. Ficaram definidas, no Artigo 3.º, as competências do *Conselho Nacional de Saúde Mental*, como a emissão de parecer e apresentação de

propostas e recomendações pelo mesmo ou a pedido do *Ministério da Saúde*, sobre «a) os princípios e objectivos em que deve assentar a definição da política de saúde mental; b) Os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde mental; c) Os programas programas de saúde mental; d) O plano nacional de actividades e de investimentos na área da saúde mental, bem como os planos regionais de saúde mental; e) A formação e investimento em saúde mental.».

O Decreto-Lei n.º 35/99, estabelece que em cada região de saúde deverá existir um *Conselho Regional de Saúde Mental* com um regulamento interno por ele elaborado e aprovado pelo *Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde*. O Artigo 17.º apresenta o que passa a ser considerado como *Serviços Regionais de Saúde Mental*: «os departamentos de pedopsiquiatria e de saúde mental infantil e juvenil dos Hospitais de D. Estefânia e Central e Especializado de Crianças Maria Pia e do Centro Hospitalar de Coimbra, bem como os *Centros Regionais de Alcoologia* de Lisboa, de Coimbra e do Porto».

A nível local, o Artigo 10.º, estabelece o que compete aos *Serviços Locais de Saúde Mental*: devem assegurar a prestação de cuidados em ambulatório e no internamento. Esta rede de *Serviços Locais de Saúde Mental*, organizados sob a forma de departamento ou de serviço de hospital geral, deverá integrar as seguintes áreas funcionais: «consulta externa e intervenção na comunidade, nomeadamente apoio domiciliário e desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença»; «internamento completo de doentes agudos, preferencialmente em hospitais gerais»; «internamento parcial»; «atendimento permanente das situações de urgência psiquiátrica, em serviços de urgência de hospitais gerais ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise»; «prestação de cuidados especializados a doentes internados em ligação com outras especialidades».

Este Decreto-Lei de 1999 define ainda que a consulta externa e a intervenção na comunidade devem desenvolver-se em articulação com os *Centros de Saúde* e os

estabelecimentos de ensino (desde o pré-primário ao secundário); e estabelece que a prestação de cuidados de saúde mental também pode ser feita nas unidades de reabilitação psicossocial, designadamente nos centros sócio-ocupacionais, nas estruturas residenciais para doentes de evolução prolongada e nas estruturas para treino e reinserção profissional.

No Capítulo IV, do referido Decreto-Lei, definem-se as «Atribuições dos hospitais psiquiátricos», entre as quais «assegurar os cuidados de nível local (...) enquanto nestas áreas não forem criados serviços locais de saúde mental», a nível regional dar resposta a «intervenções predominantemente institucionais» e assegurar os cuidados de saúde aos doentes neles institucionalizados, bem como «promover a humanização e melhoria das condições de vida», através de programas de reabilitação que tenham em conta as necessidades específicas dos doentes e de apoios com vista à sua reinserção na comunidade.

SÍNTESE

A organização e gestão dos Serviços de Saúde Mental em Portugal evoluiu de acordo com as sucessivas adaptações às realidades políticas, económicas, científicas e sócio-culturais de cada época.

No início do Condado Portucalense praticava-se a assistência caritativa aos pobres, miseráveis e marginais, à semelhança do que se passava um pouco por toda a Europa. Mesmo com a fundação dos *Estudos Gerais*, em Lisboa (em 1290), e durante os séculos que se lhe seguiram, pouca evolução se verificou na prática clínica.

Nos séculos XV/XVI portugueses verificaram-se progressos devido ao facto de alguns intelectuais se debruçarem sobre o legado deixado pelos Romanos e Árabes, o que permitiu que a partir desses estudos avançassem nos conhecimentos e nas práticas, dando um grande contributo para a evolução de vários campos do saber, nomeadamente da medicina. Surge ainda nos finais do século XV a primeira confraria *Santa Casa de Misericórdia*, com sede em Lisboa. Outras instituições, a ela ligadas, se lhe seguiram um pouco por todo o País, tendo esta instituição perdurado até à actualidade. Também, neste século foi fundado, o *Hospital de Todos-os-Santos*, em Lisboa, onde existiam enfermarias destinadas a pessoas «desassizadas». No século XVI foi ainda construído o *Hospital de S. Marcos*, em Braga.

Poder-se-ia pensar que o investimento na construção destas instituições conduziria a melhores condições de saúde, porém tal não aconteceu, pois havia uma maior preocupação com o tratamento e com a cura da doença do que com a promoção da saúde. Apesar disso, os médicos da renascença portuguesa preocupavam-se já com a protecção e o cuidado aos doentes. Embora as terapêuticas fossem escassas e muitas vezes dolorosas, atribuíam já grande importância à comunicação na relação com os

doentes. Porém, aqueles que eram considerados mais agitados e perigosos estavam sujeitos a maus tratos e ao encarceramento em masmorras.

No século XVII este desenvolvimento refreou e os Portugueses não conseguiram acompanhar a evolução científica e técnica verificada nos restantes países europeus. Esta situação reverter-se-ia um pouco no século XVIII, aquando das reformas empreendidas pelo Marquês de Pombal. Porém, os intelectuais da época, por veicularem as novas ideias das *Luzes*, continuavam a ser perseguidos.

No entanto, alguns estrangeirados deram o seu contributo em vários campos, nomeadamente no da medicina, aquando das reformas pombalinas. Na área de ensino desta matéria Verney defendia que esta deveria assentar numa «boa filosofia» (dos filósofos iluministas), António Nunes Ribeiro Sanches propunha uma estruturação do curso de medicina e a criação de um *Tribunal Médico* (que até à sua morte não fora constituído). Ribeiro Sanches manifestava também preocupações com a melhoria das condições de vida das populações, entre as quais se contam a localização das povoações que iriam ser fundadas, as boas condições de habitabilidade, a poluição, sendo que algumas delas constituem ainda hoje motivos de preocupações.

O século XIX português continuaria aquém do que se praticava noutros países, pois nestes passou a haver maiores preocupações com a saúde em geral e com a saúde pública. No entanto, seria apenas ao longo do século XX que se viria a operar algumas mudanças nestas áreas com alguma eficácia.

Quanto ao louco, até meados do século XIX era visto pela sociedade portuguesa como um elemento perturbador, por isso, deveria ficar internado numa instituição. Apenas no início da segunda metade desse século, passaria a ser considerado doente, embora a assistência a ele prestada fosse mais de encarceramento hospitalar, o que favorecia a institucionalização do mesmo e provocava o seu densenraizamento familiar e social. No entanto, criaram-se algumas ocupações para os loucos, consideradas de valor terapêutico nas instituições onde se encontravam.

O ano de 1835 constituiu um marco importante na política de saúde mental portuguesa, embora com um atraso de cerca de 40 anos relativamente à libertação dos loucos em Paris, por Pinel (1793). De facto, foi naquele ano de 1835 que o médico Bizarro, do *Hospital de S. José*, realizou um trabalho realizado com os seus doentes, que apresentou na *Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*. Bizarro aplicou aos seus doentes uma intervenção médica e psicológica assente nas metodologias de Pinel e de Esquirol. Dois anos após, em 1937, surgiria uma tentativa de actualização da política de saúde com a aprovação da primeira *Lei Orgânica de Saúde*.

Em 1841, Bernardino Gomes, médico no *Hospital da Marinha*, elaborou um relatório em que apresentava práticas adoptadas em alguns países europeus nos «estabelecimentos de alienados», que iam desde a concepção do edifício à organização, terapêuticas e práticas assistenciais, e defendia a possibilidade de poderem ser aplicadas também em Portugal.

Surgiu então, em 1848, o primeiro hospital psiquiátrico – o *Hospital de Loucos de Rilhafoles* – e apenas em 1963 foi aprovada a primeira *Lei de Saúde Mental* (Lei 2118). Porém, no período que medeia estes dois anos, vários factos são dignos de menção, como:

- a construção de grandes hospitais psiquiátricos;
- a aprovação da Lei 2006 de 1945 sobre assistência psiquiátrica, que criava serviços mais abertos à comunidade no Norte, Centro e Sul do País, como dispensários, clínicas de psiquiatria e asilos, cuja intervenção era de carácter ambulatorio e domiciliário, de prevenção e de promoção da saúde mental, quer individual quer na comunidade;
- a fundação do *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, pelo Decreto-Lei 41 759, de 1958, com o sentido de proporcionar assistência às populações mais afastadas dos centros, através de equipas móveis.

A *Lei de Saúde Mental* – Lei n.º 2118 de 1963 – constituiu outro dos grandes marcos na evolução da política de saúde mental. Promovia a descentralização dos serviços de psiquiatria, então a funcionar nos hospitais psiquiátricos de Lisboa, Porto e Coimbra,

possibilitando a criação de serviços de prevenção, cura e tratamento em *Centros de Saúde Mental* (C.S.M.) fundados por todo o País, com excepção dessas regiões, e em *Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil* (C.S.M.I.J.) em Lisboa, Porto e Coimbra. A criação destes Centros pelos distritos não metropolitanos do País tornou-se possível com a aprovação do Decreto-Lei n.º 46 102 de 1964, o que possibilitou a gradual fundação dos mesmos entre 1965 e 1980. Porém, o facto de não terem sido criados C.S.M. em Lisboa, Porto e Coimbra contribuiu para que passasse a haver uma assimetria relativamente aos serviços prestados à comunidade, pois por não possuírem C.S.M., mas sim hospitais psiquiátricos, estes serviços processaram-se de uma forma mais lenta nessas três regiões.

A Lei n.º 2118 de 1963 consignava também os direitos dos doentes mentais e pretendia substituir o *Instituto de Assistência Psiquiátrica* (fundado em 1958) pelo *Instituto de Saúde Mental*, numa linha mais de promoção da investigação e da formação profissional nesta área da saúde. Porém, o que se viria a constatar é que, apesar de criado, este Instituto nunca chegou a funcionar, sendo que só em 1971, através do Decreto-Lei n.º 413, seria substituído pela *Direcção de Serviços de Saúde Mental*. Esta lacuna, que perduraria por cerca de uma década, travou o desenvolvimento da política de saúde mental iniciada com a já referida Lei n.º 2006 de 1945, quer em termos preventivos quer de promoção da saúde mental.

Apesar de a *Lei de Saúde Mental* se ter mantido em vigor durante 35 anos, ou seja, desde a sua aprovação em 1963 (Lei n.º 2118) até à revogação da mesma apenas em 1998 (Lei n.º 36), verificaram-se avanços e recuos na política de saúde mental.

No período entre 1963 e 1998 destacam-se, entre outros factos, os seguintes:

➤ promulgação da *Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência*, em 1971, que estruturava e hierarquizava, de forma pioneira na Europa, um sistema completo de cuidados de saúde à comunidade, através da implementação de uma rede local de centros de saúde, que integrava os serviços de tipo ambulatorio, sendo que os internamentos «absolutamente indispensáveis» ficavam reservados aos hospitais gerais e psiquiátricos;

➤ criação do *Serviço Nacional de Saúde* (S.N.S.) em 1979 (Lei n.º 56), cujos estatutos sofreram mudanças em 1993 (Decreto-Lei n.º 11);

➤ criação do *Ministério da Saúde*, da *Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários*, que integrava a *Direcção de Serviços de Saúde Mental*, e da *Direcção-Geral dos Hospitais*, através do Decreto-Lei n.º 74-C de 1984, o qual previa também o financiamento de projectos de intervenção na comunidade, em diversas regiões do País, que promovessem a desinstitucionalização e a reabilitação dos doentes mentais;

➤ criação do *Programa de Saúde Mental*, em 1985, que abria à comunidade recursos e serviços de prevenção primária, secundária e terciária das doenças mentais;

➤ sectorização definitiva dos hospitais psiquiátricos de Lisboa e Porto em 1987;

➤ criação do *Programa dos Serviços de Saúde Mental* a nível nacional, em 1988, que visava a fundação de serviços alternativos de inserção comunitária extensivo aos hospitais psiquiátricos e aos doentes mentais e toxicómanos, na sequência da Lei n.º 2118 de 1963;

➤ criação dos *Centros de Saúde Mental* de Lisboa e Porto, em 1988;

➤ aprovação da *Lei de Bases da Saúde*, em 1990, que suspenderia todo o trabalho desenvolvido desde 1985, pois centrava-se mais num modelo biomédico e hospitalar do que num modelo de intervenção mais voltado para a comunidade; fundia as *Direcções-Gerais* (criadas em 1984) numa só, a *Direcção-Geral de Saúde*;

➤ extinção dos C.S.M. e dos C.S.M.I.J. pelo Decreto-Lei n.º 127/92, que passaram a ficar dependentes tecnico-administrativamente dos hospitais gerais, centrais ou distritais (os C.S.M.) e dos hospitais pediátricos (os C.S.M.I.J.);

➤ criação de serviços nas zonas Norte, Centro e Sul do País que também foram designados de *Centros de Saúde Mental* (Decreto-Lei n. 127/92);

➤ criação dos *Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental*, nesses hospitais (Portaria n.º 750/92);

Apesar desta evolução descontínua, a prestação de cuidados de saúde mental, na prática, conheceu uma progressiva alteração. Esta deveu-se novamente às influências de

alguns técnicos de saúde, cuja formação (muitas vezes complementada em cursos e/ou reuniões científicas de carácter internacional ou no exterior) os levou a questionar não só os modelos de intervenção, mas também as políticas vigentes. Assim, foram dando o seu contributo para o processo de mudança, que se vem a sentir na actualidade, nomeadamente através da implementação de programas de intervenção nos locais onde trabalham(vam) e através da exposição dos seus trabalhos à comunidade científica do País.

A *Lei de Saúde Mental* de 1998 veio apenas regulamentar uma prática que já se vinha delineando há vários anos em algumas instituições e generalizar este tipo de intervenção a todas as instituições do país, não como uma prática opcional, mas como uma prática obrigatória. Há muito esperados, os conteúdos da Lei n.º 36/98 e do consequente Decreto-Lei n.º 35/99, reflectem as últimas recomendações da O.N.U. e da O.M.S. em matéria de política de saúde, e, ainda, procuraram ir ao encontro das conclusões e propostas apresentadas pela *Comissão para o Estudo da Saúde Mental*, em Maio de 1995.

A actual *Lei de Saúde Mental* (Lei n.º 36/98) pretende preconizar um *Sistema de Saúde Mental* mais próximo e adequado às dificuldades e às necessidades do doente mental, que, quando se justifique, deverá permanecer o menos possível afastado do meio em que vive. Possibilita, ainda a colaboração dos utentes e dos diferentes agentes sociais, implicados nesta problemática, para a melhoria da prestação de cuidados, dando assim à comunidade a possibilidade de participar activamente no funcionamento dos *Serviços de Saúde Mental*, através de seus representantes que integram o *Conselho Nacional de Saúde Mental* e a *Comissão de Acompanhamento*.

Assim, o que ressalta na política de saúde mental em Portugal, na época contemporânea, apesar dos avanços e recuos, é o progressivo abandono da ideia dos hospitais como instituições asilares, para uma gradual substituição por serviços de carácter comunitário, vocacionados para a área da reabilitação e de reinserção social.

SEGUNDA PARTE

DOENÇA MENTAL, CRIME E

INIMPUTABILIDADE EM RAZÃO DE

ANOMALIA PSÍQUICA

CAPÍTULO I

INIMPUTABILIDADE E PSICOPATOLOGIA

A vida humana em sociedade implica que as numerosas relações sejam pautadas por regras ou normas. A necessidade de regulamentar muitos dos diferentes tipos de relações para que em cada situação concreta semelhante se aplicasse a mesma norma é preocupação dos seres humanos, desde há longa data. Portanto, as relações sociais regem-se por direitos e deveres derivados da natureza atemporal e espacial dos seres humanos.

Para além do direito natural, os seres humanos estão sujeitos a uma relação jurídica também pautada por direitos e deveres. Assim, devido a práticas ilícitas alguns indivíduos são condenados ao cumprimento de penas, e a um pequeno grupo, por serem inimputáveis e/ou perigosos são-lhes aplicadas medidas de segurança e de tratamento em regime prisional. Dada a necessidade, estes conceitos serão alvo de clarificação.

E, devido à população alvo deste estudo serem esquizofrénicos que cumprem medidas de segurança e de tratamento em Clínica de Psiquiatria em contexto prisional, será feita, inicialmente, uma resenha história relativa à evolução do conceito de Esquizofrenia. De seguida, far-se-á uma abordagem às classificações médicas actuais que reúnem consenso, como a CID-10 – Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (10.^a revisão, Capítulo V), da O.M.S. (1992), e o DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.^a edição, Texto Revisto), da American Psychiatric Association (2000).

Por fim, será objecto de referência a temática «Esquizofrenia, crime e perigosidade», já que a população alvo cometeu crimes graves e, como se referiu, cumprem medidas de segurança e de tratamento em regime prisional.

1. Da condição de doente mental à condição de inimputável em razão de anomalia psíquica

Como na primeira parte ficou patente, a noção de doença mental tem variado e continuará a variar de acordo, particularmente, com os valores sócio-culturais e os conhecimentos de cada época, em especial médicos, psicológicos e forenses.

É facto assente que crenças, costumes e tradições definem o conceito de saúde mental; que o médico e o psicólogo se distanciam desta noção, porém sem a negar, mas mantendo-se neutros e isentos de tomar posição favorável ou não; e que os princípios da lei, particularmente do Direito, também não são coincidentes nem com uns nem com outros, embora, em caso de crime, se recorra à avaliação dos segundos para decidir, quando se justifique, da imputabilidade ou da inimputabilidade do indivíduo que comete um crime, conceitos que adiante serão aqui objecto de definição.

Todo o delinquente é anormal, no sentido negativo (Scharfetter, 1997) e não no sentido de portador de anomalia psíquica, pois nem todos estes cometem crimes, ou no sentido de inimputável (C.P.), pois um indivíduo poderá ser responsável pelo acto delituoso, mesmo sendo portador de anomalia psíquica.

E porque entre as relações sociais e as relações jurídicas há intrincados elos de ligação, torna-se premente uma breve clarificação das mesmas, pois sejamos ou não doentes espera-se que obedeçamos aos mesmos códigos, com muitas especificidades.

1.1. Relações sociais e relações jurídicas

A vida em sociedade é pautada por uma rede de relações sociais intersubjectivas complexas, isto é, em que estão envolvidos um conjunto de acções e interacções recíprocas entre os indivíduos que a compõem. A convivência social implica direitos e

deveres entre as pessoas, direitos e deveres de cada pessoa para com o grupo ou sociedade em que está inserido e, ainda, o próprio grupo ou sociedade é igualmente titular de direitos e deveres para com o cidadão.

Apenas em 1976 Portugal consagrou de forma plena os direitos e deveres do cidadão na *Constituição da República Portuguesa* (C.R.P.) e nas sucessivas revisões constitucionais de 1982, 1989, 1992 e 1997. Quanto aos direitos fundamentais define-se no Art. 16.º, ponto 2., que: «Os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*» (C.R.P., 1998). Relativamente aos Direitos, liberdades e garantias pessoais (Capítulo I do Título II da Parte I) a actual Constituição legisla sobre o direito à vida, à integridade física, à identidade pessoal, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e à reputação, à palavra e à reserva da intimidade da vida privada e familiar, à liberdade e à segurança, ao *habeas corpus* (recurso judicial por ter sofrido ou estar a ser ameaçado de violência ou coacção de liberdade) contra o abuso do poder em virtude de prisão ilegal, a garantias de processo criminal, à inviolabilidade do domicílio e da correspondência, à liberdade de expressão, de informação, de religião e de culto, entre outros (nas C.R.P. de 1976 a 1997, Artigos 24.º a 47, C. R. P., 1998). Os Capítulos II e III do Título II da Parte I tratam, respectivamente, dos Direitos, liberdades e garantias de participação política e dos Direitos, liberdades e garantias dos trabalhadores. O Título III da Parte I define os Direitos e deveres económicos, sociais e culturais.

À semelhança de outros países, também Portugal teve necessidade de readaptar, reformular os códigos existentes e, até mesmo, elaborar novos códigos, tendo sempre em conta a *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (aprovada pela *Assembleia Geral das Nações Unidas* em 10 de Dezembro de 1948) e os *Pactos, Resoluções* e outros documentos internacionais subsequentes. Assim, cabe também ao Direito pugnar pela protecção dos direitos fundamentais das pessoas consignados nessa Declaração.

Ora, a vida humana está sujeita quer a uma *ordem natural*, inerente aos diversos fenómenos da Natureza, quer ao *direito natural*, próprio da natureza dos seres humanos, que se refere a um direito ideal (conjunto de normas ideais, decorrentes da Lei Natural ou das normas jurídicas provenientes da vontade divina ou dos direitos subjectivos que todos deveriam disfrutar, como os Direitos do Homem). O direito natural é anterior e está acima dos direitos jurídicos positivos, servindo de modelo a estes. Por isso, as normas jurídicas vigentes estão subordinados ao direito natural e foram criadas para reconhecer e assegurar os direitos fundamentais (Machado, 1985; Chorão, 1994).

A vida humana, segundo estes autores, também obedece a uma *regulação social* que se traduz numa complexa rede normativa de ordem moral, religiosa, de trato social e jurídica. A *ordem moral* relaciona-se com o bem ou mal, o certo ou errado; aplica-se ao indivíduo (normas de conduta) e não à organização social em que está inserido; apela à consciência do mesmo, pois, caso contrário, será sancionado com má reputação e com reprovação da sua formação moral. A *ordem religiosa* refere-se às condutas relativamente a Deus ou a Divindade, tendo por base os dogmas e a fé; dirige-se também ao indivíduo, cuja falta implicará numa sanção ou benefício que só será obtido após a morte. A *ordem de trato social* diz respeito ao conjunto de regras que permitem uma melhor convivência entre indivíduos de um dado grupo social (como as ordens de profissionais com normas deontológicas), sendo que os que não cumpram essas normas sujeitam-se à reprovação social desse meio, pela inconveniência do seu comportamento, o que poderá implicar no seu afastamento ou na sua segregação. No que concerne à *ordem jurídica*, trata-se de um conjunto de normas jurídicas que regulam a vida em sociedade nos seus aspectos mais relevantes, ou seja, no respeito pelos seus valores, normas e interesses. Refere-se à regulação da ordem social através do Direito (Constitucional, Civil, Penal e outros).

Ao contrário das restantes ordens normativas a ordem jurídica recorre à medida de coacção (que faz parte do sistema – ordenamento – jurídico), que tanto pode ser física como psíquica, para que, nas palavras de Machado (1985, p. 31), «force ao respeito e

puna a violação da ordem», como forma de garantir e impor o cumprimento das normas. O Direito, assim, engloba diversos componentes da realidade jurídica (relações sociais, normas jurídicas...), sendo a ordem jurídica a articulação desses componentes num determinado período histórico de uma sociedade, que revela um conceito de justiça nele aceite e por isso consensual e premente (Machado, 1985; Chorão, 1994).

A prevenção e a resolução de conflitos sociais exigem regras que garantam a ordem e a convivência pacífica entre as pessoas. Para os referidos autores, compete ao Direito, como regulador da ordem social, seguir alguns critérios como os de: *justiça* (relativo às relações estabelecidas entre o Estado e os cidadãos), *equidade* (pretende suavizar o rigor cego da aplicação da lei e, assim, humanizar o Direito, por isso, o juiz pode fazer uma ponderação pessoal, com recurso à interpretação e integração de lacunas da lei, para cada caso), *segurança jurídica* (reporta-se à garantia da estabilidade das relações sociais, sendo que novas leis não podem ser aplicadas a casos passados, mas sim a casos ocorridos após a sua publicação) e *certeza jurídica* (remete para a acessibilidade das normas jurídicas aos cidadãos, na forma escrita, com rigor e objectividade, quer no *Diário da República* quer na publicação dos diferentes códigos de leis – civil, penal...).

Quanto ao Direito Penal a certeza jurídica assume grande importância, pois através dela definem-se as condutas consideradas crimes e as consequências da prática dos mesmos (aplicação de multas, penas, medidas de segurança...): «*nullum crimen sine lege, nulla poena sine lege*» («não há crime sem lei, não há pena sem lei»), princípio da legalidade que garante a certeza jurídica, como se pode constatar pelo estabelecido quer na actual C.R.P. (Art. 29.º e 30.º) quer no C.P. (Art. 1.º e 2.º).

Para Machado (1985) e Chorão (1994), o princípio da justiça ocupa um lugar cimeiro quer no campo do Direito, quer na vida social como um todo, pois remete para o valor ideal, de acordo com a evolução das sociedades, que os sistemas jurídicos se preocupam em alcançar e integrar nos seus ordenamentos.

Ora, é através da ordem jurídica que são atribuídos aos seres humanos (sujeitos do direito) direitos e deveres ou obrigações jurídicos, que os torna titulares de uma personalidade jurídica. Segundo a lei vigente (Art. 66.º e 68.º do *Código Civil* – C.P. –, 1999), a personalidade jurídica, para qualquer indivíduo, adquire-se com o nascimento e perdura até à morte, implicando um conjunto de direitos necessários ao desenvolvimento dessa personalidade e que incidem sobre aspectos de relevo para a vida humana, tais como os que estão consagrados na C.R.P., atrás referidos.

Qualquer pessoa com personalidade jurídica tem capacidade de exercício de direitos e capacidade de gozo dos mesmos, actua por *motu proprio* ou delega em outra, por ela escolhida, essa capacidade (representante ou procurador). Em Portugal é reconhecida por lei a «plena capacidade de exercício de direitos» quer àqueles que forem maiores de 18 anos que, com esta idade, passam a ficar «habilitados a reger a sua pessoa e a dispor dos seus bens» (C.C., 1999, Art. 130.º), quer aos menores emancipados pelo casamento (Art. 132.º), que sejam menores de 18 anos e maiores de 16 e aos quais foi dada autorização para o matrimónio (Art. 1612.º).

1.2. Indivíduos sujeitos a interdição ou a inabilitação

O exercício de direitos e obrigações nem sempre tem lugar de forma directa, necessita de recurso a uma pessoa com consentimento do indivíduo, como atrás se referiu, ou designada através de representação legal. Estes últimos são aqueles que possuem capacidade jurídica ou capacidade de gozo de direitos e obrigações mas que não possuem capacidade para o exercício dos mesmos, ou seja, falta-lhes a idoneidade para a práticas de actos jurídicos, como os menores de idade (C.C., 1999, Artigos 122.º a 129.º), os interditos (C.C., 1999, Artigos 138.º a 151.º), os inabilitados (C.C., 1999, Artigos 152.º a 156.º) e os incapacitados por acidente (C.C., 1999, Artigo 257.º).

Para este trabalho, importa destacar apenas os indivíduos sujeitos a interdições ou a inabilitações. No Decreto-Lei n.º 47 334, de 25 de Novembro de 1966, pelo qual foi aprovado o actual *Código Civil* (1999) definiu-se quanto às «Interdições» o seguinte:

Os dementes, surdos-mudos e pródigos que tenham sido total ou parcialmente interditos do exercício de direitos, ou venham a sê-lo em acções pendentes, mantêm o grau de incapacidade que lhes tiver sido ou vier a ser fixado na sentença ou que resultar da lei anterior. (Art. 7.º)

O C.C. no que respeita às «Pessoas sujeitas a interdição» estabelece o seguinte:

1 – Podem ser interditos dos seus direitos todos aqueles que por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira se mostrem incapazes de governar suas pessoas ou bens.

2 – As interdições são aplicáveis a maiores; mas podem ser requeridas e decretadas dentro de um ano anterior à maioridade para produzirem os seus efeitos a partir do dia em que o menor se torne maior. (Art. 138.º)

A respeito da «Capacidade do interdito e regime da interdição», equipara o interdito ao menor «sendo-lhe aplicáveis, com as necessárias adaptações, as disposições que regulam a incapacidade por menoridade e fixam meios de suprir o poder paternal» (Art. 139.º). No que refere ao «Levantamento da interdição», estabelece que «cessando a causa que determinou a interdição, pode esta ser levantada a requerimento do próprio interdito ou das pessoas mencionadas no n.º 1 do artigo 141.º» (Art. 151.º), que define quem tem legitimidade para requerer a interdição – cônjuge, tutor, curador, «qualquer parente sucessível ou pelo Ministério Público» (Art. 141.º, ponto 1.).

No que se refere às «Pessoas sujeitas a inabilitação» o C.C. define o seguinte:

Podem ser inabilitados os indivíduos cuja anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, embora de carácter permanente, não seja de tal modo grave que justifique a sua interdição, assim como aqueles que, pela sua habitual prodigalidade [tendência habitual para a prática de actos

patrimoniais ruinosos, aventureiros ou de má administração] ou pelo uso de bebidas alcoólicas ou de estupefacientes, se mostrem incapazes de reger convenientemente o seu património. (Art. 152.º)

Quanto ao «Levantamento da inabilidade» também consta do C.C. o seguinte:

Quando a inabilitação tiver por causa a prodigalidade ou o abuso de bebidas alcoólicas ou de estupefacientes, o seu levantamento não será deferido antes que decorram cinco anos sobre o trânsito em julgado da sentença que a decretou ou da decisão que haja desatendido um pedido anterior. (Art. 155.º)

Ainda, o C.C. determina que a «Suspensão da prescrição» relativa aos interditos e aos inabilitados equipara-se à dos menores quando estes «não tenham capacidade para exercer o seu direito , com a diferença de que a incapacidade se considera finda, caso não tenha cessado antes, passados três anos sobre o termo do prazo que seria aplicável se a suspensão se não houvesse verificado» (Art. 320.º, ponto 3.).

1.3. Breve referência aos conceitos de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, perigosidade e medidas de segurança

Portanto, a qualquer sujeito, que é também uma pessoa jurídica (ou seja, aquela cuja norma jurídica se lhe dirige, conferindo-lhe direitos ou impondo-lhe deveres), poderá faltar a capacidade de exercício de direitos caso não possua ou perca alguma(s) da(s) faculdade(s) atrás referidas, como é o caso dos inimputáveis.

Urge agora definir inimputabilidade. Porém, este conceito implica a existência do seu contrário, imputabilidade, que se traduz na atribuição de culpa a um indivíduo por prática de determinado(s) acto(s) avaliado(s), por quem de direito, como proibido(s) e com carga de intencionalidade. Por isso, o imputável é responsável pelo(s) acto(s)

praticado(s) e é capaz de responder pelo(s) mesmo(s). O actual C.C., embora defina o que deve ser considerado imputabilidade, fá-lo pela negativa:

1 – Não responde pelas consequências do facto danoso quem, no momento em que o facto ocorreu, estava, por qualquer causa, incapacitado de entender ou querer, salvo se o agente se colocou culposamente nesse estado, sendo este transitório.

2 – Presume-se a falta de imputabilidade nos menores de sete anos e nos interditos por anomalia psíquica. (Art. 488.º).

Quanto ao conceito de inimputável, aplica-se ao indivíduo cuja responsabilidade do delito cometido está alterada, pois o que o levou à sua prática pode ter sido determinado por impulsos decorrentes da sua personalidade, do seu estado de doença, por interferências do meio social ou por associação de ambos os factores. Assim, dependendo do caso, a sua imputabilidade poderá estar diminuída ou eliminada.

A definição de inimputável é de ordem jurídico-legal, por isso, é também objecto de legislação no *Código Penal* (C.P.), aprovado pelo Dec.-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, «que permanece válido na sua essência», segundo o que consta no Dec.-Lei n.º 48/95 (em Rocha e Cruz, 1998, p. 13) que constitui o documento de revisão e aprovação do C.P. actual (Rocha e Cruz, 1998). Porém, de acordo com Monteiro (1997), cabe apenas ao juiz interpretar e decidir sobre a inimputabilidade, bem como da perigosidade do agente para a aplicação ou não de uma medida de segurança.

A inimputabilidade, segundo o C.P., é atribuída ao indivíduo «em razão da idade», quando menor de 16 anos (Art. 19.º), e «em razão de anomalia psíquica», quando se enquadra no disposto no Art. 20.º, do *Código Penal* (Rocha e Cruz, 1998), que abaixo se transcreve na íntegra, por encerrar a definição de inimputável, objecto deste ponto:

1 – É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

2 – Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não accidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.

3 – A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.

4 – A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto. (Art. 20.º)

Se os sujeitos são considerados perigosos e inimputáveis e como atrás se referiu, por definição, incapazes de culpa pelos seus crimes, em vez de estarem sujeitos a penas são-lhe aplicadas sanções criminais específicas designadas «medidas de segurança». No entanto, esta dedução não é tão linear como aparenta ser. De facto, concorda-se com Almeida (1999, p. 522) quando tece algumas considerações acerca da redacção deste artigo e da ambiguidade e abrangência a que se presta, permitindo «argumentação jurídica em situação que adjectivaríamos de “inconcebíveis”», pois presta-se a que a defesa do criminoso se possa organizar à volta das alíneas 1) e 2), pondo em causa a avaliação do perito, para tentar justificar a inimputabilidade do indivíduo, quando o mesmo não apresenta «qualquer quadro psicótico ou outro que justificasse “vestígios de” inimputabilidade!». Considera ainda que neste conceito a alínea 3) peca pelo critério de «incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas» (C.P.) para atribuição de inimputabilidade, pois esta incapacidade «pode ser inerente, ou não, ao sujeito a quem vai ser atribuída a inimputabilidade» (Almeida, 1999, p. 523). Outro aspecto relevante referido por este autor, é que o C.P. não explicita as situações em que a imputabilidade deveria ser atenuada em consequência de anomalia psíquica (quando não merecessem a atribuição de inimputabilidade), ou seja, quando a prática de um crime ocorreu em «circunstâncias psicopatológicas que afectavam inquestionavelmente o criminoso» (Almeida, 1999, p. 523).

De facto, no actual C.P. não existe qualquer artigo que contenha o conceito de imputabilidade diminuída para indivíduos portadores de anomalia psíquica. Embora o Artigo 72.º explicita «Atenuação especial da pena», não é claro quanto à situação de um indivíduo ter agido sob efeito de perturbação mental. Assim, caso os peritos não o pudessem considerar inimputável poderia acontecer que merecesse uma atenuação especial da pena, pois aquando da prática do crime, «alterou, sem abolir, a capacidade de (...) avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação» (Almeida, 1999, p. 525).

Esta não clarificação destes conceitos legais – inimputabilidade e imputabilidade atenuada – pode suscitar dúvidas por parte dos peritos, que segundo Almeida (1999) acabam por optar muitas vezes pela inimputabilidade. Por sua vez, os juízes podem também manifestar dúvidas quanto à avaliação feita por um perito e pedir uma reavaliação. Porém, se o perito considerou uma imputabilidade atenuada, devido à anomalia psíquica do indivíduo, os juizes poderão, segundo Almeida (1999, p. 525) aplicar «penas desajustadas e que nos parecem injustificadas», talvez porque eventualmente pouco sensibilizados para esta questão.

Continuando a percorrer a legislação constante do C.P., no que se refere à medida de segurança, esta só «pode ser aplicada a estados de perigosidade cujos pressupostos estejam fixados em lei anterior ao seu preenchimento» (C.P., Art. 1.º, ponto 2.) e caso seja «proporcional à gravidade do facto e à perigosidade do agente» (Art. 40.º, 3.), podendo o internamento ser prorrogado, por sucessivos períodos de dois anos, por decisão judicial, caso se mantenha a perigosidade (Art. 92.º).

A noção de perigosidade criminal tem sido objecto de vários estudos desde há longa data e tem variado ao longo do tempo de acordo com os pressupostos defendidos por diferentes autores, como se constata por exemplo em Monteiro (1997) e Morgado Pereira (artigo «Perigosidade», em Taborda, 1997). No entanto, o conceito criminal actual de perigosidade assenta na probabilidade ou num fundado receio de que o autor

de um facto-crime possa vir a praticar ou repetir condutas típicas e ilícitas do mesmo género (Monteiro, 1997; Figueiredo Dias, 1993; C.P. no Art. 91.º, ponto 1.)

A aplicação de medida de segurança pressupõe então a prática de um crime que a antecede «ou de facto que seria crime não fora a inimputabilidade do agente», bem como a perigosidade do mesmo (Monteiro, 1997, p. 82) e não pode ser aplicada de forma administrativa, como se pode constatar pelo estabelecido na actual C.R.P.:

2. Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser na consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.

3. Exceptua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes: (...)

h) Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente. (Art. 27.º)

Assim, a medida de segurança só se aplica ao agente do crime, tendo em conta a sua «perigosidade indiciada pela prática do crime», pois supõe-se que houve ausência de culpa por parte do mesmo na prática do crime (Antunes, 2002, p. 95). Ora, se a aplicação de uma medida de segurança pressupõe um juízo de prognose, emitido pelo tribunal, assente na perigosidade criminal do indivíduo, constitui uma tarefa considerada como «das mais difíceis e delicadas de todo o âmbito político-criminal, sendo que por isso tem a ver com a questão tão problemática como é a previsibilidade e determinabilidade do comportamento humano», nas palavras de Figueiredo Dias (1993, p. 443).

Aquando da prática de um crime o indivíduo poderá ser objecto de «Perícia médico-legal e psiquiátrica» (Art. 159, do *Código de Processo Penal* – C.P.P.) e/ou «Perícia sobre a personalidade» (Art. 160.º, C.P.P.), caso seja pedida pelo Tribunal a técnicos especializados. Normalmente este pedido é bem delimitado e circunscrito a

um pormenor técnico preciso: imputabilidade; perigosidade; capacidade profissional; capacidade de custódia paternal; capacidade de reger pessoas e bens; estado psíquico da vítima que sofreu ofensas corporais e/ou sexuais; capacidade ou da fiabilidade de uma testemunha (Feldman, 1989). Assim, o parecer técnico assentará exclusivamente na avaliação do que foi pedido pelo Tribunal.

Para determinar uma medida de segurança, como se referiu, reveste-se de grande importância as perícias criminológica, psiquiátrica e psicológica, sendo que estas últimas são solicitadas «quando se torne imprescindível a análise da personalidade do agente» (Figueiredo Dias, 1993, p. 445). Mas, segundo Monteiro (1997), caso o juiz entenda, ele mesmo poderá fazer uma análise do caso baseando-se na sua intuição e experiência (prognose intuitiva), em vez de recorrer à avaliação de clínicos especializados para ter uma prognose clínica ou, então, recorrer a ambas. Assim, quando recorre à perícia o juiz fica na expectativa de uma «resposta inequívoca, de uma orientação ou de um aval científico que dissipe as dúvidas do julgador ou lhe forneça o conforto de ver confirmado (por alguém cuja isenção se não questiona) aquele que era já o seu projecto de decisão» (Monteiro, 1997). Porém, isto não acontece pois não há doença(s) mas sim doente(s). Mesmo que com um diagnóstico (pré)estabelecido nada garante, ao técnico que o atribui, que o prognóstico seja unidireccional, pois se na área da saúde em geral já a excepção é tão válida como a regra, no campo da saúde mental considera-se que este preceito é ainda mais acentuado, pois não há certezas quando se fala de desenvolvimento de processos mentais.

O conceito clínico de doença, e particularmente o de doença mental, não coincide com o civil, o fiduciário e o penal. O clínico, partirá do princípio de que se o indivíduo for submetido a tratamento, que pode incluir medidas terapêuticas diversas, como medicamentos, psicoterapia, internamento psiquiátrico, terapia ocupacional e/ou outras, passará a andar compensado e, se der continuidade às prescrições clínicas, espera que seja nula ou muito reduzida a prática de novos crimes ou crimes do mesmo tipo. A óptica do direito civil, preocupa-se com as competências sociais e profissionais, a

maioridade, as capacidade de negociar, gerir os bens e tratar de assuntos do interesse do próprio indivíduo (Scharfetter, 1997). Ao direito fiduciário, para este autor, interessam questões relativas a (in)validez, pensões, e outras. Ao direito penal, segundo Monteiro (1997, p. 101), «“não lhe interessa” que aquele indivíduo precise ou não de ser tratado», está mais preocupado em decidir sobre a sua perigosidade para estabelecer a medida de segurança. No entanto, esta autora defende que «o perito (...) há-de adaptar-se às peculiaridades da tarefa que exerce: compreender que a perícia não é um acto médico e que a perigosidade criminal não pode ser definida como “tratamento psiquiátrico justificado”», o que no entender da autora deste trabalho esta questão de tão problemática que é, só por si poderia ser objecto de reflexão para um trabalho futuro.

No entanto, concorda-se com Santos-Costa e Morgado Pereira (artigo «Intervenção terapêutica em psiquiatria forense *versus* medidas de segurança», em Taborda, 1997, p. 162) quando defendem o seguinte: «Ao lermos e ao ouvirmos alguns juristas, apercebemo-nos que muitas vezes o entendimento do que é a Psiquiatria se aproxima mais daquilo que era (Psiquiatria clássica), referenciando os autores mais antigos, favorecedores de concepções deterministas, constitucionalistas e causalistas». No entanto, estes psiquiatras reconhecem que o Direito tem feito actualmente progressos em «questões ligadas à ressocialização e salvaguarda dos direitos dos doentes, judicialmente considerados perigosos e sujeitos a medidas de segurança» (Taborda, 1997, p. 162). Ainda para Santos-Costa e Morgado Pereira, os juristas perpetuam a formulação das suas questões colocadas aos médicos e, acrescenta-se a outros técnicos, bem como estes continuam a dar as mesmas respostas, sendo que, na opinião deles, «as próprias perguntas (e respostas) (...) devem ser outras e independentemente de quem as faz em primeiro lugar» (Taborda, 1997, p. 164).

Quando o indivíduo é considerado inimputável está previsto no C.P. que o Tribunal o pode mandar internar, de acordo com o estabelecido no Capítulo VI, Secção I, particularmente nos Artigos 91.º e 92.º:

Art. 91.º – Pressupostos e duração mínima

1 – Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.

2 – Quando o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime contra as pessoas ou a crime de perigo comum puníveis com pena superior a 5 anos, o internamento tem a duração mínima de 3 anos, salvo se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social.

Art. 92.º – Cessação e prorrogação do internamento

1 – Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo anterior, o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem.

2 – O internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável.

3 – Se o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime punível com pena superior a 8 anos e o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe a libertação, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de 2 anos até se verificar a situação prevista no n.º 1. (p. 60)

Porém, o inimputável poderá usufruir de «liberdade para prova», após a revisão (Art. 93.º, C.P.), se o tribunal entender «que há razões para esperar que a finalidade da medida possa ser alcançada em meio aberto» num limite mínimo de 2 anos e máximo de 5 anos, «não podendo ultrapassar, todavia, o tempo que faltar para o limite máximo de duração do internamento» (Art. 94.º). Acrescenta-se ainda que as medidas de segurança prescrevem no prazo de 15 anos, de acordo com o estabelecido no Art. 124.º).

Segundo o C.P., a aplicação quer de penas quer de medidas de segurança têm como finalidade «a protecção de bens jurídicos e a reintegração do agente na sociedade» (C.P., Art. 40.º, ponto 1.). No entanto, na situação de recluso, o indivíduo será confrontado com os valores e as normas do «novo» espaço sócio-cultural da instituição que o irá receber. Levará consigo a experiência de vida aprendida no seu meio sócio-cultural e passará a ser actor e agente dentro desse novo espaço que, por sua vez, possui uma cultura própria. Por outro lado, muitos deles irão pela primeira vez estar sujeitos a esse regime. Na situação de inimputável, o mesmo se passa, mas com a agravante de que a institucionalização não contribuirá para a reintegração do indivíduo no seu meio.

Merece ainda nota a questão da «Indemnização por pessoa não imputável». Para este caso o C.C. prevê que «por motivo de equidade» a pessoa deve ser condenada a reparar total ou parcialmente os danos, «desde que não seja possível obter a devida reparação das pessoas a quem incumbe a sua vigilância», sendo que a indemnização terá em conta «não privar a pessoa não imputável dos alimentos necessários, conforme o seu estado e condição, nem dos meios indispensáveis para cumprir os seus deveres legais de alimentos» (Art. 489.º). Esta medida, no entender da autora deste trabalho, reveste-se de grande importância pois salvaguarda alguns direitos fundamentais do doente mental.

1.4. Algumas questões acerca da doença mental, crime e (in)imputabilidade

Definir doença mental, como se referiu, não foi e continua a não ser tarefa fácil, pois se este conceito não é consensual, muito menos é universal. De facto, na primeira parte deste trabalho fez-se uma abordagem à noção de saúde/doença mental, à variação do seu conceito de época para época, de sociedade para sociedade, de Estado para Estado, conforme os conhecimentos, as normas, as tradições, as crenças, os hábitos...

Os comportamentos sociais fora da norma foram explicados por Morel no século XIX, à luz da teoria da “degenerescência” (ver p. 119). Nesta incluíam-se os que possuíam perturbações hereditárias ou congénitas que podiam ser de ordem mental, física ou moral (Sournia, 1995). Cesare Lombroso (1836-1900) baseou-se na teoria de Morel para fundar a disciplina “criminologia”. Lombroso defendia «a ideia de que o criminoso apresentava frequentemente aspectos físicos característicos da sua delinquência e tendências para o crime hereditárias e incorrigíveis» (Sournia, 1995, p. 278). Assim, Lombroso deu o seu contributo para uma nova visão da justiça, muito útil à ordem moral e social europeias da época. Porém, seria Mateo Orfila (1787-1853), nomeado em Paris como «perito em processos criminais ressonantes», que contribuiu para a criação da medicina legal (Sournia, 1995, p. 278).

Retornando um pouco atrás, no rol das dificuldades em definir o conceito de doenças mentais, acresce o facto de as mesmas não serem anatómicas, mas relacionadas a vivências e a estados anómalos.

Quanto às *vivências*, estão relacionadas com as realidades experienciadas, vividas, no meio em que o indivíduo esteve e/ou está inserido e no qual se desenvolveu. Muito haveria a dizer sobre esta matéria, pois vários foram os autores (psicólogos, psiquiatras, sociólogos...) que se debruçaram sobre a questão do desenvolvimento do indivíduo em termos pessoais e sociais, mas por não ser objecto deste trabalho apenas se fará uma abordagem superficial. A autora deste trabalho considera, porém, que desenvolvimento implica um crescimento não só interior mas também nas interacções múltiplas que o indivíduo estabelece com o outro, sendo o outro pessoas, animais, plantas, objectos... Neste processo o indivíduo será confrontado com diversas e complexas dificuldades, que só conseguirá ultrapassar ou resolver de forma adequada se o meio onde vive não lhe for hostil e lhe proporcione experiências que lhe permitam viver e crescer (em termos emocionais, intelectuais, cognitivos...), com limites claros, coerentes, definidos e adequados, com vista a tornar-se um ser autónomo, confiante e responsável, capaz de

relativizar as coisas, de respeitar o outro na sua diversidade, de se sentir integrado e respeitado...

No entanto, muitos são os que vivem e se desenvolvem em meios degradantes (familiar e/ou social), com “muitos ingredientes” reforçadores de agressividade, com experiências de maus tratos de diversa índole; com sentimentos e vivências efectivas de grande solidão; com ausência de amigos íntimos e/ou de pessoas com quem dialogar; em meios em que muitas vezes a verdade e a mentira estão constantemente a ser confundidas, em que são frequentes o abuso de consumo de álcool e de drogas, em que a anomia social impera, em que o desenraizamento social prevalece...

De entre estes há aqueles que além disto, se desenvolveram ou se desenvolvem em famílias cujos pais ou um dos pais é portador de doença mental, o qual mesmo não tendo necessitado de internamento(s) funciona(m) de modo emocionalmente perturbador; mas, se tendo internamentos cíclicos, além disto, provocaram sucessivos sentimentos de perda e de abandono nos filhos.

De todos estes indivíduos, que compõem a sociedade, muitos transformaram-se em vítimas e/ou, também, vitimaram alguém e experimentaram ou encontram-se em regime de reclusão ou a cumprir «medidas de segurança e de tratamento».

E é a violência dos sujeitos que, muitas vezes, está aqui em causa. Eduardo Sá (1999, p. 107), a propósito de questões ligadas à educação no ambiente familiar, defende que «a violência é agressividade exacerbada e incontida que destrói compulsivamente as ligações entre as pessoas mais do que lhes apela» e «em lugar de esperança, emana desespero e a sua compulsão é, sobretudo, uma forma de quem a pratica não enlouquecer (no fundo, porque destrói nos outros aquilo que sente que o persegue por dentro)». Ao entrar na doença, em especial na doença mental, dá-se um corte no desenvolvimento do indivíduo e este poderá consumir actos que fogem à razão do dito “indivíduo normal” e que poderão ser ilícitos, como no caso dos doentes esquizofrénicos que fazem parte da amostra deste estudo.

Relativamente aos *estados*, remetem para os estados de humor (aspectos depressivos ou expansivos, irritabilidade, temor, irrealidade, preocupação, inquietude, estranheza, constância do humor, dissonância ou não entre o estado de humor e aquilo que o indivíduo diz), os estados de consciência (lucidez, orientação espaço-temporal) e os estados de memória (fixação, evocação, lacunas mnésicas, alterações funcionais da memória). No entanto, a alteração destes estados varia de acordo com a intensidade, a duração e a própria evolução da doença mental que, por sua vez, dependem não só da causa que os provoca, como da personalidade do indivíduo, do seu biótipo e do seu nível de estabilidade emocional. É de referir, porém, que uma mesma causa pode provocar efeitos diversos tanto em indivíduos diferentes, como num mesmo indivíduo em momentos distintos, assim como um determinado tipo de sintomatologia de ordem psíquica pode ser provocado por causas de natureza diversa. Concorde-se, então, com Barahona Fernandes (1998, p. 129) quando afirma «que são os loucos aqueles cujo pensar e sentir nos parecem estranhos, e cujos actos reputamos desacertados», mas «acaba-se por perder a verdadeira noção das coisas e não se saber ao certo onde começam as fronteiras reais da anormalidade do espírito».

De facto, aqueles que cometem crimes por vezes compelidos por fortes motivos, que momentaneamente os puseram fora de si próprios, na opinião da autora deste trabalho, não podem nem devem simplesmente serem catalogados de “loucos”, pois isso incorreria numa estigmatização *ad aeternum*. Aos que cometem um crime por falta de senso moral, segundo Barahona Fernandes (1998, p. 129), às vezes há a tentativa de os desculpabilizar «e fazê-los passar pelas malhas da justiça, a coberto da sua “loucura”».

A propósito desta questão, como foi referido na primeira parte desta dissertação, aqueles que fugiram ou fogem à norma no avanço de conhecimentos ligados à ciência, à técnica ou à arte foram e são, por vezes, acusados de “loucos”, sendo que em alguns períodos históricos, caso não se retractassem, eram condenados, e, actualmente, são fortemente contestados e/ou acusados de falta de ética (o que de acordo com os conhecimentos actuais não deixa de ser verdade), e podem igualmente ser sancionados.

Para Barahona Fernandes (1998, p. 129), existem, ainda, aqueles a quem é atribuído «um rótulo elástico, pois, de significado ambíguo e ambivalente, que deixa de exprimir, simplesmente, a doença mental ou a anormalidade do alvejado, para servir como insulto ou labéu e também, conforme as conveniências, de beneplácito e passa-culpas». Entende, também este autor, e concorda-se com ele, que se pode chamar de loucos a todos aqueles que de uma forma ou de outra se encontram presos no seu mundo de insanidade, dos desvios da vida psíquica, como os doentes mentais. Acrescenta ainda, que na sabedoria popular, chamam-se loucos, «não se sabe bem se apenas por ironia, se meio a sério», por de algum modo ser visível alguma «insanidade» nos indivíduos, a tantos outros que caminham «nos vícios, [nos] desmandos e [nos] desequilíbrios, mais marcados, dos homens com que lidamos e vivemos todos os dias».

No entanto, estas questões assentes em apreciações mais ou menos normativas da sociedade (embora variem de sociedade para sociedade) não podem imiscuir-se em vários domínios, entre os quais na clínica e na jurisprudência, pois erroneamente iriam interferir na avaliação do indivíduo quanto à sua culpabilidade ou isenção da mesma, à sua responsabilidade e aplicação de penas pelos seus actos ilícitos praticados ou à ausência de responsabilidade dos mesmos e aplicação de medidas de segurança.

À luz da psiquiatria actual, segundo Barahona Fernandes (1998), “loucura” ou doença mental distingue-se formalmente da psicopatia, ajudando a pôr um pouco de ordem e clareza nas questões atrás levantadas. Na doença mental o ciclo desenvolvimental do indivíduo é a dado momento cortado e interrompido, pela introdução de novos elementos na sua mente, estranhos quer à sua realidade anterior quer à maioria das pessoas, como acentuado medo, ideias obsessivas, alucinações, delírio(s).... Na psicopatia a ocorrência do comportamento anormal surge desde tenra idade ou na adolescência, no entanto, só se considera aqui como psicopata aquele que causa danos e/ou faz com que outras pessoas sofram devido à sua anomalia. Concorde-se com Barahona Fernandes (1998, pp. 130 e 131) quando defende o seguinte:

«A psicopatia representa (...) ela própria a evolução do indivíduo, é uma forma de ser de uma personalidade já aberrante desde a nascença, um vício de formação psíquica, que se vai desenvolvendo e manifestando, conforme os sucessos da vida. As psicopatias são pois variações da constituição individual, desvios excessivos dos afectos, dos instintos e da vontade, formas anómalas de se comportar e de reagir ante a situações e que, pela sua natureza, não diferem, essencialmente, daquelas que vemos em certo número de indivíduos, que ainda não podemos considerar como anormais».

Isto quer dizer que a atribuição do rótulo de psicopata a um indivíduo irá depender da intensidade e da quantidade dos seus vários comportamentos (tais como, mente muito, é instável, «in corrigível», «ineducável», furta, rouba, faz trapações, falsificações, não se fixa num emprego, é preso várias vezes) e do grau de vários aspectos do temperamento e do carácter, entre os quais «parece habilidoso e desembaraçado, procura justificar-se, fantasia desculpas, promete emendar-se, mas volta a reincidir» (Barahona Fernandes, 1998, p. 130). Para este autor, não é lícito chamar-se de loucos a psicopatas, como «os fanáticos, os exaltados, os excitados, os impulsivos, os instáveis, os abúlicos, os amorais, os desconfiados, os sensitivos e tantos outros tipos de psicopatas», pois só apresentam ligeiros desvios relativamente aos considerados «equilibrados e harmónicos» (p. 131).

Na área da psiquiatria várias doenças conferem ao indivíduo o estatuto de inimputável. Entre elas contam-se a Esquizofrenia (que será objecto de tratamento no ponto 2., a seguir) e outras psicoses, a epilepsia, a debilidade mental, a organicidade cerebral, a neurose.

Segundo Almeida (1999), a epilepsia encontra-se associada, desde a Antiguidade, à prática de crimes violentos, nomeadamente homicídios, no entanto, refere que para Mário Simões e Dias Cordeiro (1986) e Pincus (1981) a prática de «agressões ou actos violentos» raramente ocorrem durante as crises, e que Almeida e Pinto da Costa (1992) «associaram o comportamento homicida às características de personalidade dos epilépticos, nomeadamente à impulsividade, à irritabilidade, hipersensibilidade,

labilidade emocional e dificuldade de suportar pequenas frustrações.» (p. 241). De facto, como é frequente dizer-se, o epiléptico primeiro reage e só depois pensa. Se a sua acção se desenvolve tendencialmente sem aflorar primeiro à consciência, o sistema neuro-muscular do indivíduo é accionado sem análise crítica, isto é, em curto-circuito. Portanto, a tomada de decisão-acção é feita de forma inconsciente. Também nos estados crepusculares em que o epiléptico está consciente, mas em que o processo de raciocínio e de análise se processam de forma lenta, o doente pode reagir e só depois ter a percepção de que o fez de modo errado. Neste último caso a sua responsabilidade é muito reduzida, embora ele reconheça que errou e que deve ser responsabilizado, no entanto, deve-se ter em conta que ele agiu antes de reflectir. Também ocorrem actos em curto-circuito em esquizofrénicos e maníacos.

Entre os indivíduos imaturos e com Debilidade Mental há uma prevalência de consumo de álcool e abuso de substâncias, sendo que os crimes que cometem, tipicamente de roubo seguido às vezes de outro crime mais violento e frequentemente de homicídio a estranhos, ocorrem muitas vezes quando se encontram intoxicados por essas substâncias (Almeida, 1999). Este autor acrescenta que estes indivíduos apresentam «maiores dificuldades de adaptação social e de lidar com o *stress* e a frustração, apresentando alguns problemas comportamentais desde criança» (p 149). Baseando-se em estudos efectuados por outros autores, Almeida (1999) refere ainda que os débeis mentais ligeiros são os mais propensos a cometer crimes de homicídio; os que apresentam um «atraso mental mais grave (...), sobretudo Q.I. entre 35 e 50, podem cometer homicídios pós-roubo e violação (mas não apenas por estes motivos), nomeadamente sobre menores e adultos indefesos» (p. 242), no entanto, entre as vítimas de violação é mais frequente encontrar-se oligofrénicos.

Alguns indivíduos que apresentam organicidade cerebral (tumor, demência, traumatismo crâneo-encefálico...) também se encontram entre aqueles que podem cometer crimes violentos. Em muitos quadros demenciais em que «a depressão, as

alucinações, a actividade deliróide ou delirante, a agitação, a irritabilidade e agressividade» (Almeida, 1999, p. 244) estão presentes o nível de agressividade do sujeito é maior. Os que apresentam traumatismo crâneo-encefálico, na sequência de queda, acidente de automóvel, pancadas recebidas dos pais e outras, podem ter «alteração do nível de reactividade emocional, com consequente predisposição ao comportamento violento» (Almeida, 1999, p. 100).

O que acontece na maior parte das vezes nas neuroses, o indivíduo mantém o contacto com a realidade, tem consciência, lucidez e é capaz de juízo crítico. O estado psíquico do indivíduo sofre alterações quantitativas, ou seja, por exemplo, perante uma situação geradora de receio o indivíduo manifesta um comportamento de medo mais intenso e com duração mais alargada do que no indivíduo normal, sendo que por vezes esse medo é injustificado. Este exemplo é válido para qualquer dos sintomas homólogos (que apenas diferem quantitativamente do estado normal), como tristeza, insegurança, depressão, ansiedade, obsessão e outros. Porém, por vezes na neurose os elevados níveis de ansiedade provocam um estreitamento da lucidez, do discernimento, o que se traduz numa diminuição de discriminação consciente e na exacerbação das emoções. Assim, como o seu estado normal está alterado o indivíduo pode agir sob certa limitação de consciência, mas este seu estado não lhe retira a responsabilidade da sua acção.

Assim, a personalidade neurótica é menos atingida do que a do psicótico, pois neste passa-se exactamente o contrário: há perda do contacto com a realidade, com maior ou menor grau, consoante a gravidade da doença; há alteração da consciência e simultaneamente da razão e do sentido crítico e aparecem sintomas heterólogos, ou seja que não existem no indivíduo normal, tais como, alucinações, delírios e outros.

Quanto às psicopatias, ou perturbações anti-sociais da personalidade, verifica-se uma alteração da própria personalidade que se pode manifestar nos comportamentos dos indivíduos quer em termos pessoais quer em termos sociais, desde tenra idade ou na adolescência, como atrás foi referido. As alterações de carácter expressas em comportamentos delinquentes, com tendências a comportamentos anti-sociais,

toxicodependências e outros são considerados psicopatias pois estes comportamentos traduzem-se em desvios à norma habitual da sociedade (Kendler, 1974; Allilaire, em Doron e Parot, 2001). Portanto, a psicopatia acaba por variar de sociedade para sociedade, sendo por esse motivo de difícil definição e suscita más interpretações, quer médico-legais quer terapêuticas. É frequente a recusa em ir ao médico por parte dos psicopatas, pois não raro é que estejam em ruptura com a família, com os grupos e com a sociedade. No entanto, é habitual recorrerem ao médico pessoas vítimas dos actos dos psicopatas, que, entre outros, pode ser o próprio pai ou filho. Porém, nem todos os que causam problemas têm alterações psicopatológicas.

Os psicopatas não apresentam uma capacidade de julgamento muito fina de acordo com os padrões sociais e, segundo Kendler (1974, p. 1078), «são imaturos, preocupam-se com as próprias necessidades e esquecem-se das dos outros e da sociedade (...), são incapazes de formar laços estreitos e calorosos com outras pessoas (...), [não apresentam] grande autodomínio ou capacidade de planear o futuro». Segundo este autor, ao contrário dos neuróticos, estes indivíduos apresentam poucos sinais de ansiedade e de medo.

Existem muitos psicopatas que nunca entram em conflito com a lei, pois embora não se diferenciem dos demais em termos de uma maior consciência (pois não a têm), conseguem ter mais cuidado e esperteza para evitar a prisão. Segundo Kendler (1974, p. 1079) entregam-se a práticas comerciais difíceis, a manipulações políticas, mentindo, intrujando e, geralmente, não tendo em conta os direitos e os interesses dos outros.

No entender da autora deste trabalho, felizmente que apesar de o C.P. definir inimputabilidade, não procedeu a uma enumeração de tipos de anomalias psíquicas que determinassem a inimputabilidade, mesmo que a título de exemplo, o que se compreende pois para tal, como se referiu atrás, é necessário ao julgador recorrer normalmente à avaliação clínica, sendo esta uma tarefa difícil. Como é sabido, o que acontece não se explica pela ordem da razão dos ditos «normais» mas pela ordem da razão do doente mental em causa, variando de indivíduo para indivíduo.

2. O caso particular de doentes diagnosticados de esquizofrénicos

A pertinência de uma abordagem mais alargada sobre o conceito de Esquizofrenia prende-se com o facto de, como foi referido, o objecto deste trabalho incidir sobre o estudo de uma população de doentes esquizofrénicos, que se encontram a cumprir medidas de segurança e de tratamento numa clínica de psiquiatria em regime prisional.

Nos doentes esquizofrénicos encontram-se seriamente comprometidas as funções cognitivas e afectivas, nas quais áreas muito importantes estão afectadas, como a linguagem, o pensamento, a percepção, a consciência do Eu, e outras. Estes défices constituem um entrave nas relações interpessoais, em especial quando os indivíduos se encontram na fase activa da doença, podendo, em alguns casos, ser um dos motores das práticas de crimes. Além disso, esses défices dificultam o processo de reabilitação/reinserção social dos doentes. Por isso, far-se-á também uma breve referência a esta problemática.

2.1. Evolução histórica do conceito de Esquizofrenia

Desde há longa data, como já foi abordado na Primeira Parte desta Dissertação, que as doenças constituíam fenómenos inexplicáveis, e, até mesmo actualmente não é pacífica a etiologia de algumas doenças, particularmente doenças mentais, como é o caso da Esquizofrenia.

As formas como tem sido descrita a “Esquizofrenia” é diversa, tendo sofrido influências, em cada período histórico, de acordo com os diferentes países e culturas, as suas crenças, os seus (des)conhecimentos... Muitas vezes foi e ainda é remetida à

possessão por espíritos ou pelo diabo, à acção de forças sobrenaturais ou deuses, daí o recurso à magia, à bruxaria e ao esconjuro, ao culto, à astrologia... para a sua interpretação e tratamento.

Até finais do século XIX encontram-se descrições de vários síndromas que se conheciam como doenças isoladas. Hipócrates (460?-377? a. C.), na Antiga Grécia, descreveu o *delirium* orgânico, a psicose pós-parto, a depressão...; S. Tomás de Aquino (1225-1274), na Idade Média, considerava que a doença mental era como um estado de perda da razão, ficando o homem «fora de si (*Amens*), delirante, violento e inacessível a uma relação humana (*furiosus*)». (Afonso, 2002, p. 20). E, assim, sem razão, como um animal, não podia aceder à alma espiritual (com sede na razão) e ao conhecimento de Deus. O auge das explicações sobrenaturais foi atingido nos séculos XV e XVI, período em que os doentes mentais eram considerados por uns como bruxos e, por outros como “possuídos pelo Demónio”. Assim, tanto eram admirados e respeitados, como perseguidos de forma impiedosa.

No século XVII, Thomas Willis (1621-1675), em 1667, explica a doença como sendo «uma forma de “estupidez adquirida”, já que atingia indivíduos jovens, mentalmente sãos e que, ao fim de algum tempo de evolução, acabavam por vir a manifestar sintomas demenciais» (Afonso, 2002, p. 20).

No “Século das Luzes” Philippe Pinel (1745-1826) libertaria os doentes dos hospícios de Bicêtre e de Salpêtrière. Considerava, tal como outros estudiosos da época, que os órgãos funcionavam como máquinas, «obedecendo a princípios mecânicos precisos, cuja desregulação é responsável pela doença» (Sournia, 1995, p. 230). Porém, já no século XIX, um seu seguidor, Jean-Esquirol (1772-1840), foi «o inspirador, em 1838, de uma lei, exemplar na Europa, que institui[u] a protecção jurídica dos alienados, até aí submetidos com demasiada frequência a internamentos excessivos e a tratamentos desumanos» (Sournia, 1995, p. 277). Pinel e Esquirol, em 1810, descreveram a «idiotia congénita e adquirida» (Cardoso, 2002, p. 113).

Augustin Morel (1809-1873), que também era ligado a este movimento “alienista”, além de se debruçar sobre os delírios emotivos, descreveu a “demência precoce”, em 1850 (segundo Sournia, 1995, p. 277) ou em 1860 (segundo Beauchesne, 1989, p. 35). A demência precoce viria a ser designada mais tarde por Esquizofrenia (Beauchesne, 1989; Sournia, 1995). Estes autores referem que Morel havia observado que esta doença atingia jovens, de forma aguda e concluiu que a doença sofria um processo evolutivo em que havia perda das capacidades mentais. Morel considerava isto como indicador de “degenerescência”, o que explicava os comportamentos sociais anormais. De facto, Morel definia degenerescência como sendo «um desvio em relação ao tipo humano normal, o qual é transmitido pela hereditariedade e se agrava pouco a pouco, até à extinção da família» (cit. por Beauchesne, 1989, p. 35), ou seja, a título de exemplo, «a um indivíduo instável seguiria-se outro muito instável, depois um psicótico e um alienado grave, para culminar na extinção da família». As causas da degenerescência eram várias: «tóxicas (ópio, haxixe, álcool, etc.), climáticas, ecológicas (cretinismo por falta de iodo, etc.), morais, sociais (conduta de vida desfavorável, miséria, etc.)» (Beauchesne, 1989, p. 35).

Ewal Hecker (1843-1909), deu um grande contributo, definindo hebefrenia, em 1871, como se se tratasse de uma doença. Defendia que esta surgia em jovens, que, com a evolução, apresentavam não só deterioração mental, mas também comportamentos regressivos (Afonso, 2002). Este autor refere que em 1874, Karl Kahlbaum (1828-1899) descreveu a catatonia igualmente como uma doença autónoma, mas em que os doentes apresentavam perturbações de dois tipos: motoras e comportamentais.

Emil Kraepelin (1856-1926) fez uma revisão destes últimos autores (Hecker e Kahlbaum). Por verificar que havia semelhanças nos quadros clínicos, transformou aqueles síndromas (hebefrenia e catatonia) em sintomas e considerou-os ao lado de outros, como «alucinações, ideias delirantes, estereotípias, alterações do afecto» (Gomes e outros, 1986, p. 228). Juntou então estes sintomas numa só entidade a que designou por

“demência precoce”, em 1893 (em Beauchesne, 1989, p. 64) ou em 1896 (em Cardoso, 2002, p. 113). Esta apresentava três formas clínicas – hebefrénica, catatónica e paranóide –, surgia nos adolescentes e evoluía para um processo demencial (Beauchesne, 1989, p. 64). Para Kraepelin «a doença era descrita como uma série de estados, com a característica comum da destruição das ligações internas da personalidade», o que interferia a nível emocional e volitivo (Afonso, 2002, p. 21). Beauchesne (1989, p. 64), acrescenta que Kraepelin considerava que a “demência precoce” podia apresentar-se, além destas formas, em outras «em que o critério evolutivo ocupou sempre amplo espaço», por isso, segundo Gomes e outros, 1986 (p. 228), era necessário um estudo longitudinal da doença, para o estabelecimento do diagnóstico». Porém, como as suas classificações «não assentavam em critérios etiológicos precisos», misturou síndromas referentes «ora a uma etiologia definida (psicoses tóxicas, psicoses infecciosas, loucura tireogénica, etc.), ora a síndromas clinicamente reconhecidos vinculados a uma afecção endógena (psicose maníaco-depressiva, demência precoce, estados psicopáticos ou loucuras de degenerescência)» (Beauchesne, 1989, p. 64).

Segundo J. A. Costa e Silva, «a grande revolução dos transtornos mentais» deu-se com Pinel nos finais do século XVIII e «coube a E. Kraepelin fazer a segunda revolução» nos finais do século XIX (em CID-10, 1993, p. ix).

Seria, no entanto, no início do século XX, mais precisamente em 1911, com Eugen Bleuler (1857-1939), que a designação “demência precoce” seria substituída por “Esquizofrenia”, nome pelo qual ainda hoje a doença é conhecida (Correia, 1992; Gomes e outros, 1986). Provavelmente não foi por acaso a escolha da palavra por Bleuler para a designação da doença. De facto, essa palavra deriva do grego e etimologicamente significa fenda ou cisão (*schizein*) do pensamento (*phrenós*) e Bleuler valorizava, segundo Gomes e outros (1986), particularmente a cisão da personalidade como característica da Esquizofrenia, em vez do prognóstico de haver ou não deterioração, como considerava Kraepelin. Estes autores referem ainda que Bleuler valorizava também a hierarquização

dos sintomas num estudo transversal para se chegar ao diagnóstico. Bleuler agrupou os sintomas em «primários ou básicos», que caracterizavam a doença e que englobavam «alterações do pensamento, alterações da afectividade, vivência subjectiva do Ego, alterações da vontade, alterações da acção», e em «secundários ou acessórios», que abarcavam «erros sensoriais, ideias delirantes, perturbações funcionais da memória, sintomas catatónicos, peculiaridades da linguagem falada e escrita» (Gomes e outros, 1986, p. 229; Correia, 1992). Bleuler defendia também que os sintomas surgiam e eram sustentados na sua forma e conteúdo pelos «complexos afectivos» (Beauchesne, 1989). Gomes e outros (1986) referem ainda que Bleuler identificou quatro tipos de Esquizofrenia: catatónica, hebefrénica, paranóide e simples.

Para Kurt Schneider (1887-1967), o diagnóstico das doenças era fundamental, baseava-se na descrição clínica e diferenciava-se em duas categorias de sintomas (os de primeira e os de segunda categoria ou ordem); o agrupamento das doenças assentava em quadros clínicos e não na sua evolução (Beauchesne, 1989). Schneider também enquadrou os sintomas da Esquizofrenia em dois grupos, mas diferentemente de Bleuler: os «sintomas de primeira categoria», considerados por ele como fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico, eram as «ideias delirantes, ideias de influência, percepção auditiva do pensamento (eco do pensamento), controlo do pensamento, roubo do pensamento, alucinações auditivas, alucinações somáticas»; os «sintomas de segunda categoria», considerados acessórios, consistiam em «outras formas de alucinações, perplexidade, perturbações do afecto (tipo depressivo ou eufórico), embotamento afectivo» (Gomes e outros, 1986, p. 229; Beauchesne, 1989, p. 69). Segundo este último autor, Schneider classificava as doenças de forma «puramente psicológica e sintomática»; para ele a origem das doenças era somática, mesmo não sendo reconhecida, embora a etiologia somática e a sintomática se enquadrassem em planos diferentes, daí a necessidade de se proceder a uma dupla classificação. Beauchesne (1989) acrescenta ainda que Bleuler e Schneider exerceram grande

influência nas recentes classificações das doenças mentais da terceira edição do DSMIII – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 3.^a edição. (Esta obra estava então em vigor, mas, como é óbvio, esta influência também se faz notar no actual DSM-IV-TR, como se poderá ver adiante.)

2.2. Classificação médica actual de Esquizofrenia

Para o estabelecimento do diagnóstico das perturbações mentais e em particular da Esquizofrenia existe actualmente a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas de Saúde Relacionados – 10.^a revisão, Capítulo V), desenvolvido pela OMS e publicado em 1992, e o DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.^a edição, Texto Revisto), da American Psychiatric Association, publicado em 2000. Mas este tipo de classificações foram e continuam a ser objecto de críticas pelo carácter rígido, rigoroso e categorial para estabelecimento dos diagnósticos, e, como é sabido, em saúde mental o diagnóstico vai além do que nelas se propõe.

A CID-10 (1993) apresenta «uma descrição dos aspectos clínicos principais e também de quaisquer outros aspectos associados importantes, mas menos específicos» da doença (p. 1). Refere que as «descrições e directrizes» diagnósticas não contêm implicações teóricas e não pretendem ser proposições completas acerca do estágio actual de conhecimento dos transtornos», mas constituem «um conjunto de sintomas e comentários sobre os quais houve uma concordância por parte de um grande número de conselheiros e consultores em muitos diferentes países como sendo uma base razoável para definir os limites de categorias na classificação dos transtornos mentais» (p. 2).

O DSM-IV-TR (2002) assenta num sistema multiaxial que «proporciona um formato conveniente para organização e comunicação da informação clínica, para

aprender a complexidade das situações clínicas e para a descrição da heterogeneidade dos indivíduos que se apresentam com o mesmo diagnóstico» e «promove a aplicação do modelo biopsicossocial em circunstâncias clínicas, pedagógicas e de investigação» (p. 27). Porém, este sistema multiaxial poderá não ser utilizado, por opção do clínico. Este manual «foi o resultado de treze grupos de trabalho», os quais contaram com «o envolvimento de muitos especialistas internacionais» para «assegurar que o DSM-IV tivesse à sua disposição o mais amplo conjunto de informações e que podia ser aplicado a qualquer cultura» (p. XXIII). No sentido de compatibilizar o sistema DSM-IV com a CID-10 foram realizadas «consultas» entre os elaboradores de ambos e outros, as quais «foram de uma enorme utilidade ao aumentar a congruência e reduzir as diferenças pouco significativas entre a terminologia dos dois sistemas» (p. XXIX).

2.2.1. Classificação da Esquizofrenia através da CID-10

A CID-10 (1993, p. 5) recorre à terminologia “transtornos” em vez de doença ou de enfermidade, pois «“transtorno” não é um termo exacto» e indica «a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais». No que se refere à Esquizofrenia (F20), apresenta um conjunto de sintomas, agrupados de (a) a (i), resumidos no Quadro 2. O “transtorno esquizofrénico” caracteriza-se «por distorções fundamentais» e específicos «do pensamento e da percepção e por afecto inadequado ou embotado» (p. 85). Os indivíduos mantêm «a consciência clara e a capacidade intelectual (...), embora certos défices cognitivos possam surgir no curso do tempo»; têm perturbadas «as funções mais básicas» que apelam ao «senso de individualidade, unicidade e de direcção de si mesmo»; sentem como conhecidos ou partilhados por outros «os pensamentos, sentimentos e actos mais íntimos», podendo «desenvolver-se delírios explicativos, a ponto de que forças naturais ou sobrenaturais trabalham de

QUADRO 2 – Sintomas importantes para o diagnóstico de Esquizofrenia e que frequentemente ocorrem juntos (com base na CID-10, 1993, pp. 85 a 87)

GRUPOS	DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS	OBSERVAÇÕES
(a)	*«eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento».	
(b)	*«delírios de controle, influência ou de passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, acções ou sensações, percepção delirante.	
(c)	*alucinações: *audição de vozes que comentam o comportamento do indivíduo ou discutem entre elas sobre ele; *audição de vozes provenientes de alguma parte do corpo.	
(d)	*«delírios persistentes de outros tipos» culturalmente inadequados e «completamente impossíveis», como: *«identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas», por exemplo: «ser capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com alienígenas de outro planeta».	
(e)	*«alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando»: *«acompanhadas por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afectivo ou ideias sobrevaloradas persistentes», *«ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente».	
(f)	*«intercepções ou interpolações no curso do pensamento resultando um discurso incoerente, irrelevante ou neologismos».	
(g)	*«comportamento catatónico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor».	
(h)	*«sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social».	*«deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes da depressão ou medicação neuroléptica».
(i)	*«uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objectivos, inactividade, uma atitude ensimesmada e retraimento social.	

modo a influenciar os pensamentos e as acções do indivíduo atingido, de formas que são muitas vezes bizarras»; podem considerar-se como agentes principais de tudo o que acontece; têm geralmente alucinações auditivas, sendo que as vozes podem comentar o seu comportamento ou pensamentos; apresentam outras perturbações da percepção, como a vivência excessiva ou alterada em qualidade de cores ou sons «e aspectos irrelevantes das coisas comuns podem parecer mais importantes que todo o objecto ou a situação»; revelam inicialmente perplexidade, o que os leva com frequência a uma crença de que situações quotidianas têm «um significado especial, usualmente sinistro», exclusivamente a ele dirigido; recorrem a «aspectos periféricos e irrelevantes de um conceito total, que estão inibidos na actividade mental normalmente dirigida» em vez de usarem o que é relevante e adequado à situação, pelo que «o pensamento se torna vago, elíptico e obscuro e a sua expressão em palavras, algumas vezes incompreensível»; têm frequentes «interrupções e as interpolações no curso do pensamento e os pensamentos podem parecer serem retirados por um agente exterior»; revelam um humor «superficial, caprichoso e incongruente»; apresentam ambivalência e perturbação da volição, podendo «aparecer como inércia, negativismo e estupor» (pp. 85 e 86).

Para o diagnóstico de Esquizofrenia basta que um dos sintomas de qualquer dos “grupos” (a) e (d) seja claro («e em geral dois ou mais se são menos claros»), ou que pelo menos sintomas de dois dos grupos (e) a (h) estejam claramente presentes «na maior parte do tempo por um período de um mês ou mais», pois é difícil determinar por vezes o início. Se inferior a um mês, «tratados ou não», os sintomas devem ser incluídos inicialmente no diagnóstico de Transtorno Psicótico Esquizofreniforme agudo (F23.2); se persistirem, devem ser «reclassificados como Esquizofrenia». De facto, um conjunto de sintomas pode preceder a sintomatologia psicótica «durante semanas ou mesmo meses» e podem ser comuns a outras doenças, como a perda de interesse laboral, por actividades sociais, como a aparência e higiene pessoais, associados a «ansiedade generalizada e graus leves de depressão e preocupação» (p. 87).

Não é aplicado o diagnóstico de Esquizofrenia nos seguintes casos: quando ocorrem nítidos sintomas depressivos ou maníacos, «a menos que seja claro que os sintomas esquizofrénicos precederam o transtorno afectivo»; quando o indivíduo tem doença cerebral orgânica ou se encontra intoxicado ou abstinente de drogas (p. 87).

O início da doença pode ser agudo, «com comportamento seriamente perturbado, ou insidioso, com um desenvolvimento gradual de ideias e condutas estranhas», mas a sua evolução varia muito, não sendo «inevitavelmente crónica ou deteriorante» (p. 86). Assim, a CID-10 define cinco caracteres para o curso da Esquizofrenia (Quadro 3).

QUADRO 3 – Curso dos “transtornos esquizofrénicos” (com base na *CID-10*, 1993, p. 88)

CÓDIGO	CARACTERES
F20.x0	Contínuo
F20.x1	Episódio com défice progressivo
F20.x2	Episódio com défice estável
F20.x3	Episódio remittente
F20.x4	Remissão incompleta
F20.x5	Remissão completa
F20.x8	Outro
F20.x9	Período de observação menor do que um ano

A CID-10 considera que há nove Tipos de Esquizofrenia, que se encontram resumidas no Quadro 4. Paranóide; Hebefrénica; Catatónica; Indiferenciada; Depressão

QUADRO 4 – Tipos de Esquizofrenia (com base na *CID-10*, 1993, pp. 88 a 94)

TIPO	DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS MAIS COMUNS	DIRECTRIZES ¹	OBSERVAÇÕES
F20.0 Esquizofrenia Paranóide	*«(a) delírios de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais ou cúmes»; os delírios são relativamente estáveis, sendo o mais frequente o de perseguição, mas também de controlo, de influência ou de passividade, acompanhados geralmente de alucinações auditivas. *«(b) vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal, como assobios, zumbidos ou risos»; *«(c) alucinações olfactivas ou gustativas, de sensações sexuais ou outras corporais; alucinações visuais podem ocorrer, porém raramente são predominantes.»	*Inclui: Esquizofrenia parafrenica. *Diagnóstico diferencial: excluir psicoses epilépticas e por drogas; em certos países os delírios persecutórios têm pouco peso. *Exclui: estado paranoide involutivo (F22.8) e paranoia (F22.0).	*Tipo mais comum em muitas partes do Mundo. *O curso «pode ser episódico com remissões parciais ou completas ou crónico. Neste último o início tende a ser tardio e os sintomas podem perdurar por anos.»
F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica	*predomínio de perturbações afectivas; a superficialidade e a inadequação de afectos, sendo «muitas vezes acompanhado por risadinhas ou sorrisos de auto-satisfação, sorrisos de absorção em si mesmo ou por uma postura aditiva, caretas, maneirismos, bincadeiras, queixas hipocondríacas e frases reiteradas»; *prominência de perturbações volitivas; *a ocorrência de delírios e de alucinações não são usualmente proeminentes, mas sim «fugazes e fragmentárias»; *irresponsabilidade e imprevisibilidade do comportamento; *«o impulso e a determinação estão perdidos e os objectivos abandonados, de tal forma que o comportamento do paciente se torna caracteristicamente sem objectivo e vazio de propósito»; *desorganização do pensamento; divagação e incoerências no discurso; *tendência ao isolamento social.	*Inclui: Esquizofrenia desorganizada e hebefrenia.	*Diagnosticada pela 1.^a vez apenas em adolescentes e adultos jovens. *Personalidade pré-mórbida característica, «mas não necessariamente, tímida e solitária». *É precisa uma observação contínua por um período de 2 a 3 meses, para «se assegurar que os comportamentos característicos (...) se mantêm».
F20.2 Esquizofrenia Catatónica	*«(a) estupor (diminuição marcante da reactividade ao meio ambiente de movimentos e actividade espontâneos) ou mutismo»; *«(b) excitação (actividade motora aparentemente sem sentido, não influenciada por estímulos externos)»; *«(c) postura inadequada (assunção voluntária e manutenção de posturas inapropriadas ou bizarras)»; *«(d) negativismo (uma resistência aparentemente imotivada a todas as instruções ou tentativas de ser movido ou movimento em direcção oposta)»; *«(e) rigidez (manutenção de uma postura rígida contra esforços de ser movido)»; *«(f) flexibilidade cêrea (manutenção de membros e corpo em posições externamente impostas)»; e *«(g) outros sintomas, tais como obediência automática (cumprimento automático de instruções) e perseveração de palavras e frases».	*Os sintomas catatónicos podem manter-se por longos períodos e ocorrer em outro tipo de esquizofrenia, mas de modo transitório e isolado. *Têm de ocorrer 1 ou mais sintomas descritos *Inclui: estupor catatónico; catalepsia, catatonia e flexibilidade cêrea esquizofrénicas	*Ocorre raramente em países industrializados, embora sendo frequente em outros. *Estes sintomas não são específicos da esquizofrenia, pois 1 ou mais «podem ser provocados por doença cerebral, perturbações metabólicas ou por álcool e drogas e podem ainda ocorrer em transtornos do humor».
F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	*«(a) satisfazem os critérios diagnósticos para Esquizofrenia»; *«(b) não satisfazem os critérios para os subtipos paranóide, hebefrénico ou catatónico»; *«(c) não satisfazem os critérios para Esquizofrenia residual ou depressão esquizofrénica».	*Não preenche os critérios dos tipos acima e abaixo referidos. *Só se não for possível classificar nesses tipos.	
F20.4 Depressão Pós-Esquizofrenia	*«(a) o paciente tem tido uma doença esquizofrénica que satisfaz os critérios gerais para Esquizofrenia (...) dentro dos últimos 12 meses»; *«(b) alguns sintomas esquizofrénicos ainda estão presentes»; *«(c) os sintomas depressivos são proeminentes e angustiantes, preenchendo pelo menos os critérios para um episódio depressivo (F32. -) e estiveram presentes por pelo menos duas semanas».	*Surge após a doença, podendo alguns sintomas "positivos" e "negativos" (estes são mais comuns) persistirem mas não serem dominantes.	*Pode ser prolongada. *«É incerto e irrelevante» se se revelou na sequência da resolução da psicose, em vez de ser de 1 novo desenvolvimento, ou se é 1 parte dela em vez de 1 reacção psicológica.
F20.5 Esquizofrenia Residual	*«(a) proeminência de sintomas esquizofrénicos "negativos", como «retardo psico-motor, hipoactividade, afecto embotado, passividade e falta de iniciativa, pobreza da quantidade ou do conteúdo do discurso, comunicação não-verbal pobre através da expressão facial, do olhar, da modelação da voz e da postura, autocuidado e desempenho sociais pobres»; *«(b) ocorrência no passado de pelo menos 1 episódio psicótico que preenchia os critérios de diagnóstico de Esquizofrenia»; *«(c) durante pelo menos 1 anos foi muito reduzida a intensidade e a frequência de delírios e alucinações; e estiveram presentes os sintomas "negativos". *«(d) ausência de demência ou outra doença ou transtorno cerebral orgânicos e depressão crónica» ou institucionalização «suficiente para explicar os comportamentos negativos».	*Inclui: Esquizofrenia indiferenciada crónica, <i>Restzustand</i> (defeito), e estado esquizofrénico residual.	*Fase crónica da esquizofrenia, em que é claro que houve uma progressão da doença desde o seu início até que os sintomas "negativos" perduraram por longo período, embora não sendo necessariamente irreversíveis. Quando não é possível saber o passado, este diagnóstico provisório.
F20.6 Esquizofrenia Simples	*«transtorno incomum, no qual há um desenvolvimento insidioso mas progressivo da conduta estranha, incapacidade para atender às exigências da sociedade e um declínio do desempenho total»; *«não são evidentes os delírios e as alucinações «e o transtorno é menos obviamente psicótico» do que os tipos F20.0, F20.1, F20.2»; *desenvolvimento de sintomas "negativos" «característicos da Esquizofrenia residual (por ex.: embotamento afectivo, perda da volição)» sem que sejam «precedidos por nenhum sintoma francamente psicótico»; *«aumento do empobrecimento social» o que pode levar o indivíduo a vagar; «pode tornar-se absorto em si mesmo, inactivo e sem objectivo».	*Diagnóstico difícil de fazer «com alguma confiabilidade», pois decorre do lento desenvolvimento «dos sintomas "negativos" da Esquizofrenia residual (...)». *«Sem nenhuma história de alucinações, delírios ou outras manifestações de 1 episódio psicótico anterior e com alterações significativas no comportamento pessoal, manifestadas como uma perda de interesse marcante, inactividade e retraimento social». *Inclui: Esquizofrenia simplex (<i>sic</i>).	
F20.8 Outra Esquizofrenia		*Inclui: Esquizofrenia cenestopática e transtorno esquizo-freniforme SOE (sem outra especificação). *Exclui: transtorno esquizofreniforme agudo (F23.2), esquizofrenia cíclica (F25.2) e esquizofrenia latente (F23.2).	
*F20.9 Esquizofrenia, Não Especificada			

¹ Além destas directrizes diagnósticas, têm primeiramente de ser preenchidos os critérios de Esquizofrenia – F20, atrás referidos (ver p. 119).

Pós-Esquizofrénica; Residual; Simples; Outra Esquizofrenia; e Esquizofrenia, Não Especificada. No entanto, para estabelecer os diagnósticos, tendo em conta os diferentes tipos, inicialmente terão de ser preenchidos os critérios para Esquizofrenia (F20), atrás referidos.

Segundo a CID-10 (p. 86), a Esquizofrenia afecta «mais ou menos igualmente» ambos os sexos, porém «o começo tende a ser mais tardio nas mulheres» a evolução da doença «é para uma completa ou quase completa recuperação», embora as proporções variem de acordo com as diferentes culturas.

2.2.2. Classificação da Esquizofrenia através DSM-IV-TR

O DSM-IV-TR (2002) considera que se deve ter em conta dois conjuntos de sintomas na Esquizofrenia: os sintomas positivos, em que as funções normais do sujeito se manifestam de modo excessivo ou distorcido, e os sintomas negativos, em que funções normais se apresentam diminuídas ou se perderam, contribuindo, portanto «para um marcado grau de morbilidade associada a esta perturbação» (p. 301). No Quadro 5, faz-se uma breve descrição desses sintomas, dada a sua importância, segundo os autores do DSM-IV-TR, como ponto de referência, no estabelecimento do diagnóstico e na terapêutica a seguir.

O DSM-IV-TR refere que a avaliação dos sintomas negativos na Esquizofrenia torna-se difícil pois não são específicos dessa doença e devido ao facto de estes «ocorrerem num contínuo com a normalidade» (p. 301). Podem dever-se a vários factores, não só como consequência de factores positivos (na forma de isolamento social ou de empobrecimento do discurso), mas também como consequentes de efeitos adversos da medicação (a bradicinésia, semelhante ao embotamento afectivo), de perturbação do humor (aparente depressão, pois o esquizofrénico apresenta diminuição ou ausência de afectos), de reduzida estimulação ambiental ou, ainda, de desmoralização (estes dois últimos «podem resultar numa apatia ou avolição aprendidas» (p. 301). Assim, se o(s)

sintoma(s) negativo(s) decorrem destes factores, não devem ser considerados no diagnóstico de Esquizofrenia. Quando os sintomas negativos não estão relacionados com os factores atrás referidos designam-se como sintomas “deficitários”.

QUADRO 5 – Sintomas positivos (A1, A2, A3 e A4) e negativos (A5) na Esquizofrenia
(com base no *DSM-IV-TR*, 2002, pp. 299 a 301)

CRITÉRIO A	DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS	OBSERVAÇÕES
SINTOMAS POSITIVOS – Critérios A1, A2, A3 e A4 («excesso ou distorção de funções normais» – p. 299)		
Critério A1: Ideias delirantes (pensamento indutivo)	*«falsas crenças que habitualmente envolvem uma interpretação errada das percepções ou experiências»; *«o seu conteúdo pode incluir uma grande variedade de temas (por exemplo, persecutório, auto-referência, somático, religioso ou de grandeza)», sendo os persecutórios mais comuns («o sujeito acredita que determinados gestos, comentários, passagens de livros, jornais, letras de canções ou outras situações ambientais lhe são especificamente dirigidas»); *as «bizarras» são «consideradas uma característica especial da Esquizofrenia», sendo difíceis de avaliar, «especialmente entre diferentes culturas»; têm de ser «claramente implausíveis e não compreensíveis e não provêm de experiências da vida corrente; podem exprimir «uma perda de controlo da mente ou do corpo» em que o sujeito crê «que os seus pensamentos foram levados por uma força exterior (“roubo do pensamento”), que pensamentos alheios foram colocados na sua mente (“inserção do pensamento”) ou que o seu corpo ou acções estão a ser controlados ou manipulados por uma força exterior (“ideias delirantes de controlo”)».	Basta que as ideias delirantes sejam consideradas bizarras para que se preencha o Critério A relativo à Esquizofrenia.
Critério A2: Alucinações proeminentes (percepção)	*«podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial (por exemplo, auditiva, visual, olfactiva, gustativa e cenestésica)», sendo as mais frequentes as alucinações auditivas (audição de vozes, familiares ou não, «percebidas como distintas do próprio pensamento do sujeito», audição de «duas ou mais vozes conversando uma com a outra ou vozes mantendo comentários constantes sobre o pensamento ou comportamento do sujeito»); são tb. características experiências quer «isoladas de ouvir chamar pelo próprio», quer nas que faltam «a qualidade das percepções externas», como «zunidos na cabeça»; *«estão dentro dos limites da experiência normal» as alucinações «que ocorrem ao adormecer (hipnagógicas) ou ao acordar (hipnopômpicas)», bem como algumas de carácter religioso, experienciadas em determinados contextos culturais.	Basta que tenha alucinações auditivas em que 2 ou mais vozes conversam entre si ou façam constantes comentários acerca do pensamento ou do comportamento do sujeito para que se preencha o Critério A.
Critério A3: Discurso desorganizado (linguagem e comunicação)	*«pensamento desorganizado (“perturbação formal do pensamento”)», baseada no discurso desorganizado do sujeito; *o discurso «“sai do curso” de um tópico para outro (“descarrilamento” ou “afrouxamento das associações”); as respostas são marginais (“ao lado”) ou sem nexos («tangencialidade»); *«é comum e inespecífico um «discurso ligeiramente desorganizado», por isso, «o sintoma deve ser suficientemente grave para causar um défice substancial na eficácia da comunicação»; *«raramente, o discurso pode estar tão desorganizado que é praticamente incompreensível e se assemelha às afasias receptivas na sua desorganização linguística (“incoerência” ou “salada de palavras”)».	Se o pensamento ou discurso é «menos gravemente desorganizados podem ocorrer durante a fase prodromicas ou residuais (ver Critério C).
Critério A4: Comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico	*assume diferentes formas, «desde uma falta de senso pueril das crianças até à agitação imprevisível», podendo as perturbações observarem-se em qualquer forma de comportamento dirigido, conduzindo a dificuldades no desempenho de actividades da vida diária do sujeito, como «preparar refeições ou manter a higiene», pelo que, por exemplo, pode vestir «vários casacos, cachecóis e luvas num dia quente» ou «apresentar um comportamento sexual claramente inadequado (por exemplo, masturbar-se em público) ou agitação súbita e imprevisível (por exemplo, gritando ou blasfemando)»; *nos «comportamentos motores catatónicos» há «uma marcada diminuição da reactividade ao meio, por vezes atingindo um grau extremo de inatenção (estupor catatónico), a manutenção de uma postura rígida e resistência aos esforços indutores de movimento (rigidez catatónica), resistência activa a instruções ou tentativas para ser movido (negativismo catatónico), a assunção de posturas inapropriadas ou bizarras (postura catatónica).	Não é específico da Esquizofrenia, pode ocorrer em outras doenças mentais; ou pode ter um motivo compreensível («algumas manifestações de inquietação, cólera ou comportamento agitado»).
CRITÉRIO A	DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS	OBSERVAÇÕES
SINTOMAS NEGATIVOS – Critério A5 («diminuição ou perda de funções normais», p. 299, «contribuem para um marcado grau de morbilidade», p. 301)		
Embotamento afectivo (expressões emocionais restritas no conjunto e na intensidade)	*muito frequente, «caracterizado pela aparência imóvel e sem resposta da face do sujeito, com reduzido contacto ocular e reduzida expressão corporal»; mesmo sorrindo ou sendo caloroso «o seu espectro de expressividade emocional está na maior parte do tempo claramente diminuído».	Requer a observação do sujeito em interacção c/ outros p/ determinar se é «suficientemente persistente».
Alogia (pobreza do discurso e do pensamento)	*apresenta «respostas breves lacónicas ou vazias» (sem conteúdo); *«incapacidade de iniciar e persistir em actividades com objectivo.»; *o sujeito «aparenta ter uma diminuição de pensamentos que é reflectida na diminuição da fluência ou produtividade do discurso» (diferente de não querer falar).	Diferenciar de não querer falar, o que requer ser observado em várias situações.
Avolição (dificuldades em dirigir o comportamento)	*«incapacidade de iniciar e persistir em actividades com objectivo», sendo que «o sujeito pode sentar-se por longos períodos de tempo e demonstrar pouco interesse em participar em trabalhos ou actividades sociais» ¹ .	

¹ Segundo o *U.S. Department of Health and Human Services* (1999) trata-se de «redução, dificuldade ou inabilidade para iniciar e persistir num comportamento direccionado para uma finalidade», sendo que o sujeito «é muitas vezes mal compreendido pelo seu aparente desinteresse».

Para o diagnóstico de Esquizofrenia, segundo o DSM-IV-TR, basta que ocorram pelo menos durante o período de um mês e em simultâneo dois dos cinco itens relativos ao Critério A (conjunto dos sintomas positivos – A1, A2, A3 e A4 – e dos sintomas negativos – A5), referidos no Quadro 5, ou que ocorra apenas uma das condições registadas na coluna das Observações relativas às ideias delirantes ou às alucinações (Critério A1). Quando o indivíduo apresenta graves sinais e sintomas da doença (Critério A), diz-se que esta está na “fase activa”. Se a sintomatologia regride, por acção do tratamento, diz-se que o indivíduo “está compensado”.

Os sintomas que preenchem o Critério A associam-se a outros que se resumem no Quadro 6, ou seja, à «Disfunção social/ocupacional» (Critério B), à «Duração» de pelo

QUADRO 6 – Outros critérios de diagnóstico para Esquizofrenia (com base em *DSM-IV-TR*, 2002, pp. 302 e 312)

CRITÉRIO B «Disfunção social/ocupacional»	*verifica-se quando: - ou disfunção em uma ou mais áreas principais de funcionamento do indivíduo, entre as quais a nível do relacionamento interpessoal, a nível laboral ou ocupacional, educativo, de cuidados pessoais: «marcadamente abaixo do nível atingido antes do início da doença; - ou está incapacitado de atingir um determinado funcionamento («atingir o nível interpessoal, académico ou ocupacional esperado») devido à doença se ter manifestado em criança ou na adolescência, sendo que neste caso haverá «mais do que uma deterioração do funcionamento»; assim, «comparar o sujeito com os irmãos não afectados pode ser útil na realização desta determinação». *preenchido desde que se verifique uma ou mais das seguintes áreas em défice «desde o início da perturbação e por um período significativo tempo»: - relacionamento interpessoal: na maior parte das vezes os sujeitos «têm contactos sociais relativamente limitados», não casam; - desempenho laboral/ocupacional: «muitas vezes os sujeitos são incapazes de manter um trabalho continuado no tempo» e executam funções «a nível inferior ao dos seus pais (“deslocamento para um nível inferior”); desinteresse por actividades que executava anteriormente com prazer; - desempenho académico : o sucesso escolar fica normalmente afectado, podendo comprometer a conclusão dos estudos; - cuidados com o próprio: por exemplo, falta de higiene, passar grande parte do tempo na cama.
CRITÉRIO C «Duração»	*persistência de alguns sinais «por um período continuado de pelo menos seis meses», sendo que desses pelo menos um mês (ou menos se o tratamento tiver êxito) com sintomas da fase activa (Critério A); *presença de sintomas prodrómicos antes de iniciar a fase activa, podendo seguir-se os sintomas residuais, em que surgem particularmente sintomas negativos ou dois ou mais sintomas positivos, de forma atenuada, descritos no Critério A - positivos: «crenças pouco comuns ou estranhas que não atinjam a proporção delirante»; «experiências pouco comuns», como a «sensação de presença de um ser ou força invisível na ausência de alucinações formadas»; discurso de um modo geral compreensível porém «digressivo, vago ou abertamente abstracto ou concreto»; comportamento peculiar «mas não claramente desorganizado», como «murmurar para si próprio, colecionar objectos estranhos e aparentemente desnecessários»; - negativos («são comuns» na fase prodómica e residual e podem ser muito graves): os sujeitos podem ficar isoladas (se antes eram socialmente activos); revelam desinteresse por actividades em que tinham prazer anteriormente; «podem tornar-se mais reservados e menos curiosos»; passar grande parte do tempo na cama.
CRITÉRIO D «Exclusão de Perturbação Esquizoaffectiva ou do Humor» com características psicóticas	*Excluem-se por: - «não terem ocorrido simultaneamente com os sintomas de fase activa os Episódios de Depressão Major, Maníacos ou Mistos»; - «caso os episódios de alteração do humor tenham ocorrido durante os sintomas de fase activa mas a sua duração total tenha sido mais curta do que a duração dos períodos activos e residuais».
CRITÉRIO E «Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias/ /estados físicos gerais»	*Excluem-se caso: - esteja posta de parte a hipótese de efeitos fisiológicos directos da ingestão de drogas, medicamentos ou outras substâncias; - não sejam devidos «a um estado físico geral».
CRITÉRIO F «Relação com a Perturbação Global do Desenvolvimento»	*Se houver «história de «Perturbação Autística ou de outra Perturbação Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia só é realizado se estiverem presentes ideias delirantes ou alucinações proeminentes pelo período mínimo de um mês (ou menos, se tratadas com êxito».

menos seis meses (Critério C), à «Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou do Humor (Critério D), à «Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias/estados físicos gerais» (Critério E) e à «Relação com uma Perturbação Global do Desenvolvimento» (Critério F).

A Esquizofrenia pode manifestar-se nas seguintes formas, que se apresentam resumidamente no Quadro 7: Tipo Paranóide, Tipo Desorganizado, Tipo Catatónico,

QUADRO 7 – Especificadores de subtipos de Esquizofrenia (com base no *DSM-IV-TR*, 2002, pp. 303 e 313 a 316)

CÓDIGOS/TIPOS	CRITÉRIOS	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
295.30 Tipo Paranóide (CID-10 – F20.0)	A	*«preocupação com uma ou mais ideias delirantes ou alucinações auditivas frequentes», mas apresenta «relativa preservação das funções cognitivas e do afecto»; - apresentam geralmente delírios persecutórios ou de grandeza, ou ambos, mas podem ocorrer delírios de ciúme, místicos, de somatização; «as ideias delirantes podem ser múltiplas mas organizadas à volta de um tema coerente»; os delírios persecutórios podem predispor ao suicídio; estes delírios associados aos de grandeza com cólera podem predispor a actos de violência; - as alucinações geralmente relacionam-se com as ideias delirantes.	*«Não são dominantes os sintomas característicos dos Tipos Desorganizado e Catatónico». *Características associadas: ansiedade, cólera, indiferença e querelância. *Tendência a início mais tardio do que nos outros tipos «e as características distintivas podem ser mais estáveis no tempo». *Em testes neuropsicológicos ou cognitivos têm pouco ou nenhum défice.
	B	*«Nenhum dos seguintes sintomas é dominante: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico, ou afecto embotado ou inapropriado».	*Prognóstico: melhor do que os outros tipos, «nomeadamente em relação ao funcionamento profissional e capacidade para ter uma vida independente».
295.10 Tipo Desorganizado («Historicamente e noutros tipos de classificações (...) é designado por hebefrénico.»; CID-10 – F20.1)	A	*«Todos os seguintes são dominantes»: «(1) discurso desorganizado» - «acompanhado de comportamento pueril e risos que não estão propriamente relacionados com o contexto do discurso»; «(2) comportamento desorganizado» - ou seja, ausência de certo objectivo, podendo levar a «grave disrupção da capacidade de desempenhar tarefas quotidianas», como «cuidar da higiene pessoal, do vestuário ou da alimentação»; «(3) afecto embotado ou inapropriado».	*Quando presentes os delírios e as alucinações encontram-se «fragmentados e não estão organizados de forma coerente». *Características associadas: trejeitos, maneirismos e estranheza do comportamento. *Início «precoce e insidioso e evolução contínua sem remissões significativas». *Em testes neuropsicológicos ou cognitivos «pode haver alterações do rendimento».
	B	*«Não de encontram critérios que preencham o Tipo Catatónico».	*Prognóstico: o mais grave relativamente aos restantes tipos.
295.20 Tipo Catatónico (CID-10 – F20.2)		*Predomínio de dois dos seguintes sintomas: «(1) imobilidade motora como a evidenciada por catalepsia (incluindo a flexibilidade cética) ou estupor»; «(2) actividade motora excessiva (aparentemente sem objectivo e não influenciada pelos estímulos externos); «(3) negativismo extremo (uma resistência a todas as instruções aparentemente sem motivo ou a manutenção de uma postura rígida contra todas as tentativas para ser mobilizado) ou mutismo»; «(4) peculiaridades dos movimentos voluntários como os evidenciados pela postura (tomada de posturas voluntárias inapropriadas ou bizarras), movimentos estereotipados», maneirismos ou trejeitos dominantes; (5) ecolalia (ou «papaguear» patológico e repetições aparentemente sem sentido de uma palavra ou frase dita por terceiros) ou ecopraxia («imitação repetitiva de movimentos executados por terceiros»)	*Características associadas: estereotipias, obediência automática, mimetismo. *Durante a excitação ou o estupor, pode haver «necessidade de uma cuidadosa vigilância para evitar auto e heteroagressões». Existem também «riscos potenciais de desnutrição, exaustão, hiperpirexia ou auto-agressões». *Deve preencher os critérios de Esquizofrenia (Quadro 5) e não de outra etiologia, como indução por drogas (ex.: Parkinsonismo por neurolépticos), estado físico geral ou Episódio Maníaco Depressivo Major.
295.90 Tipo Indiferenciado (CID-10 – F20.3)		*Estão presentes os sintomas referidos no Critério A da Esquizofrenia (Quadro 5), mas em que não se verifique sintomas característicos dos Tipos anteriores (Paranóide, Desorganizado e Catatónico).	*
295.60 Tipo Residual (CID-10 – F20.5)	A	*«Ausência de ideias delirantes dominantes, de alucinações, de discurso desorganizado, bem como ausência de comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico».	*«Não existe evidência de sintomas positivos dominantes», como delírios, alucinações comportamento e discurso desorganizados. Os delírios e as alucinações podem surgir atenuados.
	B	*«Existe uma evidência constante da perturbação, traduzida pela presença de forma atenuada de sintomas negativos ou de dois ou mais sintomas presentes no Critério A da Esquizofrenia» (Quadro 5), como crenças e experiências perceptuais estranhas.	*São evidentes os sintomas negativos ou estão presentes dois ou mais sintomas positivos atenuados. *«Pode estar limitado no tempo e representar uma transição entre um episódio completo e uma remissão completa». Mas pode estar presente durante vários anos, «com ou sem exacerbações agudas».

Tipo Indiferenciado e Tipo Residual. Estes «especificadores de subtipos» baseiam-se na avaliação ou na «admissão para cuidados clínicos» mais recente, podendo modificar-se ao longo do tempo (p. 313). O prognóstico e tratamento variam de acordo com o especificador de subtipo, sendo menos grave o Tipo Paranóide e o mais grave o Tipo Desorganizado. O diagnóstico tem em conta a sintomatologia dominante aquando da avaliação ou da admissão para cuidados clínicos, podendo variar com o tempo. Para isso, há ainda especificadores que podem ser usados com essa finalidade, ou seja, de indicar as características de evolução da sintomatologia da doença ao longo do tempo, mas após «ter decorrido pelo menos um ano» depois do início da sintomatologia (Quadro 8). Porém, «durante esse período inicial de um ano» «não podem ser aplicados especificadores da evolução» (p. 303). Assim, um exemplo de diagnóstico através do DSM-IV-TR poderá ser: «295.30 Esquizofrenia, Tipo Paranóide, Episódica, Com Sintomas Residuais Interepisódicos, Com Sintomas Negativos Dominantes». Através do CID-10 este mesmo diagnóstico seria escrito da seguinte forma: F20.02.

QUADRO 8 – Especificadores de evolução da sintomatologia (com base em *DSM-IV-TR*, 2002, p. 303)

Episódica com Sintomas Residuais Interepisódicos	*«aplica-se quando a evolução é caracterizada por episódios nos quais é preenchido o Critério A» (Quadro 5) e entre esses episódios «existem sintomas residuais clinicamente significativos»; *«caso os sintomas negativos dominantes estejam presentes durante estes períodos residuais», pode acrescentar-se: Com Sintomas Negativos Dominantes
Episódica sem Sintomas Residuais Interepisódicos	*«aplica-se quando a evolução é caracterizada por episódios nos quais é preenchido o Critério A» (Quadro 5) e entre os episódios «não existem sintomas residuais clinicamente significativos»;
Contínua	*«aplica-se quando são encontrados durante toda (ou praticamente toda) a evolução os sintomas característicos do Critério A» (Quadro 5); *«caso os sintomas negativos dominantes também estejam presentes», pode acrescentar-se: Com Sintomas Negativos Dominantes
Episódio Isolado de Remissão Parcial	*«aplica-se quando existiu um episódio isolado no qual foi preenchido o Critério A» (Quadro 5) «e permanecem alguns sintomas residuais significativos»; *«caso os sintomas residuais incluam os sintomas negativos dominantes», pode acrescentar-se: Com Sintomas Negativos Dominantes
Episódio Isolado de Remissão Completa	*«aplica-se quando existiu um episódio isolado no qual foi preenchido o Critério A» (Quadro 5) «e não persistem quaisquer sintomas residuais clinicamente significativos».
Outro ou Quadro Sem Outra Especificação	*«utilizado se estiver presente outro quadro evolutivo (ou não especificado)».

Os sintomas psicóticos podem surgir numa grande variedade de perturbações. Assim, o DSM-IV-TR apresenta um série delas para que se possa fazer o diagnóstico diferencial com a Esquizofrenia (Quadro 9). A Esquizofrenia pode ser ainda precedida de Perturbações da Personalidade (Esquizotípica, Esquizóide e Paranóide).

QUADRO 9 – Diagnóstico diferencial entre Esquizofrenia e outras Perturbações
(com base em *DSM-IV-TR*, 2002, pp. 310 e 311)

Perturbação Psicótica Devida a Um Estado Físico Geral , um <i>delirium</i> ou uma demência	*Os delírios e as alucinações são consequência fisiológica do estado físico geral, como por exemplo no caso de tumor cerebral.
Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias	*Diferenciam-se da Esquizofrenia porque os delírios e as alucinações foram provocados por uma substância, como abuso de droga, ingestão de medicação ou exposição a um tóxico; *Para «determinar se os sintomas psicóticos foram iniciados e mantidos pela utilização da substância», o sujeito deve ser observado «durante um período mantido (por exemplo, 4 semanas) de abstinência» ou caso haja dificuldades na utilização deste método deve-se «ter em consideração outras evidências, tais como se os sintomas psicóticos aparentemente se exacerbam pela utilização da substância e diminuem quando esta é retirada, a gravidade dos sintomas psicóticos em relação à quantidade e duração da utilização da substância e o conhecimento dos sintomas característicos produzidos por uma substância particular (por exemplo, as anfetaminas tipicamente produzem ideias delirantes e estereotípias, mas não embotamento afectivo ou sintomas negativos proeminentes)».
Delirium Induzido por Substâncias	
Demência Persistente Induzida por Substâncias	
Perturbação do Humor com Características Psicóticas	*É difícil estabelecer a diferença «pelo facto de as perturbações de humor serem comuns durante a fase prodromica, activa e residual da Esquizofrenia»; *Se a sintomatologia psicótica «ocorre exclusivamente durante os períodos de perturbação do humor, o diagnóstico será Perturbação do Humor com Características Psicóticas»; *No caso da Perturbação esquizoaffectiva «deve existir um episódio de alteração do humor simultaneamente com os sintomas da fase activa da Esquizofrenia, os sintomas afectivos devem, também, estar presentes por um período substancial de tempo da duração total da perturbação e as ideias delirantes e as alucinações devem estar presentes pelo menos durante duas semanas na ausência de sintomas do humor proeminentes»; *«Quando os sintomas do humor que preenchem os critérios de episódio do humor estão sobrepostos com a esquizofrenia e têm um significado clínico particular» pode-se adicionar o diagnóstico de Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação ou de Perturbação bipolar Sem Outra Especificação .
Perturbação Esquizoaffectiva	
Perturbação Esquizofreniforme	Difere da Esquizofrenia no que diz respeito à duração de sintomas: na Esquizofrenia os sintomas estão presentes pelo menos 6 meses, enquanto nesta perturbação «deve ser no mínimo um mês e inferior a seis meses»
Perturbação Psicótica Breve	*Estão presentes «ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento marcadamente catatónico ou desorganizado com a duração mínima de um dia mas inferior a um mês».
Perturbação Delirante	*As ideias delirantes nesta perturbação (Tipo Bipolar ou Tipo Depressiva) não são bizarras e há «ausência de outros sintomas característicos da esquizofrenia»; *Pode ser difícil de distinguir da Esquizofrenia de Tipo Paranóide por esta não incluir o discurso e o comportamento desorganizados «ou o embotamento ou inadequação afectiva e está associado com frequência a um menor declínio do funcionamento relativamente a outros subtipos de Esquizofrenia». *«Quando está presente um mau funcionamento psicossocial na Perturbação Delirante este deriva directamente das próprias crenças delirantes.»
Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação	*Quando a informação disponível, geralmente no início da perturbação, não é suficiente «para decidir entre Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas (por exemplo, Perturbação Esquizoaffectiva) ou para determinar se os sintomas de apresentação são induzidos por substâncias ou são o resultado de um estado físico geral».
Perturbações Globais do Desenvolvimento	*É «caracteristicamente reconhecida na primeira infância ou início da terceira infância (geralmente antes dos três anos)», pelo que «um início tão precoce é raro na Esquizofrenia»; *Partilha com a Esquizofrenia «perturbações da linguagem, do afecto ou do relacionamento interpessoal»; *Encontram-se ausentes delírios e alucinações proeminentes; «alterações mais pronunciadas do afecto; e o discurso que está ausente ou é mínimo e se caracteriza por estereotípias e anomalias da prosódia»; *«A Esquizofrenia pode ocasionalmente desenvolver-se em sujeitos com um diagnóstico preexistente de Perturbação Global do Desenvolvimento ou Perturbação Autística, mas se os delírios ou alucinações proeminentes estiverem presentes durante um mês»; *«A Esquizofrenia com início na infância deve ser distinguida das apresentações que na infância combinem discurso desorganizado (devido a Perturbação da Comunicação) e comportamento desorganizado (devido a Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção).»

É frequente o esquizofrénico apresentar desadequação dos afectos; anedonia (que se manifesta por perda do interesse ou do prazer); humor disfórico que tanto pode assumir «a forma de depressão, ansiedade ou cólera»; perturbações do sono, como dormir de dia e ter um sono nocturno agitado; perda do interesse ou recusa em alimentar-se, normalmente relacionada com as crenças delirantes; perturbações psicomotoras; dificuldades de memória, de concentração e de atenção; ansiedade e fobias (p. 304). Podem também ocorrer preocupações somáticas (embora, segundo Correia, 1992, não tenham tendência a somatizarem), desrealização («não reconhecimento ou recusa de si», Petot, em Doron e outros, p. 641), despersonalização

(«perturbação subjectiva da consciência» ligada a sentimentos de estranheza, de vazio interior, de dúvida sobre a identidade de si, de indecisão na acção», segundo Allilaire, em Doron e outros, 2001, p. 231), assumindo por vezes proporções delirantes. Também se verifica que os homens com Esquizofrenia têm maior propensão a comportamentos violentos ou agressivos quando possuem «idade mais jovem», antecedentes de violência, não aderem à medicação antipsicótica e recorrem a «uso excessivo de substâncias», apesar de a maior parte dos esquizofrénicos não ser mais violenta do que a população em geral (DSM-IV-TR, 2002, p. 304). Ainda, a maioria dos sujeitos com Esquizofrenia «tem fraco discernimento quanto ao facto de ter uma doença psicótica», o que é mais próprio da doença «do que uma estratégia de adaptação» (p. 304).

Segundo o DSM-IV-TR, a esperança de vida dos esquizofrénicos é menor se comparada à população de um modo geral, sendo o suicídio responsável por 10% dos óbitos. Dos restantes indivíduos «cerca de 20 a 40% fazem pelo menos uma tentativa de suicídio durante a evolução da doença», sendo que os factores de risco no sexo masculino são elevados «durante os períodos pós-psicóticos», e nas seguintes situações: terem menos de 45 anos, apresentarem sintomas depressivos, sentimento de desespero, estarem desempregados e terem tido alta recente (p. 304). Ainda segundo este manual, o suicídio em doentes esquizofrénicos é mais frequentemente consumado pelos homens do que pelas mulheres, embora estes doentes corram maior risco do que a população em geral.

As taxas de comorbilidade com as Perturbações Relacionadas com Substâncias são altas na Esquizofrenia. Cerca de 80 a 90% têm uma alta Dependência de Nicotina, quer porque consomem mais tabaco, quer porque tendem «a escolher cigarros com alto teor de nicotina». Também se verifica, cada vez mais, comorbilidade com as Perturbações da Ansiedade, sendo particularmente mais elevadas, relativamente à população geral, as taxas de Perturbação Obsessivo-Compulsiva e de Perturbação de Pânico.

Vários estudos visam explicar a etiologia e a sintomatologia na Esquizofrenia, entre eles os de neuroimagem, de neuropsicologia e de neurofisiologia.

Os estudos neuroimagiológicos revelam que as regiões cerebrais apresentam várias diferenças, como por exemplo: o alargamento dos ventrículos laterais (que contém o líquido cefalorraquidiano e que precocemente, a nível pré-natal, «é sugestivo de uma anomalia do desenvolvimento»); o controverso facto da diminuição do tecido cerebral («evidenciado pelo alargamento dos sulcos corticais e pela diminuição dos volumes da massa cinzenta e da massa branca»); a diminuição do volume do lobo temporal; diminuição do volume talâmico... Neste último caso, observou-se que familiares de primeiro grau não afectados pela doença também apresentam diferenças similares (p. 305). É de referir também que os familiares de primeiro grau de esquizofrénicos, «têm um risco de doença dez vezes maior do que a população em geral» (p. 309).

Em termos neuropsicológicos verifica-se maior défice nas «várias capacidades cognitivas, incluindo a memória, as aptidões psicomotoras, a atenção e a dificuldade em mudar o padrão de resposta», sendo que a presença desses défices verifica-se em doentes crónicos e «está a aumentar a evidência de que muitos destes défices se encontram em indivíduos durante o seu primeiro episódio psicótico e antes do tratamento com medicamentos antipsicóticos, em indivíduos com Esquizofrenia que se encontram em remissão clínica, bem como nos respectivos familiares em primeiro grau que não sofrem da doença». Estes défices estão relacionados com o grau de dificuldade apresentado em relação às actividades da vida diária e à «aptidão para adquirirem capacidades de reabilitação psicossocial», pelo que «a gravidade dos défices constituem um factor de predição bastante forte dos resultados a nível social e vocacional». (p. 305)

Quanto aos estudos neurofisiológicos, apontam para défices na percepção e no processamento de estímulos sensoriais (no *input*), «anomalias da perseguição ocular e movimentos sacádicos dos olhos, lentificação do tempo de reacção, alterações da lateralidade cerebral e anomalias no electroencefalograma» (p. 306).

É de referir ainda que para o DSM- IV-TR esta doença inicia-se a «entre o final da adolescência e meados da terceira década de vida, sendo raro o início antes da

adolescência (embora tenham sido descritos casos com início aos cinco e seis anos de idade)», ou seja, nos homens situa-se normalmente entre os 18 e os 25 anos e nas mulheres «entre os 25 e o meio da terceira década». Pode também verificar-se tardiamente, depois dos 45 anos (*sic*) de idade ou depois dos 60 anos (p. 307). Porém, o início tardio após os 40 anos (*sic*) «ocorre em aproximadamente» 3 a 10% das mulheres, sendo no homem menos comum. No entanto, verifica-se uma incidência da Esquizofrenia «ligeiramente mais elevada» nos homens, sendo que as «taxas de Esquizofrenia entre familiares de mulheres» com esta doença «são mais elevadas do que as que se observam entre familiares dos homens com Esquizofrenia», enquanto que nestes últimos «têm uma incidência de traços esquizotípicos e esquizóides de personalidade mais elevada do que os das mulheres» (p. 308). Em termos mundiais, as incidências anuais são de 0,5 a 5 por 10 000 habitantes, de um modo geral, embora em alguns grupos seja maior, e a prevalência entre os adultos situa-se «muitas vezes» entre 0,5 e 1,5%. Há um risco acrescido de incidência em indivíduos nascidos nas áreas urbanas e «um decréscimo gradual da incidência» nos que nascem mais tarde.

Segundo ainda o DSM-IV-TR as mulheres apresentam tendencialmente mais sintomas afectivos dominantes, ideias delirantes paranóides e alucinações», enquanto os homens mais sintomas negativos. A evolução da Esquizofrenia também tem melhor prognóstico nas mulheres, «a curto ou médio prazo»; do que nos homens, pois quando entra «especialmente no período pós-menopausa, torna-se mais semelhante ao dos homens»; sendo o prognóstico «definido pelo número e duração de novas hospitalizações, duração global da doença, intervalo de recidivas, resposta aos neurolépticos e pelo funcionamento social e laboral (p. 308).

Os factores considerados de «melhor prognóstico» (p. 309) para esta doença são: «uma boa adaptação pré-mórbida, o início agudo, idade de início mais tardia, ausência de anosognosia (défice do discernimento), o sexo feminino, acontecimentos precipitantes, perturbação do humor associada, tratamento com medicação

antipsicótica logo após o início da doença, observação da medicação (isto é, o tratamento adequado e precoce prediz uma melhor resposta ao tratamento posterior com medicamentos antipsicóticos), duração breve dos sintomas de fase activa, um bom funcionamento entre os episódios, sintomas residuais mínimos, ausências de alterações estruturais cerebrais, funcionamento neurológico normal, uma história familiar de Perturbação do Humor e a ausência de história familiar de Esquizofrenia».

2.3. Esquizofrenia, crime e perigosidade

As crenças ou as ideias (conceitos, ou seja, unidades de conhecimento) que o sujeito tem das coisas, bem como outros processos cognitivos, influenciam a forma como ele processa os dados quer sobre si próprio quer sobre os outros e a realidade que o cerca (Sternberg, 2000; Beck, 1993). Ao receber dados brutos o sujeito tem necessidade de os integrar e de lhes conferir significado, de modo a obedecerem ao seu padrão de lógica e de coerência (Sternberg 2000; Beck, 1993). Beck (1993) defende que, quando o sujeito adoece, as crenças ou as ideias que possui podem ser interpretadas de modo distorcido e, conseqüentemente, a manifestação do seu comportamento passa a ser regida por um sistema de crenças disfuncionais. Assim, o processamento da informação em vez atender a um mecanismo de feed-back (em que há retorno) obedece a mecanismo de feed-forward, em que não há retorno, isto é, que "segue em frente", sem "retro-alimentação" (Mahoney, 1980, cit. por Beck, 1993, p. 67). Ora, esta dificuldade traduz-se na incapacidade que o sujeito tem de funcionar em interacção com outros sistemas, sendo que quando adoece pode perder, de modo progressivo, competências sociais, o que irá contribuir para o seu desajustamento.

De facto, num sujeito "normal", segundo Dubois (1994), sistema e meio estão separados por uma espécie de membrana que funciona como filtro interactivo que

favorece a entrada de informação (alimento) considerada proveitosa ou necessária e impede a entrada de informação inútil ou prejudicial através de mecanismos de rejeição ou de conversão, o que não acontece no indivíduo doente.

No caso, por exemplo, de um esquizofrênico paranóide o desajustamento em relação ao meio provoca um aumento da probabilidade de comportamentos externos de agressão ou de rejeição, favorecendo o reforço do seu sentimento de cerco e provocando uma resposta com uma carga de grande rigidez cognitiva, em que o processamento da informação apresenta um funcionamento habitualmente viciado. Este sentimento de cerco poderá estar ligado à percepção de ameaça ao sistema, o que o leva a desconfiar da informação que recebe do meio. Por esse motivo, o seu “filtro” só deixará passar as informações que vão ao encontro das suas crenças ou convicções prévias ou que possam ser interpretadas segundo essas crenças, num permanente movimento de auto-referência. O seu sistema cognitivo funciona de forma a que haja pouca necessidade de acomodar-se (no sentido piagetiano) ou de o sujeitar ao princípio da realidade (no sentido freudiano), ou seja, funciona de forma a auto-alimentar-se. Isto irá favorecer um equilíbrio instável nas relações estabelecidas entre o seu sistema e o meio, pois o processamento da informação obedece a uma sequência lógica de pensamento que depende das premissas por ele estabelecidas. Assim, por exemplo, a partir de premissas falsas o processamento da informação vai obedecer a uma lógica coerente, dificilmente acessível à crítica da lógica de um indivíduo dito normal, isto é, identificado o erro inicial, que está relacionado com a crença delirante, e a interpretação distorcida da informação, a conclusão é óbvia: o meio é responsável pelo problema vivenciado pelo sistema. Esta crença servirá de reforço ao sentimento de cerco. Vieira (1983) considera que o estado psicológico em que o sujeito se encontra resulta de um sentimento de perda do seu próprio espaço ou território e de uma investida em território inimigo, adverso, ao qual deve prestar uma hiper-atenção e fazer uma hiper-interpretação de todos os sinais, pois a sua “sobrevivência” pode estar em causa.

Vários estudos são conclusivos quanto a esta questão, senão veja-se.

O DSM-IV-TR (2002, p. 299) refere que «os sintomas característicos da Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afecto, fluência e produção de pensamento e discurso, capacidade hedónica, vontade e impulsos, e atenção», sendo que o diagnóstico desta doença «envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados à incapacidade do funcionamento ocupacional ou social».

O U.S. Department of Health and Human Services (1999, Capítulo 4, p. 12) considera que merecem especial cuidado a «consciência do Eu (...) a categorização abstracta, o planeamento e a regulação do comportamento dirigido ("funções executivas"), a flexibilidade cognitiva, a atenção, a memória e o processamento visual». Fadem e Simring (1998) referem, entre outros, «aparência estranha; isolamento social; autocuidado escasso; afecto alterado (aplanado, embotado ou inadequado)».

Segundo Gallhofer (1998), as disfunções cognitivas pertencentes ao quadro sintomático geral e persistente da Esquizofrenia dificultam a reinserção social do doente e não estão relacionadas com a medicação nem com a restante sintomatologia, sendo que as principais dificuldades se verificam aos níveis da atenção, da memória, do processamento executivo da informação e das perícias motoras.

No que concerne à atenção, que engloba uma limitada quantidade de informação das muitas recebidas de várias formas e/ou armazenadas e disponíveis na memória ou em outros processos cognitivos (Sternberg, 2000), Gallhofer (1998) refere que se trata de um complexo constructo que implica, com grande probabilidade, operações realizadas em diferentes áreas cerebrais. Concorde-se com este autor quando defende que a atenção, no caso da Esquizofrenia, está limitada de uma forma global a nível dos recursos processuais, o que provoca no sujeito com esta doença uma diminuição no desempenho de um grande número de tarefas.

Em relação à memória, processo cognitivo pelo qual a informação é adquirida e codificada, retida e/ou armazenada, por um período de tempo que pode ir de segundos a toda a vida, e recordada ou activada quando o sujeito precisa Gallhofer (1998, p. 3) defende que os sujeitos com Esquizofrenia apresentam dificuldades ao nível da «capacidade de evocação de palavras verbalmente semelhantes, de histórias, de dígitos e de padrões recorrentes», e considera que o principal defeito não se situa a nível da retenção mas sim a nível da codificação, que a memória de reconhecimento está afectada de modo ligeiro.

Quanto às perícias motoras, que têm a ver com diferentes tipos de movimentos precisos, concorda-se com Gallhofer (1998) no que diz respeito aos esquizofrénicos manifestarem lentidão no início dos movimentos, desempenharem a actividade motora de um modo irregular e descontínuo e de apresentarem lentificação nos movimentos oculares quando seguem um determinado alvo. Este autor refere que nesta última situação há «interferência de breves movimentos oculares rápidos, naquilo que deveria ser um movimento contínuo e linear», sendo que isto se tem verificado quer no primeiro surto dos doentes quer nos doentes crónicos.

Os defeitos cognitivos relacionados com a Esquizofrenia são muitas vezes difíceis de serem detectados, pois a sua presença pode ser mínima e as notas obtidas nos diferentes testes encontrarem-se dentro da normalidade (Gallhofer, 1998).

De facto, as disfunções cognitivas verificadas nos doentes esquizofrénicos por si só já constituiriam um entrave no estabelecimento das várias relações dos mesmos com os outros (familiares, de amizade, laborais ou ocupacionais e na comunidade); porém se se adicionar a este problema as crenças estranhas (mesmo que não assumam a proporção de delirantes), a ideação delirante, a percepção de experiências pouco comuns ou as alucinações, maior será a barreira criada entre o mesmo e a sociedade. Se a isto se acrescentarem ainda os efeitos da medicação e muitas vezes o peso da institucionalização a que muitos destes doentes estão sujeitos considera-se que a

fasquia será bem maior. Mas se o indivíduo não segue todo o tratamento prescrito, que poderá ir além da medicação, ou se tiver comportamentos aditivos (como droga e/ou álcool), ou se o meio em que vive é disfuncional e agressivo, tudo isto será ainda pior, e poderá vir a integrar o grupo dos inimputáveis.

Muitos estudos foram realizados sobre criminalidade e Esquizofrenia, no entanto apenas se dará conta de alguns. Fonseca (1985, p. 547), por exemplo, defende que apesar de a Esquizofrenia ser reconhecida como uma doença muito grave, quer pelos técnicos de saúde e muitos estudiosos, quer pela população em geral, «nem por isso são muito frequentes os crimes cometidos por doentes esquizofrénicos». Várias investigações chegaram a conclusões bem diferentes: «os esquizofrénicos e os seus parentes biológicos têm um risco aumentado de criminalidade», sendo que em um «estudo de seguimento de 9 182 nascimentos consecutivos, encontraram-se taxas mais altas de criminalidade entre os adolescentes dos esquizofrénicos [em especial entre os 21 e os 31 anos de idade] do que entre os descendentes dos não esquizofrénicos» e, ainda, foi identificado um subgrupo agressivo de «crianças com risco genético de Esquizofrenia aumentado» (Almeida, 1999, p. 247). Segundo Silverton (em Almeida, 1999, p. 248) a conduta anti-social relaciona-se com factores inerentes ao desenvolvimento do sujeito. De facto, além de os descendentes dos esquizofrénicos terem «uma constelação temperamental específica», vivem num ambiente em que estão expostos a desavenças ou conflitos familiares e a abuso parental.

Segundo Almeida (1999, p. 253), os esquizofrénicos, quando compensados, «apresentam uma criminalidade igual ou mesmo inferior à da população geral», mas «se descompensados, a sua criminalidade, nomeadamente a criminalidade violenta, sobe para níveis claramente superiores à da população geral com os consequentes riscos, não só para terceiros como também para os próprios doentes».

A população alvo deste estudo são esquizofrénicos que cometeram crimes graves que os levaram a cumprirem medidas de segurança e de tratamento em regime

prisional, sendo que a maior parte cometeram crimes de homicídio e de homicídio na forma tentada.

Almeida (1999), através de dois estudos desenvolvidos sobre o crime de homicídio, num dos quais contou com a participação de Pinto da Costa, entre 1988 e 1991, chegou à conclusão de que houve uma percentagem «claramente superior» de «homicídios entre os esquizofrénicos e os indivíduos com psicose paranóide» relativamente à população em geral, no distrito do Porto. Segundo Almeida (pp. 252 e 253), os inimputáveis foram «responsáveis por apenas 8,3% dos homicídios (os indivíduos com perturbação da personalidade eram o grupo mais representado com metade do total)», e acrescenta que de entre os 16 psicóticos, 8 eram esquizofrénicos, 7 tinham psicose paranóide e 1 possuía psicose afectiva; destes «apenas um consultava e efectuava terapêutica regularmente».

Taylor concluiu quanto à Esquizofrenia que: esta predispunha o sujeito à violência, sendo o tipo paranóide e a «excitação catatónica» mais propensos; a violência que conduz à prisão surge tardiamente «(após meses ou anos) mesmo que o doente tenha estado em tratamento no passado»; ocorre com mais frequência em «doentes que têm exacerbações recorrentes» do que nos que de forma contínua estão doentes; o sujeito, na altura do homicídio, geralmente não tem capacidade de crítica para a doença e/ou para a situação, sendo que o crime «pode ser precedido de atitudes tendentes a confirmar ou testar os delírios ou para se “proteger” do “agressor”» ou, num reduzido número de casos, «pode ser a consequência de alucinações de comando»; a violência bizarra é mais frequentemente voltada para o próprio do que para o outro; a violência pode não ser causa directa da patologia mas da estrutura da personalidade, da deterioração causada pela doença, do meio social (em Almeida, 1999, p. 253). Este autor acrescenta que também pode ser muito importante o *setting* familiar.

Quanto aos «preditores de perigosidade que permitissem prever uma passagem ao acto homicida a curto termo», Almeida (1999, p. 254) refere que Millaud fez uma

pesquisa sobre 24 psicóticos que cometeram homicídio ou tentativa de homicídio e concluiu que além de sintomas psicóticos há «factores de risco e/ou desencadeantes», que aqui se citam por ordem decrescente de ligação à prática deste crime, como: toxicomania, «período de separação do casal», «paragem da medicação» e alcoolismo.

Assim, com os factores de risco reduzidos ou ausentes, ou seja, se compensados, os doentes com Esquizofrenia apresentam uma perigosidade muito menor, por isso terá de haver um esforço por parte de todos (clínicos, família, amigos, juristas – para a celeridade na determinação por exemplo do internamento compulsivo – meio...) para os manter nesse estado de compensação.

3. Avaliação psicológica através de um inventário de auto-avaliação – SCL-90-R

Antes de se passar ao Objecto de Investigação que será tratado a seguir, no Capítulo II, sentiu-se a necessidade de fazer uma abordagem ao SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R, inventário de auto-relato, também designado de auto-análise ou de auto-avaliação, em virtude de, apesar de conhecido em Portugal e aferido para a população do país, se ter encontrado algumas dificuldades em aceder a alguns elementos que permitissem claramente dar consecução a este trabalho com as considerações que se julgassem pertinentes. De facto, apenas se teve acesso aos elementos constantes do Anexo A-1., o que se considerou ser insuficiente, pois permitia apenas um conhecimento muito superficial deste inventário.

Na procura de materiais apenas se encontrou inicialmente (há cerca de dois anos) o inventário aferido para a população francesa (Guelfi, 1997, ver Anexo A-2.). Depois de pesquisar na Internet, julgou-se, então, pertinente, pedir o material à NCS – National Computer Systems & Corporated, nos E. U. A.), editora da versão original do SCL-90-R, cujo autor é Leonard R. Derogatis (Anexo A-3.). Mais tarde, pesquisou-se novamente nos catálogos dos fornecedores portugueses de materiais para a área de Psicologia (EDIPSICO e CEGOC) e teve-se conhecimento que a versão espanhola já se encontrava disponível, mas não a portuguesa.

Quando se estava na posse do material de Derogatis, recorreu-se à tradução do mesmo por duas licenciadas em Línguas e Literaturas Modernas pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, sendo que a tradução do manual foi feita por Telma Maria Domingues Coelho de Sousa (Estudos Portugueses e Ingleses) e a tradução da folha de respostas e da folha de cálculo dos *scores* brutos foi realizada por Alexandra Isabel Alves Neves (Estudos Ingleses e Alemães).

Assim sendo, optou-se por fazer uma breve abordagem a este inventário tendo essencialmente por base a versão do autor, ou seja, a americana, embora também ao pouco material a que se teve acesso da versão portuguesa, em fotocópias não identificadas. No entanto, antes de proceder a esta abordagem considera-se pertinente fazer uma breve referência ao aparecimento dos instrumentos de auto-avaliação.

3.1. Breve referência ao aparecimento de instrumentos de auto-relato

A criação de instrumentos de avaliação psicológica no sentido de procurar saber diferenças individuais, segundo Derogatis (1994), deve-se a Francis Galton (finais do século XIX), que construiu a primeira escala de auto-relato. Em 1914, foi criada por Adolph Meyer a «primeira escala de classificação psiquiátrica». Durante a Primeira Guerra Mundial havia falta de psiquiatras e Robert Woodworth, procurando «usar “a capacidade de cada homem de se auto-analisar”», criou, em 1918, o «primeiro inventário de auto-análise» (Derogatis, 1994, p. 1). A partir de então e ao longo do século XX, surgiram muitas escalas e inventários utilizados como medidas de auto-avaliação no campo da psicopatologia e perturbações psicológicas; no entanto, é «considerado por muitos que os modernos inventários de auto-análise foram iniciados pelo desenvolvimento do MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory [Inventário Multifásico de Personalidade do Minnesota], de Hathaway e McKinley» (1940; em Derogatis, 1994, p. 1). Ainda segundo este autor, a seguir a este inventário surgiu o Cornell Medical Index, de Wider (1948), e, num passado mais próximo, surgiram outros com o objectivo de medir um determinado sintoma, como o BDI – Inventário de Depressão de Beck, de Beck e Steer (1987), entre outros. Surgiram ainda instrumentos de avaliação que se direccionavam à medição de vários sintomas,

como o HSCL – Hopkins Symptom Checklist, de Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth e Covi (1974), o SCL-90 – Symptom Checklist-90 (1973), de Derogatis, Lipman e Covi, e o BSI – Brief Symptom Inventory, de Derogatis (1993).

Para Derogatis (1993), o HSCL «representou um continuação directa dos primeiros esforços psicométricos directamente ligado ao Cornell Medical Index», seguindo-se-lhe o que resultaria no SCL-90-R e outros «da Série de Escalas de Classificação Psicopatológica». Assim, no SCL-90-R os «itens nucleares das cinco dimensões de sintomas primários do HSCL» foram mantidos e acrescentaram-se quatro novas dimensões de sintomas, que levou à inclusão de 45 novos itens; e para facilitar a discriminação nosológica foram acrescentados 7 itens. É de referir ainda que o SCL-90-R apresenta três medidas globais de perturbação, que embora distintas se encontram relacionadas entre si (Derogatis, 1993).

3.2. O inventário de auto-avaliação SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R

O SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R é um teste clínico de auto-avaliação composto por 90 itens (Anexo A-3). Segundo Lipman (2000) os itens, que fazem parte deste instrumento de avaliação, referem-se a problemas psicológicos ou queixas sintomáticas médicas e psiquiátricas, postas habitualmente pelas pessoas. Derogatis (1993) menciona que com este inventário pretende-se «uma medição do estado de sintomas psicológicos em determinado momento no tempo presente» e não «uma medição da personalidade, excepto indirectamente». De facto, na própria introdução da folha de respostas traduzida (Anexo A-4.) e no próprio manual (Derogatis, 1993) pode ler-se o seguinte:

Em baixo está uma lista de problemas que as pessoas por vezes experienciam. Por favor leia cada um deles cuidadosamente e pinte o círculo que melhor descreve ATÉ QUE PONTO ESSE PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE. Pinte apenas um círculo para cada problema e não deixe nenhum item em branco. Se mudar de ideias relativamente a alguma resposta apague a resposta errada e pinte o círculo correcto. (p. 6)

Porém, na versão a que se teve acesso (sem nome do responsável pela sua aferição, embora se saiba que é de Vaz Serra, e sem data de aferição – Anexo A-1.), consta nas instruções o seguinte:

A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada questão cuidadosamente e assinale aquelas que nos últimos três meses o/a tem preocupado ou dado cuidados. Não há respostas “erradas” ou “certas” ou respostas para “dar uma boa impressão”: são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Estas respostas são confidenciais. Não deixe nenhuma questão em branco.

É evidente que ao ler-se estas duas instruções verifica-se que os tempos de referência são díspares. Derogatis (1993, p. 6) considera que o tempo de referência para este teste é: «últimos 7 dias incluindo o dia de hoje», devido «aos sete dias mais recentes na vida de um indivíduo normalmente fornece[rem] a informação mais relevante relativamente ao seu estado clínico actual. E, acrescenta que o intervalo de tempo até 14 dias «não aparenta afectar o perfil clínico» e que períodos mais longos «começam a introduzir distorções perceptíveis, presumivelmente por causa dos processos de memória e da variação natural dos sintomas psicológicos durante os períodos de longa duração». No entanto, Derogatis (1993, pp. 6 e 7) refere que «outros períodos de tempo

podem ser usados, especialmente se o período de tempo de interesse específico deriva naturalmente da situação ou do contexto em estudo».

Segundo Derogatis (1993, p. 5), a cada item é atribuída uma classificação que vai de 0 a 4 pontos (na versão para tratamento manual de dados), a que corresponde “Nada, Pouco, Moderadamente, Bastante, Muito”, na versão traduzida e, de acordo com a aferida para a população portuguesa, “Nada, Pouco, Moderadamente, Bastante, MUITÍSSIMO”.

O SCL-90-R, como atrás foi referido, avalia:

- nove dimensões de sintomas primários: Somatização, Obsessão/Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo, e
- três índices globais: o G.S.I. – Índice de Gravidade Global (na tradução); o P.S.D.I. – Índice de Perturbação dos Sintomas Positivos; e o P.S.T. – Total de Sintomas Positivos.

Note-se que quando se fala de dimensão, a autora deste trabalho partilha da mesma opinião de Freeman (1974, p. 602): esta «pode definir-se como um modo geral de comportamento ou uma espécie de facilidade para reagir, com um marcado grau de consistência, a um conjunto de situações, funcionalmente equivalentes para um indivíduo». No que respeita aos índices globais, Derogatis (1993, p. 5) refere que foram desenvolvidos para flexibilizar a avaliação global do estado psicopatológico do indivíduo e para «fornecer índices sumários dos níveis de sintomatologia e perturbação psicológica».

O SCL-90-R pode ser aplicado a «doentes psiquiátricos, doentes médicos e indivíduos da comunidade que não são doentes actualmente», e ainda a «adolescentes (tão jovens como de 13 anos de idade) desde que um técnico esteja disponível para interpretar os itens difíceis» (Derogatis, 1993, p. 7).

Este autor refere também que «são, normalmente, considerados maus candidatos para a aplicação do SCL-90-R, ou qualquer outro inventário de auto-relato», indivíduos

com actividade delirante, psicóticos ou débeis mentais e indivíduos que estejam «motivados para distorcer as suas respostas (minimizando ou exagerando a perturbação), devido ao contexto no qual estão a ser testados» (p. 7).

Para facilitar a análise do SCL-90-R elaborou-se, de acordo com os elementos colhidos directamente neste questionário, elaborou-se o Quadro 10 (p. 149) em que se enunciam não só as nove dimensões de sintomas mas também os sete itens adicionais que «não constituem uma estrutura unificada de sintomas mas estão incluídos no teste como configurativos» e contribuem para o cálculo dos índices globais (Derogatis, 1993, p. 15). No referido Quadro 10 faz-se uma descrição operacional dos sintomas numa perspectiva cognitivo-comportamental e se sintetizam as características típicas do sujeito que obtém elevada pontuação em cada uma delas. No entanto, embora alguns sinais patognomónicos (característicos de uma patologia) considerados de modo relativo possam ajudar na interpretação, não é possível estabelecer um diagnóstico clínico com base exclusivamente no SCL-90-R.

Os índices globais possibilitam o acesso a *scores* que reflectem aspectos diferentes da perturbação psicológica. Assim, o SCL-90-R permite proceder a uma interpretação dos resultados a global, dimensional e do sintoma, sendo que a informação obtida destas fontes embora distinta está relacionada «e deve ser cuidadosamente integrada para fornecer o quadro mais significativo e válido do estado de perturbação psicológica do sujeito» (Derogatis, 1993, p. 57). Este autor (pp. 12 e 13) considera que «o Índice de Gravidade Global [G.S.I., é] o melhor indicador do nível de profundidade actual da perturbação», pois «combina informação relativa ao número de sintomas relatados com a intensidade da perturbação percebida». Este índice «deve ser utilizado na maioria das circunstâncias nas quais uma única medição é necessária». O P.S.D.I. é indicador do «nível médio de perturbação relatado para os sintomas que foram referidos», pelo que trata-se de uma «medida pura de intensidade (...) “corrigida” [*corrected*, no original] pelo número de sintomas» e «indica também o “estilo” [*style*, no original] do paciente

QUADRO 10 – Características do SCL-90-R

DIMENSÕES DE SINTOMAS PRIMÁRIOS	OPERACIONALIZAÇÃO ¹	O QUE REFLECTE CADA DIMENSÃO DE SINTOMAS PRIMÁRIOS ²	CARACTERÍSTICAS DO SUJEITO COM ELEVADA PONTUAÇÃO
Somatização	*Dores de cabeça; desmaios ou tonturas; dores sobre o coração ou no peito; dores no fundo das costas; vontade de vomitar ou mal-estar no estômago; dores musculares; dificuldade em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar); calafrios ou afrontamentos; sensação de formiguelo ou partes do corpo entorpecido; impressão de ter um nó na garganta; sentir falta de forças em partes do corpo; sentir "um peso" nos braços ou pernas.	*«Perturbações derivadas de percepções de disfunção corporal»; *«As queixas centram-se nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e outros sistemas e outros sistemas com forte mediação autónoma» *«Dor e desconforto da musculatura e equivalentes somáticos adicionais da ansiedade».	*Sintomas físicos múltiplos que denotam preocupação com a saúde.
Obsessão-Compulsão	*Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz; dificuldade em lembrar-se das coisas passadas e recentes; preocupação com o desleixo ou a falta de limpeza; dificuldades em fazer qualquer trabalho; fazer tudo devagar para ter a certeza de que ficam bem feito; sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz; dificuldade em tomar decisões; sensação de vazio na cabeça; dificuldade em se concentrar; vontade de repetir certas acções como, por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar.	*Comportamentos ou cognições repetitivos (obsessões recorrentes e compulsões); *«Pensamentos, impulsos e acções que são experienciadas como incessantes e irresistíveis e que são de um <i>ego-alien</i> [outro-eu] ou de natureza indejesada»; *«Comportamentos e experiências de um défice de actuação cognitivo mais geral».	*Comportamentos ou cognições repetitivos (obsessões recorrentes e compulsões).
Sensibilidade Interpessoal	*Sentir-se criticado pelos outros; sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto; sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos; sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas; sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si; sentir-se inferior aos outros; não se sentir à vontade quando as pessoas o observam ou falam de si; sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas; não se sentir à vontade quando come ou bebe em local público.	*«Sentimentos de inadaptação e inferioridade, especialmente em comparação com outras pessoas»; *«Auto-depreciação, auto-cepticismo e um desconforto evidente durante as relações interpessoais»; *Com <i>scores</i> altos «revelam uma auto-consciência aguda e expectativas negativas relativamente ao comportamento» com o outro «e à percepção que os outros têm de si».	*Relacionamento interpessoal fechado, em que o indivíduo se volta sobre si mesmo (timidez e inibição), efectuando interpretações subjectivas do comportamento/atitude do outro.
Depressão	*Diminuição do interesse ou prazer sexual; falta de forças ou lentidão; pensamentos de acabar com a vida; virem as lágrimas facilmente aos olhos; impressão de se sentir preso ou apanhado em falta; acusar-se a si mesmo a propósito de certas coisas; sentir-se sozinho; sentir-se triste; ser muito pensativo (cismático) com as coisas; sem interesse por nada; sentir-se sem esperança em relação ao futuro; sentir que tudo o que faz é com esforço; ter sentimentos de que não tem valor.	*«Sintomas de humor disfórico (...), sinais de perda de interesse pela vida, falta de motivação e perda de energia vital»; *«Sentimentos de desesperança, pensamentos de suicídio e outros equivalentes cognitivos e somáticos da depressão».	*Alterações no humor num sentido negativo, em que o indivíduo sente sofrimento, pessimismo e angústia.
Ansiedade	*Nervosismo ou tensão interior; tremer; ter medo subitamente sem ter motivo para isso; sentir-se atemorizado; sentir palpitações ou batimentos rápidos do coração; sentir-se em estado de tensão ou aflição; ter ataques de terror ou de pânico; sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado; ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer; ter pensamentos ou imagens de natureza assustadora.	*«Nervosismo, tensão e tremuras (...), ataques de pânico e sentimentos de terror, apreensão e pavor»; *«Alguns equivalentes somáticos da ansiedade estão também incluídos».	*Estado de tensão, tendências a comportamentos inconsequentes e apreensão em relação ao futuro.
Hostilidade	*Aborrecer-se ou irritar-se facilmente; impulsos de temperamento que não consegue controlar; ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém; vontade de destruir ou partir coisas; envolver-se facilmente em discussões; gritar com as outras pessoas ou atirar coisas.	*«Pensamentos, sentimentos e acções que são característicos» do estado de fúria; *Reflecte «agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento».	*Tendências a comportamentos desmedidos (quer dirigidos a si próprio quer aos outros).
Ansiedade Fóbica	*Medo na rua ou praças públicas; medo de sair de casa sozinho; medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro; ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo; não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.; sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho; medo de vir a desmaiar em frente de outras pessoas.	*«Reacção de medo persistente— a 1 pessoa, local, objecto ou situação específica — que é irracional e desproporcional ao estímulo e leva à fuga ou ao comportamento de evasão»; *«Os itens centra-se «nas manifestações mais patognómicas e disruptivas do comportamento fóbico»; *Muito similar a agorafobia ou síndrome da despersonalização da ansiedade fóbica	*Medo exagerado a determinadas situações, coisas, lugares ou pessoas.
Ideação Paranóide	*Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas; sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas; sentir a impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si; ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm; sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades; a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	*«Pensar desordenado»; *«Hostilidade, desconfiança, grandiosidade, centralidade, medo da perda de autonomia e alucinações são vistos como reflexos primários desta desordem».	*Desconfiança e suspeição persistente em relação aos outros, com interpretação dos seus motivos.
Psicoticismo	*Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos; ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem; ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos; ter pensamentos que não lhe pertencem; sentir-se sozinho, mesmo quando está com mais pessoas; ter pensamentos sobre assuntos sexuais que o perturbam muito; ter o sentimento de que deveria ser castigado pelos seus pecados; ter a impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo; grande dificuldade de sentir-se "próximo" de outra pessoa; ter a impressão de que alguma coisa está mal no seu espírito.	*«Estilo de vida retirado, isolado e esquizóide»; *«Alucinações e controlo do pensamento»; *«Vai desde a alienação interpessoal à psicose»;	*Perda do contacto com a realidade, apresentado alucinações e delírios.
ITENS ADICIONAIS	*Falta de apetite; dificuldade em adormecer; pensamentos sobre a morte ou de morrer; Vontade de comer demais; acordar muito cedo de manhã; sono agitado ou não repousante; sentir-se culpado	*«Possuem relevância clínica»; «contribuem para o <i>score</i> global do SCL-90-R»	*Perturbações do apetite, do sono; pensamentos sobre a morte; sentimentos de culpa.

experienciar a perturbação» (Derogatis, 1993, p. 57). Este autor acrescenta ainda que o P.S.T. refere-se ao número de sintomas assinalados pelo sujeito, independentemente do grau, o qual «contribui para a interpretação de padrão da perturbação global» e mede «a amplitude sintomática da perturbação psicológica».

Para o cálculo dos *scores* brutos (*Raw Scores*, Anexo A-3.2.) procede-se ao somatório dos valores das repostas dadas a cada item (que como de se referiu assumem valores de 0 a 4), tanto referentes às nove dimensões de sintomas como aos itens adicionais. Porém, o somatório de cada dimensão «deve (...) ser dividido pelo número de itens pertencentes a essa dimensão», ou seja, se a dimensão tem 12 itens (como a Somatização) e o sujeito respondeu a 11, então divide-se o somatório por 11 e não por 12 (Derogatis, 1993, p. 15). Porém, de acordo com o que é sugerido no Anexo A-1. o somatório relativo a cada dimensão deve ser dividido sempre pelo total de itens da respectiva dimensão.

Quanto ao cálculo do índices globais, também se encontrou diferença de procedimento para o cálculo do G.S.I., como se poder observar no Quadro 11.

QUADRO 11 – Diferenças encontradas entre os cálculos dos índices globais

CÁLCULO DO	AFERIÇÃO PORTUGUESA	VERSÃO ORIGINAL (do autor)
GSI (ISG – Index Sintomático Geral – aferido)	*O «somatório de todos os valores» é «dividido por 90».	*O somatório dos <i>scores</i> obtidos em todos os itens é dividido pelo número total de respostas, ou seja, «90, se não existirem respostas em branco.
PST (TSP – Total de Sintomas Positivos – aferido)	*Refere-se ao total obtido pela contagem do número de itens em que o sujeito deu uma «resposta positiva» diferente de zero.	
PSDI (Nível de Perturbação por Sintomas Positivos – aferido)	*Divisão do somatório «de todos os valores dos itens pelo PST.	

Derogatis (1993, p. 15) refere que após o cálculo dos *scores* brutos, atrás referidos, estes devem ser convertidos em *scores T* standardizados «usando o grupo padrão mais adequado à pessoa que está a ser avaliada», o sendo este último *score* «caracterizado por uma distribuição média de 50 e um desvio de 10. Segundo este autor, há quatro grupos padrão para o SCL-90-R para cada sexo (masculino e feminino): adultos não doentes; doentes psiquiátricos adultos externos; doentes psiquiátricos adultos internados (Anexo A-3.3.); e adolescentes não doentes (dos 13 aos 19 anos). Para facilitar a conversão

em *scores T*, Derogatis (1993) criou formulários específicos para cada grupo padrão, diferenciado por sexo e adequado à população americana, para elaboração do perfil.

O SCL-90-R permite estabelecer um perfil multidimensional de sintomas, o que segundo Derogatis (1993, p. 59) «intensifica a amplitude da medição, quando comparada com escalas unidimensionais, normalmente com uma perda mínima de fiabilidade nas sub-escalas». Assim, este inventário possibilita ao clínico a interpretação dos *scores* de qualquer dimensão que considere relevante, podendo recorrer também aos dados relativos a cada item da(s) dimensão(ões) que considerou de interesse, com o objectivo de melhor clarificar e especificar a natureza do estado de perturbação psicológica do sujeito.

No caso de testes com dados incompletos, segundo Derogatis (1993, p. 17), deve-se ter em conta o seguinte:

- o cálculo do G.S.I. não ficará afectado substancialmente caso o indivíduo tenha omitido cerca de 20% (≤ 18) dos itens;
- «a omissão de um qualquer item» em qualquer das dimensões de sintomas primários «aparenta ter um impacto mínimo no *score* do sujeito nessa dimensão»;
- «as correcções para os dados ausentes são feitas utilizando o real número de respostas (em vez do possível número total de respostas) para denominador na divisão dos *scores* somados»;
- devem ser feitos idênticos ajustamentos para o cálculo de cada *score* de cada dimensão «para alcançar uma estimativa ajustada ao perfil do SCL-90-R».

Assim, nestes testes com dados incompletos os *scores* obtidos «são estimativas do que os resultados (...) teriam sido caso todos os itens tivessem sido respondidos». Caso as «respostas inexistentes» sejam «escassas e fortuitas», há probabilidade de as estimativas serem válidas, mas caso contrário, ou seja, se forem «numerosas ou sistemáticas», a probabilidade é de haver sérias distorções nas estimativas feitas.

No caso do SCL-90-R, Derogatis (1993, p. 59) decidiu «eliminar as escalas de validade formais» porque, segundo ele, este instrumento de avaliação não é um teste de

personalidade, mas sim um inventário de «puros sintomas», pelo que não se presta à construção deste tipo de escalas.

No entanto, apesar dessas escalas de validade não terem sido integradas para detectar distorções de resposta, no SCL-90-R foram criados os já referidos índices globais para «facilitar a comunicação da informação básica acerca do estilo de resposta», sendo que os *scores* obtidos no P.S.T. e no P.S.D.I. podem indicar se os indivíduos estão a falsear no sentido positivo ou negativo ou se houve «uma intenção menos consciente» e se os sujeitos «apresentam estilos de resposta num sentido «repressivo» ou «exagerado».

Por exemplo, em sujeitos adultos não doentes verificou-se para o PST um *score* bruto de ≤ 3 para o sexo masculino e de ≤ 4 para o sexo feminino, o que significa que «estão frequentemente a negar conscientemente sintomas, num esforço de se auto-representarem como «não-emotivos», «estáveis» e «bem integrados» (Derogatis, 1993, p. 60). No sentido contrário, ou seja, em que o sujeito tende a exagerar «é altamente improvável que um adulto não doente do sexo masculino tenha um *score* bruto de P.S.T. > 50 » ou que um «do sexo feminino tenha um *score* > 60 ». Se os *scores* forem mais elevados do que estes pode dizer-se que «os estilos de resposta são «dramatizantes» ou, menos frequentemente, estão conscientemente a tentar «falsear mal» (*fake bad*, no original).

O P.S.D.I. fornece indicadores sobre a postura do sujeito face à resolução do teste, pois *scores* extremos podem ser indicadores de tentativas deliberadas de «falsear bem» (*fake good*, no original) ou «falsear mal». É menos frequente que «os *scores* extremos sugiram contextos de resposta que exageram ou minimizam o nível de perturbação real do sujeito». Assim, num adulto não doente, independentemente do seu sexo, um P.S.D.I. > 3.20 merece atenção e revisão, e um P.S.D.I. > 3.50 é muitíssimo dramático.

Outros dados referentes à fiabilidade e à validade deste inventário serão tratados no ponto 4.2. do Capítulo II da Segunda Parte deste trabalho.

SÍNTESE

Ao analisar-se o passado da Humanidade conclui-se que as normas e os padrões sociais muitas vezes se mantiveram estáveis por longos períodos de tempo. No entanto, e em especial a partir do arranque da Revolução Industrial (século XVIII), as sociedades ocidentais conheceram frequentes e sucessivas mudanças. Estas fizeram com que se reformulassem os códigos e/ou se fizessem novos códigos, para regularem as intrincadas relações sociais e jurídicas.

Os cidadãos estão sujeitos à ordem moral, assente em noções como o certo e o errado, o bem e o mal; à ordem religiosa, baseada em preceitos e dogmas da fé; à ordem de trato social, que se refere às normas de melhor convivência; e à ordem jurídica que remete para as normas jurídicas reguladoras da ordem social, através do Direito (Civil, Administrativo, Penal...).

Qualquer pessoa que vá contra as normas estabelecidas, independentemente das normas inerentes às diferentes ordens atrás referidas, sofrerá algum tipo de sanção (ou sanções) caso não as cumpra. Porém, a ordem jurídica é aquela que recorre a medidas de coacção para punir a violação das normas. Por isso, o Direito tem de assentar em critérios como os de justiça, de equidade, de segurança jurídica e da certeza jurídica. Este último critério é de extrema importância para o Direito Penal, pois é através dele que se decide(m) o(s) tipo(s) de consequências a que está sujeita a prática de um determinado acto ilícito ou crime.

A ordem jurídica atribui aos seres humanos direitos e deveres que os torna titulares de personalidade jurídica. Esta é adquirida com o nascimento do indivíduo, cessando com a sua morte. Porém, nem todos os indivíduos gozam do exercício directo de direitos e deveres, pois alguns não possuem capacidades para o exercício dos mesmos, como os menores de idade, os interditos, os inabilitados e os incapacitados por acidente.

Para este trabalho só interessam os casos dos indivíduos sujeitos a interdição e a inabilitação por anomalia psíquica, que não deixam de ser pessoas jurídicas, mas aos quais poderá faltar a capacidade de exercício de direitos, como é o caso dos inimputáveis esquizofrénicos, que constituirão a amostra para este estudo. Como se verá adiante (Capítulo II da Segunda Parte), a maioria dos inimputáveis encontram-se internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, instalada na área do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo.

Os inimputáveis «em razão de anomalia psíquica» são aqueles que quando cometeram actos ilícitos se encontravam incapazes «de avaliar a ilicitude» dos mesmos «ou de se determinar de acordo com essa avaliação» (Art. 20.º, do C.P.) e por esse motivo sofreram sanções jurídico-penais na forma de medidas de segurança. Estas têm a duração mínima de três anos, caso o crime seja praticado «contra as pessoas» ou seja um «crime de perigo comum» e corresponda a uma pena superior a 5 anos; porém, se corresponder à pena de 8 anos, caso se justifique, o internamento poderá «ser prorrogado por períodos sucessivos de 2 anos» até que o Tribunal considere que «cessou o estado de perigosidade criminal» (Art. 91.º e 92.º, C.P.).

Assim, na aplicação da medida de segurança o juiz terá em consideração não só a inimputabilidade do sujeito, mas também a sua perigosidade, isto é, a probabilidade ou o fundado receio de que o que comete o crime possa vir a praticar actos ilícitos do mesmo tipo. Para a atribuição desta medida o juiz poderá solicitar uma «Perícia médico-legal e psiquiátrica» (Art. 159.º, C. P.) ou «Perícia sobre a personalidade» (Art. 160.º, do C. P.) a técnicos especializados.

O inimputável poderá gozar de «liberdade para prova» (Art. 93.º, C.P.) se o Tribunal entender que a finalidade da medida («a protecção de bens jurídicos e a reintegração do agente na sociedade», Art. 40.º, C.P.) pode ser atingida em meio aberto, pelo período mínimo de 2 anos e máximo de 5, desde que não ultrapasse «o tempo que faltar para o limite máximo de duração do internamento» (Art. 94.º, C.P.).

É de referir que quando se trata de doença mental, em muito diferem os conceitos jurídico e clínico, no entanto, para que fossem construídos os primeiros hospitais psiquiátricos e criada a psiquiatria forense houve necessidade de atingirem níveis de entendimento entre estes dois campos, que tem vindo a evoluir até à actualidade. Com isto, a psiquiatria forense teve de se organizar em função dos conhecimentos da Psiquiatria e da Jurisprudência (ciência da legislação e do Direito). A própria *Lei de Saúde Mental* teve, com certeza, de ter em conta as posições dos profissionais destas áreas. Ainda é digno de nota que o C.P. não refere os tipos de anomalias psíquicas, nem sequer dá exemplos, o que pode causar no aplicador da justiça algum incómodo. Porém, considera-se que ainda bem que assim é, porque mesmo para os clínicos especializados em psiquiatria e psicologia forense nem sempre é uma tarefa fácil avaliar-se a imputabilidade ou a inimputabilidade do indivíduo.

Outras questões se levantam na relação entre doença mental, crime e inimputabilidade. De facto, as doenças mentais não são anatómicas, relacionam-se com vivências e estados anómalos. As primeiras referem-se a experiências vividas no(s) meio(s) onde se desenvolve(u), onde estabelece(u) múltiplas relações, a dificuldades complexas que teve de ultrapassar, bem ou mal sucedidas... Os segundos relacionam-se com os estados de humor, de consciência e de memória, que variam de acordo com a intensidade, duração e evolução da doença e dependem da causa que os provoca, da personalidade do indivíduo, do seu biótipo, da sua estabilidade emocional.

Quando o indivíduo adoece dá-se um corte no seu ciclo desenvolvimental devido ao facto de a sua mente ser assolada por novos elementos estranhos ao próprio e à maior parte das pessoas, como obsessões, delírios, alucinações...

Várias doenças podem conferir ao indivíduo o estatuto de inimputável, aquando da prática de crimes, como a esquizofrenia e outras psicoses, a epilepsia, a debilidade mental, a organicidade cerebral, a neurose e as perturbações anti-sociais da personalidade.

Como este trabalho incide sobre os doentes com esquizofrenia procedeu-se também a uma abordagem da evolução do conceito desta doença e posteriormente pretendeu-se estabelecer relações entre esta doença, crime e perigosidade.

A esquizofrenia é uma doença conhecida desde há longa data e tem sido alvo de numerosos estudos. Na Antiguidade Clássica destacou-se Hipócrates que estudava as doenças partindo de uma ordem racional, explicáveis pela lei da física. Na Idade Média S. Tomás de Aquino explicava as doenças mentais à luz de critérios sobrenaturais.

Na Idade Moderna mencionou-se Thomas Willis que defendia que a loucura era uma forma de «estupidez adquirida», que atingia os indivíduos enquanto jovens e cuja evolução culminava com sintomas demenciais.

Na Idade Contemporânea especialmente já no século XIX, Philippe Pinel procedeu à libertação dos loucos dos hospícios e Jean-Esquirol defendia a protecção jurídica dos doentes mentais. Pinel e Esquirol consideravam que a loucura era uma forma de «*idiotia congénita adquirida*». Ainda no século XIX, Morel descreve a “*demência precoce*” (mais tarde designada por esquizofrenia), Hecker define hebefrenia como sendo uma doença, Kahlbaum fez o mesmo mas relativamente à catatonia. Kraepelin defendia que os então considerados síndromas por estes dois últimos estudiosos não passavam de meros sintomas e colocava-os junto a outros (alucinações, delírios, estereotípias, perturbações do afecto), pelo que passou a designar esta doença de “*demência precoce*”, a qual apresentava três formas clínicas: hebefrénica, catatónica e paranóide. Porém, os critérios etiológicos em que assentavam as classificações de Kraepelin não eram precisos.

Já no século XX, Bleuler substituiu a “*demência precoce*” por esquizofrenia, pois valorizava a cisão da personalidade em vez do facto de poder haver ou não deterioração com a evolução da doença (defendida por Kraepelin). Agrupou os sintomas característicos da doença, a que chamou «*primários ou básicos*», e «*secundários ou acessórios*». Considerava que a esquizofrenia apresentava quatro formas clínicas: hebefrénica, catatónica, paranóide e simples.

Schneider também dividia os sintomas em primeira e segunda categorias ou ordens, sendo os primeiros essenciais para o estabelecimento do diagnóstico.

As classificações actuais tiveram por base as propostas de Bleuler e de Schneider, como a CID-10 e o DSM-IV-TR. Quer uma quer outra consideram que há sintomas que surgem, alterando as funções normais do indivíduo de modo excessivo ou distorcido, sendo que alguns, quando em concomitância e tendo em conta a duração com que ocorrem são fundamentais para o diagnóstico de esquizofrenia. Enquanto a CID-10 apresenta 10 tipos o DSM-IV-TR apresenta 5 tipos de esquizofrenia.

Estes tipos de classificações põem ênfase no sintoma. No entanto, considera-se que para se compreender verdadeiramente o doente esquizofrénico é necessário aceder-se à verdade do mesmo, à sua lógica de pensamento que não obedece à lógica da razão. Porém, só através do discurso do esquizofrénico é que se pode aceder à lógica do mesmo, sendo esta de outra dimensão do saber ou do conhecimento e que difere de sujeito para sujeito.

Assim, mais do que atentar sobre o entendimento do conteúdo do conhecimento do doente esquizofrénico, que está relacionado com as suas crenças irracionais e que por si só não nos remete para a compreensão do sujeito, há necessidade de se perceber o modo como se processa esse conhecimento, pois cada sujeito atribuirá um significado pessoal ao conteúdo do mesmo. Muito provavelmente estarão na base defeitos de processamento da informação. Considera-se ainda que estes defeitos também são responsáveis por uma parte significativa das dificuldades de integração do sujeito, não permitindo ao mesmo quer uma vida familiar, social e laboral dentro de padrões minimamente satisfatórios, quer uma aceitação plena por parte da sociedade, ou seja, impedindo-o de uma melhor qualidade de vida.

Segundo alguns estudos referidos, se o sujeito não se submete a tratamento maior é a probabilidade de aumentarem as suas disfunções cognitivas e as suas crenças disfuncionais, podendo levá-lo à prática de crime(s). Se o meio em que vive também for

disfuncional maior será a probabilidade de ele não cumprir com o tratamento estabelecido e mais comprometida ficará a capacidade de funcionamento laboral/ocupacional e social. Apesar de tudo, quando compensados a probabilidade de cometerem delitos é igual ou inferior à população geral, mas quando descompensados esta situação inverte-se, ou seja, a probabilidade de prática de crimes, em especial os violentos, aumenta substancialmente relativamente à população geral. Assim, quando descompensados os doentes esquizofrénicos apresentam uma perigosidade muito maior do que quando compensados.

Optou-se ainda por inserir neste Capítulo uma abordagem ao instrumento utilizado para aplicação à população objecto de investigação, devido ao facto de apesar de ser conhecido e aplicado em Portugal, se ter tido acesso a pouco material de suporte, o que levou a autora deste trabalho a investir na procura de material produzido pelo autor. A sua inclusão neste Capítulo também se deveu ainda ao facto de se ter verificado que havia diferenças entre os procedimentos utilizados no país e os sugeridos na versão original americana a que se teve acesso. Trata-se do SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R que é um inventário de auto-avaliação que mede o «estado de sintomas psicológicos» num dado momento e não a personalidade, «excepto indirectamente».

CAPÍTULO II

OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO:

Doentes esquizofrénicos em cumprimento de medidas de segurança e de tratamento em contexto prisional

Neste Capítulo, além de se definir o problema e formular as hipóteses de investigação.

Antes de se definir a amostra entende-se que fará sentido contextualizar o espaço geográfico onde se insere a população alvo de estudo e caracterizar sumariamente o Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo e mais alargadamente a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo. Esta está inserida no espaço físico daquele Estabelecimento e é nela onde se encontram internados os doentes esquizofrénicos, do sexo masculino, em cumprimento de medidas de segurança e de tratamento, que constituem a amostra deste estudo.

De seguida, será definida a amostra e apresentada a metodologia utilizada para a consecução deste trabalho, que constou de uma entrevista semi-estruturada e da aplicação do inventário de auto-avaliação SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R a cada doente.

Por fim, proceder-se-á à apresentação, análise e discussão dos resultados.

1. Definição do problema

Ao empreender-se este trabalho tentou-se dar respostas a vários problemas que se levantaram à autora do mesmo. Assim, pretendeu-se alcançar dois grandes grupos de objectivos. O primeiro, embora não sendo objecto deste estudo, relaciona-se com a apreensão geral das características de toda a população da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, adiante designada por C.P.S.M. (ver ponto 4.1.1., deste Capítulo).

O segundo grande grupo de objectivos prende-se directamente com o estudo da população alvo, ou seja, com os doentes esquizofrénicos inimputáveis, internados na C.P.S.M.. Assim, dentro deste segundo grande grupo de objectivos constituem objecto de investigação os seguintes:

1. Inferir a heterogeneidade dos indivíduos em estudo, através de dados relativos à sua idade, estado civil e residência.
2. Identificar onde residiam, o grau de instrução e se trabalhavam aquando da prática do crime.
3. Caracterizar a população alvo tendo em conta o tipo de crimes cometidos, a arma utilizada, a relação com a vítima e o tipo de esquizofrenia associado.
4. Identificar a situação jurídico-penal da população alvo em termos da inimputabilidade/perigosidade e da medida de segurança aplicada.
5. Saber há quanto tempo os indivíduos estão internados na C.P.S.M. e se têm tido visitas.
6. Avaliar a população alvo com o instrumento de auto-avaliação SCL-90-R.
7. Perceber se o facto de os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia estarem num ambiente prisional, onde se vive num ambiente/regime fechado com uma cultura própria, contribui para a exacerbação de alguns sintomas.

Assim, a grande questão levantada para esta investigação pode traduzir-se no seguinte:

– Em que medida o facto de se ser esquizofrénico se relaciona com o crime praticado, a arma utilizada e a vítima, bem como com a atribuição de inimputabilidade/ perigosidade e a aplicação da medida de segurança, e ainda com o facto de ter ou não visitas e de que modo tudo isto somado ao tempo de internamento exerce influência na exacerbação de alguns sintomas que se pretendem estudar com a aplicação do inventário de auto-avaliação SCL-90-R?

2. Formulação de hipóteses

Com o objectivo da investigação definido, atrás referido, formularam-se as seguintes hipóteses:

1. Nos sujeitos com esquizofrenia internados em Clínica Psiquiátrica em contexto prisional não há uma relação directa entre crime / arma utilizada / relação com a vítima e os resultados obtidos no inventário de auto-avaliação SCL-90-R.
2. Nos sujeitos com esquizofrenia internados em Clínica Psiquiátrica em contexto prisional que têm visitas, há maior tendência para andarem dentro de padrões da normalidade relativamente às diferentes dimensões de sintomas primários do inventário de auto-avaliação SCL-90-R.
3. Se o período de internamento da população alvo é longo, os seus efeitos são grandes, por consequência, aumentará a tendência para as queixas ou problemas relacionados com a saúde.
4. Nos sujeitos com esquizofrenia internados em Clínica Psiquiátrica em contexto prisional há uma incidência de vectores relacionados com uma ideação paranóide, mesmo que o sujeito não tenha sido internado com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide.
5. Se a população alvo se encontra em tratamento, e a maior parte é considerada como estando compensada, há maior tendência a ligarem-se à realidade e, por isso, deprimem, ou então a psicotizarem para não deprimirem.

3. Variáveis

Assim, como variáveis independentes considerou-se o tempo de internamento, o diagnóstico de Esquizofrenia, o tratamento e as visitas, como é óbvio por se acreditar que estas quando variam têm efeito sobre as variáveis dependentes, ou seja, que quando são manipuladas se possa descobrir o grau de relação entre ambas.

As variáveis dependentes são dimensões centrais que se consideraram de grande significância para este estudo. Foram consideradas as seguintes: problemas relacionados com a saúde; incidência de vectores relacionados com uma ideação paranóide; depressão e psicotização; crime / arma utilizada / relação com a vítima e resultados obtidos no inventário de auto-avaliação SCL-90-R; e padrões de normalidade no inventário de auto-avaliação SCL-90-R.

4. População

A população objecto desta investigação é constituída por doentes aos quais foi diagnosticada esquizofrenia, e que se encontram a cumprir medidas de segurança e de tratamento numa Clínica Psiquiátrica em contexto prisional.

Inicialmente proceder-se-á à contextualização e à caracterização do meio onde a referida população está inserida, para depois se definir a amostra.

4.1. Contextualização e caracterização

A pesquisa realizou-se na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo (C.P.S.M.) localizada na área do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (E.P.S.C.B.). Este situa-se na Freguesia de Santa Cruz do Bispo, Concelho de Matosinhos, Distrito do Porto. Ainda em termos geográficos, localiza-se a oito quilómetros da cidade do Porto e a três quilómetros do Aeroporto Francisco Sá Carneiro (Belchior, 1997).

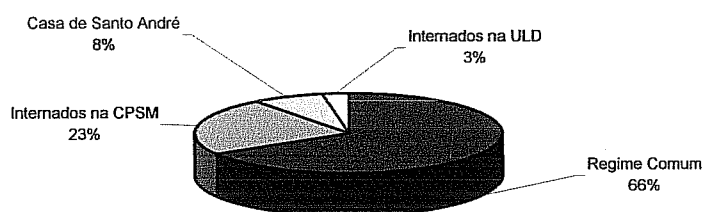
Dado que a C.P.S.M. se insere na área pertencente ao E.P.S.C.B., considera-se pertinente, de seguida, fazer uma breve caracterização dessas duas estruturas.

4.1.1. Caracterização do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo

Segundo o documento do Ministério da Justiça, «Estabelecimentos Prisionais Centrais e Especiais», disponível na Internet a 15-03-2003, o E.P.S.C.B., antiga Colónia Penal de Santa Cruz do Bispo (também designada Prisão Agrícola Correccional, segundo Castro, 1997), de início funcionava como uma extensão da Cadeia Civil do Porto (actual Estabelecimento Prisional do Porto). Segundo esse documento, o E.P.S.C.B. recebeu os primeiros reclusos em 1935 e apenas em 1946 se autonomizou da então Cadeia Civil do Porto, passando a ter uma direcção própria.

O E.P.S.C.B. é um estabelecimento de tipo central, destinado a reclusos do sexo masculino, com um regime de segurança misto e está sob Tutela Judiciária do Tribunal de Execução de Penas do Porto. Segundo dados fornecidos pela Secção de Reclusos, em finais de Fevereiro/2003 estavam detidos no E.P.S.C.B. 435 indivíduos, sendo que desses 289 (66%) estavam no regime comum, 101 (23%) internados na C.P.S.M., 12 (3%) na Unidade Livre de Droga/Unidade de Tratamento de Reclusos Toxicodependentes e 33 (8%) na Casa de Acolhimento de Santo André (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 – População Prisional do E.P.S.C.B. (Segundo dados fornecidos pela Secção de Reclusos do E.P.S.C.B., Fev./2003)



A maioria da população prisional do E.P.S.C.B. é proveniente da Região Norte e do Grande Porto, no entanto, na C.P.S.M. são provenientes de diversas partes do país.

A população do E.P.S.C.B. está distribuída nas instalações abaixo referidas:

➤ Um Pavilhão com duas alas (Ala A e Ala B), cada qual com dois pisos, com capacidade para 232 reclusos em regime comum. No entanto, segundo dados do Ministério da Justiça de 15-01-2003 (Anexo B-1.) esta excede a lotação, tendo nessa data, em regime comum, 281 reclusos, e, segundo os dados atrás referidos, em finais de Fev./2003 possuía ainda mais reclusos, 289 (segundo dados fornecidos pela Secção de Reclusos do E.P.S.C.B.).

➤ Uma Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, antigo Anexo Psiquiátrico, que será caracterizada abaixo.

➤ Uma Unidade Livre de Droga/Unidade de Tratamento de Reclusos Toxicodependentes (U.L.D./U.T.R.T.), em Pavilhão autónomo, com 7 camaratas de três lugares e 2 celas individuais (para acolhimento inicial de entrados ou para situações

especiais), com capacidade para 21 reclusos, sendo que neste momento encontram-se 12 toxicodependentes em tratamento (em 15-03-2003). Possui cozinha, ginásio, campo de jogos e lavandaria próprios. De referir que começou a receber os primeiros internados em finais de Julho de 1997.

➤ Uma moradia autónoma, Casa de Acolhimento de Santo André, com capacidade para 40 indivíduos. Destinava-se inicialmente ao alojamento ex-inimputáveis que não tivessem apoio no exterior, sendo que actualmente recebe também reclusos em regime aberto (em «Estabelecimentos Prisionais Centrais e Especiais», 2003). No entanto, Castro (1997) refere que tendo a Direcção do E.P.S.C.B. verificado que os internados na C.P.S.M. nela permaneciam por longos períodos, decidiu criar esta Casa de Acolhimento em 1987. Este autor refere que se tratava de uma «estrutura intermediária de apoio ao Anexo Psiquiátrico», pois «destinava-se aos doentes inimputáveis clinicamente compensados, em regime aberto, que não tivessem retaguarda familiar ou institucional que os recebesse», tendo sido «durante anos a sala de visitas dos Serviços Prisionais da Região Norte do País» (Castro, 1997, p. 22). Actualmente, a Casa de Acolhimento Santo André, além de ter instalados 10 ex-inimputáveis, tem também 3 reclusos que tiveram alta da U.L.D./U.T.R.T. e 20 reclusos em regime aberto.

Na área do E.P.S.C.B. ficará ainda instalado um Estabelecimento Prisional Feminino com capacidade para 300 reclusas (em «Estabelecimentos Prisionais Centrais e Especiais», 2003, p. 34), cuja construção está em fase de acabamento.

4.1.2. Caracterização da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

Em Maio de 1946, segundo Castro (1997, p. 22), actual Coordenador da C.P.S.M., foi instalado, na então Colónia Penal de Santa Cruz do Bispo, o Anexo Psiquiátrico. Este passou a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental em 1994, pelo Decreto-Lei N.º 194/94, de 19 de Julho. Castro (1997) refere ainda que a C.P.S.M. foi criada «com atribuições e quadro de pessoal semelhantes à Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. João de Deus, em Caxias».

A criação desta C.P.S.M., segundo o Ministério da Justiça, tinha como objectivo «dar resposta na área da Psiquiatria e Saúde Mental aos reclusos dos estabelecimentos prisionais situados nas zonas do Porto, Norte e Centro, completando, com o Serviço de Psiquiatria do Hospital Prisional de S. João de Deus [H.P.S.J.D.], a cobertura de todo o país em matéria de saúde mental» (em «Relatório sobre o Sistema Prisional», da Provedoria de Justiça, 1996, p. 58, consultado na Internet em 15-03-2003). No entanto, Castro (1997, p. 22) menciona que essa prática já vinha «desde a criação da consulta externa em 1990», no então Anexo Psiquiátrico.

A C.P.S.M. «destina-se exclusivamente a detidos inimputáveis», enquanto o H.P.S.J.D. está «vacionado para internamentos com carácter transitório de reclusos que apresentem distúrbios do foro psiquiátrico ou outros desequilíbrios psicológicos mas que não sejam inimputáveis» («Relatório sobre o Sistema Prisional», p. 58).

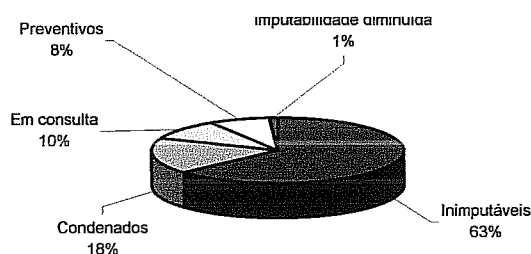
A é constituída por duas alas (Ala A e Ala B), cada qual com dois pisos. Possui 71 quartos individuais, 6 quartos de isolamento, 8 camaratas (sendo 2 de 6 lugares, 2 de 5 lugares, 2 de 4 lugares e 2 de 3 lugares), 1 quarto de 2 lugares. No seu espaço ainda se encontram 10 gabinetes (6 para Médicos, 1 partilhado por dois Psicólogos, 1 para o Enfermeiro-Chefe, 1 partilhado por dois técnicos – do Serviço de Educação e do Instituto de Reinserção social –, 1 para o Chefe de Elementos de Vigilância), 2 Balneários, 1 Barbearia, 1 Enfermaria, 1 Armazém para medicação, 1 Refeitório, 1 Biblioteca, 1 espaço para o funcionamento da Escola – ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico –, 2 Salas de Lazer, 1 Bar, 1 Sala de Visitas, 1 Capela, 1 camarata para os Elementos de Vigilância.

Segundo o quadro «População Prisional, por estabelecimento...» (Anexo B) a C.P.S.M. tem capacidade para 110 internados, mas em 15-01-2003 possuía 102, dos quais 95 eram condenados (não discriminando a população inimputável) e 7 preventivos.

Em finais de Fevereiro de 2003, na C.P.S.M. encontravam-se 101 indivíduos internados, no total. Destes, 64 (63%) eram inimputáveis (sendo que 55 destes, foram considerados inimputáveis perigosos), 1 (1%) estavam na situação de imputabilidade

diminuída, 18 (18%) na situação de condenados, 8 (8%) como preventivos e, segundo dados fornecidos pela Secção de Reclusos do E.P.S.C.B., 10 indivíduos (10%) estavam «situação de consulta» (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 – Situação jurídico-penal dos internados na C.P.S.M. (Segundo dados recolhidos nos Processos Individuais – Quadro 10 abaixo – e outros fornecidos pela Secção de Reclusos do E.P.S.C.B., de finais de Fev./2003)



Porém, quando se efectuou a pesquisa nos Arquivos dos Processos Individuais, na Secção de Reclusos do E.P.S.C.B., fez-se apenas o levantamento de 91 indivíduos, pois os restantes 10 em consulta encontram-se temporariamente internados. Estes últimos são provenientes do próprio regime comum do E.P.S.C.B. ou de outros Estabelecimentos Prisionais, tendo de regressar aos locais de origem (onde estão afectos) quando têm alta.

Com o objectivo de possibilitar um maior leque de informações acerca dos internados na C.P.S.M., foi elaborado o Quadro 12. Assim, para cada indivíduo internado atribuiu-se um número que não corresponde ao constante nos processos criminais. Ainda, para cada um deles, pretendeu-se retirar desses processos um conjunto de dados considerados relevantes, tais como alguns referentes à identificação, às habilitações literárias, à profissão, à situação jurídico-penal, as visitas que tem tido (dados fornecidos pelo Técnico de Educação que acompanha todos os internados) e, ainda, os resultados obtidos na avaliação efectuada com o instrumento utilizado, o SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R, embora alguns internados tenham recusado ou estivessem ausentes da C.P.S.M., quando procurados.

Para possibilitar uma melhor identificação dos elementos referentes à população alvo deste estudo, sombreou-se as áreas do Quadro 12 correspondentes aos sujeitos que dela fazem parte.

QUADRO 12 – Registo de dados – utentes da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo
(Dados colhidos nos processos criminais (Processos Individuais), na Secção de Reclusos do EPSCB entre inícios de Outubro/2002 e meados de Março/2003)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISTAS	RESUL. AV.º			
IDENTIFICAÇÃO		HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS- -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- ta- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados forneci- dos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R
Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.	Profis- -SAO											
141 anos 01-03-1961	Solteiro	N.: Braga (Braga) R.: Braga (Braga)	Serven- te da Cons- trução Civil e Obras Públicas	1 Furto qua- lificado 1 Roubo			Nos «Conclusos» do TEP do Porto, de 25-10-99, refere que «foi detido em 20-02-87, porém «iniciou o cumprimento de medida de segurança em 12-12-98. Por decisão de 23-10-90» foi-lhe concedida lib. tit. ens., «tendo a libertação ocorrido em 24-10-90». A 20-07-92 «deu entrada no EP de Craves» Indiciado de co-autoria de um crime de furto qualificado» sendo-lhe revogada a lib. tit. ens., tendo sido ordenado o seu reinternamento» em 04-01-93. «Entre 14-9-93 e 23-6-95 esteve em liberdade legítima, na situação de não regressan- do de saída precária prolongada. O mesmo sucedeu entre 12-97 e 4-3-98.» Na decisão revisora feita pelo TEP do Porto, a 26-11-2001, refere que cumpriu «três condenações ante- riores, todas elas relacionadas com crimes contra o patrimó- nio; cumpre pela primeira vez medida de internamento.»	«Oligofrénico (imbeci- lidade), em «Relatório de Exame Médico Legal Psi- quiátrico, de 15-02-88; Atraso mental médio CID 318.0, na decisão re- visora feita pelo TEP do Porto, a 26-11-2001, po- de-se ainda que «não dis- põe de capacidades por se- gurar normativamente, apresentando contacto que capta amortecimento im- pulsivo, sugestionalidade; fruto da medicação ade- quada que segue e dado o seu enquadramento insti- tucional, revela perigosida- de vincadamente atenua- da; permanece inimpulsa- vel. (...)» A propósito da doença mental (...) em vi- tude da hipotrofia da sua personalidade e da falta de uma crítica inteligente, não exerce fiscalização eficaz sobre os seus actos e sobre as suas percepções (v. En- rrio Alavilla, <i>Psicologia Ju- rídica</i> , vol.1,3.ª ed.,p.229)»	Inim- putá- vel	Min.: 2 Máx.: 14 Mas, na deci- são revisora feita pelo TEP Porto, a 26-11- 2001: «cumi- pre (...) acres- cer o tempo corresponden- te às interrup- ções verifica- das, global- mente traduzi- do em 4 anos, 2 meses e 4 dias», pelo que «consigna-se que o limite máximo do internamento será (...) em 24-04-2005»	Início: 20-02-1987 Em TEP Porto, 26- 11-2001 estabelece o termo em 22-03-1998 e 23-05-1998 «data desde a qual sofre o arguido de pri- vação de liber- dade devido a factos conside- rados na deci- são de que são de que aplicou o inter- namento»; no entanto, a inim- putabilidade foi-lhe atribuída a 12-12- -1988».)	04-03-98 Proveniente: EP de Lisboa (Estive no HP de S. João de Deus entre 02-03-1998 e 23-05-1998) «data desde a qual sofre o arguido de pri- vação de liber- dade devido a factos conside- rados na deci- são de que são de que aplicou o inter- namento»; no entanto, a inim- putabilidade foi-lhe atribuída a 12-12- -1988».)	SOM: 1,25 O-C: 2,90 I-S: 1,78 DEP: 2,46 ANX: 2,20 HOS: 1,00 PHOB: 2,43 PAR: 1,83 PSY: 1,90 It. ad.: 1,86 GSI: 2,00 PST: 72 PSDI: 2,50	
269 anos 16-03-1933	viúvo	N.: Ta- buão (Viseu) R.: Ta- buão (Viseu)	Agricul- tor refor- mado («foi caçador durante mais de 15 anos, tendo cessado o exercí- cio desta actividad e cerca de um ano na- tes» da prática do crime	Homicídio simples e dois crimes de detenção de armas proibidas	Espingar- da de caça «da sua proprieda- de», de dois calibres 12, muni- ção «com um cartu- cho carne- gado de chumbo de zaga- lote»	Viz- inho	No «Acórdão» do Trib. de Círc. de Lamego, de 17-3-99 quan- do o arguido passava por 3 crianças que andavam a brincar, dirigiu-se a uma delas e «por razões não apuradas, represen- tou-a», fazendo com que esta se pusesse a chorar.» Entretan- to surgiu o pai de 28 A, que interalado do assunto pelas ou- tras crianças «interpelou o arguido dizendo-lhe: "há quero que se meta com a minha filha)". Deu «um murro na face do arguido e alguns pontapés nas pernas deste causando-lhe, com o primeiro, um hematoma junto a um dos olhos.» Sepa- rados por uma das testemunhas o arguido disse: «vou já buscar a arma». Foi então para a sua casa, enquanto o pai da criança permanecia na rua. Da marquise, no 2.º andar da residência do arguido, «disparou um projectil» sobre o pai dessa criança atingindo-o «na face e na região frontal do crá- nio», sendo que «estas lesões foram causa directa da morte (...) imediata.» No Trib. da Rel. do Porto, a propósito de um pedido de recurso, refere o seguinte: «como muito intenso que é o ódio (directo) com que o arguido agiu, manifestando uma total falta de sentimentos, com desprezo pela vida humana, para mais, na presença, nas proximidades, da filha da vítima e da companheira deste» a pena é adequada, sendo negado o recurso.	Conde- nado	12 anos e 4 meses e pagamento de 15 900 000\$00 à filha menor de idade EP Reg. de Lamego	Início: 22-06-1998 (não tem antecedentes crimi- nais) Termo: 22-10-2010	27-09-2000 Proveniente: EP de Lamego Motivo: o mé- dico que o viu em consulta externa no EPSCB, refere que «pelas ca- racterísticas clínicas que o doente apre- senta, somos de parecer que o doente bene- ficia com a per- manência neste internamento, pelo que deve- rá ficar afecto a esta instituição» (segundo infor- mação de 27- -09-2000)	SOM: 0,17 O-C: 0,80 I-S: 1,67 DEP: 0,46 ANX: 1,00 HOS: 2,17 PHOB: 0,57 PAR: 0,67 PSY: 0,40 It. ad.: 0,57 GSI: 0,78 PST: 24 PSDI: 2,92		

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS- -SAO	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL					Último Internam.ª na CPSM	VISTAS Dados forne- cidos pelo Tec. de Ed.ª do EPSCB	RESUL. AV.º		
	Idade*/Data nasci.ª	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Com./Dis.			Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)				(In)im- pu- tabili.	Medida de segurança e/ou pena
334 anos 01-02-1969	Casado (a sua mulher estava grávida; R.: Pene- la (Colim- bra) actual- mente tem uma filha)	N.: Miran- da do Corvo (Colimbra) R.: Pene- la (Colim- bra)	6.º ano	Pedreiro	Homicídio qualificado Homicídio qualificado na forma tentada. (Não tem ante- cedentes crimina- is «e até en- tão vinha man- tendo bom comportamen- to na comuni- dade em que vivia inseri- do».)	Espingar- da de ca- l. 12 mm, de 9 ba- lões, de cabo, car- regada com za- galotes	Funcio- nário da Câ- mara Municipal	Na sequência de danos patrimoniais e não patrimoniais a um funcionário da CM de Miranda do Corvo, foi condenado civilmente no dia 01-11-1994 a pagar uma indemnização. Nos «Conclusões» do Trib. de Circ. de Coimbra, de 21-5-96: «Nesse dia, da parte da tarde, antes da leitura da sentença, havia adquirido uma espingarda caçadeira (...) com o propósito de matar (...) [o funcionário, de 35 A], caso viesse a ser condenado no referido processo». O arguido admitiu que pôs a hipótese de matar outros funcionários dessa Câmara «por causa de dificuldades que a mesma lhe foi opor na construção da sua casa que andava a levar a efeito e motivadas por questões de licenciamento da mesma. No dia seguinte [sic] (3/11/94), cerca das 10 h, dirigiu-se à Câmara (...) munido da referida espingarda (...)». Ao chegar ao átrio da Câmara deparou com (...) [o funcionário] e, quando se encontrava a menos de um metro de distância, disparou, uma vez (...) atingindo-o na região torácica», o que lhe provocou a morte. Uma funcionária entretanto veio ver o que se passava: Descia uma escada quando o arguido «disparou um tiro na sua direcção» não a tendo atingido por esta ter fugido. Ameaçou ainda de matar outra funcionária que ocorreu ao local.	Psicose grave	Conde- nado	18 anos	03-11-1995 (Segundo a liquidação da pena do Trib. de Circ. de Coimbra, ficou internado na CPSP, pois encontra-se p/ o psiquiatra que o viu: «So- fre de psicose grave e fazia resistência ao tratamento (...)» [EP Coimbra]. A sua recupere- ração tem sido muito lenta e é de prever um internamento (...) até ao fim da pena.»	27-11-2001 Velo do EP de Coimbra. Após consulta exter- na no EPSCB de Coimbra, ficou internado na CPSP, pois encontra-se p/ o psiquiatra que o viu: «So- fre de psicose grave e fazia resistência ao tratamento (...)» [EP Coimbra]. A sua recupere- ração tem sido muito lenta e é de prever um internamento (...) até ao fim da pena.»	Palis (1 vez por mês)	SOM: 1,00 O-C: 0,70 I-S: 0,33 DEP: 1,15 ANX: 0,50 HOS: 0,33 PHOB: 0,00 PAR: 0,83 PSY: 0,30 It. ad.: 0,43 GSI: 0,61 PST: 37 PSDI: 1,49
450 anos 12-04-1952	Casado 1 filho, «antes de preso residia com os pais»	N.: Alijó (Vila Real) R.: Lisboa (Lisboa) R.: (emigran- te de França)	4.º ano (1.º ciclo)	Armador de ferro, no Luxem- burgo, onde vivia com dois irmãos. No entanto, na Gula de trans- ferência do EP Reg. do Montijo, diz ter sido ser- vido de pedreiro	Homicídio qualificado na forma consu- mada Homicídio qualificado na forma tentada (Não tem antecedentes criminais.)	Automó- vel		No mesmo «Acórdão» refere: «Discurso situacio- nal completamente fora da realidade»; «persona- lidade do arguido (...)» defectuosa propensa à violência indiscriminada e caracterizada por marcada insensibilidade relativa- mente a valores tão importantes como a vida humana»	Conde- nado	19 anos	19-08-1996 Termo: 19- 08-2015	14-07-1997, Internado na sequência de saídas ser transferido do EP de Caxias, onde de acordo com o psiquiatra CPSP: «Sabe- mos, pelo doente, que foi acompanhado no Departa- mento de Psiquiatria do Hospital de Caxias.».	Imã (recebe-o em casa nas saídas precárias, em Alijó)	SOM: 0,75 O-C: 0,90 I-S: 0,44 DEP: 0,69 ANX: 0,50 HOS: 0,00 PHOB: 0,14 PAR: 0,67 PSY: 0,10 It. ad.: 0,14 GSI: 0,48 PST: 33 PSDI: 1,30	

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

IDENTIFICAÇÃO			SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL				VISITAS		RESUL. AV.º						
N.º	Idade*/Data nasci.º	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.	HABILI- TA- CÕES LITE- RIAS	PROFIS -SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im putável	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados forneci- dos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R
540 anos	23-08-1962	Solteiro	Fre- quên- cia do 1.º ano profis- sional, de arqui- tectu- ra	Sem ocupa- ção do 2.º ano do TEP do Porto, de 6-3-01	Homicídio na forma tenta- da Homicídio consumado (Não tem antecedentes criminais)	Esplin- garda de caça chumbo 6	Irmão	Nos «Conclusões» do Trib. Jud. da Com. de Ovar, de 8-4-92, c. 15 h «dirigiu-se ao quarto de dormir do seu pai (?), (...) pegou numa espingarda de caça (...) montou-a e carregou-a com cartuchos de chumbo tipo "chumbo 6" e «através da janela de uma das dependências da casa» apontou-a «à sua mãe, que se encontrava num jardim contíguo, e «disparou um tiro na nuca.» Esta ficou c/ «feridas múltiplas perfurantes». De imediato a mãe «correu para a via pública e gritou, tendo ocorrido a morte de um filho, e irmão do arguido e o ofendido [pai]. Então, «o arguido aproximou-se e voltou-se», então para o irmão e a «distância de 5 metros apontou [e disparou] aquela mesma arma na direcção destes», atirando-o na cabeça, o que provocou «lesões múltiplas» que lhe causaram «morte imediata». O arguido referiu que «sofre desde os 19 anos de doença mental, ora caracterizada como psicose esquizofrénica, situação clínica que limita, de modo profundo, a sua capacidade de discernimento». Este Acórdão refere ainda o seguinte: «Teve, até à data dos factos, 9 internamentos psiquiátricos e 10 recursos de serviços de urgência da mesma especialidade. Nos últimos tempos eram frequen- tes (...) [comportamentos] agressivos contra si próprio e con- tra os familiares», tais como: «decepar 1 dedo em 1986, c/ 1 ma-chado; «recentemente enfiou uma faca ao pescoço do pai (...)», frequentemente ameaçava os pais com objectos cortantes e contundentes. É (...) evidente que o arguido não pode ser responsabilizado por tais ilícitos. Inimputável, sofrendo de esquizofrenia, já anteriormente à data da prática dos factos, era incapaz (...) de avaliar a ilicitude dos mesmos, ou de se determinar de acordo com essa avaliação».	Psicose esquizofrénica; perturbações mentais gravesíssimas; relação com álcool e drogas	Inim- putá- vel	Min.: 3 Máx.: 20 De acordo a «conclusão» do TEP do Porto, de 06-03-2001, o arguido en-contrava-se em liberdade para prova desde 12-06-1997, sendo «fixado em cinco anos o período de duração da detenção. No entanto, come- tando «várias in-fracções», en- tre elas «ilícito envolvendo (...) estupefa- ções», sen- do-lhe revoga- da a liberdade para prova.	Início: 12-11-1991	27-06-2001 Esteve instala- do na EP Reg. Instalado junto da PJ Porto, desde 13-11-1991, sendo entregue pela PSP na CPSM (Esteve no Hosp. de Sobral Cid, em 08-03-1994 e Coimbra, entre 12-06-1997 e 12-06-1997)	Pais (ultimamen- te tem tido só visita da mãe, dado o pai estar doente). Os pais recebe- ram-no em casa na últi- ma saída pre-cária (Mar./2002)	SOM: 0,25 O-C: 0,00 I-S: 0,44 DEP: 0,15 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,67 PSY: 0,00 It. ad.: 0,14 GSI: 0,16 PST: 12 PSDI: 1,17
643 anos	25-04-1959	Solteiro	3.ª classe (no «Rela- tório de exame médico- legal», para aprecia- ção da libe-rdade de a- título de en- selo)	Sem profis- são	Homicídio qualificado	Ferro utilizado para trancar a porta da cozinha	Pai	Nos «Conclusões» do Trib. Jud. de Vila Nova de Cerveira, de 21-3-84 refere-se que «pelas 07:30 horas, na sua residência, o arguido munu-se de um ferro existente na cozinha e, sem razão aparente, dirigido-se ao ofendido (...) seu pai, proferiu por diversas vezes a expressão "hoje hei-de matá-lo". De seguida e não obstante a intervenção dos seus familiares e da própria vítima para o acalmar, o arguido evidenciando grande perturbação, precipitou-se para o ofendido visando atirar-lhe o ferro [que servia para trancar a porta da co- zinha], como se pôde ler adiante] que empunhava e perse- guindo-o durante cerca de 400 metros logrou alcançá-lo vi- stando-lhe três violentos golpes sobre a cabeça [do pai[...]]» Estes golpes causaram traumatismos crânio-encefálicos vá- rios que foram a causa directa da morte do ofendido. «O ar- guido agiu com consciência» de que a poderia causar.	Esquizofrenia paranóide, nos «Conclu- sões» do Trib. Jud. de V.N. de Cerveira, de 21-3-84). «Esquizofrenia residual sem qualquer produtivi- dade psicológica», em «Relatório de exame mé- dico legal psiquiátrico» de 13-5-87, para apreciação da lib. tit. ens. «Oligofre- nia com comportamento acentuado», em relatório do médico de Caxias, de 10-10-89	Inim- putá- vel	Min.: 3 Máx.: 24 anos (Não há atri- bução de má- ximo até aos «Con- clusões» de 12-06-2001, do TEP do Por- to. Este atribuiu o máx. de 24 A)	Início: 21-10-1983 Proveniente: EPR Viana do Castelo (Nos «Con- clusões» de 12-06-2001, do TEP do Por- to a medida de seguran- ça conta a partir de 03-04-1994 Termo: 23-04-2008)	15-12-1983 Proveniente: EPR de Viana do Castelo	Não tem apoios	SOM: 0,00 O-C: 0,00 I-S: 0,00 DEP: 0,00 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,00 PST: 0,00 PSDI: 0,00
738 anos	21-05-1964	Divor- ciado (1 filha menor vive com a mãe)	1.º Ciclo	Agricul- tor	Violação na forma tentada (Antecedentes: punição de trans- portes)			No «Relatório» de dedução de acusação do Magistrado do Min. Púb. do Trib. Jud. da Com. de Alijó, de 20-6-00, a 9-8-99, «na capela do Santuário de Nossa Senhora da Piedade em Sanfins do Douro – Alijó, o arguido dirigiu-se a (...) [ofendi- do], que aí se encontrava de joelhos e inclinada sobre uma urna a limpá-la, colocou-lhe as mãos sobre os ombros, e o joelho sobre o dorso e puxando-a para trás, fê-la cair de cos- tas para o chão e com as pernas dobradas. Após (...) colocou- lhe uma mão entre as pernas, subiu-lhe a saia e friccionou com os dedos sobre a dita que trazia vestida na parte em que esta protege o seu órgão sexual. Enquanto procedia des- ta forma o arguido disse a (...) [ofendida] "Quero fazer-te um filho". Nesse momento, (...) [ofendida] pegou numa cruz que	Esquizofrenia paranóide aliada a «um padrão de hábitos éticos excessivos e de contactos com drogas», tendo se- verificado «desde Março de 1998 (...) um agrava- mento do seu estado cli- nico.» (Trib. Jud. da Com. de Alijó)	Inim- putá- vel	Min.: 3 Máx.: 6 A 7 M	11-08-1999 Proveniente: EPR de Vila Real	Pai, Mãe receberam-no em casa. (Ao vir de saída pre-cá- ria de 48h, em Jun./02 trazia consti- gido 1,2 g de haxixe num bolso; não sofreu san- cção pois não	SOM: 0,92 O-C: 1,30 I-S: 0,89 DEP: 1,00 ANX: 0,20 HOS: 0,17 PHOB: 0,43 PAR: 1,67 PSY: 0,40 It. ad.: 0,86 GSI: 0,79 PST: 38 PSDI: 1,87	

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º				
N.º	IDENTIFICAÇÃO		HABI-LITA-ÇÕES LITE-RARIAS	PROFIS-SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CFSM	Dados do SCL 90-R	
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil													
7								se encontrava próximo e desferiu com ela vários golpes sobre o arguido, assim se conseguindo libertar dele e fugindo de seguida para o (...) café sito nas proximidades do Santuário de Nossa Senhora da Piedade, local onde se fechou à chave. O arguido agiu consciente, livre e deliberadamente, contra a vontade de (...) [ofendida] e com intenção de, ao agarrá-la e puxá-la para trás, a colocar sem possibilidade de lhe resistir e de vir a manter com a mesma relações sexuais de cópula completa.»	diz: «Sofria de esquizofrenia paranoide agravada por hábitos étlicos e de consumo de estupefacientes que lhe motivam desmandos comportamentais, episódios de agressividade e falta de crítica em relação doença.»					ultrapassava a média diária de 0,5 g p/ 10 dias; mas já havia usufruído de saída anterior, 48h, em Mar./02, sem problemas	
847 anos 09-10-1955	Divorciado em Junho de 1997	N.º: Sã João (Viseu) R.º: Sã João (Viseu)	9.º ano de escolaridade na CFSM fez exames de 1.ª e 2.ª habilitação em Mar/01. FICOU aprovada para a 3.ª habilitação em Mar/02.	Sócio-génera de duas empresas de construção civil aprovada para a 3.ª habilitação em Mar/02.	Homicídio qualificado (Antecedentes; emissão de cheques sem provisão em Jun. e Set. de 1995, sendo o atribuído respectivamente: «6 meses de prisão, substituída por igual tempo de multa, no montante de 90 000\$00», ao primeiro e ao segundo «7 meses de prisão»)	Camarão ou pico e navalha	Cunhado	No «Acórdão» do Circ. Jud. de Viseu, de 2-11-99: «não eram as melhores as relações» entre arguido e cunhado devido a uma «relação amorosa [do arguido] com a esposa da vítima [cunhada]» em 1985.» Mas, como era «bono das empresas» deu emprego ao cunhado, irmão da sua esposa, em 1992, «e mais recentemente, em Junho de 1995». Porém, «as relações do arguido com a (...) esposa (...) não eram as melhores, sendo frequentes os maus tratos infligidos a esta, fruto de uma personalidade normalmente arrogante, violenta e autoritária, em que a sua vontade havia-se sempre de prevaler». Em paralelo, o arguido acreditava que «a vítima, que então residia na mesma habitação» tinha uma relação incestuosa com a sua esposa. Esta, por não suportar mais «a convivência com o arguido» decidiu sair de casa («em finais de 1995») levando consigo o seu irmão. Foi para a «casa do filho (...)» o qual (...) também já o havia feito anteriormente, devido aos maus tratos infligidos pelo pai (...).» Ciente na relação incestuosa, o arguido decidiu «fazer a vida» ao cunhado. Dirigiu-se «à casa onde a vítima vivia com a irmã e o sobrinho» ofereceu trabalho novamente ao cunhado, o qual aceitou. Mas, «logo no início dos trabalhos», o arguido ofereceu 100 000\$00 a um seu trabalhador de recto-escavadora para que «deixasse cair a pá» da máquina sobre o cunhado, «simulando um acidente na execução» dos trabalhos, porém este achou a proposta «uma "tonice"». Entretanto, reservou «uma passagem de autocarro para Toulouse – França, onde pretendia refugiar-se.» Combinou encontrar-se com o cunhado na casa do arguido para ir vender um automóvel. «Cerca das 19:30 horas» seguiu «no referido veículo» e à entrada de Penalva do Castelo o arguido desviou o carro «para um pequeno troço de estrada» e a cerca de 50 m para o carro «de forma repentina, e sem qualquer prévia discussão, lançou mão de um canhão, ou pico» que havia posto no veículo «entre os bancos da cabine, e (...) desferiu várias pancadas na cabeça do cunhado (...), o qual ficou em estado de prostração.» Depois retirou o cunhado do carro e, como ainda estava vivo, pegou numa navalha, «golpeou várias vezes o pescoço» do mesmo «quase o degolando». Quando teve a certeza de que estava morto; «arrastou então o corpo deste até à beirada do lado contrário da estrada» e empurrou para um «buche acidentado, vindo assim ocultar aquele com a vegetação ali existente. O corpo da vítima foi encontrado, ocasionalmente, no dia seguinte, 1 de Março de 1997, por um grupo de pessoas que no local apantavha pinhas.» O arguido participou nas cerimónias fúnebres, confortando a ainda sua esposa.	Transtorno Afectivo Bipolar, de acordo com a perícia médico-legal do Hospital Psiquiátrico do Lornão, sendo que «a data da prática dos factos, psicopatologia compatível com o diagnóstico de episódio maníaco»	Inimputável	Mín.: 3 Máx.: 25	Início: 03-03-1997	14-12-1999 (embora legalmente tenha iniciado o Internamento em 23-12-99, segundo a «Conclusão» do TEP do Porto)	SOM: 0,00 O-C: 0,70 I-S: 0,00 DEP: 0,15 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,67 PSY: 0,29 It. ad.: 0,18 GSI: 0,18 PSI: 0,18 PSDI: 1,78	

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS		RESUL. AV.º					
IDENTIFICAÇÃO		HABI- LITA- ÇÕES LITE- RÁRIAS	PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- putá- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados forneci- dos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB				
N.º	Idade*/Data nasci.º	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.	Est. civil	Solteiro	N.: Maia (Porto) R.: Maia (Porto)	2.ª Classe	Homicídio qualificado	Faca	Irmão	Com 7 irmãos; fazia ameaças verbais de agressão e morte; agressão física ao pai sem razão aparente; golpeou o irmão com uma navalha; partiu a cabeça ao outro com um pedaço de madeira; brigas constantes. De acordo com os «Conclusos» do «Acórdão» do Trib. da Com do Porto (27-7-87): «Em 6/7/86, pelas 13,30 horas, no interior da cozinha de sua residência (...) na Maia, envolveu-se numa discussão com o irmão (...) [ofendido], o que sucedeu com frequência, e logo ameaçou matá-lo; - Foi então que tirou do bolso interior do casaco que trazia vestido a faca (...) e, acto contínuo, espetou-na na parte direita do peito do (...) [ofendido]; - Assim lhe causou as lesões (...) que lhe determinaram, directa e necessariamente, a morte; - Seguidamente o arguido pôs-se em fuga (...). Nunca teve modo de vida certo e nunca se adaptou a qualquer tipo de trabalho, não conseguindo executar, de forma minimamente satisfatória, qualquer tarefa que fosse chamada a cumprir. (...) O arguido sempre causou problemas à família e vizinhos. (...) Conforme resulta do teor do relatório efectuado às suas faculdades mentais (...), o arguido sofre de psicose esquizofrénica, na forma hebefrénica, uma das mais indignas desse tipo de doença, no dizer do senhor perito médico, o que se caracteriza por uma série de fenómenos de desagregação da personalidade.	«Psicose esquizo es-quizofrénica na forma hebefrénica», em «Conclusos» do «Acórdão» do Trib. da Com do Porto, de 27-7-87; «Deficiência mental distintiva, em vias de psicose», com história de perturbação mental desde os 13 anos; internamentos anteriores no Hosp. Conde Ferreira, de acordo com os «Conclusos» do TEP do Porto, em 30-04-90; «Esquizofrenia na situação de defeito», de acordo com TEP do Porto, 02-11-92; «Esquizofrenia em fase residual», » segundo TEP do Porto, 26-01-95.	Inimputável pari-goso	Mín.: 5 Máx.: não há referência	Início: 06-07-1986 EP Porto	10-09-1986 (considerado inimputável a 10-03-87, segundo «Acórdão» do 1.º Serviço do 2.º Juízo Crim. do Porto) No «Relatório dos Serviços de Educação e Ensino do EPSCB: «mantém-se a precária ocupação em trabalhos de jardinagem e limpeza, no exterior do anexo, revelando gosto por esta actividade e satisfação nesta ocupação diária	Pal (visitas muito regulares) e 2 irmãos (visitas esporádicas) A família recusa-se a recebê-lo. Tem usufruído de algumas salas ao exterior e «mantém-se de precária ocupação em trabalhos de jardinagem e limpeza, no exterior do anexo, revelando gosto por esta actividade e satisfação nesta ocupação diária (16 dias - em Dez./91).	SOM: 0,67 O-C: 0,90 I-S: 0,44 DEP: 0,31 ANX: 0,40 HOS: 0,00 PHOB: 0,71 PAR: 0,67 PSY: 0,10 It. ad.: 0,86 GSI: 0,50 PST: 23 PSDI: 1,96
1067 anos	06-05-1935	N.: Gondomar (Porto) R.: Gondomar (Porto)	4.ª classe	Jardineiro	Homicídio qualificado Homicídio privilegiado Porte de arma proibida	Pistola semi-automática - 6,35 Browning	Vizinho	No «Acórdão» do 1.º Juízo Criminal da Com do Porto, de 13-07-1990: «O arguido mantinha, havia muito tempo, relações tensas e conflituosas com alguns dos seus vizinhos, designadamente (...) [ofendido]. O arguido, em Maio de 1988 foi submetido a julgamento (...) acusado de um crime de ofensas corporais na pessoa de (...) [1.º ofendido]. Após esse julgamento, quando todos abandonavam a sala de audiências, o arguido advertiu o (...) [ofendido] e as testemunhas de acusação (...) de que "se havia de vingar deles". No dia 21 de Julho de 1989, cerca das 7h 30 m, o arguido dirigiu-se a casa do (...) [ofendido] (...), munido de uma pistola semi-automática, de calibre 6,35 Browning (...) [não registada] com quatro projectéis no carregador e um outro na câmara (...). Nessa altura, apareceu também no local o (...) [2.º ofendido] numa motorizada, parando a cerca de 6 metros do arguido. Este, logo se apercebeu da chegada do (...) [2.º ofendido] que entretanto se apeou da motorizada dirigiu-se em sua direcção empunhando a referida pistola. Quando se encontrava a uma distância de 3 metros do (...) [2.º ofendido], apontou-lhe a arma na direcção da cabeça e disparou um tiro que o atingiu na face direita (...). O (...) [1.º ofendido] que acoreu até junto da vítima assim que ouviu o tiro, foi impedido de a socorrer pelo arguido de arma em punho. Cerca de 20 m depois chegaram os bombeiros que transportaram o (...) [2.º ofendido] para o H S João do Porto, onde já chegou morto. O arguido sofre de psicose esquizofrénica - forma paranóide C.I.D. 295.3, em franca actividade.»	«Psicose esquizofrénica - forma paranóide C.I.D. 295.3 em franca actividade (perícia médico-legal do H Conde Ferreira, 02-07-1990); «Psicose delirante crónica (paranóide)» (relatório médico do EPSCB)	Inimputável pari-goso	Mín.: 3 Máx.: 24 (apenas atribuída em 03-10-002, pelo TEP do Porto) Termo: 21-07-2013. Segundo o «Acórdão» do Supremo Trib. de Justiça, 24-10-2001: «Embora sem haver sido fixada a duração máxima (...) [que deveria ser de 12 anos, desse máximo foram] descontados (...) perdões concedidos pela Lei n.º 23/91, e pela Lei n.º 4 de Julho, 15/94, de 11 de Maio, no total de 4 anos e 6 meses (...) [por isso o máximo] reduzido	Início: 21-07-1989 EP Reg. Instalado junto da PJ do Porto. Foi-lhe concedida liberdade a título de período mínimo de 2 anos, em 08-03-1994; em 21-11-95 foi revogada «por incumprimento dos deveres fixados, e por não haver cessado o estado de perigosidade criminal (...)» por decisão de 21-11-1995 [tendo sido reaportado em 09-10-97, em TEP do Porto de 03-10-2002]. Por decisão	Não tem	SOM: 0,00 O-C: 0,60 I-S: 0,67 DEP: 0,85 ANX: 0,30 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,67 PSY: 0,40 It. ad.: 0,71 GSI: 0,43 PST: 21 PSDI: 1,86			

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º			
IDENTIFICAÇÃO		HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS- -SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Intern.º na CPSM	Dados do SCL 90-R	
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Com./Dis.											
10	Cont.									a 7 anos e 6 meses; - Pelo que o Internamento é ilegal, pois há muito está extinto», ferido na coluna "Intern.º na CPSM" o Supremo conclui que é «perfeitamente legal o internamento psiquiátrico (...) pelo que a sua pretensão de concessão de "habebas corpus" é manifestamente infundada.»		proferida em 25-05-2000 do TEP do Porto (...) foi mantido o Internamento. Posteriormente, estando em curso nova revisão obrigatória (...) a qual terá lugar por volta de 25-05-2002» (em «Acórdão» do Supremo Trib. de Justiça, 24-10-2001)		
1157 anos	10-11-1945	Casado	N.: Vila Nova de Gaia (Porto) R.: Vila Nova de Gaia (Porto)	1 violação - 6A 2 violação - 6A por cada 2 violação c/ agravação - 3A cada 23 abuso sexual de crianças - 4 A cada 5 abuso sexual de crianças na forma tentada - 2A cada 1 rapto de menor - 6A 28 rapto - 6A cada 2 rapto sob a forma tentada - 2A cada 9 ameaça - 4 meses cada 3 ofensa à integridade física simples - 2 meses cada 1 furto - 4 M (Antecedentes: 10-11-86, violação, 4A; 5-12-94, atentado ao pudor, 25A; 4-5-95, seqüestro e atentado ao pudor, 28 M)			No «Acórdão» do Trib. Jud. de Santa Maria da Feira, de 23-09-2002, para a «determinação das penas concretas a aplicar por cada um dos crimes, há que reconhecer que tudo é grave, sendo mesmo monstruoso, na conduta do arguido: - o dolo intenso (...) e sistematicamente renovado em relação a cada menor, o que traduz um propósito criminoso doentia-mente anelado e duradouro; - o cuidado (...) posto na preparação dos crimes, traduzido quer na simulação de lesões para obter mais facilmente a aproximação dos menores, quer na solicitação de pequenos favores que a ingenuidade destes não negaria e quer ainda na escolha (...) de menores desacompanhados e que circulavam ou permaneciam em locais onde a sua possibilidade de defesa ficava mais comprometida; - a brutalidade detectável no modo como autenticamente "roubava" os menores aos locais onde se encontravam ou ao percurso que faziam; - os sentimentos de indiferença e desprezo por si manifestados pela especial sensibilidade e "reserva íntima" dos menores e das menores enquanto seres ainda em construção, o que denota uma personalidade doentia, malformada e que não tem nada a ver com aquilo que se espera de um ser humano na verdadeira acepção da palavra; - a enorme e inequívoca gravidade das consequências dos factos por si praticados, pois (...) que a sua conduta criminosa (levada a cabo num período fulcral do crescimento (...)) destinado a alicerçar as bases da futura personalidade adulta) terá causado em tais menores fortes perturbações, distorções e bloqueamentos no crescimento e desenvolvimento sexuais que concretiza [sic] se irão repercutir talvez para o resto das suas vidas sob a forma de traumas psicológicos e de bloqueamento de comportamento; - a circunstância de ter já várias condenações anteriores também pela prática de crimes sexuais nas quais lhe foram também aplicadas penas de prisão efectiva.»	Segundo informação clínica do psiquiatra da CPSM do EPSCB, de 10-10-2001, tem «antecedentes de práticas éticas desde os 18 anos e de comportamentos anti-sociais que motivaram detenções anteriores, apresenta síndrome depressivo-ansioso reactivo à sua actual situação de detenção (em fase de investigação e averiguações)».	Conde-nado	25 anos (Segundo o «Acórdão» do Trib. Jud. da Com. de Santa Maria da Feira, de 23-09-2002, «a soma material das penas (...) atinge 317 anos e 10 meses de prisão», porém folheia atribuída a pena única de 25 anos.)	05-06-2001 PSP - Esquadra de S. João da Madalena; EP Reg. Ins-talado junto da Estrada Inicial PJ Porto	08-06-2001 (medida de internamento preventivo, pelo Tribunal Judicial de Santa Maria da Feira) Segundo informação do psiquiatra da Clínica da Ciquila da Clínica, em 18-04-02: «Presentemente encontra-se clinicamente melhorado e compensado mantendo-se ainda em internamento por se tratar de um recluso manipulador em foco nos me-dia e não por razões clínicas.»	Mulher e filha (muita frequência)	SOM: 1,33 O-C: 1,40 I-S: 1,11 DEP: 2,08 ANX: 1,00 HOS: 1,00 PHOB: 0,00 PAR: 1,50 PSY: 1,40 It. ad.: 2,43 GSI: 1,37 PST: 50 PSDI: 2,46

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL															RESUL. AV.º			
N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- ÇÕES LITE- RÁRIAS	PROFIS -SÃO	Crime actual			Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- puta- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último internam.º na CPSM	VISITAS Dados forne- cidos pelo Téc. de Ed.º do EPSCB	DADOS DO SCL 90-R
	Idade*/Data nasci.	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.															
1248 anos 10-06-1954	Solteiro		N.: Lamego (Visu) R.: Visu	Minheiro	Homicídio na forma tentada Ofensas corporais simples	Pau de forma arredon- dada, com 70 cm de comprimento	Mãe pai	De acordo com o «Acórdão» do Trib. de Circ. de Lamego, de 14-2-95, a 16-4-93 «pelos 20 horas» os pais do arguido «dirigiam-se à sua residência familiar, estando o arguido no interior dela». Quando entraram, o arguido que se encontrava munido com um pau de forma arredondada, com 70 cm de comprimento e 3,5 e 4,5 cm de diâmetro em cada uma das extremidades». Atirou «com ele a sua mãe na mão direita». Depois, com esse pau «atirou o seu pai na cabeça, oito vezes com violência». A mãe tentava acudir ao marido, no entanto o arguido «empurrou-a repetidas vezes, embatendo ela contra a porta». Quer o pai quer a mãe ficaram incapacitados para o trabalho durante oito dias, no entanto, o pai «desloca-se com o auxílio de muletas»	Psicose esquizofrenia paranoide (em Exame Psíqu. Forense, de 6-10-94), «actualmente com défice de «Conclusões» do TEP do Porto, de 24-10-01, baseada em informações do seu médico). Na informação do psiqu. da CPSM, de 4-11-02, esta em condições de «definir de ensaio de liberdade», logo que «lhe sejam assegurados alojamento, alimentação e tratamento psiquiátrico regulares», pois está «compensada»).	Inimputável	Mín.: 3 Máx.: 14 A e 8 meses	Início: 16-04-1993 (Segundo os «Conclusões» do TEP do Porto, de 05-07-99, o início da medida de segurança é em 29-12-1994) EPR de Lamego Termo: 29-08-2008	27-03-1995	Não tem	SOM: 0,00 O-C: 0,00 I-S: 0,00 DEP: 0,00 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,00 PST: 0,00 PSDI: Imp.			
1348 anos 10-11-1954	Solteiro	(Vivia na companhia da mãe e de 2 irmãos)	N.: Santo Tirso (Porto) R.: Santo Tirso (Porto)	Jornaleiro (serviços agrícolas e construção civil)	Homicídio 1 Furtos qualificados na forma consumada 2 Furtos qualificados na forma tentada (Não tem antecedentes)	Faca (no crime de homicídio)	Idosa (vítima de homicídio)	No «Acórdão» do Trib. de Circ. de Santo Tirso, de 01-07-96, um dos crimes de furto na forma tentada ocorreu «em meados do mês de Agosto de 1995, cerca da 1 hora da madrugada» entrando numa residência através da janela; outro, na forma consumada, ocorreu em «26-08-1995, cerca das 17h - não se consegue ler, a um café, através da placa entrando pela janela do WC, não tendo atingido o seu objectivo por ter sido «surpreendido por um empregado daquele, tendo abandonado o local sem dali retirar (...) qualquer objecto ou bebida, o que não se verificou por razões alheias à sua vontade»; cerca das 0 horas e 1 hora do dia 27 de Agosto de 1994 [...] o arguido (...) dirigiu-se à residência de (...) [vítima-falecida], solteira, reformada, nascida (...) em 1913, que «por vezes dava dinheiro ao arguido quando este se deslocava a casa dela, posto que ambos residiam na mesma freguesia». O arguido entrou por uma janela de acesso à cozinha, «retirou de uma das gavetas do móvel ali existente uma faca (...) e dirigiu-se ao quarto onde se encontrava deitada». Esta «ao aperceber-se da presença do arguido (...) começou a gritar (...)». O arguido (...) desferiu dois golpes com a alúdidia faca na zona do tórax», o que resultou em várias lesões e fracturas de costelas que lhe causaram a morte. Este abandonou a casa deixando a faca no chão. «O arguido (...) não tem antecedentes criminais».	Debilidade mental (Segundo o «Acórdão» do Trib. de Circ. de Santo Tirso, sobre de atraso mental ligeiro - imbecilidade - que não lhe permite entender e diferenciar as consequências da sua conduta».)	Inimputável	Mín.: 3 Máx.: 24	Início: 04-10-1995 (data na «Guia de Remoção» do EP do Porto para a CPSM); no entanto, na «Certidão» do Trib. de Circ. de Santo Tirso pode ler-se: «Certifico ainda que este arguido se encontra ininterruptamente preso desde 03-04-96 no EP do Porto» Termo: 03-04-20	25-10-1996	Sobrinho (recebe-o em casa quando sai de prisão)	SOM: 1,00 O-C: 0,60 I-S: 0,44 DEP: 1,08 ANX: 0,40 HOS: 0,33 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,50 It. ad.: 0,71 GSI: 0,58 PST: 37 PSDI: 1,41			
1448 anos 18-11-1954	Divorciado		N.: Braga (Braga) R.: Braga (Braga)	Comerciante	Furto Falsificação de documentos Burla Abuso de confiança (Tem antecedentes e havia-se evadido do Hosp. Sobral Cid em 1998, onde estava a cumprir medida de internamento por 1 processo de 96.)			No Dep.º de Inves.º e Acção Penal, do Min. Público, do Distrito Jud. de Coimbra, de 17-01-2000, os furtos e falsificação de documentos, colocando a sua fotografia nos mesmos, o que «permite invocar nove identidades diferentes, todas alheias à sua pessoa, bem como qualidades e estatutos de polícia, deputado europeu, médico, advogado, etc.». Com estes documentos falsos «passou a executar a segunda parte do seu projecto criminoso». Em 26-10-1994 dirigiu-se a um «estabelecimento comercial de aluguer de automóveis» em Leiria, intitulando-se cidadão espanhol (Sr. A), onde alugou uma viatura não a devolvendo. Continuou a praticar o mesmo tipo de crime, com exibição de documentação falsa: 3-1-95, em diferente agência em Leiria, Sr. B, portugueses; em 6-3-95, Nazaré, como Sr. C, espanhol; em 22-3-95 novamente numa outra agência em Leiria, dizendo-se agente da Polícia Judiciária (Sr. A); em 12-04-95, Coimbra, em 17-04-95.	«Transbordo anti-social de personalidade (psicopatia)» (em Dep.º de Inves.º e Acção Penal, Min. Púb., Diet. Jud. de Coimbra, de 17-01-2000, no «relatório pericial» efectuado ao abrigo de um processo de 99 em da Com. de Água refere que do acima referido e que «Do ponto de vista psiquiátrico-forense... é de invocar a figura de imputabilidade atenuada. Tem indicação de manter acompanhamento clínico-ps-	Impu- tabilidade atenuada? (está ali- mada em situação de pre- ven- to	Preventivo (já foi julgado por alguns crimes, mas falta decisão final)	22-05-2002 (transferido do EP de Lisboa)	Esposa e filha (muita assiduidade)	SOM: 2,08 O-C: 2,20 I-S: 1,44 DEP: 3,23 ANX: 2,80 HOS: 1,17 PHOB: 0,86 PAR: 1,00 PSY: 2,30 It. ad.: 2,71 GSI: 2,12 PST: 71 PSDI: 2,69				

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finalis do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º				
IDENTIFICAÇÃO		HABI- LITA- ÇÕES LITE- RÁRIAS	PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância		Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- putá- bil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último internam.º na CPSM	Dados fornecidos pelo Tec. de Ed.º do ERSCB	Dados do SCL 90-R
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dist. (Vila Real)												
16	24 anos 09-02-1979	Solteiro	N.: S.ª Marta de Penaguião (Vila Real) R.: S.ª Marta de Penaguião (Vila Real)	Jornaleiro (agricultura)		Vivia na mesma freguesia	De acordo com o Trib. Jud. de 1.ª Inst. de Lisboa (09-07-2001), em 17-12-2000, «entre as 9h00 e as 10h30» entrou na residência da vítima, que vivia na mesma freguesia do arguido, «com a intenção de (...) fazer seu tudo o que daí conseguisse retirar», como dinheiro, peças de ouro, sendo que só parte do dinheiro foi recuperado e todas as peças de ouro.	Atraso mental ligeiro e de síndrome frontal, com «modificações do comportamento consequentes à lesão das áreas frontais do cérebro e se caracteriza por uma baixa geral do auto-controlo, da capacidade de previsão, da criatividade e da espontaneidade, ao mesmo tempo que se exacerbam a irritabilidade, o egoísmo, a turbulência e a falta de inteligência e de consideração pelos outros, e conclui que o mesmo é inimputável e considerado como perigoso. (relatório Inst. Med. Legal Porto, dt. Acórdão CIRC. Lameço, 17-11-99).	Inimputável	Mín.: 2 anos Máx.: 8 anos	Início: 01-09-98 (Internado no Hosp. Sobral Cid, onde se evidenciou em 19-02-01)	13-06-2001 (Trazido pela GNR de S.ª Marta de Penaguião)	A.: mãe (recebe-o em casa)	SOM: 0,17 O-C: 0,50 I-S: 0,56 DEP: 0,77 ANX: 0,10 HOS: 0,00 PHOB: 0,14 PAR: 0,67 PSY: 0,10 It. ad.: 0,29 GSI: 0,34 PST: 22 PSDI: 1,41	
17	39 anos 08-10-1963	Solteiro	N.: Cascais (Lisboa) R.: Cascais (Lisboa) (Vila Freixo habitante com a mãe e uma irmã) (três anos)	No Acórdão do TCCJ, de 6-3-98, «O C. de 13 A «se teve a quantal trabalhar, a 1.ª classe durante um campo de golfe», depois como servente da construção civil» (Vila Real) (18 A)	Furto qualificado Três crimes de ofensas corporais	Canadá	No «Acórdão» do Trib. Crim. do Círc. de Lisboa (TCCJ), de 06-03-98, no dia 08-06-93, de tarde, mas «a hora indeterminada», entrou numa residência em Lisboa, cuja porta de entrada estava aberta, levando consigo uma canadiana «que se encontrava dependurada na dita porta». No dia 10-06-93 entrou num escritório, por uma janela, «tendo para o efeito partido o vidro da mesma». Na procura de objectos que «eventualmente lhe interessassem» e que «pretendia apoderar-se (...)», forçou várias fechaduras dos catifos que encontrou fechados, e arancou os fios dos telefones». Levou consigo uma mala de cabeçal contendo vários objectos e documentação. «O arguido passa os dias na rua, dedicando-se, normalmente, à mendicância ou a arrumar carros.»	Inimputável	Período não superior a 8 anos (segundo «Conclusões» do Tribunal da Comarca de Cascais, de 09-02-98) Termo: 24-05-2005	Início: 24-02-1997 EP Coimbra – Hosp. Sobral Cid	22-04-1998	Mãe (recebe-o em casa) e tio	SOM: 0,00 O-C: 0,00 I-S: 0,00 DEP: 0,00 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,00 PST: 0,00 PSDI: 0,00		
18	37 anos 08-09-1965	Casado	N.: Alijó (Vila Real) R.: Alijó (Vila Real)	Operário fabril	3 Offensa à integridade física qualificada 1 Offensa à integridade simples 1 Resistência e coacção sobre funcionário 2 Injúria	Navalha Pedras Sachola	Mãe Pai	Nos «Conclusões» do Trib. Jud. da Com. de Alijó, de 31-10-2001, relativamente aos crimes: - Offensa à integridade simples: a 13-06-98, c. 16h, em Alijó, em que «munição de uma navalha desferiu um golpe no lado esquerdo da face» do ofendido; provocou 8 dias de doença; - Três crimes de ofensa à integridade física qualificada: um deles em 08-10-2000, c. 09:30h, em que a ofendida estava a trabalhar na casa junto à do arguido, sendo que este «sem qualquer motivo ou causa, munuiu-se de um número indeterminado de pedras (...) e atirou-as com força» à ofendida, atingindo-a no braço e na perna esquerdos, causando-lhe lesões várias, tendo de levar pontos «com dez centímetros de	Inimputável	Mín.: não fixado Máx.: 5	30-01-2001	31-10-2001	Mãe e prima	SOM: 0,25 O-C: 0,90 I-S: 0,44 DEP: 0,62 ANX: 0,20 HOS: 0,00 PHOB: 0,14 PAR: 0,50 PSY: 0,10 It. ad.: 0,14 GSI: 0,36 PST: 25 PSDI: 1,28	

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL																					
N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- COES LITE- RARIAS	PROFIS- SÃO	Crime actual				Circunstância					Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- puta- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	VISITAS Dados forne- cidos pelo Tec. de Ed.ª do EPSCB	RESUL. AV.º
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Diz.			Arma utilizada	Rel. c/ a vítima														
2129 anos 04-12-1973	Solteiro	N.: Oliveira de Azeméis (Aveiro) R.: Oliveira de Azeméis (Aveiro)	Sabe ler e escrever	Minheiro de popos e esporádica-mente trabalha c/ o irmão numa moagem	Homicídio qualificado (não tem antecedentes)	Cabo eléctrico Pontapés Murros	Idoso (conhecido do agressor)	De acordo com os «conclusos» do Trib. de Circ. de Oliveira de Azeméis (TCOA), de 08-11-1999: «Na noite de 12 para 13 de Novembro de 1998 (...), próximo das 00:30h» entrou pela janela na residência da vítima, idoso, c/ 72 anos, e que se deslocava c/ auxílio de dois paus, por sofrer doença nas pernas. Já dentro da casa, «desferiu um pontapé no queixo da vítima, o fez cair no chão [vítima], após o que continuou a agredir-o desferindo-lhe vários pontapés, murros e pancadas com um pedaço de cabo eléctrico, atingindo-o na cabeça e no tronco repetidamente», o que lhe provocou várias lesões no tronco e traumatismo cranéo-encefálico que lhe causaram a morte. O arguido «agiu (...) voluntária e livremente, sob o efeito do álcool que ingeriu previamente».	Distúrbio esquizoide da personalidade e estado limite da personalidade Viveu em «ambiente disfuncional, de desprotecção e pobreza, (...) marcado por violência do pro-genitor» «com a mãe, sendo visto a frequentar inst. aut. de internam.» (em «conclusos» do Trib. de Circ. de Oliveira de Azeméis, de 08-11-1999).	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 16 A (2.º «Acórdão» do Sup. Trib. de Just., de 12-04-2000, pois de início «por período inde-terminado, mas com a duração mínima de 5 anos», TCOA, Azeméis, de 08-11-99).	Início: 13-11-1998 GNR	06-07-2000	Pai, irmãos e amigos (recebam-no em casa)	SOM: 0,17 O-C: 1,60 I-S: 0,89 DEP: 1,62 ANX: 0,20 HOS: 0,83 PHOB: 0,14 PAR: 1,83 PSY: 0,60 It. ad.: 1,43 GSI: 0,91 PST: 49 PSDI: 1,67						
2234 anos 16-02-1969	Casado	N.: Porto (Porto) R.: Porto (Porto)		Electricista	Homicídio qualificado na forma tentada e ofensa à integridade simples			«sofre de patologia mental grave» (de acordo com informação do Hosp. Geral de Santo António, de 05-11-2002)			Preventivo (aguarda julgamento)	Início: 02-11-2002 (EP Instalado na PJ do Porto)	05-11-2002	Mãe e irmão (assíduas)	SOM: 2,08 O-C: 2,00 I-S: 0,33 DEP: 1,77 ANX: 0,90 HOS: 0,00 PHOB: 1,86 PAR: 2,17 PSY: 0,80 It. ad.: 0,71 GSI: 1,32 PST: 41 PSDI: 2,90						
2360 anos 06-03-1942	Vívulo	N.: V. N. de Galla (Porto) R.: V. N. de Galla (Porto)		Agricultor	Homicídio qualificado	Espingarda calibre 12	Filho	Nos «conclusos» dos Serviços do Min. Púb. do Trib. Jud. de V. N. de Galla, de 17-1-2002 diz que a 17-7-2001, c. 21:30h, «o arguido chegou à sua residência, vindo de uma churrascaria» onde ingeriu bebidas alcoólicas com uns amigos «em quantidade não apurada» e, na sequência de uma discussão com o filho sobre um seguro automóvel a pagar, «foi ao seu quarto buscar uma arma de fogo. O filho saiu da residência e o arguido perseguiu-o e empunhando uma espingarda (...) não são excessivos. (...)» «empunhou a aludida arma caçadeira e aproximou-se do corpo do filho e a uma distância sempre inferior a 1,5 metros, apontou a arma à região do tórax e disparou um tiro com o propósito de o matar», atingindo-o no tórax e abdómen, o «que provocou de imediato a sua queda [filho] no solo e a sua morte. O arguido abandonou o local, não curando de saber se o mesmo estava morto ou vivo e nem procurou chamar meios de socorro e regressou à residência e guardou a arma (...) no (...) seu quarto, fechando a porta à chave.» «Apenas no dia seguinte, c. das 9h, um primo da vítima, encontrou o corpo sem vida. E de referir que o outro filho do arguido havia saído de casa «desfido a ameaças que lhe [pai] fazia de que o matava com a arma caçadeira.»	No Exame médico legal, do Centro Hospitalar de V. N. de Galla, de 14-11-02: «Não tem antecedentes psiquiátricos, nem faz qualquer medicação. Refere hábitos alcoólicos que não são excessivos. (...)» «O QI dentro de um quadro de 14-11-02 de debilidade (68). Pensamento sem alterações na forma ou conteúdo. Personalidade introvertida algo irracional com tendência para o isolamento.»	Inimputável	Preventivo	Início: 18-07-2001	15-10-2001	2 amigos	SOM: 1,33 O-C: 1,60 I-S: 1,33 DEP: 1,31 ANX: 0,70 HOS: 0,83 PHOB: 1,29 PAR: 2,00 PSY: 0,90 It. ad.: 1,43 GSI: 1,26 PST: 60 PSDI: 1,88						
2441 anos 06-04-1961	Divorciado (Tem 1 filho de 15A e viva c/ os pais «em permanente conflito» (Exame Médico-Legal)	N.: Porto (Porto) R.: Trofa (Porto)	2.ª classe (abandonando a escola aos 14 anos)	Não trabalha (Trabalhou até aos 18A como pedreiro com o pai)	Homicídio qualificado na forma tentada Ofensas à integridade física qualificada (Tem antecedentes)	Facas e «outros objectos»	Pai	Esquizofrenia na forma paranoide - em estado de acentuado delírio e atraso mental ligeiro (em «Acórdão» referido). No «Exame Médico-Forense», 15-3-99: c. 18 A deli-xou de trabalhar c/ o pai, quando «surgem as primeiras alterações do comportamento muito motivadas pelo abuso de álcool e de outros tóxicos, com relevo para os canabíndes.»		Inimputável	Mín.: 3 anos Máx.: 16 A e 8 M	Início: 10-03-2000 (proveniente do Hosp. do Conde de Ferreira, onde se encontrava internado compulsivamente desde 1998)	10-03-2000	Irmã e mãe (recebam-no em casa quando o pai era vivo)	SOM: 0,50 O-C: 0,70 I-S: 0,33 DEP: 2,08 ANX: 0,40 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,67 PSY: 0,30 It. ad.: 0,71 GSI: 0,66 PST: 20 PSDI: 2,95						

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL																
N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS- -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- putá- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam. na CPSM	VISITAS Dados forne- cidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	RESUL. AV.º
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Diz.													
25	31 anos 21-01-1972	Solteiro	N.: New Jersey (EUA), onde vi- veu com os pais até aos 24 anos R.: Cadaval (Lisboa), onde vivia na casa da avó (EUA)	Empre- sário, ramo de acesso- rios de automóv- eis (de acordo com «Consi- lhos» do Circ. Jud. das Caldas da Raihana)	Duplo Homicídio qualificado 2 Detenção de arma proibida	Revól- ver	Em- prega- do de um forne- cedor	No «Acórdão» do Supremo Trib. de Just., de 10-10-2002, devido ao arguido não ter pago 1 factura a 1 empresa de informática, 1 trabalhador desta dirigiu-se ao patrão que estava a conversar c/ o arguido e apresentou-lhe a factura. O arguido acabou por pagar. Como havia encomendado 1 trabalho àquela empresa e este não se encontrava concluído, saiu, regressando nesse mesmo dia 26-01-2000, c. 17:30h (onde na referida empresa o dono estava a concluir o dito trabalho), e dirigiu-se ao referido trabalhador «empenha um revólver» e a c. 1,5 m «dispara um tiro» atingindo-o «na região hipocôndrica esquerda (abaixo das costelas)». O dono procurava acalmar o arguido, mas este, apesar de a vítima se ter «agachado» debaixo de uma secretária, disparou de novo na mesma, atingindo-a «na região parietal esquerda (,,) e saiu na região temporal direita, voltando a entrar e sair no braço direito, na sua região anterior». O arguido entrou no seu carro, dirigiu-se a 1 bomba de gasolina nas Caldas da Raihana e após se abastecer disparou 1 tiro contra outro indivíduo «que estava junto ao balcão da loja» a quem lhe devia c.50 contos, «atirando-o na região mamária inferior, do lado direito e saiu na outra parte do tronco» indo «embater num móvel e alojado no chão». Apesar de ter sido agarrado por 1 testemunha, o arguido liberta-se volta p/ dentro do estabelecimento e dispara no outro tiro na 2.ª vítima («que estava caído no chão») atirando-o «na região mamária esquerda, junto ao coração». Depois disto abandona o local seguindo no seu automóvel. No dia seguinte foi encontrada no seu carro «uma arma de caça de canos sobrepostos e cortados junto ao fuste, c/ corrimão substituída por um pu-ho anatómico». Não tinha licença de uso e porte de armas.	Esquizofrenia paranoide (em «Conclusões» do Circ. Jud. das Caldas da Raihana, de 08-03-2002; «o arguido considerava-se um emissário de Deus, incumbido de eliminar, matando, os possuídos pelo Diabo. Está convicto que só ele próprio identifica essas pessoas e pode eliminá-las.»)	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 25 A 26-01-2001 (Tendo ido para Hospital de Caxias a 29-01-2001)	Início: 26-01-2001	17-12-2001 (Proveniente do EP Reg. de Caldas da Raihana)	Irma, amigos, tios, primos, pais (esporádicas)	SOM: 0,58 O-C: 1,20 I-S: 1,22 DEP: 1,31 ANX: 0,50 HOS: 0,17 PHOB: 0,00 PAR: 2,17 PSY: 0,30 It. ad.: 0,86 GSI: 0,83 PSI: 52 PSDI: 1,44	
26	31 anos 07-04-1971 (em «Conclusões» do Trib. de Instrução Crim do Porto, 13-9-84, pois não há registo de nascimento pelo que apresenta-se c/ 2 nomes)	Solteiro	N.: Braga (Braga) R.: Figueira da Foz (Colimbra) (vivia com os pais e irmãos)	Vendedor ambulante	Roubo com ameaça de arma branca e agressão	Navalha		Segundo o Trib. de Instrução Criminal do Porto, 23-04-1984, a 22-03-84, c.12:30h, «empenha uma navalha num autocarro [no Porto] (...) apontou-a ao pescoço do ofendido», que era tb. motorista de autocarro, «que estava sentado a seu lado, no banco traseiro do mencionado autocarro» disse o seguinte: «Dá para cá o dinheiro todo, senão mato-o.», o ofendido entregou-se o dinheiro que tinha. Quando estava parado o autocarro o arguido fez c/ que o ofendido saísse, «apontando-lhe a referida navalha, agora na direcção da barriga» e procurou levá-lo p/ 1 local afastado. «Receoso do que lhe pudesse acontecer, o ofendido (,,) envolveu-se então com o arguido» o qual lhe provocou vários ferimentos com a navalha nos dedos da mão esquerda.	Debilidade mental (de acordo com informação do psiquiatra que o segue na CPSM, de 17-02-1997) Oligofrenia profunda com comportamentos de características psicopáticas (de acordo com Relatório de Exame Médico-Legal Psiquiátrico, feito CPSM, em 29-04-84)	Inimputável	2 anos («mantém-se a medida de internamento do Inimputável (,,) pelo período de 2 anos», em TEP Porto, 25-01-96, mais recente documento do Trib. encontrado no processo)	Início: 22-03-1984	12-04-1984	Não tem	SOM: 1,58 O-C: 1,80 I-S: 2,33 DEP: 1,77 ANX: 1,40 HOS: 1,33 PHOB: 1,86 PAR: 2,67 PSY: 2,20 It. ad.: 2,43 GSI: 1,90 PSI: 89 PSDI: 1,92	
27	27 anos 09-06-1975	Solteiro (tem dois filhos de 5 e 3 anos) (resida com um tio)	N.: Nova Lisboa (Angola) R.: Odivelas (resida com um tio)	Servente de pedreiro	1 Roubo agravado 3 Roubo desqualificado 3 Coacção (antecedentes: condenado por «prática de consumo de estupefacientes e furto»)	Navalha		No «Acórdão» 6.ª Vara Crim. De Lisboa, de 12-1-2001, a 4-3-2000, c. 1h, em Lisboa, o arguido e outro indivíduo (a que chamaram de 2.º) «beiraram-se» de 3 vítimas», «com o propósito de lhes retirarem objectos e valores que aquelas transportassem». O arguido recorreu a 1 navalha que encostou nas costas de 1 delas, enquanto «com uma das mãos, a agarrava num dos braços»; esta consegue libertar-se e de imediato ele agarra outra vítima e procede do mesmo modo, abre-lhe a canteira e retira-lhe o dinheiro. O 2.º ao mesmo tempo agarra a 3.ª vítima e retira-lhe o dinheiro. C. 1:10h abordaram 1 casal (tb. vítimas) que estava a levantar dinheiro numa Caixa Automática, o 2.º encosta a navalha à s.ª e diz ao sr. para levantar 30 contos e ameaçam-nos dizendo:	Esquizofrenia (segundo informação do clínico do EP de Caxias)	Imputável	10 anos e 8 meses (de acordo com «Acórdão» da 9.ª Vara Crim. De Lisboa, de 14-07-2001)	Início: 2-03-2000 (Polícia Judiciária de Lisboa, depois para EP de Caxias)	26-08-2002 (transferência pedida pelo EP de Caxias, pelo Clínico que o lá seguiu, a 2-5-01, e autorizada pela DGSP a 23-08-2002)	SOM: 0,58 O-C: 1,20 I-S: 1,22 DEP: 1,31 ANX: 0,50 HOS: 0,17 PHOB: 0,00 PAR: 2,17 PSY: 0,30 It. ad.: 0,86 GSI: 0,83 PSI: 52 PSDI: 1,44		

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º					
										Dados forne- cidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R					
										Último Intern.º na CPSM						
										Detenção						
										Medida de segurança e/ou pena						
										(In)im- pu- tabil.						
										Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)						
										Circunstância						
										Arma utilizada						
										Crime actual						
										Rel. c/ a vítima						
27	28	21 anos	18-12-1981	Solteiro (vive com a avó desde peque- no)	N.º: Portimão (Faro) R.º: Portimão (Faro)	Desem- prega-do (aos 15 anos) exerceu activida- de pon- tual na constru- ção civil)	1 Incêndio 1 Extorsão, na forma tentada (Não tem antecedentes)	Avó	«que o melhor seria ver o que lhe fazia, porque senão, quem iria pagar seria a sua namorada». A seguir, junto a 1 discoteca abandonam 2 s.ºs, sendo que o arguido «empunhando a navalha» diz a 1 delas que lhe «entregasse todo o dinheiro» senão a mataria. Enquanto o 2.º rodeava a 2.ª o arguido pediu que esta lhe desse a carteira, senão a esfaqueava, porém esta abre a carteira e dá-lhe o dinheiro que tinha. Quando se «preparavam para abandonar o local, foram surpreendidos pela PSP, que após perseguição do arguido, os detiveram.» Por este motivo «studo foi recuperado».	«Perturbações de perso- nalidade tipo anti-social e ainda debilidade intelec- tual ligeira» (em «Acór- dão» do Circ. Jud. de Portimão, de 06-12-2002)	Impu- tabilidade diminuída	5 A («o tribunal determina o internamento do arguido em estabelecimen- to adequado a inimputáveis», em Circ. Jud. de Portimão, de 21-10-02)	Incio: 24-06-2002 (velo do EP Reg. de Portimão)	13-01-2003 (estive inter- nado compul- sivamente no Hosp. Psiq. de Faro de 17-10- 99 afev/2000, em «Acórdão» do Circ. Jud. de Portimão, de 06-12-2002)	Pais	SOM: O-C: I-S: DEP: ANX: HOS: PHOB: PAR: PST: It. ad.: GSI: PSDI:
29	22 anos	17-10-1980	Solteiro (Não exa- me pe- ricial psiquiá- trico, de 12-3-01) do Hosp. Miguel Bom- barda: «corão de pai e mãe, tendo sido re- jeitado por (...) tos e avós e criado em vá- rias ins- titui- ções»)	N.º: Évora (R.º: «sem residência certa», se- gundo «A- cordão» do Circ. Jud. de Évora, de 25-09-01.	Anal- fabeto	1 Offensa à integridade física quali- ficada 2 Offensa à integridade física simples 2 Furto simples 2 Furto qualificado 1 Furto qualificado na forma tentada 1 Dano	Pedras, parale- los da calçada	No «Acórdão» do Circ. Jud. de Évora, de 25-9-2001, a 20-9-00, c. 17:04h, dirigiu-se «a "Cerdania" (...) em Évora, onde já havia residido, querendo ali entrar. Como o acesso lhe estava vedado o arguido desferiu diversos pontapés e murros na porta de madeira, partindo o vidro lateral» desta. A 5-1-01, c. das 00h, «arre- massou uma pedra contra o vidro da porta» de um estabeleci- mento em Évora, sendo que entrou e retirou 39 contos «do interior de uma caixa de papelão que se encontrava no interior de uma gaveta». C. 10h foi «interceptado pela PSP tendo-lhe sido apreendidos 5 sacos de plástico c/ moedas [22.800\$00]». A 15-1-2001, c. 19h, «começou a caminhar atrás de (...) [s.ª] em Évora» e «pegou-a com uma das mãos por entre as pernas, segurando a roupa que a mesma trajava e com a outra mão pressionava-lhe a nuca, empurrando-a, tentando atirá-la ao chão, tendo esta conseguido libertar-se, desferindo algumas co- toveladas no arguido, iniciando a fuga» em direcção a 1 hotel onde pediu ajuda. «Não foi possível determinar a existência de lesões como consequência do comportamento do arguido.» A 16-1-01, c. 14:15h dirigiu-se a uma «tabacaria e papelaria» em Évora, dirigiu-se a 1 empregada, «pedindo um maço de taba- co», sendo que quando este «foi colocado em cima do balcão (...) perguntou se podia ficar a dever, pelo que (...) [a s.ª] reti- rou o tabaco e colocou-o no expositor. O arguido contornou o balcão na sua direcção e, como esta lhe barrou a passagem (...) agarrou-a pelos ombros e empurrou-a contra a parede». Porque a s.ª começou a gritar, «algumas pessoas entraram (...) abandonando o arguido, de imediato, o local.» A esta s.ª	«"Debilidade mental moderada-grave" com "interacção negativa entre factores orgâni- cos, genéticos e sociais" e a "existência de uma perturbação anti-social da personalidade" invo- cados pelo Sr. Perito médi- co» (em «Acórdão» do Circ. Jud. de Évora, de 25-9-01) No Exame Médico Pericial psiquiátrico de 12-3-01 do Hosp. Miguel Bombarda pode ler-se: «Várias ava- liações clínicas e psicomé- tricas afirmam o diagnós- tico de debilidade mental moderada - grave (ICD9 318.0). Desde 1988 que se somam as referências a vá- rios pequenos delitos como furto e agressões físicas. (...) Não existem dados cha- ros de episódios de psicose ou de doença mental per se, mas sim episódios de	Inim- putá- vel peri- goso	Máx.: 25 A	Incio: 29-01-2001 (EP Colm- bra) Andou evadido de 16-12-01 a 02-01-2002	24-07-2002	Não tem	SOM: 2,58 O-C: 2,00 I-S: 1,11 DEP: 2,85 ANX: 2,10 HOS: 2,00 PHOB: 1,14 PAR: 1,17 PST: 2,00 It. ad.: 3,00 GSI: 2,08 PST: 2,70 PSDI: 2,67	

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS		RESULT. AV.º					
IDENTIFICAÇÃO				PROFIS	Crime actual			Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputável	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último internam.º na CPSM	Dados pessoais Rec. de Ed. e do EPSCB	
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.	HABITAT- COES LITE- RARIAS	SAO												SCL 90-R
29	Cont.																
30	52 anos 25-01-1951	Solteiro	N.: Ovar (Aveiro) R.: Ovar (Aveiro)	6.º ano (2º Ciclo) (último completado aos 12 anos)	Reformado (último trabalho: montagem de automóveis, em relatório do IML do Porto, 18-06-91)	Homicídio qualificado	Espingarda da caça-deira, calibre 12)	Vizinha	No «Acórdão» do Trib. Jud. da Com. de Ovar, de 31-10-91, a 15-01-91, c. 3:30h, «munição de uma espingarda caçadeira (...), calibre 12, (...) prostrou-se, escondido, num beco (...) nesta Comarca e ali ficou à espera que a vítima (...) [s.] por ali passasse, como habitualmente entre as 4 e as 5 horas (...)». Cerca das 5 horas, avistando-a, apontou-lhe a arma (...) de uma distância inferior a 5 metros» e disparou na direcção à vítima «pelo menos 3 tiros, que a atingiram no tórax e abdómen», o que lhe provocou várias lesões que lhe causaram a morte. P/ «o arguido, a vítima fazia-lhe bruxarias, motivo porque resolveu matá-la».	Psicose esquizofrénica forma paranoide mantendo alguns sintomas produtivos (Segundo Relatório Clínico-Psiquiátrico do Hosp. Psiquiátrico do Lórvão, de 24-08-1994) Tem antecedentes psiquiátricos por parte da mãe	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 24 A	Início: 15-01-1991 (Inicialmente no EP Aveiro; EP Reg. Coimbra – Hosp. Lórvão)	26-02-1997	Irmão e cunhado (uma vez, mas recebeu bem-no em casa)	SOM: 0,00 O-C: 0,00 I-S: 0,00 DEP: 0,00 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,00 PST: 0,00 PSDI: 0,00	
31	34 anos 01-05-1968	Solteiro	N.: Évora (Évora) R.: Évora (Évora)	Analfabeto	Servente de pedreiro	1 Furtos qualificados 1 Roubo 1 Roubo 4 Coacção sexual (irmã) 1 Ofensa à integridade física qualificada na forma tentada (mãe)	Machadada (mãe)	2/3 clientes de um bar noturno	No «Acórdão» do Presidência do Circ. Jud. de Évora, de 31-5-89: «Na madrugada de 04-04-88, na noite (...), em Évora, o arguido (...) e os seus [2] companheiros consumiram bebidas alcoólicas». Os companheiros aperceberam-se que três dos clientes (...) eram portadores de apreciáveis quantias em dinheiro. Decidiram «atral-os a local erro» retiraram-lhes, «pela força» os «seus haveres» e «dividiram entre si». O arguido e 1 dos companheiros (o outro disse não querer ir) seguiram no carro de 1 das vítimas, c/ 2 delas, pois a outra tb. não quis ir, isto porque as vítimas os convidaram p/ «um encontro com umas prostitutas conhecidas», pois aperceberam-se da «semi-embriaguez» dos agressores. O dono do carro (1 das vítimas) conduziu. Foram até 1 eucaipal do arguido onde supostamente poderiam ser encontradas. O arguido pediu que parasse o carro num determinado local, porém o companheiro que não fora, seguiu o carro, a pé e quando o carro parou, puxou 1 dos ocupantes p/ fora, enquanto o arguido, a mando do outro companheiro, arrastou 1 das vítimas p/ fora, «esmurando, derrubando e pontecendo» a quem retirou dinheiro que se encontrava num dos bolsos das calças. O outro companheiro «armado de uma faca de grandes dimensões, intimou» 1 das vítimas «encostando-lhe ameaçadoramente ao pescoço» e obrigou-o a dar os pertences. No «Acórdão» do Circ. Jud. de Évora, de 27-4-1999, refere que a 5-5-93, c. 19:15h, junto a 1 hotel em Évora, o arguido «acompanhado de um indivíduo não identificado» (2.º), abordaram a vítima (homem) pedindo-lhe 50\$00. Porque este disse não possuir essa quantia, «o arguido (...) empurrou-o com força, atirando-o de imediato para o chão. Enquanto o ofendido se encontrava caído no solo (...), seguiu-o pela roupa, na zona do pescoço, de forma a impossibilitá-lo de se movimentar e resistir». O 2.º revisou a vítima «tendo-lhe retirado dos bolsos das calças a	Debilitação Mental (em «Conclusos» do Trib. Jud. da Com. de Évora, de 17-12-1998)	Inimputável	Mín.: 2 A Máx.: 8 A e 29 dias	Início: 29-03-1989 (Foi-lhe concedida lib. 16-06-1995 «e porque não cumprir da Com. de Évora, de 16-03-98, refere que foi detido a 11-02-98, pelo que «tem a cumprir o seu período» ad-mento» na CPSM do EPSCB.	11-02-1998 (entregue pela PSP de Évora)	Não tem (a irmã recebeu-o em sua casa; a mãe está detida)	SOM: 1,42 O-C: 2,60 I-S: 1,11 DEP: 1,15 ANX: 2,10 HOS: 2,00 PHOB: 1,14 PAR: 1,17 PSY: 2,30 It. ad.: 1,00 GSI: 1,62 PST: 56 PSDI: 2,61	

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISTAS		RESUL. AV.º									
IDENTIFICAÇÃO				PROFIS -SAO			Crime actual			Rel. c/ a vítima		Circunstância		Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)		Detenção		Último Internam.º na CPSM		Dados do SCL 90-R	
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dts. (Vila Real)	HABI- LITA- ÇÕES LITE- RIAS	PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(Tr)Im putabi- lidade	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados do SCL 90-R						
33	22 anos 24-03-1980	Solteiro (Vila c/ o pai)	N.: Chaves (Vila Real) R.: Chaves (Vila Real)	4.ª classe	Agricul- tor	1 Homicídio qualificado 1 Furto (antecedentes) 1 furto – crime contra patrimó- nio, em que foi condenado)	Bengala, c/ «80 cm de comprimento e 09 cm de diâmetro na parte mais grossa (parte terminal) e 07 cm na parte mais fina», em «Acór- dão» do Círc. Jud. de Chaves, de 5-12-00	Vizinho	No «Acórdão» do Círc. Jud. de Chaves, de 5-12-00, a 15-12-1998, c. 7:30h foi à casa de 1 vizinho, pretendendo «reparar um televisor que na véspera» lhe havia vendido por 2000\$000 «se pediu-lhe 5000\$00 emprestados», o que o vizinho negou. Por isso o arguido «ficou desconforte e perturbado, levantou-se colou-se por trás (...) [vizinho-vítima] que se encontrava sozinho, e empunhou uma bengala que ali se continha (...)» e desferiu com a mesma seis pancadas na cabeça de (...) [vizinho], com intenção de lhe tirar a vida, três das quais o fizeram cair de imediato ao chão, desmaliar e sangrar abundan- temente e outras três quando (...) [vítima] já se encontra- tra prostrado no chão». A vítima «sofreu traumatismo crâ- neo-encefálico com hematoma intracerebral» que foi «causa directa e necessária da sua morte». De seguida, o arguido apodeou-se de 1 carteira do bolso do casaco da vítima que continha 26 000\$500, fêchou a porta da casa da vítima à cha- ve. Chegada a casa, «retirou o dinheiro da (...) carteira e es- condeu-a num buraco da parede de pedra da sua casa». Refere-se tb. neste documento que no «exame de psiquiatria forense realizado no Hosp. Magalhães Lemos, em 28-6-00 foi considerado (...)Inimputável a merecer marcada atenuação».	«Atraso mental ligeiro e padece de epilepsia desde os 7 anos de idade» (no «Acórdão» do Círc. Jud. de Chaves, de 5-12-00).	Impu- tável	16 anos, pena a cumprir por ordem do Tri- bunal, em in- formação mé- dica da CPSM, de 27-1-2001	Início: 15-12-1998, em «Vistas» do Trib. Jud. de Chaves, por ordem do Com. de Chaves, de 10-1-01. (Nos «Con- clusos» do TEP do Por- to, de 19-1-01, «só se- rá apreciado aos 2/3 de pena para o Inter- namento (...) liberdade condicional, e, cerca de 15-8-2009»)	10-01-2001, vindo do Ep Reg. de Chaves, por ordem do Tribunal. (No «Acórdão» do Círc. Jud. de Chaves, de 5-12-00 refere que pelo que consta do rela- tório psiquiáti- co, «o Tribunal ordena o Inter- namento (...) em estabelec- mento destina- do à inimpul- veis pelo tempo (...) [de] dura- ção da pena.»)	Pal. Imã e cunhado, visitam-no raramente; Pal. recabe- -o em casa	SOM: 2,17 O-C: 2,00 I-S: 0,33 DEP: 1,69 ANX: 0,90 HOS: 0,00 PHOB: 1,86 PAR: 2,17 PSY: 0,80 It. ad.: 0,71 GSI: 1,32 PST: 41 PSDI: 2,90					
34	26 anos 18-05-1976	Soltei- ro (viva com o pai de 90 A e 2 irmãs)	N.: Porto (Porto) R.: Porto (Porto)	6.º ano (aos 15 A)	Meta- lúrgico	1 Sequestro agravado 2 Ameaças agravadas 1 Resistência e coação sobre funcio- nário	Facas de cozinha	Irmãs	No «Acórdão» da 4.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 13-3-2002, em Fev/00, o arguido passou a apresentar um estado de alteração e descontrole dos seus comportamentos, tornan- do-se agressivo, ameaçando os seus familiares, a quem não deixava dormir de noite, devido ao facto de se recusar a to- mar a medicação necessária ao tratamento da doença psi- quiatrica que padecesse» diagnosticado aos 18 A. A 24-2-00 1 das irmãs pediu à PSP p/ levar o irmão do Hosp., a qual chegou a casa do arguido às 15:30h. Ao aperceber-se «da aludida finalidade» o arguido deu «um forte empurrão [num agente], lançando-o para o exterior da casa e logo fechou a porta» impedindo que o agente entrasse e que a irmã e o pai saíssem. O irmão pega «numa faca de cozinha, que apontou à cabeça da irmã», de frente. Esta corre, seguida pelo pai, p/ 1 dos quartos e fecham-se lá. O arguido «do interior de casa, exibiu ao agente (...) por debaixo da porta de entrada, a pon- ta da lâmina da faca» que tinha. O agente retira-se do local e a irmã alegando ter de ir ao «laboratório de análises clínicas» ao mesmo prédio» conseguiu que o irmão a deixasse sair de casa e ligou de novo p/ a PSP. Vários agentes acorreram ao local c. 15h, porém o arguido não os deixou entrar e exi- biu por baixo da porta 2 lâminas de facas de cozinha e gritou: «é o dia da matança» e «vou matá-los a todos!». Tb. abriu «os bicos do gás do fogão da cozinha». Os agentes«por teme- rem seriamente pela segurança e integridade física do pai», C.Z.Lh arrastaram a porta «com o consentimento das irmãs» («a outra entre tanto chegara», entram na casa, tentam per- suadir o pai do quarto. Acabou por ser internado no Hosp. Magalhães Lemos. Por estas facas foi condenado a 4 A de Internamento nesse Hosp. Porém, nos «Conclusos» da mesma Vara, de 3-4-02, determina-se que «seja preventivamente internado» na CPSM do EPSCB «por ter de aguardar sob pri- seio o seu julgamento».	«Esquizofrenia para- nóide com vários surtos recorrentes dando não fa- zer terapêutica com regu- laridade» em Exame Médico Legal, do Hosp. Magalhães Lemos, de 28-3-01 Este refere: «Iniciou frequência da consulta de psiquiatria aos 18 anos (...) e sem consciência mórbida da patologia.» Refere «sentir, por vezes, desespero, frustração, medo como se estivesse condenado ao inferno (sic)» e que ««vão as ir- mãs, a vizinhança quem tem os problemas, não eu!» (sic)». O relatório acrescenta que: «Conse- gue-se apurar ter havido marcada ideação delirante persecutória em especial em relação a familiares.»)	Inim- putá- vel e parti- cioso	4 anos, mas como preven- tivo, aguardan- do julgamento sob prisão	Início: 23-04-2002	23-04-2002 (trazido pela PSP «para esta Clínica orlundo do Hosp. Ma- galhães Lemos para interna- mento preven- tivo», em infor- mação do mé- dico da CPSM, de 23-4-2002.)	2 irmãs e 1 tia (espo- ráticas)	SOM: 0,83 O-C: 1,00 I-S: 1,56 DEP: 2,54 ANX: 1,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,57 PAR: 3,17 PSY: 0,70 It. ad.: 1,86 GSI: 1,33 PST: 45 PSDI: 2,67					

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL																
IDENTIFICAÇÃO				PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	VISITAS	RESUL. AV.º	
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis. RARIAS	1.º Ciclo	Desem-prega-do	Homicídio qualificado na forma tentada	Navalha	Soldado da GNR	No «Acórdão» do Círc. Jud. de Évora, de 12-12-01, a 30-1-01, c. 20/30h, o arguido encontrava-se junto das instalações de uma empresa na zona industrial de Arraiolos. Um dos trabalhadores aborda o arguido (desconhecido), querendo saber o pretensão. Apecebeu-se que o arguido era portador de uma navalha, pelo que ficou à GNR. Vieram 2 agentes, que quando pararam o carro foram abordados pelo arguido que, empunhando a navalha, lhes disse: "Venham, que eu mato-os!". Um dos agentes dispara 1 tiro p/ o ar para o dissuadir, porém o arguido desferiu 2 golpes «atingindo-o nas regiões retro-auricular direita e dorso-lombar esquerda», ficando as feridas a sangrar, sendo que a retro-auricular mais abundantemente por lesão de uma artéria». Estas causaram-lhe «60 dias de doença, sendo 45 de incapacidade para o trabalho», além de 1 «clatritiz de 1 cm na região lombar».	Esquizofrenia paranoide, na informação do psiqu, que o segue na CPSM, de 15-4-02 e no «Acórdão» do Círc. Jud. de Évora, de 12-12-01	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 10 A e 8 M	Início: 31-01-2001 sendo «a revisão obrigatória em 31-1-04, nos «Conclusões» do TEP do Porto, de 24-5-02	11-01-2002 (Velo do EP Reg. de Évora)	2 Irmãs, esporádicas (recebem-no em casa)	SOM: 1,50 O-C: 2,40 I-S: 2,33 DEP: 2,77 ANX: 2,80 HOS: 0,67 PHOB: 0,43 PAR: 2,50 PSY: 2,10 It. ad.: 1,86 GSI: 2,03 PST: 72 PSDI: 2,54
36	41 anos 19-04-1961	Solteiro	N.: Póvoa de Varzim (Porto) R.: Póvoa de Varzim (Porto), mas não o acolhem» por medo dele, em «Acórdão» do Círc. Jud. de Vila do Conde, de 22-11-02	Ajudante de tropa	3 Furtos qualificados 1 Ameaças 1 Introdução em lugar vedado ao público 1 Dano 1 Furtos qualificados na forma tentada (antecedentes: em 77, 1 furto e 1 furto usur, em 83 tudo medida de segurança (...)) em manicomio criminal», sendo do que em 91 usufruto de lib. tit. ens.; 99, 1 falsificação; 01, tratamento compulsivo no Hosp. Magalhães Lemos, tendo feito várias fugas, em «Acórdão» do Círc. Jud. de Vila do Conde, de 22-11-02)	Barra de ferro Pedra		No «Acórdão» do Círc. Jud. de Vila do Conde, de 22-11-02, a 27-8-01, de madrugada, o arguido «entrou no logradouro» de uma residência da Póvoa de Varzim, partiu «o vidro da porta de arcação» que estava fechada à chave, retirando 1 capacete, 1 melro, 2 canários. Foi ao alpendre e «retirou ainda uma bicicleta de montanha, 5 coelhos, 1 carrinho de mão. Apenas «foram recuperados (...) o capacete, o carrinho de mão e 4 coelhos, que se encontravam no local onde o arguido pernolava». No posto da GNR nesse dia o arguido encontrou-se com a vítima (homem) e esta repreendeu-o. O arguido disse-lhe «que iria comprar gasolina para dar fogo à sua carpinheira». A 8-9-01 «introduziu-se no logradouro de um terreno do quequoso (...) anexo à (...) oficina de carpintaria», da qual a vítima é sócia, «onde se preparava para dormir (...) na carroçaria de um veículo de mercadorias, de caixa aberta». A sua presença foi detectada «dado o ruído provocado pelo derrube de pilhas de madeira», sendo que o arguido «abandonou o local, saltando o muro», de c. 1,5 m de altura, «tendo deixado ficar uma mancha» na referida via-tura. Porém, «foi interceptado por populares» que «que o retiveram até ser entregue» à polícia. A 7-11-01, c. 1h o arguido c/ 1 companheiro foram a um pronto-a-vestir de 1 sr.º, tb. na Póvoa. O arguido levava 1 barra de ferro de c. «6,75 cm de comprimento [sic] e 3,5 cm de largura, uma chave de fendas, com 16 cm de comprimento [sic], e três velas de motor. Pararam o vidro da porta de entrada c/ a barra de ferro, entraram e apoderaram-se de várias peças de vestuário, mulas em pele e 4 530\$00. Estes entraram tb. num armazém junto da loja e «utilizaram» 1 garbadina de sr.º e 1 blusão p/ homem. Em seguida os 2 dividiram entre si os artigos e o dinheiro. «Pouco depois (...) a 20 m» adiante foram interceptados pela polícia, «sendo-lhes apreendido o dinheiro e os artigos» referidos, sendo entregues posteriormente à dona. A 28-2-02, c. 3h o arguido atirou 1 pedra na porta de 1 papelaria (de um sr.), tb. da Póvoa, «tendo partido o vidro» e apoderou-se de vários objectos, guardando-os no seu vestuário e 3 sacos de plástico. Surgiu a polícia e este ainda estava a encher 1 dos sacos no interior da loja.	«Atraso mental médio (CID 9) com comportamento desarmónico subjacente (com características associadas)» e «tendência para consumir excessivamente álcool (e a eventual toxicodpendência)» (em «Acórdão» do Círc. Jud. de Vila do Conde, de 22-11-02, remetendo p/ 1 exame feito em 2001 no Hosp. Magalhães Lemos, aquando de um internamento compulsivo).	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 8 A (em «Visas» do Trib. Jud. da Com. da Póvoa de Varzim, de 13-12-02)	Início: 28-02-02 (já esteve neste EPSCB em 3-12-91) Nas «Visas» do Trib. Jud. da Com. da Póvoa de Varzim, de 13-12-02, «terá que ser apreciada a obrigatoriedade (...) em 28-2-04.	14-03-2002 (Velo do EP do Porto)	Sobrinhos (mais frequente) e 1 irmã (esporádica)	SOM: 0,92 O-C: 0,50 I-S: 1,33 DEP: 1,54 ANX: 1,50 HOS: 1,17 PHOB: 0,29 PAR: 0,83 PSY: 1,60 It. ad.: 2,43 GSI: 1,22 PST: 39 PSDI: 2,82	

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS- -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL					Último Interna. na CPSM	VISITAS Dados forne- cidos pelo Téc. de Ed. na do EPSCB	RESUL. AV.º				
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Com./Dis.						Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção							
38									ram capuzes c/ «orifícios apenas para os olhos e para a boca». Estes últimos entraram no café, 1 c/ 1 cadeira de canos cerrados e «cada um dos dois restantes uma pistola e um revólver de calibre 6,35 e 7,65 mm». Aparentam as armas a 1 empregado e a 2 clientes. Foi pedido ao 1.º que abrisse a caixa registradora que além de dinheiro continha várias chaves. Os outros e assaltantes retiram o dinheiro e vários objectos (isqueiro de metal, relógios, fio e pulseira de ouro...) que pertenciam aos 2 clientes. Tb. levaram volumes de tabaco, garrafas de whisky. Dirigiram-se ao carro de 1 dos clientes, estacionado em frente ao café, de onde retiraram dinheiro e 1 rádio de bolso.											
Cont									- 26 p/ 27-7-92: 1 furto qualificado, pelo «Acórdão» de 18-11-96 do 1.º Juízo Crim. de V. N. Galla (1.º JCVNG); - 2-8-92: 1 furto qualificado, pelo «Acórdão» de 15-5-96 do 1.º Juízo, 1.ª Secção do Trib. de Espinho. A «hora indeterminada» furtaram um carro, em Espinho, abrindo-o com chaves falsas. Seguiram nele p/ Ovar onde efectuaram um assalto. - 12-8-92: 4 detenção de arma proibida, 6 sequestro, 3roubo, 1 furto simples, 1 introdução em lugar vedado ao público conitnuado, pelo «Acórdão» de 24-12-96 do Trib. de Circ. de S.ª Maria da Feira (TCSMF), no qual refere que «a hora indeterminada» furtaram 1 veículo em Espinho e dirigiram-se para a 1 posto de gasolina, sito 1 local da Comarca de Ovar, levando «objectos de valor pecuniário elevado e dinheiro, facilmente transportáveis». - 8-10-92: 1roubo, 1detenção de arma proibida, não registadas, pelo «Acórdão» de 26-6-96 do TCOA. C. 22-451, o arguido e 4 acompanhantes, furtaram 1 automóvel no dia 7 em Estarreja e dirigiram-se 1 café/mercearia. Puseram os capuzes: 1 deles «ficou junto à porta da rua, depois de a ter encostado, apontando uma arma na direcção das pessoas, inclusivé de dois clientes sentados a uma das mesas»; outro dirigiu-se à mercearia e obrigou a mulher do dono a juntar-se aos restantes no ca-fé; outro ficou numa porta entre o café e a mercearia; um outro apontou 1 arma a 1 empregada; e restante apontava 1 arma ao dono, obrigando este «a percorrer o estabelecimento e a residência», c/ acesso pelo café através de 1 escada, «com o fim de o forçar a dar-lhe dinheiro e outros valores». Levaram o dinheiro da caixa registradora do café e de algum que estava na mercearia e maços de tabaco. - 8 p/ 9/10/92: 7 roubo, 1 detenção de arma proibida, pelo «Acórdão» de 8-7-96 do TCOA; e 7 roubo, 1 detenção de arma proibida; 1 violação de domicílio, 1 furto de automóvel, pelo «Acórdão» de 21-12-95 do TCOA, o qual refere que na noite de 8 p/ 9-10, c 22:15 h, o arguido e 4 acompanhantes dirigiram-se a 1 café em Oliveira de Azeméis, deslocando-se no referido veículo furtado no dia 7. Todos c/ capuzes entraram no café sendo que 2 deles empunhando cadeiras sendo 1 de carnos serrados, outros 2 pistolas (1 de «calibre 6,35 e a outra não apurada»). Aparentam as armas ao dono e «aos cerca de dez clientes» e «ordenaram que todos pusessem a mão no ar e colocassem o dinheiro que possuíam em cima de 1 mesa e exigiram ao dono «que fosse buscar sacos ao estabelecimento da mercearia anexa onde colocaram o dinheiro recolhido e vários objectos (1 vídeo-gravador, 1 calvete c/ meias, 7 calças, 3 pares de sapatinhas,diversos perfumes e diversas cassetes vídeos e de música)											

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º										
IDENTIFICAÇÃO			HABI-LITA-ÇÕES LITE-RÁRIAS	PROFIS-SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados do SCL 90-R							
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con/Dís.																		
38								Mas, na fuga deixaram o saco c/ dinheiro. - 9-10-92: 4 detenção de arma proibida, 1 roubo, 1 ameaças, pelo «Acórdão» de 8-5-96 do TCSMF, onde refere que c. 1:30h «da madrugada» o arguido e três acompanhantes encapuçados com barretes de lã de cor vermelha», portadores e «munições de uma espingarda caçadeira semi-automática de 5 tiros, de calibre 12mm, com cano e coronha cortados (...)», uma espingarda caçadeira de dois canos justapostos, calibre 12 mm (...), 1 pistola calibre 7,65 mm» c/ o arguido «1 pistola 6,35 mm», «todas devidamente carregadas» e «dirigiram-se para a estação de caminhos-de-ferro de Esmoriz» no mesmo automóvel atrás referido, sendo que todos os 4 entraram em 1 gabinete onde estavam o chefe da estação e manobrador ferroviário, «apontaram as respectivas armas em direcção a estes e ordenam ao primeiro que lhes entregasse todo o dinheiro (...)» e ao segundo «que não se mexesse». Assim, retiraram todo o dinheiro da bilheteira e do cofre e, ainda, vários objectos. Todos os agressores estavam a cumprir penas de prisão e tinham processos pendentes». Tiveram penas de 8A e 1M. Refere ainda que no «Acórdão» de 30-10-95 foi «declaração inimputável/perigoso» e mandado internar na CPSM/EPSCB por crimes, praticados a 25 p/ 26-08-93 e 29/30-08-93, julgados no TCOA: 6 furto qualificado, 1 introdução em casa alheia, 1 furto uso de veículo, 1 furto simples, 1 introdução em lugar vedado ao público continuado. Assim: - C. 2 h da madrugada do dia 30 o arguido e 5 acompanhantes (3 deles empunhavam armas: 1 caçadeira de canos serrados e outros 2 c/ «pistolas de calibre não apurados»), furtaram 1 automóvel «em local não apurado» e c/ capuzes entraram num café em Oliveira de Azeméis, sendo que 1 deles ficou de fora a vigiar, mas dentro do veículo. Apontaram as armas ao dono e 6 clientes e ordenaram-lhes que se deitassem no chão. Obrigaram o dono a dar o dinheiro que tinha na caixa registradora e retiraram o dinheiro do bolso de 1 cliente. C. das 3h da madrugada pararam em frente de carro no mesmo Concelho a c. 1m c/ as luzes apagadas e abordaram 1 casal que estava dentro desse carro. Enquanto 1 deles ficou dentro do carro furtado, de vigia, os outros, c/ capuzes e empunhando aquelas armas partiram «vidro para-brisa dianteiro» e os laterais. O ofendido liga o carro e põe-se em fuga, mas os agressores dispararam dois tiros em direcção à «parte superior do vidro traseiro». Além dos danos no veículo, tinham a intenção de roubar o dinheiro que o casal tinha e vários objectos de adorno pessoal, não conseguindo. No «Acórdão» do Trib. Jud. da Com. de Matosinhos (TJCM), de 18-12-90, a 16-2-90, c. 18-45h, após ter pedido à mãe «que lhe devolvesse 5 000\$00 sua pertença» e esta lhe ter recusado, «atacaram-se os ânimos de ambos, quando a mãe na cozinha descasava batatas com uma faca». Este pega nessa faca e noutra «com lâminas de 21 cm e 9,5 cm de comprimento» e «desteriu pelo menos por 21 vezes golpes sobre o corpo» da mãe, tendo-lhe «atingido as pernas e o pericárdio parietal (...) causando-lhe lesões «entre outras, o trajecto corto perfurante da face anterior da raiz da aorta» várias vezes. Não prestou qualquer assistência à mãe e abandona o lar e dirigiu-se p/ Valença. A 18-2, às 0:05 h, já em Espanha e dizendo que havia esfaqueado a mãe, que receava vê-la morta e que queria saber o tinha acontecido, foi presente às autoridades de Valença.													
39	43 anos 12-07-1959	Solteiro (Vivia c/ os pais; o pai faleceu a em finais de Junho/93)	N.: Matosinhos (Porto) R.: Matosinhos (Porto)	4.ª classe	Homicídio qualificado na forma consumada (não tem antecedentes)	2 Facas	Mãe		Atraso mental ligeiro e transtornos da personalidade com características anti-sociais (em inf.ª do clínico da CPSM, de 11-7-01) Atraso mental ligeiro a rondar os 8A c/ Q1 não superior a 69 e características anti-sociais; aos 3 A teve meningite, «que lhe afectou as faculdades mentais («Acórdão» do TJCM, de 18-12-90)	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 24 A	Início: 19-02-1990 (EP Porto) 13-03-1991 (Velo do EP Porto)	2 Irmãos, regularmente	SOM: 1,25 O-C: 1,30 I-S: 0,56 DEP: 0,23 ANX: 0,20 HOS: 0,17 PHOB: 0,43 PAR: 1,00 PSY: 0,30 It. ad.: 0,29 GSI: 0,59 PST: 25 PSDI: 2,12							

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										RESUL. AV.º				
VISITAS										Dados do SCL 90-R				
Último Intern.º na CPSM														
Detenção														
Medida de segurança e/ou pena														
(In)imputabil.														
Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)														
Circunstância														
Rel. c/ a vítima														
Arma utilizada														
Crime actual														
PROFIS-SÃO														
HABITACÕES LITE-RIAS														
Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.														
Est. civil														
Idade*/Data nasci.º														
4072 anos 29-12-1930	N.ª Viana do Castelo (Viana do Castelo) de nas- cimento R.ª V. N. Gala (Porto)	Casado (embo- ra na certidão de nas- cimento diga fi- lho de pais in- cõgnitos e ele refe- re o no- me dos pais, que passa- ram a constar dos do- cumen- tos)			Homicídio qualificado e detenção ilegal de arma de defesa (sem antece- dentes)	Arma de fogo calibre 6,35 (sem il- cência de uso e porte de arma)	Mãe (97 A)	No «Acórdão» do Trib. da Rel. do Porto, de 10-01-2001, o ar- guidido viveu c/ a mãe até Maio/99 numa quinta, altura o ar- guidido ameaçou matá-la, e esta decidiu ir morar c/ outro filho que habitava noutra casa, nessa mesma quinta. Isto ocorreu porque «o arguido acusava a sua mãe de ter sido a respon- sável pelo facto de a sua companheira (...) o ter abandonado». Apesar da mãe ir p/ a casa de outro filho, «o arguido ameaçou-a, por algumas vezes, de morte». A 26-6-00, c. 23:00 h decidiu matar a mãe quando esta saiu de casa p/ ir ao quarto de banho que ficava no exterior. Deu-lhe 1 tiro a uma «distância não superior a 5 metros, atingindo-a (...) na parte posterior esquerda do pescoço» que lhe causaram «le- sões traumáticas raquimedulares» e provocaram a morte. A mãe caiu no chão «em posição de decúbito central». Depois, «o arguido abandonou o local e desfez-se da arma, vindo a ser encontrado pela PSP» nesse dia, c. 04:15 numa rua em V. N. Gaia. Após pedido de recurso.	«padece de doença men- tal com sintomatologia de natureza psicótica» (em inf.º do clínico da CPSM, de 14-04-2000)	Conde- nado	19 anos	Início: 26-06-1999 Termo: 26-6-2016	29-03-2000 (velo do EP Porto; aquando de 1 consulta externa no EPSCB o médi- co decidiu pelo seu interna- mento «p/ observação e tratamento», em inf.º do clínico, de 29- -03-00)	SOM: 0,58 O-C: 0,80 I-S: 1,11 DEP: 0,62 ANX: 0,20 HOS: 0,83 PHOB: 0,29 PAR: 1,17 PSY: 0,70 It. ad.: 0,57 GSI: 0,67 PST: 36 PSDI: 1,67
4132 anos 04-01-1971	N.ª Peso da Régua (Vila Real) R.ª Peso da Régua (Vila Real) de (passou a viver c/ o crime)	Soltei- ro (órão) de mãe alcoólica e epilé- tica e de (passou a viver c/ o crime)	Análise «Traba- lhou em bora com irre- gulardi- de, vários anos nu- ma ser- ração, o operá- rio indi- feren- ciado», em em Exame Médico- Foren- se, Hosp. Conde Ferreira)		Homicídio qualificado e introdução em casa alheia (sem antece- dentes como inimputável por crime de viola- ção na forma tentada, prati- cado em 22-8-88)	Cordel e faca de cozinha		No «Acórdão» do 1.º Juiz Crim. de Com. do Porto, de 14-4- -93, a 28-6-92, c. 20h, dirigiu-se à casa de 1.ª s.º c/ 62 A, na mesma localidade do arguido, que este sabia que aquela se encontrava sozinha. Saiu do porto, «desceu um largo de es- cadas» de 4 degraus, «abriu um pequeno portão até chegar à cave – local destinado à garrafeira, amacalhada de material e armazen [sic] para o gado» onde a vítima estava. O argui- do manifestou à vítima «a sua intenção de com ela manter relações de sexo, o que esta recusou». Então, c/ um cordel «atrou-se a ela, de forma a colocar-lhe tal cordel à volta do pescoço, o que conseguiu». Após dar 2 voltas com o mesmo «exerceu pressão, com o objectivo de a asfixiar». Porém, es- ta ofereceu resistência física e o arguido pegou numa faca de cozinha, «com cabo de madeira e lâmina de um só gume, re- lativamente afiado, pontiaguda na extremidade», sendo que a lâmina tinha 14 cm de comprimento e «largura máxima de 2,5 cm e espessura máxima de 0,2 cm» e o cabo 12,5 cm de comprimento. Desferiu 2 golpes no pescoço. A conclusão da autópsia refere que a morte foi devida à «asfixia por estran- gulamento, associado a choque hemorrágico».	Atraso mental grave – imbecilidade – e alcoo- lismo («Acórdão» do 1.º Juiz Crim. da Com. do Porto, de 14-4-93 e no Exame Médico-Forense, do Hosp. Conde Ferreira, de 4-2-93, porém este último informa que tem QI 35	Inim- putá- vel Peri- goso	Mín.: 8 A Máx.: 24 A (na folha de rosto do processo, pois dentro do mesmo não se encontra o do- cumento que estabelece o máximo)	Início: 30-06-1992 Termo: 30-06-2016	30-07-1993 (velo do EP do Porto)	SOM: 0,83 O-C: 1,90 I-S: 0,89 DEP: 1,00 ANX: 0,70 HOS: 0,83 PHOB: 0,00 PAR: 0,83 PSY: 0,50 It. ad.: 0,71 GSI: 0,86 PST: 58 PSDI: 1,33
4243 anos 02-01-1960	N.ª Mo- gambique R.ª Barce- los (Braga)	Soltei- ro	Desem- prega- do		1 Violação a menor (12 A) (Antecedentes: 7 Furto 2 Furto qua- lificado 3 Introdução em casa alheia 1 Violação de cadáver 1 Sequestro 1 Evasão)		Crian- ça de 12 A	Nos «Conclusões» do Circ. Jud. de Barcelos do Trib. Jud. de Barcelos, de 22-1-96, a 2-2-94, c. 18h, esperou «junto à por- ta do prédio onde reside», pelo regresso da escola de 1.ª me- nina de 12 A (vítima), que tb. morava no mesmo prédio (ele no 1.º e ela no 5.º andar). Quando esta chegou, entrou no elevador seguida pelo arguido, «al pediu-lhe que fosse com ele para sua casa. A menor acedeu a tal pedido». Já em casa do arguido, enquanto a vítima estava a ver TV, sentada num sofá, «o arguido tirou as calças e cuecas, despiu também as cuecas à (...) [vítima], pôs-se de joelhos no chão e friccionou o pénis erecto na zona vulvar da referida menor.».	Atraso mental (limite) associado a alterações da personalidade de carácter psicopático (em «Decisão» do TEP do Porto, de 8-11-01) Transtorno de perso- nalidade (em informação do médico que o segue na CPSM, de 15-10-98)	Inim- putá- vel	Mín.: 3 A Máx.: «não superior» a 8 A	Início: 05-01-96	05-01-96 (trazido pela GNR de Barcelos) Teve interna- mentos ante- riores em 1984 e 1988.	SOM: 0,83 O-C: 1,10 I-S: 1,00 DEP: 0,77 ANX: 0,80 HOS: 0,50 PHOB: 0,29 PAR: 0,67 PSY: 0,60 It. ad.: 0,43 GSI: 0,73 PST: 53 PSDI: 1,25

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

IDENTIFICAÇÃO				SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º	
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dís.	HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- putá- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último intern.º na CPJM	Dados fonte- dos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	RESUL. AV.º
43	40 anos 15-11-1962	Solteiro	N.: Lisboa (Lisboa) R.: Casais (Lisboa) Esta foi a última re- sidência conhecida pois é considera- do não sendo fixa)	4.ª classe (11 A); O pai frequent- ou alim- ento da 2.ª classe insus- ceptível em que trabalha- va, como «prepa- rador de mortos», devido a ele ter sido insu- cesso no 2.º dício.	Server- te de classe (11 A); O pai frequent- ou alim- ento da 2.ª classe insus- ceptível em que trabalha- va, como «prepa- rador de mortos», devido a ele ter sido insu- cesso no 2.º dício.	Homicídio qualificado (medida de segurança) por: 1 Homicídio qualificado na forma tentada 1 Roubo 1 Introdução em casa alheia 1 Furtos 1 Furtos 1 Condição ilegal (Antecedentes: 1 Furtos, 1 Furto qualificado, 1 Furto de veícu- lo, 3 Desercão, 1 Consumo de estupefacientes)	Barra de ferro	Cole- ga de traba- lho	No «Acórdão» do Trib de V.N. Gaia, de 16-2-96, a 9-12-94, entre as 21:30 e as 23h, «regressava, vindo da outra margem, onde tinha ido comprar tabaco» aos es- taleiros de 1 firma, sita em Oliveira do Douro, em V.N. Gaia, «onde o arguido trabalhava». Por baixo da ponte, em construção, encontrou-se c/ 1 sr. que tb. lá traba- lhava, «vindo este a fazer barulho com os sapatos; ba- rulho que ao arguido parecia dizer "sou Satanás"». O arguido aproxima-se dele e «perguntou-lhe: "Mas afinal como é que te chamas?", ao qual ele respondeu: "Cha- mo-me cu"». O arguido pega num ferro e desferiu, de forma violenta, um «número indeterminado de pancas- das» na cabeça da vítima, que lhe provocaram «lesões traumáticas crânio-encefálicas», causa da morte. Nos «Conclusões» do TEP Porto, de 19-2-02, além da medida de segurança pelo crime cometido, foi conde- nado a 5 A por crimes praticados a 6-6-88 («homicídio qualificado, na forma tentada, roubo, introdução em ca- sa alheia») e em 16-12-90 («furto qualificado e condu- ção ilegal»). Refere que tem antecedentes, e que a 1.ª condenação foi em 26-5-80 por «crimes de furto, furto qualificado, furto de veículo, desercão (sofreu 3 conde- nações por este tipo legal de crime) e consumo de estu- pefacientes», tendo-lhe sido dada 10 cond «convertida em definitiva em 12-10-87.» altura em que, 2.º Rela- tório de Exame Médico-Legal Psiquiátrico, do Hosp Ma- galhães Lemos, de 8-6-95, foi cumprir o serviço militar.	Esquizofrenia paranóide, QI 103, IDMI 11%, de- terioração ético-social pro- funda, pedrão de compor- tamento de carácter margi- nal, hábitos tóxicos (em Relatório de Exame Medi- co-Legal Psiquiátrico, do Hosp. Magalhães Lemos, de 8-6-95). Este relatório refere tb. que a psicose manifestou-se quando cumpria o Serviço Militar, tendo desercado 2 vezes. «Começou por ouvir vozes masculinas e femininas, que o insultavam, lhe co- mentavam os pensamen- tos, e dele falavam entre si, e dele tarde começou a no- tar que também na rádio, na televisão e jornais havia alusões de carácter perse- cutor à sua pessoa.»	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3 A Máx.: 24 A Tb. tem 1 pena	Início: 23-12-1994 Termo: 16-2-2020	23-04-1996 (velo do EP do Porto, mas o seu interna- mento teve início em 16-2-96 (em TEP do Porto, de 19-2-2002) Actualmente está inserido no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.	Apenas re- cebeu uma visita dos pais em 2000	SOM: 0,08 O-C: 0,30 I-S: 0,33 DEP: 0,54 ANX: 0,10 HOS: 0,17 PHOB: 0,14 PAR: 0,50 It. ad.: 0,57 GSI: 0,27 PSY: 21 PSDI: 1,14
44	39 anos 15-06-1961	Vívuo	N.: Armamar (Viseu) R.: Mato- sinhos (Porto)	2.º ano do 1.º curso de pas- sagem de pas- sagem de pas- sagem	Moto- rista de auto- móveis ligeiros de pas- sagem de pas- sagem	1 Homicídio 1 Ofensa à integridade física 1 Detenção ilegal de arma de defesa (não tem antecedentes)	Pistola	Mu- lher Filha	No «Acórdão» do Trib da Com de Guimarães – Veras c/ Com- petência Mista, de 22-3-02, a 2-6-01 o arguido e sua família (mulher de 37 A e 2 filhas de 17 e 5 A) dirigiram-se à casa dos pais da mulher. A 3-6-01, c. 6:30h o arguido e a mulher discutiram no quarto em que dormiram. Como ele sabia que o sogro tinha 1 pistola, calibre 6,35 «com o respectivo carre- gador guardada num armário da sala» saiu do quarto «dizen- do que ia fumar um cigarro e foi buscar a referida arma». Di- rigiu-se ao quarto onde a mulher «ainda se encontrava dela- da na cama (...)», agora acompanhada da filha mais velha», por ter ouvido a discussão e vir «em socorro da mãe». O ar- guido entra, fecha a porta, dirige-se às 2 «empunhando a ar- ma (...)», efectuou três disparos, a curta distância em direc- ção à cabeça da mulher, sendo que «os dois primeiros projec- teis atingiram a vítima na região malar esquerda» instalando- se a bala no lobo occipital «e na face lateral esquerda do pescoço» penetrando no tórax. Dado que a filha se viu «pa- ra se colocar em cima da mãe, com intenção de a proteger» dos disparos (...), o terceiro projectil atingiu a (...) [filha] no seu braço esquerdo, perfurando-o e acabando por se alojar na região da omoplata esquerda». Não disparou mais por não ter mais tiros. As lesões sofridas pela mulher provocaram-lhe a morte. A filha ficou incapacitada p/ o trabalho por 60 dias.	Palcos esquizofrénica paranóide, CID-295.3, e síndrome depressiva, CID-311 (em «Acórdão» do Trib. da Com. de Guil- marães..., de 22-3-02) Síndrome psicótica aguda, quando «esteve internado entre 21-03- 1999 e 09-04-1999 na Unidade de Internamento do Serviço de Psiquiatria do Hosp. de S. João, porém tendo alta «com o diag- nóstico de "provável epi- sódio depressivo grave com sintomas não con- gruentes com o humor - ICD 10-F 32.31» (em «Acórdão» do Trib. da Com. de Guimarães..., de 22-3-02)	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3 A Máx.: ??	Início: 04-06-2001	29-06-2001 (velo do EP Reg. de Guilma- rães, onde fez tentativa de enfrentamento, tendo recorrido ao Hosp. da S.ª da Oliveira, Guimarães e regressado no mesmo dia (em FAX dessa EP, de 29-6-01)	Irmã, fre- quentem- te Cunhado e outra irmã, esporádicas HOS: 0,17 ANX: 0,30 PHOB: 0,14 PAR: 0,17 PSY: 0,10 It. ad.: 0,57 GSI: 0,32 PSY: 18 PSDI: 1,61	

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS		RESUL. AV.º																																			
IDENTIFICAÇÃO				HABITABILIDADES			PROFIS-SÃO		Crime actual		Arma utilizada		Rel. c/ a vítima		Circunstância		Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)		(In)imputável		Medida de segurança e/ou pena		Detenção		Último Internamento na CPSM		Dados fornecidos pelo Tec. de Ed. do EPSCB		Dados do SCL 90-R																		
N.º		Idade*/Data nasci.		Est. civil		Nat. (N) Res. (R) Con/Di.		HABITABILIDADES		PROFIS-SÃO		Crime actual		Arma utilizada		Rel. c/ a vítima		Circunstância		(In)imputável		Medida de segurança e/ou pena		Detenção		Último Internamento na CPSM		Dados fornecidos pelo Tec. de Ed. do EPSCB		Dados do SCL 90-R																	
45		42 anos 22-08-1960 (alunha "Gulosa")		Solteiro		N.: Porto de Mós (Leiria) R.: Porto de Mós (Leiria)				Servente de pai-deiro		Homicídio voluntário		Faca de cozinha, pau de madeira de pinho, machado		Vizinha		No processo do Círc. Jud. de Alcobaça, de 11-7-01, refere que entre o arguido e a sua vizinha, que vivia a c. 85 m, «não havia qualquer tipo de relacionamento», mas há c. 10A, relativamente à data da acusação, houve 1 desentendimento entre ele e a mãe da vizinha no café desta, tendo o arguido «tentado agredir aquela com uma faca que não chegou a concretizar» por ter sido impedido por pessoas que ali estavam. «A partir de certa altura o arguido começou a desenvolver fantasias de natureza sexual em torno» da vizinha, chegando a escrever o nome da mesma «em diversas imagens de mulheres que figuravam desnudadas em revistas de teor pornográfico que o mesmo tinha em sua posse. Sem motivo que o justificasse, convenceu-se (...) a dada a altura que a (...) [vizinha] lhe queria fazer mal pelo que, cerca de um mês e meio antes do dia 19 de Dezembro de 2000, tomou a decisão de matar aquela.» Assim, passou a vigiar-lhe os movimentos, «guardando a oportunidade» em que a vizinha «não se encontrasse acompanhada por ninguém». Sabia que ela vivia só e que saía c. 8h p/ trabalhar. Assim, a 19-12-90, antes dessa hora, munido de 1 faca de cozinha e «dirigiu-se à residência desta introduzindo-se num barrado anexo (...) que funcionava como garagem e arrecadação de lenha». Escondeu-se atrás do automóvel. Porém, quando a vizinha (então c/ 26 A) «entrou no barrado e se apercebeu da presença do arguido ainda tentou fugir», mas este de imediato «agarrou-a pelos cabelos e a empurrou para o chão golpeando-lhe de seguida a parte da frente do pescoço e a cabeça, utilizando a faca» que trazia. «Como a lâmina da faca acabou por se partir e como a vítima ainda se encontrava viva e a mexer-se, o arguido agarrou num pau em madeira de pinho que tirou da pilha de lenha ali existente e desferiu com ele diversas pancadas na cabeça» da vítima. Mas porque esta continuava a mexer-se pegou num machado que se encontrava próximo da pilha de lenha, «com o qual veio a vibrar vários golpes na cabeça» e nas costas da vítima «até se assegurar que a mesma se havia finalmente imobilizado.»		Esquizofrenia paranoide de		Inimputável perigoso		Mín.: 15 A Máx.: 24 A		Início: 26-12-2000		11-07-2001 (velo do EP de Leiria)		SOM: 0,75 O-C: 0,00 I-S: 0,00 D-P: 0,85 ANX: 0,30 HOS: 0,00 PHOB: 0,43 PAR: 1,17 PSY: 0,00 It. ad.: 1,00 GSI: 0,44 PST: 12 PSDI: 3,33		Mãe, esporádicas (relembro em casa)															
46		46 anos 25-05-1957		Solteiro		N.: Santo Tirso (Porto) R.: Santo Tirso (Porto)				Carteiro (em Port.) Aos 23A emigrou p/ Sulica, sendo aí telefonista		1 Homicídio qualificado (matricídio) 3 Homicídios qualificados na forma tentada 1 Incêndio na forma tentada 1 Desobediência		Martelo, faca, fouchinha		Mãe, irmão e cu-nhada + filho de ambos		Nas «visitas» da Procuradoria da Just. - Círc. Jud. de S.º Tirso, de 18-4-91, a 20-12-90, c. 00/20h, foi à casa da mãe, local onde residia e se ausentava por c. 14 M sem destino conhecido «e sem mais aparecer e dar notícias». Foi recebido pela mãe, pelo seu irmão, esposa e filho (3 A). Que «habitualmente pernoitavam» nessa casa, pois a mãe vivia sozinha. O arguido disse que estava a chegar da Sulica e que vinha passear o Natal e Ano Novo. Mas, como não trazia bagagem, pediu à mãe «que lhe arranhasse roupa limpa para se mudar depois de tomar banho. Bem como lhe preparassem uma refeição». A esposa e o filho do irmão foram dormir num quarto situado no 1.º andar, sendo que o irmão tb. se recolheu ao referido quarto após o arguido comer. O arguido e a mãe ficaram a conversar na cozinha. «Pouco tempo depois (...) e em circunstâncias que nos autos não foi possível (...) determinar com precisão (...) empunhando 1 martelo (...) que penetrou na cabeça da mãe (...) desferiu uma violenta pancada na cabeça da mesma, fazendo-a cair e logo lhe tapando a boca com o pano por forma a impedi-la de gritar e chamar por socorro». De seguida, recorreu a 1 faca e a 1 fouchinha, tb. pertencentes à mãe, e «desferiu novos, violentos e sucessivos golpes na cabeça daquela» que lhe provocaram lesões que lhe causaram a morte. Dirigiu-se então ao 1.º andar, «onde vestiu roupa limpa que (...) a mãe lhe separara e preparara conforme pedira», foi ao quarto de banho «onde procurou lavar os ins-		«Esquizofrenia paranoide (...)», consunha excessivamente bebidas alcoólicas: 1983 «iniciara-se no consumo de derivados de "cannabis" ("marijuana" e "hashixe")», mostrava-se agitado e eufórico, falandol incessantemente, mesmo durante a noite, revelando manias de perseguição e falando de um homem que "Vira" e lhe dissera "que ele era o discípulo preferido", "que vinha pregar a paz e tinha poderes sobrenaturais e telepáticos para curar todos os doentes", querendo "acabar com o cinelismo, com a miséria" e dizendo "há precisar de dormir porque tinha poderes de vencer o sono", pelo		Inimputável perigoso		Mín.: 18 A Máx.: 24 A (Nos «Conclusões» do TEP do Porto, de 14-1-92, refere que «obrigatoriamente revisto decorridos 3 anos».		Início: 02-01-1991		15-01-1991 (velo do EP do Porto)		SOM: 0,00 O-C: 0,00 I-S: 0,00 D-P: 0,00 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,00 PST: 0,00 PSDI: 0,00		«Sem qualquer relação guardada familiar» (em Inf.ª clínica da CPSM, de 22-1-03)															

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS		RESUL. AV.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
IDENTIFICAÇÃO				HABITACÕES LITIGANTES	PROFIS -SAO	Crime actual			Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último interna.º na CPSM	Dados do SCL 90-R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
46												tramentos referidos ». Entrou então «às escuras no quarto onde dormiam em 1 cama os familiares atrás referidos. «Ape- sar das cautelas» a cunhada acordou e, porque se apercebeu «de uma presença estranha no seu quarto», acendeu a luz e deparou-se c/ o arguido «que com as mãos atrás das costas ocultava os objectos que consigo trazia». A cunhada «perguntou o que queria» e este «disse-lhe apenas, sorrindo, que se calasse ao mesmo tempo que se aproximava da cama onde não se calaria, o marido e o filho. Como esta disse que não se calaria, o arguido, mantendo a mão esquerda atrás das costas c/ o martelo e a fouchinha, «ergueu o braço direito em cuja mão empunhava a faca» e fez «menção de a espetar» na cunhada. Esta segurou-lhe o braço enquanto gritava, acordando o filho e o marido. Este levantou-se de imediato e lançou-se sobre o arguido, que conseguiu escapar, «deixando cair no chão do quarto o martelo e a fouchinha e no corredor anexo, a faca. Desatou a correr, embora não fosse alcançado. Ao encontrarem a vítima, chamaram a GNR, que nessa madrugada em vão tentou capturar o arguido. Foi tb. encontrado «na varanda junto à porta principal daquela casa que dá acesso aos quartos de dormir, 1 saca plástica». Esta tinha «1 garrafa de litro de vidro e dois bichões, de plástico e também de 1 litro, dos usados normalmente para óleo de motor, todos cheios de gasolina, e (...) uma tira de pano cru». Apesar de não ter sido encontrado, o arguido de manhã dirige-se à casa c/ o fim de a incendiar, o que seria fácil, pois era «uma edificação pré-fabricada e em madeira». Não o conseguiu devido ao regresso (das buscas) do irmão e da cunhada. O arguido fugiu e «andou "a monte"». Foi detido em Espanha a 2-1-91, por se encontrar «vadiando e sem identificação», sendo entregue nesse dia à Guarda Fiscal em 1 posto fronteiriço em Chaves, que o levou à GNR de S.º Tiago. A 3-1-91 foi presente à Procuradoria da República, c. 11:30h. Neste documento refere que o arguido tem 1 processo no Trib. Jud. de Almeida por «na sua habitual errância» ter entrado em 1 casa desabitada em Almeida e a ter incendiado.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
47	32 anos 29-05-1970	Solteiro (tem 1 filho c/ 5 A, viva c/ os pais)	N.º: Pena- cova (Coimbra) R.º: Pena- cova (Coimbra)	12.º ano	Desempregado (Vendedor, anteriormente)	1 Coacção sexual 1 Violação na forma tentada 1 Sequestro 1 Ofensas à integridade física qualificada (Antecedentes: - 95 (em prisão militar); 2 Abuso de confiança 2 Deserção 1 Insubordinação por desobediência, por ofensa corporal e destruição de bens)	Cinto	Amiga (6.º A, escola, idade, 4 filhos, vive c/ pais)	No «Acórdão» do Trib. de Círc. e de Com. de Matosinhos, de 9-1-03, a 26-4-00, o arguido e a ofendida (amiga) marcaram um encontro no bar de um hotel em Matosinhos às 00h, para poderem conversar melhor sobre dois amigos comuns, pois havia muito barulho no local onde estavam. C. 04h, de 27-4-00, o arguido desloca-se à recepção e a vítima apercebe-se de que ele estava a marcar 1 quarto e dirige-se a ele «indagando da razão de alteração de planos, dizendo-lhe que não havia necessidade de pagar um quarto para conversarem, e que tomavam um copo no bar. O arguido respondeu-lhe que não se preocupasse, que conversavam muito mais à vontade no quarto, que também tinha sofás e cadeiras, e até lhe perguntou, em ar de brincadeira se estava com medo dele, mas que não tivesse que não lhe ia fazer mal.» Decidiram subir ao quarto n.º 806, sendo que a vítima estava convicida que de facto ela não lhe iria fazer mal, pois era «conhecido naquele hotel». Aí, após o arguido ter fechado a porta, sentaram-se «frente a frente nas cadeiras» junto de 1 mesa. «Iniciando a conversa» a vítima disse que a amiga «andava assustada com as ameaças dele». Como o arguido não quis falar sobre o assunto «ou sobre qualquer outro», a vítima «manifestou																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		</

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABITUALIDADES LITIGANTES, RÁTIAS	PROFIS-SÃO	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL					VISITAS Dados fornecidos pelo Tsc. de Ed. do EPSCB	RESUL. AV.º Dados do SCL 90-R							
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con/Diá			Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)			(In)imputabili.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM			
47 Cont.								Vontade de se ir embora por ter ficado com medo». O arguido começou a acariciar-lhe o rosto e «como se apercebeu que esta estava com medo, disse-lhe que podiam falar sobre a sua amiga, o que não foi aceite pela ofendida, que mencionou estar a ficar assustada e querer ir-se embora». «Nessa altura o arguido disse-lhe que a "(...) [amiga] era uma puta" e exigiu que a ofendida repetisse aquela expressão, o que esta recusou.» Ele deu-lhe 2 «estalos na cara, segurou-a pelos cabelos e começou a agredir a ofendida a murro e pontapé em várias partes do corpo, gritando esta que a largasse, que a estava a magoar e que tinha uma filha e pais.» Ela tentou fugir mas ele continuava a agredir-lhe da mesma forma. C/ ela «agarrada», o arguido despiu-lhe as calças que vestia, puxou-as, descendo-as até aos pés, fez o mesmo às cuecas que a (...) vestia, após o que a abitou para cima da cama onde a deixou de barriga para baixo». Mantendo-a agarrada pelos braços, descalçou-se e tb. tirou calças, cuecas e o cinto, deixou-se em cima dela «de barriga para baixo, roçou o seu corpo, em especial as suas partes genitais pelas zonas das coxas e das nádegas» da vítima e tentou abrir-lhe as pernas. Porém, «dada a forte oposição (...) saltu de cima dela, que por sua vez se sentou na beira da cama tentando comportar-se». Porém, «de imediato», ele «tentou convencê-la a praticar sexo oral, agarrando-lhe imprevisivelmente, para o efeito, os cabelos e pedindo-lhe, insistentemente, para meter o pénis na boca dizendo "mete-o na boca", ao mesmo tempo que lho encostava ao rosto.» Ela «tapou a boca com 1 das mãos», como sinal de recusa, mas ele «pegou no cinto (...)», pô-lo à volta do pescoço da ofendida e, puxando-o arrastou-a até à casa de banho» (WC) do quarto, «ao mesmo tempo que lhe desfez-lhe mais pontapés, bofetadas e murros, sendo que o cinto, face à força com que era puxado e ao modo como foi ra posto [inserido na fivela], se ia apertando no pescoço». No WC, ele «enchou de água o bidé e obrigou-a a chegar-se [a ele] puxando-a pelo dito cinto». Agarrou-a pelo pescoço, c/ 1 das mãos e meteu a face da vítima na água, manteve-a «durante alguns instantes, dizendo-lhe para falar mal da dita amiga de ambos», mas como ela não disse o que ele ordenava, «puxando-lhe o pescoço, por várias vezes (cerca de seis vezes) retirou e inseriu o rosto da ofendida na água, mantendo-o sempre durante instantes debaixo de água». «Durante estes acontecimentos, e logo que o arguido iniciou as agressões» ela «gritava e pedia socorro e ajuda, o que fazia o mais alto possível, mesmo depois de ter sido metida a sua cabeça no bidé, altura em que já não tinha forças e se convenceu que ia morrer». Entretanto, ele puxou-a do WC p/ a zona de dormir, «onde a manteve de pé sempre presa ao dito cinto». Ele fez 1 chamada, que durou c. 2h, p/ a tal amiga (tb. fez 1 p/ os pais da mesma), durante a qual agredia a vítima «com murros e pontapés e puxadas de cabelos, provocando que esta gritasse face às agressões» p/ que a amiga «ouve os gritos e lamentos»; tb. dizia à tal amiga que se esta «não dissesse que gostava dele, apertava o cinto no pescoço da ofendida, batia-lhe e "ainda lhe fazia sangue"!». A vítima só gritava p/ que a amiga desligasse o telefone, pois o arguido «mantinha-se a puxar o cinto com o pescoço ali preso, o que lhe causava profundas dores e perturbação». Porém, «a chamada											

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										RESUL. AV.º					
IDENTIFICAÇÃO		HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS- SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- putá- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último intern.º na CPSM	VISITAS Dados forne- cidos pela Téc. de Edu- cação do EPSCB	Dados do SCL 90-R	
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.												
47	Cont.						calu e o arguido largou o cinto» p/ fazer nova ligação, «afas- tando-se, nesse momento da ofendida». Esta «aproveitou a distração do arguido e o seu movimento, puxou as calças para cima, tirou o cinto do pescoço, pegou nos sapatos e na cadeira, abriu a porta do quarto (...) e fugiu.» A vítima sofreu «equimose palpebral inferior esquerda, cervicalgias, sufusões sanguíneas na face lateral esquerda do pescoço, extensas equimoses no braço esquerdo e face lateral da coxa e perna direita e dores generalizadas, que «motivaram tratamento hospitalar [Hosp. Pedro Hispano] e acarretaram (...) oito dias de doença sem afectação da capacidade para o trabalho».», Actualmente, tem dores que a impedem de trabalhar, necessitando de tomar analgésicos e sofre de depressão.								
48	22 anos 29-05-1980	Solteiro	N.: Porto R.: Porto (Porto)	8.º ano (no rela- tório da CPSM p/ pedir RAVE, de 28-6- 02) Fre- quentia o Curso de For- mação Profes- sional em Gala, vindo ao fim da tar- da de p/ a CPSM)	1. Detenção de arma proibida Quanto a 1.ª cri- me de ofensas à integridade física, houve «distâncias de queixas homologadas e em acta», em «Relatório» do Magistrado do Min. Púb. - 2.º Julho Crim. do Porto, de 9-6- 00. (não tem antecedentes)	Navalha	No «Relatório» do Magistrado do Min. Púb. - 2.º Julho Crim. do Porto, de 9-6-00, a 25-6-97, no Porto, «transportava com- sigo uma navalha (...) com as seguintes características: cabo em laço amarelo, composto por duas partes que se unem quando está aberto, com 13 cm de comprimento; a lâmina tem 10 cm de comprimento». Foi-lhe imposta a «medida de segurança de internamento em estabelecimento de cura, in- ternamento ou segurança, pelo período máximo de 2 anos», pelo que foi decidido o internamento compulsivo no Hosp. Corde Ferreira (no qual deu entrada a 13-10-99, 2.ª carta do mesmo Hosp. de 11-7-2001; aqui se refere que «o doente continua descompensado, potencialmente perigoso, pertur- bando o normal funcionamento da enfermaria, tendo-se au- senteado do Hospital contra parecer médico, situações resol- vidas com o auxílio da PSP.».) Pelos «Conclusões» do 2.º Julho Crim. do Porto, de 21-8-2001 foi-lhe revogada «a suspensão da execução do internamento» e determinado «que o arguido passe a cumprir a medida que lhe foi aplicada em estabelecimento de segurança, pelo período de 2 anos» pelo que o director do referido hosp. deverá solicitar «a auto- riedade policial competente a condução do arguido ao Hosp. do EP mais próximo da área de residência» do mesmo.	Esquizofrenia para- nóide	Inim- putá- vel peri- goso	Máx.: 2 A	Início: 22-08-2001 Termo: 22-08-2001, «não haver- do (...) lugar a revisão obrigatória» (em «Con- clusões» do TEP do Por- to, de 20-2- 02)	24-08-2001 (Velo do Hosp. Corde Ferreira - HCF - onde estava interna- do) compulsiva- mente desde 13-10-99, por 1 crime de deten- ção de arma proibida, «en- quanto que pa- reliamente de- correu um outro processo (...) que lhe impôs uma medida de segurança pelo período máximo de 2 anos» (em carta do HCF, de 11-7-01)	Avós ma- ternos e irmão, frequentes Pal, esporá- dicas (rece- be-o em casa) (A mãe está emigrada na Suíça, onde constituiu nova família)	SOM: 0,83 O-C: 0,80 I-S: 0,78 DEP: 1,00 ANX: 0,40 HOS: 0,17 PHOB: 0,14 PAR: 0,80 PSY: 0,10 It. ad.: 0,00 GST: 0,53 PST: 37 PSDI: 1,30	
49	30 anos 25-08-1972	Solteiro (vive c/ a mãe, alcoóli- ca cro- nica, no Relato- rio Mé- dico Le- gal, do Hosp. de S. Pedro, Vila Real)	N.: Lame- go (Viseu) R.: Lame- go (Viseu)	Não sabe ler nem escre- ver (fre- quentou a escola durante 1 mês)	Abuso sexual de crianças na forma continuada (não tem antecedentes)		«Atraso mental de nível impresco (CID 9 319) com sintomas psicóti- cos (CID 9 312.8) (em Exame Médico-Forense do HCF). «Debilidade men- tal profunda, podendo ser agravado o seu comportamento pelo abuso de bebidas al- coólicas» (no Relatório Exame Médico-Legal Psi- quiátrico do HML, de 13-1- 99). «Atraso mental profundo, idade mental 4-6 anos, epilepsia, não totalmente controlada, cri- ses de agitação psico- motora, decréscimo de alcoólização ou subnutri- ção» (Rel. Médico Legal, Hosp. de S. Pedro, Vila Real)	Inim- putá- vel peri- goso	Máx.: 3 A	Início: 06-08-2002 (entregue pela GNR de Lamego) Termo: 06-08-2005 (em Serviços do Min. Púb. - Trib. Jud. da Com. de Lamego, de 11-10-02)	07-08-2002 (entregue pela GNR de Lamego)	Não tem	SOM: O-C: I-S: DEP: ANX: HOS: PHOB: PAR: PSY: It. ad.: GST: PST: PSDI:		

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º			
IDENTIFICAÇÃO		HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	PROFIS- -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatório médico-legal)	(In)im- putá- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Intern.º na CPSM	Dados do SCL 90-R	
50	44 anos 19-04-1958	N.º: Calhe- ta (Angra do Heroís- mo - Ilha de S. Jor- ge, Ago- res) R.º: Calhe- ta (Angra do Heroís- mo - Ilha de S. Jor- ge, Ago- res)	Sem profis- são	Homicídio na forma tentada (Não tem an- cedentes, mas, 2º o arguido, no Relatório Sobre o Estado Men- tal, Hosp. Júlio de Matos, 26-6- 95, agressão e roubo de arma de guerra (car- ro) quando vo- luntário no Ser- víço Militar-EUA, tendo sofrido le- sões em 1 das pernas e na pri- meira mão. Foi psiquiatra; aos 23A, viola- ção de menor 14A, EUA- 8A prisão -, fôrça a pena deprorado p/ Portugal)	Lenço		Em documento do Trib. Crim. de Lisboa - 1.ª Vara, de 25-9-98, a 7-5-95 «o arguido, que desde 1990 se encontrava in- ternado no Hosp. Júlio de Matos, dirigiu-se a um quarto da quele hospital, onde então se encontrava sozinho e acamado um doente» (vítima). O arguido retirou 1 lenço que segurava 1 braço que havia partido, aproximou-se da vítima envol- veu-lhe o pescoço com esse lenço, e apertou-o com quan- ta força tinha, impedindo assim a vítima de respirar. No entan- to, «por indicação de outro doente, acorreram ao quarto mé- dicos e enfermeiros» que seguraram o arguido. «Nessa oca- sião a vítima «encontrava-se prostrado, sangrando da boca e do nariz, e bastante sinosado», tendo que ser transferido p/ o Hosp. de S.ª Maria. Como consequência, a vítima sofreu «traumatismo crânio-encefálico, com uma ferida incisa no occipital, com perda de conhecimento e paragem cardio-res- piratória», ficando hospitalizado por 6 dias na UTI, «sem- pre com respiração assistida». «A sua família mais directa reside nos EUA, e desta apenas a sua mãe o visitou uma vez em Portugal, desde 1990.»	«Esquizofrenia paranoí- de com graves alterações da personalidade»; consumo de heroína aos 16 A; (em Relatório Sobre o Estado Mental, do Hosp. Júlio de Matos, de 26-6-95)	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3 A (24-7-01) Máx.: 24-3-09 11 A e 4 M	Início: 24-07-1998 (medida de coacção/in- tervento preventivo em hospital psiquiátrico, por decisão de 24-4-98», 2.º «Acór- dão» do Su- premo Trib. de Justiça, de 13-3-02)	24-07-1998 (velo do EP Reg. de Angra do Heroísmo, Casa de Saúde de S. Rafael à CPSM)	Mãe (2 vezes; salu c/ ele ao Porto, vinho dormir à CPSM)	SOM: 0,00 O-C: 0,00 I-S: 0,00 DEP: 0,15 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,17 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,03 PST: 3 PSDI: 1,00
51	68 anos 08-02-1935	N.º: Faife (Braga) R.º: Faife (Braga)	Curso escola comer- cial comple- to	Homicídio	Faca de cozinha	Espo- sa	No «Acórdão» do Trib. Jud. da Com. de Faife, de 9-10-02, a 8-4-02, a vítima, sua esposa (64 A), após ter regressado da escola onde dava aulas, dirigiu-se à cozinha da sua casa, c. 13:15h p/ fazer o almoço «para o casal». O arguido (67 A), «sem que nada fizesse prever, munido de uma faca de cozi- nha, com lâmina com o comprimento de 17 cm e com um ca- bo de 11 cm de comprimento (...) abelrou-se da sua mulher e começou a desferir-lhe (...) sucessivos golpes, enquanto» a vítima «se debatia procurando defender-se desses golpes». Portm, na tentativa de fugir, saiu «da cozinha para um cor- redor situado no exterior», gritando por socorro: «Vó (...) [s.ª] acuda-me que ele vai-me matar.» Deixou-lhe «uma faca tra- çada no pescoço» após ver «que a vítima estava morta» e «abandonou o local, pondo-se em fuga». O arguido atingiu-a «com um número não apurado (mas nunca inferior a vinte) de facadas». Atirou-a nas regiões frontal direita (1 vez, c/ 3 cm de comprimento) e esquerda (1 vez, c/ 3 cm), parietal direita e occipital (2 c/ 4cm e 8 c/ 3cm, de modo disperso) e na mão direita (múltiplas), no «primeiro espaco interdigital esquerdo» (1 c/ 2 cm), na «face anterior da falange distal do dedo polegar esquerdo», no «bordo in- terno da mão esquerda» (ambas c/ 2 cm); laceração da caró- tina comum e da traqueia (3cm); laceração da traqueia e do esófago.	«O arguido tem familiares próximos portadores de do- enças mentais graves com distúrbios emocionais» sen- do que ele to. sofre de «go- nha dessa natureza». «E propenso a crises depressi- vas prolongadas e carecido de acompanhamento psi- quiatrico.» No dia anterior ao crime, quando regressa- va com a mulher da terra natal da mesma, conduzindo do ele o carro, largou-se de uma ponte. «Em 1986 con- traiu melanoma numa per- na, tendo sido internado em Londres, onde foi ope- rado.» «As ideias delirantes (...) de ruína, o esta- do depressivo, os senti- mentos de vazio e de- sesperança, a impossibi- lidade de projectar-se no futuro e as interpre- tações e percepções de um mundo hostil culmi- naram no acto delituoso.» (em «Acórdão» do Trib. Jud. da Com. de Faife, de 9-10-02)	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3 A Máx.: ?	Início: 10-04-2002 Termo: 30-10-2005	12-04-2002 «passados dois dias após lre termos detecta- do lesões orgâ- nicas (...) foi en- caminhado para o Hosp S. João» daí ter ido p/ o Hosp de Guimá- raes, HP S. João Deus e a 15-5 regressado ao EP Guimarães A 04-06-2002 «após observa- ção, internado na CPSM tem- porariamente»; «tendência recu- divante a impul- sões auto-destru- tivas (suicídio)»; «pensamos há- ver indicação p/ o seu interna- mento numa Unidade de Saúde Mental do que a nossa	Irmãos, frequentés	SOM: 1,67 O-C: 1,20 I-S: 0,00 DEP: 2,46 ANX: 1,10 HOS: 0,33 PHOB: 0,71 PAR: 0,67 PSY: 1,50 It. ad.: 2,86 1,34 GSI: 46 PST: 2,63 PSDI: 2,63

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS		RESUL. AV.º			
IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- CÕES LIT- LIT- PAR-AS	PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relação médico-legais)	(Tr)Im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Interna.º na CPSM	Dados tome- cidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R
Idade*/Data nasc.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Com./Dis. Com./Dis.													
51													a casos que re- querem medi- das de vigilância e de monitori- zação perma- nente de doen- tes de risco» (2.º Int.º médi- ca, CPSM, 8-7). A 13-6-02 fez 1 tentativa de sul- cídio em 1 «das grades da ca- marala onde habita» (rela- tório EP, de 14-6)		
52	Divor- ciado, c/ 1 filha, em Exame Médico-Foren- se do Hosp. Conde Ferrei- ra, de 19-6-96	N.: V. N. Gala (Porto) R.: V. N. Gala (Porto)	2.º ano Cí- culo Pre- pa- ratório	Indel- mente como ser- ralheiro e, depois de regressar ao Servi- ço Militar (Mocam- bique), como tro- ça do divórcio de Magistral Judicial)	Homicídio na forma tentada (Antecedentes: 1 furto e resis- tência; 1 furto qualificado, 1 furto e uso de veículo, tentati- va de furto e uso de porte de arma, 1 rou- bo, 1 sequestro de Magistral Judicial)	Faca de cozinha	Mãe	No «Acórdão» do Trib. Jud. de V. N. Gala, de 30-6-97, refere- se que se encontrava desde Maio/94 internado compulsivamen- te, «embora de forma não ininterrupta», por decisão do Trib. de Paços de Ferreira. «O seu internamento sucedeu ao cum- primento de penas de prisão que cumpriu por vários anos». Apresentava, na altura deste último crime, «comportamento muito agressivo para com familiares, sobretudo a sua mãe, constantemente a insultando com impróprios como "puta" e dizendo-lhe que a havia de matar». C/ medo, a mãe andava em «constante sobresalto e vivia angustiada» e c/ medo do que pudesse acontecer. A 22-1-96, c. 11ff, «o arguido munu-se de uma faca de cozi- nha e, saindo de casa dirigiu-se a 1 estabelecimento [estab.] explorado por sua irmã, onde ele sabia que a sua mãe se en- contrava». Entra no estab., tira a faca que trazia «na manga do casaco e, dirigindo-se à sua mãe, desferiu-lhe dois golpes nas costas, fazendo-a cair no chão». C/ a mãe caída «levan- tou o braço para lhe desferir outro golpe, mas a sua irmã (...) deu-lhe um empurrão e agarrou-lhe no braço». O arguido fol- se embora «levando consigo o automóvel da irmã usou até à noite». Devido «ao grande número de roupa e camisolas que usava na altura», a vítima «sofreu apenas escoriações na re- gião dorsal do hemitórax direito». O arguido «abusava de behi- mentos indispensáveis à sua condição mental». Esteve várias vezes preso desde 1977 até 1994.	Esquizofrenia paranói- de, «diagnosticada duran- te o cumprimento da pe- na» quando foi detido em 77, pela primeira vez (em Exame Médico-Forense do Hosp. Conde Ferreira, de 19-6-96)	Intim- puta- vel per- goso	Mín.: 3 A Máx.: 9 A Definidos no «Acórdão» do Trib. Jud. de V. N. Gala, de 30-6-97, embora nos «Conclu- sos» do TEP do Porto, de 27-11-2002	Início: 17-06-1997 (em «Con- clusões» do TEP do Porto, de 27-11-2002)	19-12-1997 (velo do Hosp. Conde Ferreira)	Irma e cunhado (1 vez por mês)	SOM: 0,33 O-C: 0,00 I-S: 0,00 DEP: 0,31 ANX: 0,40 HOS: 0,50 PAR: 0,50 PSY: 0,80 It. ad.: 0,71 GSI: 17 PST: 17 PSDI: 2,18

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL																
N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABILITAÇÕES LITE-RIAS	PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	VISITAS Dados fornecidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	RESUL. AV.º
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.													
53	53 anos 03-09-1949	Solteiro (viva c/ o pai)	N.ª Vinhais (Bragança) R.ª Vinhais (Bragança)	3.º ano Empregado de Indústria têxtil e agrícola	Clã- Social do	Homicídio voluntário («Conclusos» do Trib. de Instrução Crim. de Bragança, de 4-11-87, embora nos «Conclusos» do TEP do Porto de 15-3-96, conste homicídio qualificado)	Faca	Pai	Nos «Conclusos» do Trib. de Instrução Crim. de Bragança, de 4-11-87, a 23-7-87, «em hora não devidamente apurada, tendo certo que à tarde», no exterior da casa em que habitava o arguido e o pai (vítima), por motivos desconhecidos, «o arguido agrediu voluntariamente seu pai» c/ 1 faca. Desferiu-lhe «vários golpes na região do pescoço e peito» e «que necessária e directamente foram causa da morte».	Esquizofrenia paranoide de	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: ?	Início: 23-07-1987	10-05-1988 (voto do EP Reg de Bragança) Na infra médica, de 21-8-97: diagnosticamente com: pensamento, tem «comportamento adequado e bom contacto com os outros», por isso pede ao IRS que procure «pessoa ou instituição» p/ assegurar apoio psicológico e continuidade terapêutica, tendo em vista a liberdade para prova» a ser analisada na próxima revisão obrigatória. Mas 2.º «Ofício» do TEP Porto, 31-10-00: «ainda não foi dada a decisão de revisão», após solicitação do EP a pedir informação sobre «o estado do processo» ao TEP, 24-10-00.	Irmão, irmão, sobrinho, esporádicas	SOM: 0,92 O-C: 1,90 I-S: 1,33 DEP: 1,54 ANX: 1,30 HOS: 1,00 PHOB: 0,29 PAR: 1,33 PSY: 0,90 It. ad.: 1,00 GSI: 1,19 PST: 58 PSDI: 1,84
54	61 anos 19-07-1941	Solteiro (viva c/ 1 irmão)	N.ª Braga (Braga) R.ª Braga (Braga)	Jornaleiro (agricultura)		Homicídio na forma tentada		Irmão	Nos «Conclusos» do TEP do Porto, de 3-7-87, cumpre medida de segurança desde 28-7-83. Nos «Conclusos» do mesmo TEP, de 18-2-92, foi decidido entrar a lib. tit. ens. por um período de 2 anos, tendo saído a 26-2-92. Porém, a 6-7-92, foi ordenado o seu internamento por beber em excesso, não ter ocupação, o que poderia levar ao cometimento de novos crimes contra as pessoas», de acordo c/ «Conclusos» do mesmo TEP, tendo sido apresentado ao EP de Braga pela GNR, a 15-7-92. Foi trazido p/ a CPSM do EPSCB a 15-7-92.	«Psicose esquizofrénica, paranoide, a qual se encontra compensada em defeito», em «Conclusos» do TEP do Porto, 17-1-02. «Esquizofrenia (...) com marcada deterioração», em «Conclusos» do TEP do Porto, de 9-11-89.	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: ?	Início: 15-07-1992 (embora ao abrigo de um crime cuja medida de segurança do TEP do Porto, de 17-1-02: «limite máximo da pena abstractamente prevista para o caso: 10 anos e 8 meses, concretamente ultra-pensados», mas «decido» a prorrogação do internamento «por mais dois anos».	15-07-1992 (EP de Braga)	Irmão, 1 vez por mês (recebe-o em casa)	SOM: 0,00 O-C: 0,00 I-S: 0,00 DEP: 0,00 ANX: 0,00 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,00 PST: 0,00 PSDI: 0,00

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º									
IDENTIFICAÇÃO		HABI-LITA-ÇÕES LITE-RÁRIAS	PROFIS-SAOS	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último internam.º na CPSM	Dados fornecidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R						
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./DiS	4.ª classe	Desempregado (está ac-tualmente no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia)	Atentado ao pudor Roubo (Antecedentes: desde 1988 teve 11 condenações, «relati-vas, na sua maioria, à au-toria de crimes contra o patri-mónio», em «Conclusões» TEP do Porto, 24-10-2001)	Isqueiro	Passa-gelira de um com-bolo	No «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, a 8-7 (não diz de que ano), c. 5:30h, dentro de um com-bolo que partiu do Porto em direcção a Coimbra, «após ter entrado numa das carruagens onde se seguia sentada e a dor-mir» uma passageira (vítima). Aproximou-se dela com «os órgãos genitais fora das calças», segurou-a «pelos ombros e braços, puxou-lhe a T. shirt [sic], que trazia vestida, até à altura dos ombros e agarrou-a contra si». Esta reagiu, «afas-tando-o, ao mesmo tempo que gritava em pedido de socor-ro». Antes de alguém chegar, o arguido deu-lhe 1 «bofetada na face» e «mundo de um isqueiro «egrediu-a na cabeça, causando-lhe ferimentos dos quais não careceu de tratamen-to hospitalar e, colocando-a assim na impossibilidade de lhe resistir, agarrou no sacro de mão que a mesma trazia consi-go e levando-o pôs-se em fuga». O sacro continha 1600\$00, 1 frasco de verniz p/ unhas e 1 batom. «O arguido veio a ser delicto ainda dentro do referido comboio pelo revisor do mes-mo, que foi no seu encalço», sendo os objectos recuperados: «Nas «Visitas» da Delegação da Procuradoria da República – Crc. Jud. de S.º Tiso, de 7-6-93 refere que o arguido casou aos 19 A «1 ano antes de cumprir o Serviço Militar». Come-çou desde cedo a «representar alterações graves ao nível da sua personalidade e comportamentos exaltados e agressivos, instabilidade emocional e inquietação, tomando atitudes vio-lentas no seio da sua família», sendo que «por vezes depois de acessos de ira (...) destruiu a portante peças de do mobili-lário» em casa, tb., «deleparava o património do casal, ven-dendo artigos de mobiliário, gastando "em dois dias" o seu vencimento mensal e contraindo sucessivas dívidas quer em cafés que frequentava quer em carros de aluguer e táxis em que se fazia transportar sem pagar», manifestava ainda «per-sistentes ideias de delírio,recriminando a sua esposa e esparr-cando-a grave e frequentemente». Teve vários internamen-tos no Hosp. Conde Ferreira (HCF), sendo o 1.º entre 24-11-82 e 7-12-82, o 2.º de 8-4-90 a 7-5-90, sendo que «nesta ocasião (...) existiam já referências – não confirmadas (...) – à prática (...) de uma tentativa de violação de uma criança de 7 anos». A 23-4-91, cometeu 1 crime de introdução em casa alheia e outro de atentado ao pudor «na pessoa de uma me-lhor de 9 anos». Foi de novo internado no HCF, de 7-3-92 a 10-4-92. A 27-1-93, foi apresentada «queixa-crime» na GNR de Vizela, por prática de «crime de violação através de amea-ças e violência física» a 1 menor de 9A. Foi internado no HCF de 4 a 11-2-93 e, logo no dia 15, na sua casa, c. 22:30h «e na sequência de uma discussão, o arguido ofendeu voluntária e corporalmente, a mulher e portante, à sua esposa» que não lhe causaram «lesões médico-legamente relevantes». Acusa-va-a de «estar cheia de amantes». A 19-2-93 entrou no ga-linhreiro de um sr., morador na mesma localidade do arguido, «lançou mão e fez sua três galinhas» sendo desconfectido o que terá feito delas.A 22-2-93 voltou a esse ao mesmo local e apanhou mais 1 galinha «que então acabou por matar ao mesmo tempo que a violentava em práticas des bestialismo, desnudando-se da cintura para baixo e introduzindo-lhe o pé-nis no ânus», tendo sido surpreendido pelo dono do galinhrei-ro e outro sr., que o entregaram à GNR de S.º Tiso e este, posteriormente o levaram p/ o HCF a mando do Min. Púb., de	Ata-que mental, conduta de características socia-lísticas, hábitos alcoóli-cos e indicadores de epi-lepsia (desde os 8A – tipo Grande Mal Difuso, c/ crises convulsivas diurnas e noc-urnas); patologia lesiva do cérebro do tipo me-ningo-encefalite (em Re-latório Exame Médico-Legal Psq., Hosp. Magalhães Le-mos, 5-6-96), mas a respei-to desta última o «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, refere que foi aos c. 3h,	Inim-putá-vel perlo-goso	Mín.: 3 A Máx.: 8 A	Inim-putá-vel perlo-goso	Ata-que mental, conduta de características socia-lísticas, hábitos alcoóli-cos e indicadores de epi-lepsia (desde os 8A – tipo Grande Mal Difuso, c/ crises convulsivas diurnas e noc-urnas); patologia lesiva do cérebro do tipo me-ningo-encefalite (em Re-latório Exame Médico-Legal Psq., Hosp. Magalhães Le-mos, 5-6-96), mas a respei-to desta última o «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, refere que foi aos c. 3h,	Inim-putá-vel perlo-goso	Mín.: 3 A Máx.: 9A e 4M (em «Acórdão» do Crc. Jud. de 15-10-2009 Paredes, de 31-5-00 e em «Visitas» do Trib. Jud. de Lousada, 20-3-02)	Início: 30-04-1993 (velo do Hosp. Conde Ferreira) Foi sugerida a lib. tt. ens. pe-lo clínico da CPSM, 4-11-94. A 19-7-02, o clínico sugere colocação em liberdade p/ prova «desde que haja pes-soa ou insti-tuição que aco-mpanhe o doente e assegure a continuidade do tratamento psiquiátrico (consultas e medicação)».	08-01-97 (velo do EP do Porto)	Pal e irmão esporádicas (a mãe faleceu)	SOM: O-C: I-S: DEP: ANX: HOS: PHOB: PAR: PST: PSDI:
5533 anos 27-02-1970	Solteiro (viva c/ os pais, «senhora Gaia se afogou», «Acórdão» de casa de casa «por» lã-gos de «fócos», «Acórdão» da 3.ª vara Crim do Crc Porto, de 17-10-96)	N.º: V. N. (Porto) R.º: V. N. (Porto)	N.º: V. N. (Porto) R.º: V. N. (Porto)	4.ª classe	Desempregado (está ac-tualmente no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia)	Atentado ao pudor Roubo (Antecedentes: desde 1988 teve 11 condenações, «relati-vas, na sua maioria, à au-toria de crimes contra o patri-mónio», em «Conclusões» TEP do Porto, 24-10-2001)	Isqueiro	Passa-gelira de um com-bolo	No «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, a 8-7 (não diz de que ano), c. 5:30h, dentro de um com-bolo que partiu do Porto em direcção a Coimbra, «após ter entrado numa das carruagens onde se seguia sentada e a dor-mir» uma passageira (vítima). Aproximou-se dela com «os órgãos genitais fora das calças», segurou-a «pelos ombros e braços, puxou-lhe a T. shirt [sic], que trazia vestida, até à altura dos ombros e agarrou-a contra si». Esta reagiu, «afas-tando-o, ao mesmo tempo que gritava em pedido de socor-ro». Antes de alguém chegar, o arguido deu-lhe 1 «bofetada na face» e «mundo de um isqueiro «egrediu-a na cabeça, causando-lhe ferimentos dos quais não careceu de tratamen-to hospitalar e, colocando-a assim na impossibilidade de lhe resistir, agarrou no sacro de mão que a mesma trazia consi-go e levando-o pôs-se em fuga». O sacro continha 1600\$00, 1 frasco de verniz p/ unhas e 1 batom. «O arguido veio a ser delicto ainda dentro do referido comboio pelo revisor do mes-mo, que foi no seu encalço», sendo os objectos recuperados: «Nas «Visitas» da Delegação da Procuradoria da República – Crc. Jud. de S.º Tiso, de 7-6-93 refere que o arguido casou aos 19 A «1 ano antes de cumprir o Serviço Militar». Come-çou desde cedo a «representar alterações graves ao nível da sua personalidade e comportamentos exaltados e agressivos, instabilidade emocional e inquietação, tomando atitudes vio-lentas no seio da sua família», sendo que «por vezes depois de acessos de ira (...) destruiu a portante peças de do mobili-lário» em casa, tb., «deleparava o património do casal, ven-dendo artigos de mobiliário, gastando "em dois dias" o seu vencimento mensal e contraindo sucessivas dívidas quer em cafés que frequentava quer em carros de aluguer e táxis em que se fazia transportar sem pagar», manifestava ainda «per-sistentes ideias de delírio,recriminando a sua esposa e esparr-cando-a grave e frequentemente». Teve vários internamen-tos no Hosp. Conde Ferreira (HCF), sendo o 1.º entre 24-11-82 e 7-12-82, o 2.º de 8-4-90 a 7-5-90, sendo que «nesta ocasião (...) existiam já referências – não confirmadas (...) – à prática (...) de uma tentativa de violação de uma criança de 7 anos». A 23-4-91, cometeu 1 crime de introdução em casa alheia e outro de atentado ao pudor «na pessoa de uma me-lhor de 9 anos». Foi de novo internado no HCF, de 7-3-92 a 10-4-92. A 27-1-93, foi apresentada «queixa-crime» na GNR de Vizela, por prática de «crime de violação através de amea-ças e violência física» a 1 menor de 9A. Foi internado no HCF de 4 a 11-2-93 e, logo no dia 15, na sua casa, c. 22:30h «e na sequência de uma discussão, o arguido ofendeu voluntária e corporalmente, a mulher e portante, à sua esposa» que não lhe causaram «lesões médico-legamente relevantes». Acusa-va-a de «estar cheia de amantes». A 19-2-93 entrou no ga-linhreiro de um sr., morador na mesma localidade do arguido, «lançou mão e fez sua três galinhas» sendo desconfectido o que terá feito delas.A 22-2-93 voltou a esse ao mesmo local e apanhou mais 1 galinha «que então acabou por matar ao mesmo tempo que a violentava em práticas des bestialismo, desnudando-se da cintura para baixo e introduzindo-lhe o pé-nis no ânus», tendo sido surpreendido pelo dono do galinhrei-ro e outro sr., que o entregaram à GNR de S.º Tiso e este, posteriormente o levaram p/ o HCF a mando do Min. Púb., de	Ata-que mental, conduta de características socia-lísticas, hábitos alcoóli-cos e indicadores de epi-lepsia (desde os 8A – tipo Grande Mal Difuso, c/ crises convulsivas diurnas e noc-urnas); patologia lesiva do cérebro do tipo me-ningo-encefalite (em Re-latório Exame Médico-Legal Psq., Hosp. Magalhães Le-mos, 5-6-96), mas a respei-to desta última o «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, refere que foi aos c. 3h,	Inim-putá-vel perlo-goso	Mín.: 3 A Máx.: 8 A	Inim-putá-vel perlo-goso	Ata-que mental, conduta de características socia-lísticas, hábitos alcoóli-cos e indicadores de epi-lepsia (desde os 8A – tipo Grande Mal Difuso, c/ crises convulsivas diurnas e noc-urnas); patologia lesiva do cérebro do tipo me-ningo-encefalite (em Re-latório Exame Médico-Legal Psq., Hosp. Magalhães Le-mos, 5-6-96), mas a respei-to desta última o «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, refere que foi aos c. 3h,	Inim-putá-vel perlo-goso	Mín.: 3 A Máx.: 9A e 4M (em «Acórdão» do Crc. Jud. de 15-10-2009 Paredes, de 31-5-00 e em «Visitas» do Trib. Jud. de Lousada, 20-3-02)	Início: 30-04-1993 (velo do Hosp. Conde Ferreira) Foi sugerida a lib. tt. ens. pe-lo clínico da CPSM, 4-11-94. A 19-7-02, o clínico sugere colocação em liberdade p/ prova «desde que haja pes-soa ou insti-tuição que aco-mpanhe o doente e assegure a continuidade do tratamento psiquiátrico (consultas e medicação)».	08-01-97 (velo do EP do Porto)	Pal e irmão esporádicas (a mãe faleceu)	SOM: O-C: I-S: DEP: ANX: HOS: PHOB: PAR: PST: PSDI:
5651 anos 15-06-1951	Casa-do (c/ 1 filho, que em Jun./93 tinha c/ 16 A)	N.º: Gul-marães (Braga) R.º: S.º Tiso (Porto)	N.º: Gul-marães (Braga) R.º: S.º Tiso (Porto)	4.ª classe	Operá-rio tísti	1 Violação na forma tentada (Ofensas corporais simples Maus tratos a cônjuge Ameaças Introdução em lugar vedado ao público Furto qualificado Dano Burla p/ acesso a meios de transportes Falsas declarações sobre os antecedentes criminais)		Meni-na de 9 A	Nas «Visitas» da Delegação da Procuradoria da República – Crc. Jud. de S.º Tiso, de 7-6-93 refere que o arguido casou aos 19 A «1 ano antes de cumprir o Serviço Militar». Come-çou desde cedo a «representar alterações graves ao nível da sua personalidade e comportamentos exaltados e agressivos, instabilidade emocional e inquietação, tomando atitudes vio-lentas no seio da sua família», sendo que «por vezes depois de acessos de ira (...) destruiu a portante peças de do mobili-lário» em casa, tb., «deleparava o património do casal, ven-dendo artigos de mobiliário, gastando "em dois dias" o seu vencimento mensal e contraindo sucessivas dívidas quer em cafés que frequentava quer em carros de aluguer e táxis em que se fazia transportar sem pagar», manifestava ainda «per-sistentes ideias de delírio,recriminando a sua esposa e esparr-cando-a grave e frequentemente». Teve vários internamen-tos no Hosp. Conde Ferreira (HCF), sendo o 1.º entre 24-11-82 e 7-12-82, o 2.º de 8-4-90 a 7-5-90, sendo que «nesta ocasião (...) existiam já referências – não confirmadas (...) – à prática (...) de uma tentativa de violação de uma criança de 7 anos». A 23-4-91, cometeu 1 crime de introdução em casa alheia e outro de atentado ao pudor «na pessoa de uma me-lhor de 9 anos». Foi de novo internado no HCF, de 7-3-92 a 10-4-92. A 27-1-93, foi apresentada «queixa-crime» na GNR de Vizela, por prática de «crime de violação através de amea-ças e violência física» a 1 menor de 9A. Foi internado no HCF de 4 a 11-2-93 e, logo no dia 15, na sua casa, c. 22:30h «e na sequência de uma discussão, o arguido ofendeu voluntária e corporalmente, a mulher e portante, à sua esposa» que não lhe causaram «lesões médico-legamente relevantes». Acusa-va-a de «estar cheia de amantes». A 19-2-93 entrou no ga-linhreiro de um sr., morador na mesma localidade do arguido, «lançou mão e fez sua três galinhas» sendo desconfectido o que terá feito delas.A 22-2-93 voltou a esse ao mesmo local e apanhou mais 1 galinha «que então acabou por matar ao mesmo tempo que a violentava em práticas des bestialismo, desnudando-se da cintura para baixo e introduzindo-lhe o pé-nis no ânus», tendo sido surpreendido pelo dono do galinhrei-ro e outro sr., que o entregaram à GNR de S.º Tiso e este, posteriormente o levaram p/ o HCF a mando do Min. Púb., de	Ata-que mental, conduta de características socia-lísticas, hábitos alcoóli-cos e indicadores de epi-lepsia (desde os 8A – tipo Grande Mal Difuso, c/ crises convulsivas diurnas e noc-urnas); patologia lesiva do cérebro do tipo me-ningo-encefalite (em Re-latório Exame Médico-Legal Psq., Hosp. Magalhães Le-mos, 5-6-96), mas a respei-to desta última o «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, refere que foi aos c. 3h,	Inim-putá-vel perlo-goso	Mín.: 3 A Máx.: 9A e 4M (em «Acórdão» do Crc. Jud. de 15-10-2009 Paredes, de 31-5-00 e em «Visitas» do Trib. Jud. de Lousada, 20-3-02)	Inim-putá-vel perlo-goso	Ata-que mental, conduta de características socia-lísticas, hábitos alcoóli-cos e indicadores de epi-lepsia (desde os 8A – tipo Grande Mal Difuso, c/ crises convulsivas diurnas e noc-urnas); patologia lesiva do cérebro do tipo me-ningo-encefalite (em Re-latório Exame Médico-Legal Psq., Hosp. Magalhães Le-mos, 5-6-96), mas a respei-to desta última o «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Crc. do Porto, de 17-10-96, refere que foi aos c. 3h,	Inim-putá-vel perlo-goso	Mín.: 3 A Máx.: 9A e 4M (em «Acórdão» do Crc. Jud. de 15-10-2009 Paredes, de 31-5-00 e em «Visitas» do Trib. Jud. de Lousada, 20-3-02)	Início: 30-04-1993 (velo do Hosp. Conde Ferreira) Foi sugerida a lib. tt. ens. pe-lo clínico da CPSM, 4-11-94. A 19-7-02, o clínico sugere colocação em liberdade p/ prova «desde que haja pes-soa ou insti-tuição que aco-mpanhe o doente e assegure a continuidade do tratamento psiquiátrico (consultas e medicação)».	30-04-1993 (velo do Hosp. Conde Ferreira) Foi sugerida a lib. tt. ens. pe-lo clínico da CPSM, 4-11-94. A 19-7-02, o clínico sugere colocação em liberdade p/ prova «desde que haja pes-soa ou insti-tuição que aco-mpanhe o doente e assegure a continuidade do tratamento psiquiátrico (consultas e medicação)».	Irmao e cunhada, Outros irmãos e cunhados, esporádicas	SOM: 2,08 O-C: 2,40 I-S: 1,89 DEP: 1,62 ANX: 1,30 HOS: 0,67 PHOB: 0,29 PAR: 2,17 PST: 1,60 It. ad.: 2,43 GSI: 1,69 PST: 50 PSDI: 3,04

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABITUAÇÃO LITIGACÕES LIT. LITE. PARAS	PROFIS -SAO	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL			VISITAS			RESUL. AV.º				
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Condições			Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabilidade		Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados fornecidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB
56									onde fugiu a 2-3-93. Dirigiu-se a casa, «obrigou a esposa a entregar-lhe uma mala com roupa sua e 26 000\$00», saiu, deu «destino desconhecido à roupa e à quantia», «acabando por regressar espontaneamente» ao HCF, «num dos dois dias seguintes, depois de a sua esposa comunicar a sua fuga». A esposa desiluiu-se ao HCF e «o arguido afirmou à mesma que "teria os dias contados" quando ele novamente lá se fosse». A 6-3-93, fugiu do HCF, e c. 19:30h chama 1 táxi e pede-lhe que o leve a Vizela, «onde depois de em vão tentar fugir» ao taxista, convenceu-o a levar à sua casa pois a mulher pagaria a conta. Mas aí chegados, fugiu sem pagar a quantia de 3200\$00. De seguida foi p/ 1 clube nocturno. Regressou ao HCF a 8-3-93, c. 1:30h, «num táxi cuja despesa igualmente não pagou», onde ficou internado até 30-4-93, «data em que dali foi conduzido» à CPSM do EPSCB. Crime objecto desta medida. Nos «Conclusos» do Trib. Jud. de Lousada, de 14-1-97, condena pelo crime atrás referido, cometido a 26-1-93. C. 16h, o arguido «montado num velocípede com motor» que era seu, mas que estava apreendido, junto a 1 cruzamento em Lousada, abelrou-se da menor de 9A, «perguntou-lhe onde ficava a Igreja (...)» quando esta «se preparava para lhe indicar o caminho, agarrou-a bruscamente», colocou-a na motorizada e dirigiu-se p/1 monte perto da escola dessa localidade. Agarrou «com força» a vítima pelo pescoço «impedindo-a de fugir, ordenava-lhe que tirasse as calças e as cuecas que trazia vestidas, o que ela fez, atento [sic] ao medo que ela tinha de ser molestada fisicamente e até com recelo pela sua própria vida». Ele «desapertou as suas calças e fê-las baixar juntamente com as suas cuecas até colocar à mostra os seus órgãos genitais». Como a vítima resistia ele «continuava a apertar cada vez com mais força até a conseguir dominar por completo, passando então a beijá-la na boca e, alceilhando-se, aproximou o seu pénis, na posição erecta, da vagina da (...) [vítima], esfregando-o e tentando introduzi-lo na mesma.» Sentiu «o pénis a forçar a entrada na sua vagina» e «muitas dores que a levaram a gritar com quantas forças tinha, ao mesmo tempo que dizia ser filha de polícia e que o seu pai mataria o arguido se este lhe fizesse algum mal.» Confrontado c/ esta reacção e «receando que os gritos (...) fossem ouvidos», vestiu-se, mandou-a tb. se vestir, fê-la montar na motorizada, vindo a deixá-la no dito cruzamento onde foi inicialmente agarrada. A vítima teve «nove dias de doença com impossibilidade para o trabalho».	Esquizofrenia paranoide (em «Conclusos» do Trib. Crim. da Com. do Porto, de 8-7-91, remetendo p/ o resultado do relatório médico-legal)	Inimputável	Min.: 3 A Máx.: 10A 8M (em «Conclusos» Trib. Crim. Com. Porto, 25-10-91, só define o mínimo; o máximo foi definido 25-10-91)	Início: 12-12-90 (quando foi detido), mas o início da medida de segurança é desde que a reclusão foi definida 25-10-91 (em «Conclusos» do Trib. Porto, 18-10-00, mas «sem prejuízo da eventual promoção»)	22-03-1991 (em inf.º clínica da CPSM, 14-11-00: «beneficiária com a concessão de lib. tit. ens. medida de segurança é desde que a reclusão foi definida 25-10-91») (ou outra assessoria a continuidade dos psiquiátricos (consultas e medicação))	25-05-2002	SOM; O-C; I-S; DEP; ANX; HOS; PHOB; PAR; PSY; It. ad.; GSI; PST; PSDI;
57	33 anos 06-02-1970	Solteiro (vivia só em 1 quarto alugado)	N.: Paredes (Porto) R.: Paredes (Porto)	Estudante 10.º ano	Homicídio qualificado na forma tentada	Faca	Irmão	Nos «Conclusos» do Trib. Crim. da Com. do Porto, de 25-10-91, a 10-12-90, «a hora inapurada» o arguido foi à casa do seu irmão «munido com a respectiva chave» e como este não se encontrava, entrou e ficou à sua espera c/ 1 faca, no quarto de dormir, c/ a luz apagada. C. 4h o irmão entrou no quarto e o arguido desferiu «com toda a sua força» c. de 13 golpes, «atingindo o irmão na cabeça, pescoço e membros superiores», provocando-lhe «múltiplas feridas» que lhe provocaram 11 cicatrizes: 7 na cabeça, de 3 a 8 cm; 2 no pescoço, 1 no braço esquerdo, outra no direito, variando entre 2 e 8,5cm. Estes ferimentos provocaram-lhe «10 dias de doença» e incapacidade para o trabalho.								

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

IDENTIFICAÇÃO				HABI- LITA- ÇÕES LITE- RÁRIAS	PROFIS -SAO	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL				VISITAS				RESUL. AV.º			
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dís.			Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tá- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados forne- cidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R	
58	31 anos 23-11-1971	Solteiro (alco- nha: Rauca). Mãe fa- lecida há 11A, 2irmãos de 30 e 33 A, avô pa- terno vivo, pai vivo, em Exame Médico- Foren- se do Hosp. Conde Ferreira, 20- 10-99	N.: Porto (Porto) R.: Porto (Porto)	2.º ano (1.º ci- lo aos 14 A)	Refor- mado por in- validez	Furto qualificado Tem processos pendentes (Não tem antecedentes)			No «Acórdão» da 4.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 28-11-02, a 3-6-99, no Porto, perto da Estação de S. Bento, 1 sr. «exibiu um computador portátil (...) uma pasta de transporte do mesmo (...) e uma impressora» ao arguido, «dizendo-lhe que necessitava do seu auxílio para encontrar um comprador para os mesmos. O arguido pensou num «eventual interessado» e disse à vítima que o acompanhasse a 1 clube de vídeo, em Rio Tinto. Nesse local a vítima entregou aqueles bens a outro sr., «recebendo por eles, a quantia/preço total de 60 000\$00», e deu ao arguido 5000\$00 como gratificação. Posteriormente, «os bens haviam sido furtados de um escritório de advogados», no Porto, e «tinham o valor total de 658 623\$00», sendo que «Os bens foram recuperados por razões alheias ao arguido.» Máximo de 8 A. medida de Internamento. No «Acórdão» da 4.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 14-3-00, a 11-7-99, c. 3h, juntamente c/ 1 companheiro «estroncaram a fechadura da porta» de 1 mercearia, no Porto, que estava fechada à chave, fizeram o mesmo à caixa registadora, tb, fechada à chave, e levaram consigo além de dinheiro (9 365\$00), outros objectos, como: lâminas, 1 desodorizante, várias chaves... Máximo de 8 A. medida de Internamento. No «Acórdão» da 3.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 18-11-02, a 29-10-97, c. 11h, no Porto, entrou num carro de 1 sr. dono de 1 estabelecimento havia acabado de estacionar à porta do mesmo, «deixando-o aberto e com a respectiva chave na ignição», e «levou-o dali consigo». Tinha o objectivo de ir «comprar heroína e cocaína, para seu consumo». P/ tal deslocou-se p/ Famalição, Guimarães e Vizela. Manteve «o referido veículo na sua posse até ao dia 02/09/97 [sic] altura em que teve um acidente de viação (...) [Vizela], ocasião em que o arguido chamou a GNR, entidade que além de tomar conta da ocorrência, recuperou tal veículo, que foi mais tarde entregue ao respectivo proprietário. 120 dias de prisão.	Debilidade mental (QI 55-65), alcoolismo crónico e esteve internado por 2 vezes no Hosp. Conde Ferreira (HCF), 4 a 11-6-92 e 24-12-93 a 13-1-94, os 2 por síndrome de dependência alcoólica, personalidade psicopática e debilidade mental (em Exame Médico-Forense HCF, 20-10-99) Consumo excessivo de álcool a partir dos 16 A, altura em que a mãe e o avô paterno morreram (em «Acórdão» 4.ª Vara Crim. Círc. Porto, de 28-11-02.) Consumo estupefacientes desde os 16 A, havendo a partir daí, degradação na relação c/ o pai; fugiu várias vezes de casa, e trabalhava de forma irregular; «após deserção do SMO», imereados de 99 «não mais voltou a casa, nem contactou a família, não tendo moradia fixa e mantendo um estilo de vida errático» («Acórdão» 3.ª Vara Crim. Círc. Porto, 18-11-02, remetendo p/ o relatório social)	Inimputável	Mín.: ? Máx.: 8 A (em «Acórdão» da 4.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 14-3-00 e de 28-11-02, 2 crimes de furto qualificado)	Início: 03-05-2002 à ordem deste processo este-ve detido pre-ventivamente de 11-7-99 a 14-3-00 (Entregue pela PSP do Porto)	Pal e 1 irmão, asiduas, e outros irmãos, esporádicas	SOM: 1,92 O-C: 0,50 I-S: 0,89 DEP: 2,46 ANX: 2,00 HOS: 1,33 PHOB: 1,14 PAR: 2,67 PSY: 2,40 It. ad.: 2,29 GSI: 1,78 PST: 45 PSDI: 3,56		
59	38 anos 24-02-1965	Divor- ciado	N.: Porto (Porto) R.: V. N. Gaia (Porto)		Pinbr desem- pregado	Homicídio qualificado na forma tentada (Antecedentes: homicídio qua- lificado a 1-2- 94, c/ marelo, a irmão, 30-5- 95, mín. 3A, máx. 6A, mas foi colocado em liberdade p/ prova em 9-12- 96 por 2 anos, tendo ido viver c/ mãe e irmão mais velho; dor- mla na sala)	Barra de ferro, própria de amortece- dor de camião	Irmão	No «Acórdão» do Trib. Jud. de V. N. Gaia – 1.ª Vara Mista, de 26-6-02, a 27-8-2001, c. 7:30h o arguido despertou «acordado com o barulho da televisão, que havia sido ligada, o que o ir-ritou». Então, «munui-se de uma barra de ferro, própria de amortecedor de camião, com cerca de 51 cm de comprimento e 5,9 de largura, e com ela desferiu uma forte pancada na cabeça» do irmão, «enquanto este dormia». Este sorriu «fractura do temporal esquerdo, sem lesões intra-cranianas, que demandaram para curar 90 dias de doença, com igual período de incapacidade para o trabalho». C. 9h desse dia o arguido entregou-se na GNR dos Carvalhos.	Psicose esquizofrénica de tipo paranoide, em «Acórdão» do Trib. Jud. de V. N. Gaia – 1.ª Vara Mista, de 26-6-02, neste refere ainda que desde criança tem «perturbações da personalidade de que se destacam traços esquizo-paranoídes e depressivos, associados ao consumo de haxixe e álcool».	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 10A 8M (em «Acórdão» do Supremo Trib. de Jus., de 20-11-02)	Início: 27-08-2001 (velo do EP ins-talado na PJ do Porto)	Mãe (regulares)	SOM: 0,00 O-C: 1,30 I-S: 0,78 DEP: 1,54 ANX: 0,00 HOS: 0,17 PHOB: 0,00 PAR: 1,17 PSY: 0,20 It. ad.: 0,86 GSI: 0,62 PST: 25 PSDI: 2,24		

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º						
IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- COES LITE- RARIAS	PROFIS- SÃO	Crime actual			Arma utilizada	Rel. c/ vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Interna.º na CPSM	Dados do SCL 90-R	
N.º	Idade*/Data nasci.ª	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.														
61	Condi									«dizendo que a matava», mas só não o fez porque os donos de 1 fábrica «acorreram a apartá-lo da sua vítima. «Diversas vezes e quando por imperiosa necessidade» se deslocava de carro c/ o filho, «este, com o intuito de a perturbar e bem sabendo que assim podia causar um acidente, repentinamente puxava o tra- vão de mão, tapava-lhe os olhos ou agarrava no volante, alte- rando precipitadamente a direcção, pondo assim em perigo a vida e a integridade física de ambos e de terceiros». Tb. era «al- vo dos impulsos sexuais» aos quais dificilmente vinha resistindo (ele pesava 100kg e tinha 1,85m de altura). «Assim, diversas e frequentes vezes, aproveitando-se da fragilidade da mãe e do facto de estarem sós em casa, «acortia a deltar-se» na cama da mãe «e assim que esta reagia à sua proxi-midade, impelindo-o a sair dali, este reagia batendo-lhe e agarrando-a». Tb. «pelo menos três vezes» agarrava a mãe, puxou-a para si e dizia-lhe que queria ter relações sexuais c/ ela, «ao mesmo tempo que a utilizava para nela se roçar/exacerbava os seus instintos sexuais até ele próprio atingir o or-gasmo, ejaculando». Não «logrou copular» por ela o ter impedido. A 1-1-97 «pretendia ter rela- ções sexuais» com a mãe e porque esta se opôs «fechou-a à chave na varanda das traseiras da casa», das 7 às 15:15h, «afir- mando que só a libertaria se acesse aos seus intentos». A 3-4-97, em casa, «empunhou, direccionadas contra o pescoço (...), 3 facas de cozinha, uma própria para cortar carne e pon- tiaguda, com lâmina de 15cm, outra própria para cortar pão, com lâmina semelhante do mesmo comprimento e uma outra própria para cortar legumes com lâmina de 8 cm, ao mesmo tempo que afirmava que a matava porque andava com aman- tes e fazia menção de as esperar na garganta» da mãe, não conseguindo «devido à intervenção dos vizinhos que ali acor- rem aos gritos de socorro da vítima». Apenas fez «um arranhão nas costas da mão direita» pois como defesa a mãe havia «co- locado as mãos entre o pescoço e a face» (36). Porém, anteri- ormente amegara a mãe c/ 1 faca dizendo que a matava, o que foi presenciado por 1 s.ª. Em Ab/97, «em dia não apurado», fechou a mãe em casa, à chave, durante todo o dia p/a a impe- dir de ir a 1 encontro c/ a referida s.ª. A 7-4-97, c. 16:30h, num edifício, na Trofa, «onde tinha sido levado pela mãe, por motivos relacionados com o trabalho desta, aproveitando-se (...) de se encontrarem sós (...), apoderou-se da chave» e fechou a porta do escritório por dentro, «recusando-se a abri-la para a deixar sair» durante 45 minutos, altura em que a mãe recebeu 1 liga- ção casual da Magistrada do Min Púb. p/ o seu telemóvel e a pôs ao corrente e pediu «a intervenção das autoridades compe- tentes». Ficou doente por 15 dias, devido às «sucessivas agres- sões, a murtos, a pontapés e à facada».	«Psicose paranoide de caráter crônico, com marcado componente depressivo» (em «Conclusões» do Trib. Jud. da Com. de Felgueiras, de 18-10-94)	Inim-putá-vel pelo perigo	Mín.: 3 A Máx.: 15 A	Início: 04-12-1993 (velo do EP Reg. Coimbra) A 20-6-01 o doente escon- deu-se ao TEP 11-10-00 o doente pediu transferência p/ o Hosp. Psiquiátrico do Lornão, tendo o seu médi- co conhecimento de que co dado 1 pa-	Filha, nora, 1 neta e 2 primos, duas vezes recentemente	SOM: 1,58 O-C: 2,00 I-S: 1,67 DEP: 1,92 ANX: 1,40 HOS: 1,00 PHOB: 0,29 PAR: 2,17 PSY: 1,00 It. ad.: 1,00 GSI: 1,46 PST: 67 PSDI: 1,96	Dados do SCL 90-R
62	51 anos 20-06-1951	Vívuo (vivia c/ a mu- lher - vítima e 2 fil- hos)	N.: Fundão (Castelo Branco) - R.: Felgueiras e 2 fil- hos (Porto)	4.ª classe	Pedreiro	1 Homicídio qualificado e 1 Detenção e uso de arma proibida (Não tem antecedentes)	Pistola	Espo- sa		Nos «Conclusões» do Trib. Jud. da Com. de Felgueiras, de 18-10-94, diz que o arguido discutia muito c/ a mulher «a quem amecava de morte» e geralmente a agredia. Situação vinha a agravar-se «sobretudo por problemas de natureza sexual existente entre o casal e que originavam ciúmes no arguido». A 4-12-93, c. 17h, pôs-se «junto à porta da garagem da tra- seira» da sua casa, c/ 1 pistola de calibre 6,35mm, não regis- trada e sem licença, casacaída c/ 14 munições. Al aquardou que a mulher (37A) chegasse do trabalho. Chegou c/ 1 filha (12A) e quando estavam p/ entrar em casa, o arguido a c. 10m, pela relaguarda, aponta a arma em direcção às costas							

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- COES LITE- RARIAS	PROFIS -SAO	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL				VISITAS		RESUL. AV.º							
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Diz.			Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tabil.		Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Intern.º na CPSM	Dados do SCL 90-R			
65	58 anos 19-07-1944	Solteiro	N.: Vale de Cam- bra (Aveiro) R.: Vale de Cam- bra (Aveiro)	Agricul- tor	1 Ofensa à integridade física qualificada 1 Roubo simples (Antecedentes: 2 ofensas à in- tegridade física qualificada)	Tesoura da poda		No «Acórdão» do Trib. de Circ. de Oliveira de Azeméis, de 7-5-97, a 12-7-96, c. 61 a vítima (1.ª) dirigia-se p/ 1.ª paragem de autocarros, defronte a 1.ª fábrica, p/ se deslocar p/ o trabalho. Ao chegar à paragem o arguido já se encontrava do outro lado da via «de pé e imobilizado». Mas, «de repente e sem que nada o tivesse prevenido» começou a correr «com os braços no ar, aos gritos, atravessando a estrada em direcção à ofendida». C/ 1.ª empurrão deu-lhe a mão esquerda, «a gritar, pedindo socorro», porém ele pôs-se «em cima dela, tapou-lhe a boca com a mão esquerda», c/ a direita retirou do bolso das calças 1 tesoura da poda, «destendendo, com a parte pontaguda da mesma e sem proferir qualquer palavra, pelo menos cinco golpes» que a atingiram «consoante estava de costas ou de frente para o arguido, na zona posterior do hemitórax esquerdo, na face anterior do hemitórax direito e sobre a região epigástrica». Sem que ela se apercebesse ele retirou da sua bolsa 1.ª porta moedas c/ c. 200\$00 e retirou-se dali. Mas, ao ver que lhe faltava o porta moedas «começou a correr atrás do arguido, ao mesmo tempo que gritava por socorro e que a tinham esfaqueado e roubado». Ele ao ouvi-la «voltou-se novamente (...) empunhando a referida tesoura da poda» e ela refugiou-se na fábrica, mas ele conseguiu «atirar-lhe a tesoura» e ela ficou caída no chão. O porta moedas c/ o conteúdo foi encontrado por populares «alguns metros adiante do local em que os factos ocorreram». No «Relatório» do Trib. Jud. da Com. de Vale de Cambra, de 13-10-97, refere que a 6-7-96, c. 91, o arguido ao passar por 1.ª, que não conhecia e «que se encontrava de pé junto ao seu velocípede com motor», de repente «sem dirigir a palavra» à vítima e «sem que nada o fizesse prever, pois nada ocorreu que o explicasse, deu-lhe um empurrão», vindo a vítima a cair «em direcção a uma ribanceira, na qual o ofendido evitou precipitar-se, apenas por se ter (...) agarrado a umas silvas». Mas, «o arguido destieru-lhe vários muros, atingindo-o em diversas partes do corpo, só terminando (...) quando a mãe do queboso aparecer, ante os gritos de socorro destes».	1 Offensa à integridade física 1 Roubo simples (Antecedentes: 2 ofensas à integridade física qualificada)	Tesoura da poda		No «Acórdão» do Trib. de Circ. de Oliveira de Azeméis, de 7-5-97, a 12-7-96, c. 61 a vítima (1.ª) dirigia-se p/ 1.ª paragem de autocarros, defronte a 1.ª fábrica, p/ se deslocar p/ o trabalho. Ao chegar à paragem o arguido já se encontrava do outro lado da via «de pé e imobilizado». Mas, «de repente e sem que nada o tivesse prevenido» começou a correr «com os braços no ar, aos gritos, atravessando a estrada em direcção à ofendida». C/ 1.ª empurrão deu-lhe a mão esquerda, «a gritar, pedindo socorro», porém ele pôs-se «em cima dela, tapou-lhe a boca com a mão esquerda», c/ a direita retirou do bolso das calças 1 tesoura da poda, «destendendo, com a parte pontaguda da mesma e sem proferir qualquer palavra, pelo menos cinco golpes» que a atingiram «consoante estava de costas ou de frente para o arguido, na zona posterior do hemitórax esquerdo, na face anterior do hemitórax direito e sobre a região epigástrica». Sem que ela se apercebesse ele retirou da sua bolsa 1.ª porta moedas c/ c. 200\$00 e retirou-se dali. Mas, ao ver que lhe faltava o porta moedas «começou a correr atrás do arguido, ao mesmo tempo que gritava por socorro e que a tinham esfaqueado e roubado». Ele ao ouvi-la «voltou-se novamente (...) empunhando a referida tesoura da poda» e ela refugiou-se na fábrica, mas ele conseguiu «atirar-lhe a tesoura» e ela ficou caída no chão. O porta moedas c/ o conteúdo foi encontrado por populares «alguns metros adiante do local em que os factos ocorreram». No «Relatório» do Trib. Jud. da Com. de Vale de Cambra, de 13-10-97, refere que a 6-7-96, c. 91, o arguido ao passar por 1.ª, que não conhecia e «que se encontrava de pé junto ao seu velocípede com motor», de repente «sem dirigir a palavra» à vítima e «sem que nada o fizesse prever, pois nada ocorreu que o explicasse, deu-lhe um empurrão», vindo a vítima a cair «em direcção a uma ribanceira, na qual o ofendido evitou precipitar-se, apenas por se ter (...) agarrado a umas silvas». Mas, «o arguido destieru-lhe vários muros, atingindo-o em diversas partes do corpo, só terminando (...) quando a mãe do queboso aparecer, ante os gritos de socorro destes».	«Débil mental com clara diminuição do controle de impulsos», «QI situado entre 45 e 55», em Relatório de Exame Médico-Legal, do Hosp. Magalhães Lemos, de 7-7-98.	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 8 A	Início: 12-07-1996	27-02-1997 (veio do EP do Porto) 2.º inf.º médico, de 23-12-98: «Com recitativa familiar (ou outra) capaz, poderia sair em liberdade, de sempre com a obrigatoriedade de se manter em tratamento regular da esquizofrenia». Esta indicação foi novamente dada a 9-7-00.	Pal. amigos, irmã, 1 tia, esporádicas	SOM: 2,42 O-C: 2,60 I-S: 2,44 DEP: 2,08 ANX: 1,70 HOS: 1,17 PHOB: 0,71 PAR: 3,33 PSY: 3,40 It. ad.: 1,00 GSI: 2,16 PSI: 62 PSDI: 3,13
66	37 anos 11-11-1965	Solteiro	N.: Lamego (Viseu) R.: Lamego (Viseu)	Reformado c/ 14A (agricultor)	Abuso sexual de crianças na forma continuada			Na acusação do Min. Públ. do Trib. Jud. da Com. de Lamego, de 6-4-00, a 7-5-96, c. 91 junto à escola primária, «exibiu o pénis, mostrando-o às crianças» c/ idades entre 3 e 11 anos. Trib. «por diversas vezes, e em diferentes ocasiões (...) dirigindo-se àquela escola ou do terreno em frente à sua casa que se situa em frente à escola, e desapercebido às calças que traz vestidas, exhibe perante os menores que frequentam a escola, o pénis erecto, chegando a masturbar-se à frente das mesmas». A partir de inícios de 98, «praticou os referidos actos com mais frequência mas desde há cerca de um ano tal frequência tem diminuído». A 15-12-00 foi-lhe aplicada a sentença pelos Serviços do Min. Públ. do Trib. Jud. da Com. de Lamego: «porque a moldura penal aplicável tem como limite máximo 3 anos de prisão, o internamento imposto não pode em caso algum exceder o dia 29-5-03».	«Débil mental com clara diminuição do controle de impulsos», «QI situado entre 45 e 55», em Relatório de Exame Médico-Legal, do Hosp. Magalhães Lemos, de 7-7-98.	Inimputável	Mín.: ? Máx.: 3 A	Início: 29-05-2000	30-05-2002 (entregue pela GNR de Viseu)	Cunhada e irmã, muito esporádicas	SOM: 2,33 O-C: 2,00 I-S: 1,56 DEP: 2,00 ANX: 2,00 HOS: 1,83 PHOB: 2,57 PAR: 1,00 PSY: 1,50 It. ad.: 1,57 GSI: 1,88 PSI: 70 PSDI: 2,41				

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABI- LITA- COES LITE- RARIAS	PROFIS- SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Intern.ª na CPSM	VISITAS Dados forne- cidos pelo Tec. de Ed.ª do EPSCB	RESUL. AV.º																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Diz.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
67	33 anos 04-07-1969	Solteir- o (tem 1 filha de 11 A)	N.: Lisboa (Lisboa) R.: Loures (Lisboa)	12.º ano	Marcen- eiro (em «Acór- dão» Trib. Cim Lisboa, 3- 12-93)	Furto qualificado na forma consumada Roubo Roubo qualificado (Antecedentes:	Faca		Nos «Conclusões» do TEP de Lisboa, de 11-2-00 (TEPL), refere que foi anteriormente condenado a 13A 1M 15D de prisão, iniciando a pena a 20-11-91 (por 3 furtos qualificados, 1 bur- la, 1 falsificação, 1 roubo, em Relatório do Trib. Jud. da Com. de Lisboa, de 18-2-99 – RTJCL). Salu em liberdade condicio- nal a 9-2-99, faltando-lhe cumprir 5A 10M 25D, porque 2.º alin- eal a RTJCL, «prestou declarações falsas ao Tribunal». 2.º alin- eal o TEPLA, a 18-2-99, por ter sido condenado por 1 proces- so decorrente de a 4-3-95 (por quando ainda recluso no EP de Pinheiro da Cruz, «transpôs o balcão do bar de reclusos», dirigindo-se a outro recluso «que tomava conta do bar empun- hando uma faca e ameaçando agredir-o caso não lhe fosse entregue tabaco», tendo este levado 4 volumes de tabaco. No dia seguinte, agiu da mesma forma e levou 4 maços. A 6-3- 95, fez tb. assim e levou 8 maços. Pagou os maços de tabaco enquanto ainda recluso e foi condenado a 2A 9M, por roubo). No TEPLA refere que nesta pena de crime de roubo no EP foi-lhe perdoado 1 A de prisão o que ficou em 1A 9M. Assim, o somatório ficou em 7A 7M 25D. Foi detido a 30-3-99. Relativamente aos factos por que inicialmente foi detido, no «Acórdão» do Trib. Jud. da Com. de Loures, de 15-2-00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS		RESUL. AV.º							
Circunstância										Dados fornecidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB		Dados do SCL 90-R							
Crime actual										Arma utilizada		Rel. c/ a vítima		Medida de segurança e/ou pena		Detenção		Último internam.º na CPSM	
PROFIS -SÃO										HABI- LITA- ÇÕES LITE- RÁRIAS		N.º		Idade*/Data nasci.º		Est. civil		Nat. (N) Res. (R) Con. (D)	
69	32 anos	01-09-1970	Solteiro (pai 60 Anos; mãe morreu em 79 c/ tu- mor ce- rebral)	N.º: Tarouca (Viseu) R.º: Tarouca (Viseu)	Não fre- quen- tou a escola primá- ria	Sem profis- são	Homicídio na forma tentada (Não tem antecedentes)	Sobri- nho de 5 A	No «Acórdão» do Trib. de Círc. de Lamego, de 14-11-96, a 24-8-93, c. 15º, encontrava-se em casa c/ o seu sobrinho «menor de 5 anos» (nascido a 13-10-88). Ao dirigir-se ao ar- quidlo, este vagarou-o pela chatura e levantando-o, passou-o pelo gradilamento da varanda para o 1.º andar e arremes- sou-o ao solo» acrescentando, sendo que esta «destava 6 metros do solo». A vítima sofreu «85 dias de doença com incapacidade para o trabalho» (sic).	Atraso mental profundo, JM inferior a 2 A, epilepsia tipo Grande Mal; é muito, sendo impossível qualquer tipo de comunicação «pro- vável meningite aos 4 M, ataques epilepticos vários; emite poucos sons; mas pou- cos, «embora pareça ouvir»; precisa que o lavem, vistam, lhe deem de comer e o po- nham a fazer as necessi- dades; sugere «internamento em instituição psiquiátrica asilar» (em Exame Médico- Forense, do Hosp. de S. Pedro, V. Real, 10-5-96)	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 5 A Máx.: 10 A	Início: 14-11-1996	14-11-1996 (Em inf.º cli- nica de 20-11- -98) A 6-2-02 foi solicitado ao médico que preenchesse 1 questionário da União das Mi- sericórdias Por- tuguesas p/ tuções p/ inscrição do doente no Cen- tro de Deficien- tes de Santo Estevão)	Pal e irmãos, esporádicas	SOM: O-C: I-S: DEP: ANX: HOS: PHOB: PAR: PSY: It. ad.: GSI: PST: PSDI:			
70	44 anos	30-03-1958	Solteiro	N.º: Peso da Régua (Viseu) R.º: Peso da Régua (Viseu)		Verde- dor	1 Burla 1 Explosão 2 Falsificação de cheque 1 Desobe- diência		No «Acórdão» do Círc. Jud. de Viseu, de 9-10-01, a 23-8-95, c. 21.05º, «ocorreu uma explosão na residência do arguido» que causou estragos nesta, nas casas vizinhas e «em viaturas estacionadas nas imediações». «Após a explosão foi encon- trado um debaixo da mesa da cozinha em que «refere o pro- pósito de se suicidar», o que já havia manifestado a intenção «em datas anteriores». Foi encontrado no seu quarto 1 boti- lha de gás. Pressionou a válvula e utilizou «melo de ignição não apurado» p/ «criar chama ou fálscia». Apesar dos es- tragos, a explosão só causou «ferimentos ligeiros num menor». Pena de prisão de 3 A e 6 M e multa de 60 000\$00 ou prisão de mais 80 dias. Como foi detido em 28-12-01, o termo da pena será em 28-6-2005. No «Acórdão» do Círc. Jud. de Viseu, de 8-11-02, a 20-11-97, vendeu 1 «lote de isqueiros» por 10 000\$00 à gerente de 1 restaurante em Almeida. Foi p/ Viseu, onde morava, e em lo- cal não apurado, «com o seu próprio punho, (...) alterou o cheque» quer nos n.ºs quer no extenso p/ 100 000\$00. A 26- -11-97, dirigiu-se à «CGD, em Viseu, onde o apresentou a pa- gamento» e recebeu a quantia. A 11-3-00, foi a 1 pasteleria, em Viseu, e vendeu 50 isqueiros por 3750\$00, à proprietária. Recebeu o pagamento em cheque. Entre 11 e 23-3-00 tb. fal- sificou, do mesmo modo, p/ 13 750\$00 e entregou-o a 1 Indi- víduo «cujas identidade não foi possível apurar, tendo recebi- do dele, como contrapartida de tal entrega» aquela quantia. O cheque foi mais tarde debitado na conta da s.ª. O argui- do, por decisão de 4-4-00 ficou inibido de conduzir, «quando sido notificado pessoalmente» a 19-8-00 p/ «no prazo de 15 dias entregar» a sua carta de condução, o que não o fez. Foi condenado a 4 A 5M de prisão e 200 dias de multa.	Epilepsia	Conde- nado	Mín.: 6 A Máx.: 15 A	Início: 28-12-2001 (EP Reg. de Lamego)	01-04-2002 (1.º internam- to a 2-3-02. A 18-6-02 o doer- tado padu transfe- rência p/ Hosp Paq Louvão ou p/ Hosp Sobral Cid, por esse en- contrar profun- damente depri- mido não conse- guindo sair des- da apatia e simul- taneamente po- der ser visitado com mais fre- quência pela sua família que res- de em Viseu». O parecer médico, 24-6-02, foi favo- rável e diz tem «marcada insta- bilidade emocio- nal e vulnerabi- lidade associada à ocorrência de impulsos subcô- rtes».)	Imã, assíduas, e 2 amigas, esporádicas	SOM: O-C: I-S: DEP: ANX: HOS: PHOB: PAR: PSY: It. ad.: GSI: PST: PSDI:			
71	34 anos	09-09-1968	Solteiro (c/ 2 irmãos; Xira avô ma- terna até 6º, Xira institui- ções)	N.º: Vila Franca de Xira (Lisboa) R.º: Vila Franca de Xira (Lisboa)	2.ª classe	Irrefe- rendado	Furto qualificado (Preso 1.ª vez c/ 16A, 12 fur- to qualificado, 1 introdução, 1 lugar vedado ao público, 1 furto simples)		Na «Acórdão» do Trib. Jud. de Vila Franca de Xira, de 11-6-96. Na «Decisão» do TEP do Porto, de 21-10-02, não foi conce- dida a liberdade condicional.	Imã, esporádicas Outro irmão que o recebia em casa, mas actualmente internado em EP destinado a não inimputáveis (Mãe falecida em Nov/97)	SOM: O-C: I-S: DEP: ANX: HOS: PHOB: PAR: PSY: It. ad.: GSI: PST: PSDI:								

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

IDENTIFICAÇÃO				HABI- LITA- ÇÃO LITE- RARIAS	PROFIS- -SAO	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL					VISITAS		RESUL. AV.º			
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.			Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último internam.º na CPSM	Dados forneci- dos pelo Téc. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R	
72	45 anos 25-11-1957	Casa- do (4 filhos entre os R. 12 e os 17 A, aque- les dos crimes)	N.º: Sabugal Res. (R): R.º: Sabugal (Guarda)	2.º ano do 2.º ciclo, no EPSCB	Agricul- tor	2 Homicídios qualificados consumados 2 Homicídios qualificados na forma tentada 1 Sequestro 1 Detenção 1 Detenção ilegal de ar- ma de defesa (Antecedentes: ofensas corpo- rais c/ dolo de perigo, em 89; ofensas corpo- rais simples e injúrias, em 94; ameaças na forma conti- nuada, em 95)	Espli- garda caçadei- ra de 12 mm	Vizi- nhos	No «Acordeão» do Círc. Jud. da Covilhã, de 12-9-02, refere que o arguido já conhecia 1 sr. 14 c. 13 A, pois comendantes em feiras e mercados. Conheceu a família do mesmo (mulher e 2 filhos de etnia cigana) c. de «idosos de 2000» quando esta veio morar p/ 1 casa que o arguido vendeu a 1 irmão do sr., sito perto da casa do arguido. Até 18-6-00 «era bom o relacionamento» entre o arguido e aquela família. C. meados de Jun. o arguido quis comprar 1 cami-nha e 1 automóvel ao sr. por 720 000\$00 e este queria vender por 1.200 000\$00. «Por volta dos dias 17 ou 18» de Jun. «aceptaram a compra e a venda, por preço não concretamente apurado», sen-do que o automóvel estava numa oficina em Oliveira do Hospital. Assim, na tarde do dia 18, o arguido e a mulher juntamente c/ o sr., a sua mulher e o irmão deste foram à tal oficina. Perambularam perto da mesma à espera da sua abertura no dia seguinte. «Depois do arguido ter pago o jantar a todos». No dia 19 foram à oficina, deixaram lá a caminhã p/ 1 revisão, pois precisava ir à inspecção e foram tomar o pequeno almoço num restaurante nessa localidade. O arguido pagou tb. esta refeição, após ter ido à agência do seu banco «levantar dinheiro das contas que tinha a prazo e colocou à ordem». Tb. nessa localidade o arguido entregou ao sr. «pelo me-nos, a quantia de 77 000\$00». Mas, os dois discutiram porque o sr. pediu «mais dinheiro para pagar a reparação do automóvel», ten-do o arguido discordado. Nesse dia, o arguido sentiu-se mal (foi operado à coluna em Maio/00) e «foi levado aos Hospitais da Uni-versidade de Coimbra», dando entrada c. 14-5/01, «muito pertur-bado e desanimado com a forma como estava a correr o negócio que fizara». Teve alta nesse dia regressou a casa c/ a esposa. «No dia 20 ou 21» o arguido e o seu filho juntamente c/ o sr./mulher/2 filhos/irmão voltaram à oficina p/ «trazerem os dois veículos referi-dos, e tendo o arguido entregue a quantia de 250 000\$00. A 23-6, por razões não concretamente apuradas mas relacionadas com os veículos», o sr. pediu ao arguido mais c. 100 000\$00 («quantia não concretamente apurada»), recebendo na mesma altura os docu-mentos dos veículos. Ao regressar a casa, o arguido telefonou à GNR c. 21:30h «dizendo que tinha um problema com uma família cigana». C. 22h 2 agentes deslocaram-se à casa do arguido e este contou-lhes «exaltado, alguns factos relativos ao diferente que ti-nha c/ a família cigana, pois «tudo os dias estavam a chatear que queriam mais dinheiro». A 24-6, c. 9h o arguido, munido de 1 es-pingarda caçadeira de 12 mm, carregada, de «dois canos sobre-postos e vários cartuchos de balas e zagalotes, munições próprias para caça grossa», e os 2 filhos foram a 1 «telheiro seu para bus-quiar as ovelhas que ali se encontravam». Quando o arguido viu o sr. sair do carro em que vinha e ir em direcção à casa do arguido, disparou 1 tiro na direcção dele, não o atingindo. Quando o filho do sr., 14 A, lá ao carro do pai «sem que visse o arguido», este dispa-rou 1 tiro que o atingiu («contusão pulmonar, rotura do diafragma, fractura do bazo e de costelas», 15 dias de doença). Depois, «cili-giu-se por uma quebra até um outro telheiro» perto da casa e pa-lheiro anexo onde vivia o sr. e família. Oculto por um carro al esta-donado «esperou para poder atingir» outros elementos daquela família. Surgiu o irmão (20 A) do sr. e o seu outro filho (10 A) que vieram ver o que se passava. Apesar de ter disparado 1 tiro o 1.º filho c/ 1 «ferida na região frontal anterior esquerda» que lhe pro-vocou «falha total (...)», acentuado défice motor dos membros di-reitos, com fractura multiesquelética frontal esquerda, com esqui-rolas endocranianas, hemorragias temporop nuclear e parietal cor-	«Parece-nos ter-se tratado de um episódio psicótico/psicoses breves, por forte stress sofrido» e «manterém humor de base depressiva aparentemente reactivo à sua situação, preocupação com familiares e futuro»; solicita perícia médico-legal (em inf.º do médico da CPSM), do EPSCB, 9-9-02)	Conde-nado	25 A	Início: 24-05-2000 Termo: 24-04-2021	08-07-2000 (Velo do EP Reg. Covilhã)	Irmãos, mulher, filhos, cunhadas	SOM: 2,08 O-C: 1,30 I-S: 0,33 DEP: 0,92 ANX: 0,20 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,83 PSY: 0,40 It. ad.: 2,00 GST: 0,87 PST: 31 PSDI: 2,52

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISTAS		RESUL. AV.º					
IDENTIFICAÇÃO				PROFIS- SÃO	Circunstância				Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- putá- vel	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados forne- cidos pelo Téc. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R		
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.	HABI- LITA- ÇÕES LITE- RARIAS	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima										
74	39 anos 25-06-1963	Solteiro	N.: Fafe (Braga) R.: Fafe (Braga)	Felizardo	Perturbação do funciona- mento de órgão consti- tucional Ofensa à inte- gridade física Qualificada Resistência e coacção sobre funcionário Introdução em lugar ve- dado ao pú- blico Detenção de arma proibida (Antecedentes: 19 condenações, sendo a última pela 1.ª vez em 3-3-80, sendo a maior por ofe- sas contra as pessoas e contra o património, em «Conclusões» TEP Porto, 05- -11-02)	Navalha	Magis- trada do Min. Púb. e Juiz e Agen- te da GNR	Em «Conclusões» de Vares de Competência Mista de Guimarães, de 25-6-01, a 15-9-00, c.9-30, entrou «na área de acesso reservado deste tribunal», no gabinete da Magistrada do Min. Púb. - c/ funções de Procuradora Adjunta, «quando esta estava sozinho» devido aos «colegas se terem ausentado, o que era do conhecimento do arguido». Dirigiu-se a ela «com gestos manuais próprios a execução de agressão física». Esta «levantou-se, movimentando-se de forma a evitar uma presunção de agressão», abrindo as suas gavetas de modo a procurar algo com que se defendesse». Entretanto, «preparou num guarda-chuva que ali se encontrava à mão, mas o arguido, reparando na sua visualização, atirou-a com a mão em forma de bofetada na face esquerda», sendo que os gritos dela atenuaram o arguido. Entre 15-9 e 3-10-00, entrou no gabinete do Juiz deste Trib., «numa altura em que aí decorria uma diligência no âmbito da jurisdição de menores» e dirigindo-se ao Juiz, que queria falar c/ este, perturbando «o normal decurso daquela diligência judicial». A 3-10, c. 14-45, a dita Procuradora «deparou c/ o arguido no corredor fronteiro aos gabinetes dos magistrados, reconhecendo-o de imediato e interpelando-o de modo a afastá-lo do local, p/ local próprio p/ testemunhas e acompanhantes». «Dada a alteração, dirigiu-se ao local» o referido Juiz, mandou que ele se ausentasse «quando o mesmo retorquiu: «que não sou eu e que o mandassem prender», pelo que o Juiz chamou a GNR, c.15-51, «quando se dirigia para a porta principal» do Trib., 1 dos agentes disse-lhe «que devia deixar as pessoas em paz e que se retirasse dali». Porém, «inesperadamente o arguido atingiu esse agente «com um soco fúrtivo ao olho esquerdo, envolvendo-se com ele em luta, quando este tentou a sua detenção». Então, «o arguido empunhou uma navalha com 7,5 cm de lâmina em aço e cabo c/ 10 cm e atirou o mesmo objecto na face do lado esquerdo, provocando-lhe 1 edema da face esquerda e vestígios de escoriações periculares e região zigomáctica à esquerda, c/ doença e incapacidade para o trabalho por quinze dias.»	Esquizofrenia paranóide, com cerca de 24 anos de evolução (em «Conclusões» do TEP do Porto, de 30-10-00)	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: ?	Início: 02-06-1982	Não tem	05-07-1997 (velo do EP Reg. de Bragança)	13-10-2000 (em inf.º mé- dica de 22-10- 01: «Será de promover o seu tratamento psiquiátrico em ambulatorio se necessário em regime de tra- tamento con- pulsivo, já que o prognóstico não será in- fluenciado pela duração do in- terramento».)	País (1 vez por mês) e primas, cunhado e irmã esporádicas PHOB: 0,00 PAR: 2,00 PSY: 0,40 It. ad.: 1,71 GSI: 0,97 PSI: 22 PSDI: 3,95	SOM: 0,00 O-C: 1,60 I-S: 2,67 DEP: 0,85 ANX: 0,40 HOS: 0,00 PHOB: 0,57 PAR: 2,00 PSY: 0,40 It. ad.: 1,71 GSI: 0,97 PSI: 22 PSDI: 3,95
75	48 anos 25-03-1954	Solteiro	N.: Carrazeda de Ansiães (Bragança) R.: Carrazeda de Ansiães (Bragança)	Agricultor	Homicídio frustrado			Nos «Conclusões» do TEP do Porto, de 30-10-00, embora o crime tenha ocorrido em 28-4-82, o início do internamento foi considerado a 2-5-82. Foi colocado em liberdade para prova em 27-10-95, sendo revogada em 6-6-97, nas apenas «tenção do internamento ocorrido em 4-7-97.	Esquizofrenia paranóide, com cerca de 24 anos de evolução (em «Conclusões» do TEP do Porto, de 30-10-00)	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: ?	Início: 02-06-1982	Não tem	05-07-1997 (velo do EP Reg. de Bragança)	SOM: 0,50 O-C: 0,50 I-S: 0,44 DEP: 1,08 ANX: 0,20 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,00 PSY: 0,00 It. ad.: 0,00 GSI: 0,34 PSI: 11 PSDI: 2,82		
76	27 anos 18-11-1975	Solteiro	N.: Ponta Delgada (Ponta Delgada) R.: Ponta Delgada (Ponta Delgada)	Ajudante de pedreiro	Furto qualificado Furto Falsificação Burla Introdução em lugar vedado ao público			Nos «Conclusões» do Círc. Jud. de Ponta Delgada, de 14-6-00, na noite de 15 p/ 16-12-99, c. 00h, «o arguido tendo conhecimento que o ofendido costumava deixar a sua carinha, iligeiro de mercadorias (...) estacionada no quintal anexo à sua habitação», dirigiu-se a esse local, «abriu a porta da frente do veículo, do lado do condutor, a qual se encontrava fechada no tranco» e retirou do seu interior «uma caderneta com cerca de 84 módulos de cheques» de 1 conta bancária da vítima. Assim, «em local não apurado» preencheu 1 deles com	Perturbação orgânica da personalidade - Síndrome do lobo frontal e epilepsia pós-traumática C. 10 A foi atropelado, «sofrendo traumatismo cranee no grave e hospitalização prolongada. Dentre as múltiplas lesões ocorridas, salien-	Inimputável	Mín.: 2 A Máx.: 8 A	Início: 09-08-2000 (no EP Reg. de Ponta Delgada; e desde 9-8-00 Internado no Hosp. Psq. Lxão, a cumprir	Mãe e irmã, 2 vezes em Nov/2002	SOM: 0,92 O-C: 1,30 I-S: 0,33 DEP: 0,54 ANX: 0,63 HOS: 0,33 PHOB: 0,14 PAR: 0,50 PSY: 0,60 It. ad.: 0,29 GSI: 0,60 PSI: 25 PSDI: 2,16			

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

[illegible]

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL														
IDENTIFICAÇÃO		HABI- LITA- CÕES LITE- RÁRIAS	PROFIS- SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im putabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.to na CPSM	VISITAS	RESUL. AV.º
Idade*/Data nasci.º		Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.											Dados do SCL 90-R	
78	36 anos 08-02-1967	N.: Gon- domar (Porto) R.: Gon- domar (Porto)		2 Ofensa à integridade física 1 Resistência qualificada 1 Resistência Coação sobre funcionário (Não tem antecedentes)	Faca de cozinha	Pai	Nos «Conclusões» dos Serviços do Min. Púb. de Gondomar, de 12-12-02, a 12-9-02, c. 12:30h, ameaçou o pai c/ 1 faca de cozinha «causando-lhe medo e inquietação». A 20-9, tentou agredir o pai tb. c/ 1 faca de cozinha, não o conseguiu porque o pai se refugiou no quintal da casa. O pai perguntou-lhe «o que estava a fazer» e o filho «voluntariamente atirou a faca para a banca da loja». A 23-9, tb. c/ 1 faca de cozinha, tentou agredir os seus pais (ambos c/ 73 A de idade). Porém, não se apurou que a intenção de «em qualquer das situações relacionadas, agredir os seus pais, tudo levando a crer que os pretendia antes assustar.» Nesse dia 23, «da parte da manhã, na sua casa, empurrou c/ força o pai, c/ as mãos, «fazendo com que o mesmo caísse em cima da cama», o que lhe provocou dores devido à idade. Ainda aí, «desferiu com a mão aberta um estalo na face esquerda da sua mãe», provo- cando-lhe dores na face atingida. No mesmo dia, c. 13:50h, mun- tiu-se de 1 faca de cozinha c/ 11 cm de lâmina e 11 cm de cabo «e conseguiu a perseguir os seus pais, que se refugiaram na ha- bitação de um vizinho e chamaram a polícia». Quando os 2 agentes fardados se aproximaram dele o arguido amea- çou-os «de morte». «desferiu um soco na cara» de 1 dóltes e «agarr- rou a camisa do uniforme do mesmo, rasgando-a, pelo que lhe foi dada voz de detenção». Como se debata, foram necessários 3 agentes p/ o conseguirem algemar. Nos «Con- clusões» do Trib. Jud. da Com. de Gondomar, de 16-1-03, de- terminou-se que se mantivesse o internamento preventivo.	Inim- putá- vel	Mín.: 3 A Máx.: 3 A	Início: 23-09-2002	01-10-2002 (Entregue pela PSP de Matosinhos, c/ Man- dado de Con- dução/Trans- ferência, do Trib. Jud. da Com. de Gon- domar, de 27- 9-02, que de- terminou a transferência do Hosp. Ma- galhães Lemos, onde estava internado.)	Pais, assíduos, todos 1 vez	SOM: 0,33 O-C: 1,40 I-S: 0,67 DEP: 1,46 ANX: 0,80 HOS: 0,00 PHOB: 0,29 PAR: 1,00 PSY: 0,10 It. ad.: 0,43 GSI: 0,70 PSDI: 1,47	
79	45 anos 13-06-1957	N.: Barcelos (Braga) R.: Barcelos (Braga)	Refor- mado (emre- gado da indústria têxtil até à 1ª p/ a tropa)	Homicídio qualificado na forma tentada	Machado	Mãe	Nos «Conclusões» do Circ. Jud. de Barcelos, de 12-12-94, a 10-10-94, c. 4:15h, foi ao quarto da mãe, on-de esta estava a dormir «e, com a parte cortante (metálica) de um machado (...) desferiu sobre ela duas pancadas na ca- beça, causando-lhe fractura com afundamento fronto-orbitá- rio, contusão ce- rebral associada e fractura da face e nariz e luxação do crís- talino direito» que lhe causaram 98 dias de doença e incapacidade p/ o trabalho e 90 dias de tratamento p/ recuperação igualmente c/ incapacidade p/ o trabalho.	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3 A Máx.: 16A 8M (nos «Conclu- sos» do TEP Porto, de 6-2- 02, embora inicialmente fosse o máx. de 17A 4 M)	Início: 10-07-1994 Térmo: 10-03-2011 (em «Con- clusões» do TEP Porto, de 6-2-02)	05-09-1995 (velo do EP Reg. de Viana do Castelo)	1 sobrinho, mais assíduos 1 irmã, menos frequentes Outros irmãos e cunhado, esporádicas	SOM: 2,33 O-C: 2,00 I-S: 2,56 DEP: 2,38 ANX: 2,50 HOS: 0,50 PHOB: 1,71 PAR: 3,67 PSY: 3,10 It. ad.: 2,14 GSI: 2,33 PSDI: 3,28	
80	34 anos 08-07-1968	N.: Nazaré (Leiria) R.: Nazaré (Leiria)	Serve- nte	Violação na forma tentada			Nas «Visitas» do Trib. Jud. da Com. da Nazaré, de 3-12-02, refere que ficou detido preventivamente desde 24-07-91, até 26-3-93 (1A 2M e 2D). Em 13-5-94 foi internado até 7-5-96 (1A 11M 24D). Em 7-5-96 saiu em liberdade p/ prova. Em 9-4-97 foi detido e imposta a medida de internamento pelo máx. 5A e 4M, sendo-lhe revogada a liberdade p/ prova (em 8-11-01). Porém, voltou a ficar à ordem dos mesmos autos e a medida que lhe foi aplicada teve em conta «o regime mais favorável»: 6A e 8M. Não se encontrou a 1.ª pasta do pro- cesso, pelo que não foi possível resumir o ocorrido.	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3 A Máx.: 6A 8M	Início: 24-07-1991 Tremo: 13-12-04 (ver início da coluna «Circ- unstâncias»)	25-03-1998 (velo do EP Reg de Leiria)	Não tem	SOM: 0,25 O-C: 0,80 I-S: 0,33 DEP: 1,15 ANX: 0,30 HOS: 0,33 PHOB: 0,00 PAR: 1,33 PSY: 1,10 It. ad.: 0,57 GSI: 0,63 PSDI: 1,63	

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

IDENTIFICAÇÃO				SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL							VISTITAS		RESUL. AV.º			
N.º	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.	HABI-LITA-ÇÕES LITRARIAS	PROFIS -SAO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Patologia Mental (consilium nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Internam.º na CPSM	Dados fornecidos pelo Tec. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R
81	34 anos 01-08-1968	Solteiro	N.: Torres Vedras (Lisboa) R.: Torres Vedras (Lisboa)	7.º ano (aos 14 anos)	Indiferenciado	18 Furto qualificado 8 Introdução ao público 1 Intr. casa alheia 1 Dano e ofensa funcionário 1 Dano simples 2 Dano			Na «Reformulação do Cúmulo Jurídico» do Trib. da Com de Braga, de 30-9-02, refere os crimes referidos na coluna «Crime actual», praticados entre Fev./Março/1993 e o último em finais de Set./94 e os respectivos processos, bem como que esta reformulação teve em conta «as condições económicas e sociais do arguido (modestas), o seu nível cultural (muito modesto), a natureza e pluralidade dos crimes, confissão, motivação, personalidade e grau de culpa», estabelecendo o cumprimento da pena única de 13A 6M e 15 000\$00 de multa ou 33D de prisão. Dados colhidos na 4.ª pasta, pois as restantes não estavam disponíveis.	Nada consta da 4.ª pasta do processo (as restantes não estavam disponíveis)	13A 6M 15 000\$00 (ou 33D de prisão) (em liquidação da pena, Trib. Com. de Braga, 7-11-02)	Início: 09-11-1994 Termo: 09-05-2008 ou 23-5-08 (em liquidação da pena, Trib. Com. de Braga, 22-5-02)	29-09-1995 (velo do EP Reg de Braga) A 20-9-02, Relatário p/ liberação de condicional da pena, inal Trib. Com. de Braga, 22-5-02)	Não tem visitas Irmãs e mãe recebem-no em casa	SOM: 0,33 O-C: 1,20 I-S: 0,89 DEP: 0,38 ANX: 0,10 HOS: 1,00 PHOB: 0,29 PAR: 2,33 PSY: 1,00 It. ad.: 0,29 GST: 0,71 PST: 24 PSDI: 2,67	
82	19 anos 02-01-1984	Solteiro (vivia só num barraco)	N.: Porto (Porto) R.: Porto (Porto)		Felante	Roubo agravado (Não tem antecedentes)	Facas Navalha		No «Acórdão» da 4.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 15-3-02, a 16-1-01, c. 15h, o arguido, então c/ 16A, abordou 1 sr. e pediu que lhe desse o fio que trazia ao pescoço c/ 1 foga e 1 medalha, todos em ouro. Por se ter negado o arguido «exibiu-lhe uma faca de cozinha» e o sr. deu-lhe o que pediu. A 31-1-01, c. 15h «então com 17A», «encostou uma faca à barriga» de outro sr. «e ordenou-lhe que lhe desse a carteira e o telemóvel», mas como a carteira nada tinha, devolveu-a. A 1-2-01, c. 18h, pediu 1 moeda a 1 sr.ª, que lhe disse não ter. Ele exibiu 1 navalha, revista a mochila e apenas leva consigo 1 telemóvel e 3000\$00. Nesse dia vendeu o telemóvel da sr.ª a outro arguido neste processo, o qual foi apreendido pela polícia tb. nesse dia. O outro telemóvel foi apreendido, a 2-2, ao 3.º arguido neste processo. Foi-lhe aplicada medida de internamento de 4A 6M. Nos «Conclusões» da 3.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 16-12-02, a 27-11-00, c. 14h, agarrou 1 sr. pelas costas «exigindo-lhe» 100\$00, sendo que este lhe disse não ter. O arguido sempre pelas costas, «empunha uma faca, tipo de cozinha» e «encostou-a ao pescoço deste, ao mesmo tempo que o revistava à procura de artigos com valor», sendo que lhe retirou 1 telemóvel. O arguido disse ao sr. que se pretendesse reaver o telemóvel, tinha de lhe dar 1.º 1000\$00, depois 2000\$00, ao qual respondeu negativamente. Ao ouvir a resposta pontapeou-o, «atingindo-o nas costas» e pôs-se em fuga c/ o telemóvel, sendo o mesmo recuperado pela PSP (entregue «por duas raparigas de etnia cigana» aos agentes), que o entregou ao dono. A 8-12-00, c. 18h, dirigiu-se ao barraco, tb. do seu pai, onde vivia 1 s.ª e c/ 1 pontapé abriu a janela em madeira, entrou naquela casa e levou 1 aparelhagem no valor de 69 000\$00. Esta foi recuperada nesse dia e entregue ao filho da vítima. A 1-3-00, c. 9:30h, foi encontrado em seu poder 1130g de haxixe e 15 970\$00 em dinheiro. A 4-9-99, c. 22:30h, 3 indivíduos não identificados abordaram 1 sr. «tendo um deles exigido que o mesmo lhe desse dinheiro, ao mesmo tempo que outro dizia que tinha uma faca». 1 deles retirou-lhe a carteira c/ 5500\$00. De seguida «entraram no veículo do ofendido, que tinha a chave na ignição, preparavam-se (...) para o colocarem em movimento». Entretanto, «num gesto repentino» a vítima «conseguiu retirar a chave da ignição, fugindo após do local», tendo os 3 sujeitos tb. fugido. «O arguido apareceu no local desde o início, a tudo tendo assistido, sem nunca ter interferido.»	Atraso mental, baixo limiar à frustração, marcada impulsividade, imaturidade, em Relatário de Exame Médico-Legal, de 13-2-02. Neste refere ainda, que teve «alterações comportamentais precoces», consumo de drogas tb. precoces, «nega consumo de álcool»; «afirma ter abandonado a escola» aos 11-12 A, após ter sido vítima de atropelamento. 2.º os «Conclusões» da 3.ª Vara Crim. do Círc. do Porto, de 16-12-02, iniciou o consumo de drogas aos 14 A, e quando foi detido «consumia heroína, cocaína e comprimidos», esteve internado em instituições p/ menores, saindo aos 18 A.	Min.: 2 A Máx.: 4A 6M	Início: 01-02-2001 (velo do EP Porto)	03-05-2002	Mãe, as irmãs, e irmãos, esporádicas	SOM: 0,33 O-C: 1,00 I-S: 0,44 DEP: 0,77 ANX: 0,30 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,17 PSY: 0,20 It. ad.: 1,00 GST: 0,46 PST: 25 PSDI: 1,64	

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL										VISITAS	RESUL. AV.º		
Circunstância										Dados fornecidos pelo Tsc. de Ed.º do EPSCB	Dados do SCL 90-R		
Crime actual		Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)				(In)imputabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Intern.º na CPSM		
83	40 anos 24-06-1962	Solteiro	N.: Vila Nova de Gaia (Porto) R.: Peso da Régua (Vila Real)	Verdeador amante	Tráfico de estupefacientes Detenção de munições Proibições Resistência e coação sobre funcionário (tem processos pendentes)	Carabina de recreio	Nos «Conclusões» de Coimbra – Vara Mista, de 4-6-02, a 11-5-99, c. 11h, em busca à casa da sua mãe, em Coimbra, «foi apreendido no interior de um quarto», onde ele estava «debaixo da cama». 1 carabina, não registada e sem licença, calibre 22, «equivalente a 5,6 mm, de tiro semi-automática, com arma cano estreado de 25 cm de comprimento, considerada arma de recreio». Entretanto, o arguido jogava pela janela «2 caixas contendo 61 munições de calibre 9 mm, destinadas a serem utilizadas em armas de guerra, de calibre igual».	Condenado	2A 3M (e ainda multa 240€ - c/ 80 D de prisão substituída - e na colina de 400€, em «Cúmulo jurídico» de Coimbra – Vara Mista, de 22-10-02)	Início: 07-02-2002 Termo: 07-05-2004 (Em «Visita» de Coimbra do anterior Internamento provisório: 03-06-2002)	13-08-2002 (transferência provisória do EP Reg. de Lamego; data de Colaboração de Coimbra – Vara Mista, de 20-12-02)	Esposas, assistidas, e filhos, cunhados e genros, esposas esporádicas	SOM: 0,50 O-C: 2,20 I-S: 0,56 DEP: 1,23 ANX: 0,40 HOS: 0,17 PHOB: 0,29 PAR: 1,50 PSY: 0,80 It. ad.: 1,57 GSI: 0,93 PST: 50 PSDI: 1,68
84	37 anos 28-12-1965	Divorciado (na altura do crime era casado; tinha 1 filho c/ 6A)	N.: Vila Real (Vila Real) R.: Vila Real (Vila Real)	4.ª classe (aos 12/13A) antes do crime; tratou em 1 restaurante de parque de campismo durante 7A, em Relatório do Hospo Magalhães Lemos, 25-3-96	Incêndio	Isqueiro	Nos «Conclusões» do Trib. de Círc. de Vila Real, de 23-4-96, a 27-7-95, c. 15h, «pegou fogo a uma casa de madeira (...) pertencente à herança indivisa aberta por doação» dos pais da mãe do arguido, «local onde então residia». P/ tal «vomitou no seu interior palhas secas e pinhas de pinheiro, as quais, com recurso a um isqueiro, ateou o fogo», o qual se propagou rapidamente, quer devido à casa ser antiga, quer devido às condições climáticas, «destruindo por completo a referida habitação, composta de rés-do-chão e primeiro andar». En-costado à casa havia «anexos de arnateiros em madeira», c/ «tecto, palha e lenha» e outras casas ao redor. Porém, «o incêndio só não se propagou às casas vizinhas devido à pronta intervenção de populares e residentes e dos Bombeiros Voluntários da Cruz Verde e à presença acidental de um helicóptero utilizado no combate a incêndios florestais» e pelos fáceis acessos ao local.	Inimputável	Mín.: 3 A Máx.: 10 A	Início: 28-07-1995	27-06-1996 (veio do EP Reg. de Vila Real) Na inf.ª médica, de 21-01-96, «o-dera beneficiar da liberdade para prova desde que mantinha acompanhamento psiquiátrico, no psiquiátrico, abstinência de álcool e se promovia, através do IRS, integração social». Em 5-3-99 1 inf.ª tb. la neste sentido.	Não tem desde 1999	SOM: 0,92 O-C: 1,10 I-S: 0,78 DEP: 1,31 ANX: 0,20 HOS: 0,50 PHOB: 0,14 PAR: 0,33 PSY: 0,40 It. ad.: 1,29 GSI: 0,74 PST: 39 PSDI: 1,72
85	63 anos 22-05-1939	Divorciado (possui filhos e irmãos mas o relacionamento é quase inexistente)	N.: Amarante (Porto) R.: Amarante (Porto) Círc. do Porto, 23-1-98	4.ª classe (em «Acórdão» da 2.ª Vara Círc. do Porto, 23-1-98)	1. Sequestro e violação (Tem antecedentes: 1 furto, em 83; 1 furto de veículo, 84; 1 injúrias, 86; 1 injúrias contra Magistrado Judicial, 86; 1 desobediência e injúrias, 86; 2 danos voluntários e furto qualificado, 87; 1 furto qualificado, 87; 1 falsificação, 89; 2 burras em meio de transporte, 93)	Co-nhecido de 1 amigo	No «Acórdão» da 2.ª Vara Círc. do Porto, de 23-1-98, a 11-5-96, c. 15h, 1 casal estava sentado num banco de jardim, sendo o sr. conhecido do arguido. Este abordou-o e conversou com a sr.ª, «entretanto manifestou querer trocar 1 cheque de 2000000, sendo que o arguido prontificou-se a fazê-lo», mas como o sr. aconselhou-a a não o fazer por ele «não merecer a sua confiança», ela guardou o cheque. Os 3 foram p/ a casa do sr. e c. 19h a s.ª saiu só. Mas, o arguido acabou por alcançá-la, acompanhando-a depois ainda por 1 longo percurso. Já próximo da casa dele, agarrou-a à força «por um braço» e fez entrar de deus-te 2 «violentas pancadas no rosto e na cabeça». Des-malada, levou-a p/ o quarto, «deitou-a na cama, despiu-a totalmente, amarrava-a pela perna e pelo braço esquerdos» à cama, c/ cordas. C. 00h ela «voltou a si». Ele empunhou 1 faca de cozinha c/ 30cm de comprimento «no total», na direcção dele, dizendo que «Se não me deixares manter relações sexuais, corto-te aos pedacinhos e entrego-te no quintal!». Amarrada e ameaçada pela faca, ele obrigou-a a manter relações sexuais vaginais e anais, «introduziu-lhe o pénis erecto na vagina e no ânus e aí ejaculando». Ela tentou libertar-se mas não conseguiu e tb. não conseguiu «convencê-lo a parar». No fim, ele afirmou «que ela era a mulher da vida dele e pretendia que ela ficasse com ele p/ sempre». P/ tentar libertar-se, tentou «conquistar a “amizade” dele dizendo-lhe “que estava disposta a viver com ele”, e por	Inimputável	Mín.: 3A Máx.: 10A	Início: 12-04-1998 Termo: 14-04-2008	14-04-1998 (veio do EP do Porto) Na inf.ª médica, de 19-4-99, sugere-se que transite p/ «cumprimento de pena beneficiando, se necessário, em simultâneo, de acompanhamento psiquiátrico», dado ser asertivo, por ora, de medicação.	Filha e genro (1 vez em Jan/02)	SOM: 0,50 O-C: 1,10 I-S: 0,78 DEP: 1,31 ANX: 0,20 HOS: 0,50 PHOB: 0,14 PAR: 0,33 PSY: 0,40 It. ad.: 1,29 GSI: 0,74 PST: 39 PSDI: 1,72

* Para o cálculo da idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

N.º	IDENTIFICAÇÃO			HABIT- LITA- ÇÕES (R) LITE- RARIAS	PROFIS- -SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL					VISITAS		RESUL. AV.º							
	Idade*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Com./Dis.						Circunstância	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	(In)im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último Intern.º na CPSM	Dados sobre- tidos pelo Téc. de Ed.º do EPSCB								
85 <i>Cont.</i>									isso precisava avisar 1.ª c/ quem vivia. Pensava, assim, poder «emitir ou fazer emitir, para o exterior, sinais» sobre onde estava p/ que a «llessem socorrer». Após ela ter-lhe dado o telefone dessa 1.ª, ligou p/ «obter algumas informações sobre a família e a profissão» da vítima. Soube então que era enfermeira no Hosp. de S. João e que costumava contactar c/ os pais dos Do- mingos. Decidiu desamarri-la, «apontou-lhe a mesma fazenda» e obrigou-a a escrever 1.ª declaração «que ele próprio lhe ditou» e disse que c/ esse declaração «ficaria justificada, perante todos, a presença dela em sua casa», bem como o facto de terem li- das relações. A vítima pediu que ele «fosse buscar mantimen- tos». Ele aparentemente sai. Ela ao tentar sair «foi retida» e ele voltou a bater-lhe no rosto e a amarrá-la. Esta insistiu p/ que ele fosse buscar alimentos, o que ele acabou por fazer. Apenas ao fim de c. 4h ela «conseguiu libertar-se das cordas», correu p/ o exterior, pediu socorro a 1.ª taxista que a transportou à casa do sr. Este e outros populares foram à casa do arguido e o sr. envolveu-se numa luta c/ o arguido. C. 4:20h da madrugada do dia 12, a PSP foi ao local deteve o arguido e apreendeu a corda, bem como a referida declaração. A vítima foi conduzida ao Hosp. de S.º António onde ficou até às 9:45h desse dia. Sofreu heima- tomas peripetebais bilaterais, hematoma occipital, fractura dos ossos do nariz acompanhada de edema e escoriações na base deste, lesões estas que lhe causaram 15 dias de incapacidade p/ o trabalho. «Posteriormente, foi submetida a uma interven- ção cirúrgica ao nariz». Já depois de detido escreveu 2 cartas à vítima (embora esta não tivesse lido as mesmas) e telefonou por 3 vezes p/ a sua casa, sendo que quem atendeu foi a 1.ª que vivia c/ ela, e proferiu ameaças. A vítima c/ medo tentado desistir da queixa por 2 vezes.	Abraso mental médio (CID 318.0) (Em «Acórdão» do Trib. de Circ. e de Com. de Matosinhos, de 11-7-00)	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3A Máx.: 6A	Início: 17-11-1998	18-11-1998 (entregue pela PSP do Porto) O Internamento teve início em 9-7-91, pelo 1.º processo; a 29-11-96 foi colo- cado em liber- dade p/ prove- por incumprir- mento do file revogada a 17-11-98. Por ci- mes praticados no «Acórdão» supra, mñ. 3A e máx. 6A (em TEP Porto, de 28-5-01). Foi detido pela 1.ª vez em 87, «com algumas interrupções temporais», em									
86	43 anos 19-12-1959	Soltei- ro	N.: Porto (Porto) R.: Porto (Porto)		Trocha	Rapto Crime de homossexua- lidade com menores		Meno- res: (des)co- nhecido; obri- nho	No «Acórdão» do Trib. de Circ. e de Com. de Matosinhos, de 11-7-00, refere que, desde finais de Mar/98, «o arguido, com o propósito de satisfazer os seus instintos sexuais e libidinosos, e sem que ninguém o visse, a procurar» 1. rapaz menor de 13A, que vivia no Porto, «que sofre de abaso mental moderado, ten- do dificuldades de compreensão, de raciocínio e fragilidade de defesa psicológica». De «forma sub-reptícia» prometeu e ofere- cia ao menor «dinheiro, lanches, bebidas, guloseimas, jogos em máquinas de flippers, alitava-o a acompanhá-lo, de autocarro ou de táxi, até prédios abandonados ou ainda em construção». A maninha «relações sexuais de coito anal completo». Manda- va o menor despir-se, depois ordenava-lhe que se deitasse no chão; depois o arguido despiu-se, punha-se em cima dele e introduzia «o pénis erecto no ânus do menor (...)» (friccionando-o, até ejacular no seu interior, fazendo para tanto, durante cerca de 10 a 15 minutos, movimentos de cima para baixo». No fim «limpou o pénis com papel higiénico que levava consigo para o efeito, dando também um pedágo ao menor (...)» para que este limpasse o ânus». A 28-3-98, a hora não apurada, levou-o a 1.º prédio em construção em Matosinhos; a 8-4-98, à tarde, levou-o p/ o «Campo 24 de Agosto», no Porto; a 19-4-98, c. 12h, levou-o p/ o interior de 1 obra sita no Castelo da Maia e às 18:30h desse dia levou-o ao referido local em Matosinhos. Da 1.ª vez ofereceu 1000\$00 e «das outras» 2000\$00. No mês seguinte manteve relações c/ outro menor de 15 A, que vivia no Porto e «que naquela altura andava fugido do Colégio onde se encon- -	Abraso mental médio (CID 318.0) (Em «Acórdão» do Trib. de Circ. e de Com. de Matosinhos, de 11-7-00)	Inim- putá- vel per- goso	Mín.: 3A Máx.: 6A	Início: 17-11-1998	18-11-1998 (entregue pela PSP do Porto) O Internamento teve início em 9-7-91, pelo 1.º processo; a 29-11-96 foi colo- cado em liber- dade p/ prove- por incumprir- mento do file revogada a 17-11-98. Por ci- mes praticados no «Acórdão» supra, mñ. 3A e máx. 6A (em TEP Porto, de 28-5-01). Foi detido pela 1.ª vez em 87, «com algumas interrupções temporais», em									

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

N.º	IDENTIFICAÇÃO				PROFIS- SÃO	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL				Último Internam. ¹⁰ na CPSM	Detenção	Medida de segurança e/ou pena	(In)im- pu- tabil.	Patologia Mental (constante nos processos ou relatórios médico-legais)	VISITAS	RESUL. AV.º
	Idade*/Data nasci. ¹⁰	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Com./Dis.	HABI- LITA- ÇÕES LITE- RÁRIAS															
85 Canc.													«Conclusões» do 1.º Juízo Crim. da Com. do Porto, de 21-2-01					Dados forne- cidos pelo Téc. de Ed. ¹⁰ do EPSCB	Dados do SCL 90-R
87	66 anos 01-03-1936	Casado	N.: Mondim de Basto (Vila Real) R.: Mondim de Basto (Vila Real)											Início: 11-11-02	Mín.: Máx.:			Não tem	SOMI: 3,67 O-C: 2,70 I-S: 3,78 DEP: 3,38 ANX: 3,50 HOS: 1,50 PHOB: 3,00 PAR: 2,67 PSY: 2,70 It. ad.: 2,29 GSI: 3,03 PST: 78 PSDI: 3,50
88	32 anos 19-10-1970	Solteiro	N.: Carre- gal do Sal (Viseu) R.: Carre- gal do Sal (Viseu)		Maus tratos infracções de regras de segurança									Início: 21-01-2003	Mín.: Máx.:			Não tem	SOMI: 0,33 O-C: 0,80 I-S: 0,22 DEP: 1,46 ANX: 0,20 HOS: 0,67 PHOB: 0,00 PAR: 0,67 PSY: 0,40 It. ad.: 0,00 GSI: 0,52 PST: 15 PSDI: 3,13

* Para o cálculo da Idade considerou-se como referência finais do mês de Fevereiro de 2003.

(CONTINUA)

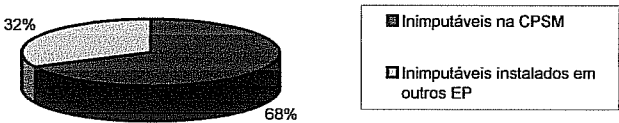
IDENTIFICAÇÃO				SITUAÇÃO JURÍDICO PENAL ATRAVÉS DO PROCESSO PENAL						VISITAS		RESUL. AV.º			
N.º	Id.*/Data nasci.º	Est. civil	Nat. (N) Res. (R) Con./Dis.	Habili- tações	Profis- são	Crime actual	Arma utilizada	Rel. c/ a vítima	Circunstância	Doença Mental	(In)im- pu- tabil.	Medida de segurança e/ou pena	Detenção	Último interna.º na CPSM	Dados do SCL 90-R
90	65 anos 16-09-1937	Sepe- rado	N.: ? R.: Braga (Braga)	4.ª classe	Pedreiro				O PROCESSO NÃO SE ENCONTRA DISPONÍVEL.						SOM: 1,42 O-C: 0,30 I-S: 0,44 DEP: 0,15 ANX: 0,30 HOS: 0,00 PHOB: 0,00 PAR: 0,17 PSY: 0,20 It. ad.: 0,00 GSI: 0,36 PST: 18 PSDI: 1,78
91	27 anos 29-09-1975	Soltei- ro	N.: Porto (Porto) R.: Porto (Porto)	6.º ano (aos 15 anos)	Empre- gado fábrica (fábrica de calçado)	Furto			O PROCESSO NÃO SE ENCONTRA DISPONÍVEL.						SOM: 0,83 O-C: 2,30 I-S: 2,67 DEP: 2,69 ANX: 3,00 HOS: 0,50 PHOB: 2,29 PAR: 2,17 PSY: 2,50 It. ad.: 1,29 GSI: 2,09 PST: 72 PSDI: 2,61

Apesar de nem todos estes dados, constantes do quadro acima elaborado, terem sido objecto de tratamento e análise nesta investigação, como adiante se verá, poderão constituir, quiçá, ponto de partida para reflexões ou outros trabalhos.

Os dados pesquisados em *sites* do Ministério da Justiça e em dados fornecidos pela Secção de Reclusos do E.P.S.C.B. permitem afirmar que na C.P.S.M. está a maior parte dos inimputáveis internados em regime prisional.

Senão veja-se. O «Relatório sobre o Sistema Prisional», da Provedoria da Justiça (1996), refere que, do total de 13 049 reclusos detidos (90% do sexo masculino e 10% do sexo feminino), 149 eram inimputáveis (1,1% do total de detidos) instalados em Estabelecimentos Prisionais. Destes 149 inimputáveis em regime de reclusão, 101 (68%) encontravam-se internados na C.P.S.M. e os restantes 48 (32%) instalados em outros Estabelecimentos Prisionais Centrais ou Regionais (Gráfico 3).

GRÁFICO 3— Inimputáveis em 1996 (segundo dados «Relatório sobre o Sistema Prisional», da Provedoria de Justiça, de 1996)



Nos dados disponíveis na Internet da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais referentes aos anos de 2000 e 2001 (Quadro 13), verifica-se uma diminuição da população prisional em Dez./2000 (12 944 reclusos) e um aumento em Dez./2001 (13 260 reclusos).

QUADRO 13 – Reclusos existentes em Dez./2000 e Dez./2001 (quadro extraído de um *site* da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, em 15-03-2003)

Reclusos existentes, segundo a situação penal, por meses										2001
Situação penal Meses	Total	Preven- tivos	Total	Condenados						Medidas de segurança
				Total	Prisão de terminada				Prisão relati- vamente indeter- minada	
					Até 6 meses	Mais de 6 meses a 3 anos	Mais de 3 a 9 anos	Mais de 9 anos		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2000										
Dezembro	12 944	3 854	8 821	8 771	68	1 367	5 454	1 898	50	269
2001										
Dezembro	13 260	3 698	9 335	9 288	133	1 683	5 667	1 877	55	235
NOTA: Os reclusos na situação de "Medidas de Segurança" incluem 148 internados em Hospitais e Clínicas Psiquiátricas Não Prisionais.										

NOTA: Os reclusos na situação de "Medidas de Segurança" incluem 188 internados em Hospitais e Clínicas Psiquiátricas Não Prisionais.

Esta informação expressa claramente que o total de doentes em cumprimento dessas medidas era de 269 em 2000 e 235 em 2001. E, apesar de no Quadro 13 não estar claro a que ano se refere a existência de 148 indivíduos a cumprir medidas de segurança em Hospitais ou C.P.S.M.s Psiquiátricas Não Prisionais, menciona-se esse número para o ano de 2001. Assim, pode-se dizer em 2001 eram 87 os instalados em regime prisional, embora não se possa inferir quantos destes (ou se estes) estavam internados na C.P.S.M.

Em 2003, a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais apenas disponibiliza um quadro (Anexo B), atrás referido, através do qual se pode saber com clareza que, em 15-01-03, estavam internados na C.P.S.M. de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo 102 indivíduos, não se sabendo, no entanto, quais os que cumpriam medidas de segurança. No entanto, refere que nessa data estavam internados em Estabelecimentos Não Prisionais 167 inimputáveis, donde se pode inferir que, relativamente a Dezembro 2001, o número de indivíduos nesta situação aumentou significativamente.

Ainda a respeito da C.P.S.M. considera-se pertinente referir que esta funciona com «enormes carências em meios técnicos e humanos. Apesar disso, além de nela ser prestada assistência aos doentes internados, realizam-se consultas externas e internamentos a reclusos do regime comum do E.P.S.C.B., consultas externas solicitadas por reclusos «dos restantes Estabelecimentos Prisionais das Regiões Norte e Centro do País, bem como o internamento dos mesmos, quando necessário (Castro, 1997, p. 22). Castro (1997) refere que a C.P.S.M. assegura, ainda, a «assessoria técnica ao Tribunal de Execução de Penas sobre os inimputáveis e outros reclusos do regime comum, bem como um programa de tratamento a reclusos toxicodependentes do regime comum do E.P.S.C.B. e que não reúnem condições para ingressar na Unidade Livre de Droga». Acrescenta-se ainda que é nela que se faz a avaliação de reclusos que se candidatam à U.L.D./U.T.R.T. provenientes do regime comum ou de outros Estabelecimentos Prisionais.

Pode-se afirmar que a C.P.S.M., embora com as referidas carências, tem-se esforçado no sentido de preencher os requisitos definidos nos Princípios para a Protecção das Pessoas Portadoras de Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde

Mental, adoptados pela Assembleia Geral do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos do Homem, na sua Resolução 46/119 de 17 de Dezembro de 1991, no que diz respeito aos recursos necessários à prestação de Serviços de Saúde Mental, isto é:

[Que os] «serviços de saúde mental devem dispor do mesmo nível de recursos que qualquer instituição de saúde, nomeadamente:

- a) Um corpo médico e pessoal especializado e qualificado em número suficiente, bem como um espaço suficiente para respeitar a vida privada dos pacientes e para lhes oferecer terapias apropriadas e activas;
- b) Material de diagnóstico e de cuidados para os doentes;
- c) Cuidados especializados apropriados; e
- d) Meios de tratamento adequados, regulares e completos (...).

(Princípio 14, Ponto 1.)

Como se referiu no Capítulo I, desta Segunda Parte, a medida de segurança, de acordo com a legislação actual, tem como duração mínima três anos, a contar a partir do início do internamento, com prorrogações por períodos sucessivos de dois anos, após a decisão de o manter. Este último facto contribui para institucionalização do inimputável com todos os riscos que esta acarreta: distanciamento progressivo das estruturas sócio-familiares e de apoio, perda de oportunidades ou dificuldades de integração numa actividade laboral ou ocupacional, desmotivação, desenraizamento progressivo das normas sociais, aquisição e habituação a novas normas de uma cultura própria do ambiente em que está inserido...

Tendo em consideração a necessidade de promover a humanização e a melhoria da qualidade de vida dos doentes internados na C.P.S.M., tem-se revelado urgente a implementação de programas de re-socialização/reabilitação psicossocial dos mesmos, apesar das limitações interventivas a que se encontram sujeitos os diferentes profissionais de saúde que nela trabalham, e que são impostas pelo duplo objectivo desta instituição: custodiar e tratar doentes mentais. Por esse motivo, além dos

programas desenvolvidos em equipa multidisciplinar, dentro do Pavilhão destinado à C.P.S.M., foi também criado, em 1999, o Serviço de Terapia Ocupacional que funciona numa instalação independente, exterior à mesma.

Assim, os técnicos de saúde que trabalham na C.P.S.M., dentro das possibilidades, tentam assegurar o tratamento, pois, como se referiu, trabalham com falta de recursos humanos e materiais, no entanto aguardam pela implementação de medidas que preencham os Princípios das Nações Unidas (citadas), bem como esperaram que seja dado seguimento ao disposto no Decreto-Lei n.º 35 de 5-2-99 (Ministério da Saúde, Art. 16.º, alínea c): «Assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada que neles [hospitais psiquiátricos] se encontrem e promover a humanização e melhoria das suas condições de vida, desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às suas necessidades específicas e apoiando a sua reinserção na comunidade».

4.2. Descrição da população alvo e exploração das principais variáveis tidas em conta nesta investigação

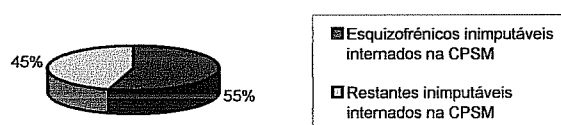
Como atrás foi referido, este estudo foi desenvolvido junto da população de doentes internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo. Incidiu de forma particular sobre os doentes diagnosticados como esquizofrénicos aquando da prática dos crimes que cometeram e que foram considerados inimputáveis.

Não se recorreu a um processo de amostragem dado o tamanho reduzido da população, mas procurou-se obter dados relativos a todos os sujeitos, quer através dos processos criminais, quer da avaliação psicológica com o SCL-90-R, que apenas foi aplicado aos sujeitos que livremente aceitaram participar (ver ponto 5. deste Capítulo).

Como se pode verificar através do Quadro 12 (pp. 169 a 217), dos 91 internados na C.P.S.M. em finais de Fevereiro de 2003, 35 (55%) são esquizofrénicos, todos estes considerados inimputáveis, num total de 64 indivíduos na mesma situação jurídica (Gráfico 4). Como se referiu, por uma questão prática e de melhor identificação

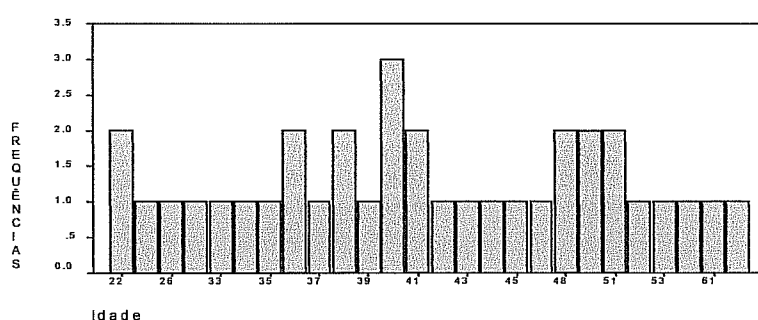
sombreou-se as áreas relativas às informações dos doentes portadores de esquizofrenia, no referido Quadro 12.

GRÁFICO 4 – Inimputáveis esquizofrénicos internados na C.P.S.M., em finais de Fevereiro de 2003



A média geral de idade da população total é de 40,11 anos, valor afectado por um desvio padrão de 12,29, sendo que as idades no total da população oscilam entre 19 e 72 anos. O valor mais frequente é de 34 anos e apenas 25 % dos sujeitos se encontra abaixo dos 32 anos. No caso particular dos doentes esquizofrénicos (N=35) é de referir que a média de idade é de 41,69 anos, verificando-se um desvio padrão de 10,44. Nesta população as idades oscilam entre os 22 e os 67 anos sendo, no entanto, notório que se está a trabalhar com uma população maioritariamente adulta, já que 75% dos sujeitos se encontram acima dos 36 anos e 50% da população se encontra acima dos 41 anos. No Gráfico 5 encontra-se a distribuição destes sujeitos face à idade.

GRÁFICO 5 – Distribuição dos sujeitos diagnosticados com Esquizofrenia por idade



A grande maioria da população alvo é oriunda do Norte do país (N=28), sendo que apenas 7 residiam no resto do país e das ilhas.

Essa tendência também se verifica relativamente à população total. Como se pode verificar no Tabela 1, grande parte residia na região Norte, embora se encontrem já percentagens significativas de sujeitos provenientes do Centro do país.

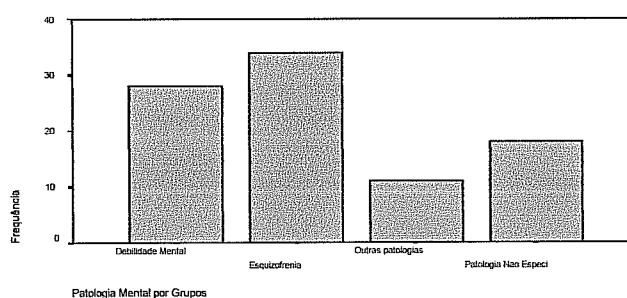
TABELA 1 – Distribuição da população total por zona de residência

		Frequências	Percentagens	Percentagens acumuladas
Valid	Norte	59	64,8	64,8
	Centro	27	29,7	94,5
	Sul	3	3,3	97,8
	Ilhas	2	2,2	100,0
	Total	91	100,0	

Quanto à distribuição da actividade profissional, à data de internamento, verifica-se que é bastante heterogénea nos sujeitos esquizofrénicos, embora seja possível identificar uma maior concentração no sector secundário (N=11). Relativamente aos restantes, 9 estão a trabalhar noutros sectores e dos restante 15, à data de internamento, ou não tinham ocupação (N=9) ou estavam a estudar (N=1) ou estavam reformados (N=2) ou desconhecia-se a situação (N=3).

Estes sujeitos apresentam vários tipos de Esquizofrenia, sendo de realçar, de um modo muito particular, que a maioria foi diagnosticada Esquizofrenia Paranóide (N=29). Os restantes 6 foram diagnosticados com outros tipos de Esquizofrenia, ou seja, 2 com Esquizofrenia Hebefrénica, 1 com Esquizofrenia Simples e 3 apenas com Esquizofrenia.

O Gráfico 6 revela que o grupo da Esquizofrenia (N=35) ocupa a maior fatia da população, seguido pelo grupo da Debilidade Mental (N=28).

GRÁFICO 6 – Distribuição da população total por patologia

Quanto ao crime cometido, 23 doentes esquizofrénicos praticaram homicídio (9 qualificado, 5 na forma tentada, 4 qualificado na forma tentada, 3 voluntário, 1 consumado e 1 classificado apenas como homicídio), 7 foram condenados por Outros Crimes Contra as Pessoas (2 violação na forma tentada, 2 ofensa à integridade física qualificada, 1 ofensa à integridade física qualificada na forma tentada, 1 sequestro, 1 rapto) e 5 por Outros Tipos de Crimes (2 incêndio, 1 detenção de arma proibida,

1 furto qualificado, 1 perturbação de funcionamento de órgão constitucional e ofensas à integridade física qualificada). A maior parte (N=19) foi condenada por crime simples, embora 10 sujeitos tenham sido condenados por crimes múltiplos e 6 por crimes duplos. A arma utilizada na maioria dos crimes foi a arma branca (N=13). Também foram muitos os indivíduos que utilizaram objectos contundentes ou corto-contundentes (N=16). Registaram-se apenas 6 crimes com armas de fogo.

É relevante que a maior parte destes crimes tenha ocorrido num contexto de proximidade de relações, ou seja, 18 foram praticados contra familiares e 6 contra vizinhos ou conhecidos. Verificou-se ainda que 5 dos crimes foram praticados contra pessoas com as quais os sujeitos não tinham qualquer relação. Os restantes 6 crimes foram praticados contra outro tipo de vítimas, nomeadamente agentes de autoridade policial ou magistrados, entre outros. Face a estes dados é curioso verificar que, no que se refere ao estado civil, 25 dos esquizofrénicos são solteiros, distribuindo-se os restantes 10 por outras situações (1 casado, 7 divorciados e 2 viúvos). Salienta-se ainda o facto de que dos 35 doentes internados, que são objecto deste estudo, 26 recebem visitas.

No que se refere ao estado civil, no caso da população total (Tabela 2) verifica-se que a tendência se mantém, sendo que 71,4% dos sujeitos são solteiros.

TABELA 2 – Distribuição dos sujeitos da população total por estado civil

		Frequências	Percentagens	Percentagens acumuladas
Valid	Solteiro	65	71,4	71,4
	Casado	9	9,9	81,3
	Divorciado	12	13,2	94,5
	Viuvo	5	5,5	100,0
	Total	91	100,0	

A população alvo é constituída maioritariamente por inimputáveis perigosos (N=30), sendo que apenas 5 foram considerados apenas como inimputáveis. À grande maioria foi aplicada medida de segurança com um mínimo é de 3 anos (N=27), enquanto que apenas uma minoria (N=3) cumpre como mínimo de medida de segurança mais de 3 anos, ou seja, 5, 15 e 18 anos. A apenas 4 dos sujeitos não foi atribuído o tempo mínimo e 1 aguarda decisão (quanto ao mínimo e ao máximo).

Quanto ao tempo máximo de medidas de segurança verifica-se um forte contraste, dado que à maioria foi aplicado um tempo máximo de mais de 8 anos (N=22). Para 2 dos sujeitos o máximo aplicado foi de 6,7 e 8 anos, para 3 deles foram aplicados máximos com mais de 3 até 5 anos e para 2 o máximo foi de 2 e 3 anos. É ainda significativo o número de sujeitos que se encontram a aguardar decisão quanto ao máxima da medida de segurança (N=6), apesar de que para 5 deles apenas foi definido o mínimo e 1, como se disse atrás, aguarda decisão.

Verifica-se também, neste estudo, que a maior parte dos doentes esquizofrénicos (N=35), aquando da recolha de dados, se encontrava há mais de 3 anos na C.P.S.M. (N=23), ou seja, 3 deles entre 3 e 5 anos, 13 entre 5 e 8 anos e 7 há mais de 8 anos. Os restantes 12 sujeitos encontravam-se internados por um período menor ou igual a 3 anos.

A maior parte da população alvo deu entrada na C.P.S.M. durante a década de 90, como se pode verificar no Tabela 3, não existindo doentes incluídos neste estudo aos quais tenha sido diagnosticada Esquizofrenia que tenham sido internados antes de 1983.

TABELA 3– Distribuição dos sujeitos diagnosticados com Esquizofrenia por ano de internamento

		Frequências	Percentagens	Percentagens acumuladas
Valid	1983	1	2.9	2.9
	1986	1	2.9	5.7
	1988	1	2.9	8.6
	1998	1	2.9	11.4
	1995	4	11.4	22.9
	1996	3	8.6	31.4
	1991	2	5.7	37.1
	1999	2	5.7	42.9
	1997	6	17.1	60.0
	1993	1	2.9	62.9
	1992	1	2.9	65.7
	2001	7	20.0	85.7
	2002	3	8.6	94.3
	2000	2	5.7	100.0
	Total	35	100.0	

Merece ainda referência o facto de que a maioria da amostra possuía o 1.º Ciclo do Ensino Básico (N=10) à data da detenção. Dos restantes, 5 possuíam o 2.º Ciclo, 2 o 3.º Ciclo, 1 o 12.º ano, 2 frequentavam o Ensino Superior (1.º e 3.º anos) e 5 eram analfabetos. Não foi, no entanto, possível saber as habilitações de outra parte significativa dos sujeitos (N=10), uma vez que não estava mencionada nos processos criminais.

5. Metodologia

Para este estudo recorreu-se aos dados disponíveis nos «Processos Individuais» que se encontravam em arquivo exclusivo para todos os internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo, na Secção de Reclusos do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo.

A *posteriori*, procedeu-se à avaliação. Esta constou de uma entrevista a cada indivíduo e da aplicação do SCL90-R – Symptom Checklist-90-R.

Começou-se por fazer entrevistas aos indivíduos que estão em acompanhamento psicológico, individual e/ou em grupo, e que, por isso, tinham já uma relação de confiança estabelecida. Estes estavam habituados a fazer avaliações periódicas, que serviam sempre para o fim que lhes era dito. É de referir que estes indivíduos contribuíram para que outros também colaborassem, nomeadamente através de uma sensibilização progressiva ao papel do Psicólogo, mesmo sem terem sido directamente solicitados para isso.

Depois passou-se a uma fase em que alguns indivíduos procuravam o Psicólogo dizendo que também queriam fazer a avaliação, alguns por curiosidade e porque não queriam sentir-se discriminados (havendo inclusivamente verbalizações nesse sentido).

Ainda alguns ofereceram resistência à aplicação do inventário, situação que será abordada adiante. Por isso, estes não foram nem submetidos à entrevista nem à avaliação.

É de referir que dois dos indivíduos não realizaram nem entrevista nem avaliação por incapacidade de comunicação profunda.

A recolha de dados nos referidos «Processos Criminais» individuais, as entrevistas e a aplicação do inventário a cada indivíduo decorreram entre inícios de Outubro de 2002 e meados de Março de 2003.

5.1. Entrevista

Antes da entrevista propriamente dita foi feita uma breve abordagem a cada sujeito no *setting* da C.P.S.M., ou seja, nos corredores internos das referidas Alas (ver p. 160). Os internados eram convidados a deslocarem-se até ao Gabinete de Psicologia para falarem um pouco com o psicólogo e fazerem uma avaliação. Este dizia-lhes que a avaliação era para saber como estava o seu estado geral de saúde.

Cada indivíduo foi sujeito a uma entrevista realizada no Gabinete do Psicólogo. Cada entrevista durou cerca de 10 a 15 minutos, pois pretendia-se pôr o indivíduo à vontade e perguntar-lhe se estava disponível para fazer uma avaliação inserida num trabalho de investigação sobre o estado de saúde dos doentes internados na C.P.S.M.

A entrevista era semi-estruturada, incidindo apenas sobre questões como: saber o nome completo, a idade, o estado civil, a naturalidade, a residência, as habilitações literárias, a profissão, se tinha ou não filhos (e quantos), há quanto tempo estava na C.P.S.M., qual era o tempo máximo de duração da medida de segurança ou da pena, se tinha visitas ou não, se tinha apoio familiar ou outro, e como se sentia nesse momento na C.P.S.M.. A partir desta questão passava-se o instrumento de auto-avaliação.

5.2. Aplicação do inventário de auto-avaliação SCL-90-R

Logo a seguir à entrevista aplicou-se o SCL90-R – Symptom Checklist-90-R, inventário de auto-relato, ou seja, de auto-análise ou de auto-avaliação (ver Anexo 1). Este inventário é composto por 90 itens relacionados com problemas ou queixas sintomáticas médicas ou psiquiátricas que normalmente são colocadas pelas pessoas.

Como foi referido no ponto 3. do Capítulo anterior, teve-se acesso à versão americana actualizada, a qual a autora deste trabalho pediu para ser traduzida por duas Licenciadas em Línguas e Literaturas Modernas, pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, variantes Estudos Portugueses e Ingleses e Estudos Alemães e Ingleses, respectivamente Telma Sousa e Alexandra Neves Teve-se também acesso à

versão francesa e à versão que se encontra a circular em algumas instituições em Portugal, que embora sem nome do autor nem data, consta ter sido aferida por Vaz Serra (Anexo A-1.). A partir desta última versão referida elaborou-se uma folha de respostas (mantendo-se os itens aferidos para a população portuguesa) e teve-se também em conta a estrutura gráfica da versão americana (Anexo A-5.), a qual foi utilizada na aplicação do SCL-90-R à população geral da C.P.S.M. Também foi criada uma versão informatizada para o cálculo dos resultados do SCL-90-R e apresentação do perfil, pelo Dr. António Tavares Marques e que foi a utilizada, por questões práticas (Anexo A-6.).

Apesar de o SCL-90-R ter sido aplicado a todos os internados, interessa apenas, para este estudo, a avaliação que foi realizada aos doentes diagnosticados como esquizofrénicos aquando da sua detenção, mesmo sabendo que a população alvo deste estudo se enquadrava nos critérios considerados de «maus candidatos» (Derogatis, 1993, p. 7). Assim, optou-se pela aplicação deste inventário, não só porque periodicamente ele tem sido administrado, juntamente com outros testes, a vários internados na C.P.S.M. antes de poderem integrar o Serviço de Terapia Ocupacional do E.P.S.C.B., mas também, como se referiu no início deste ponto 4., porque alguns tinham uma relação de confiança estabelecida com o Psicólogo, sendo que estes e aqueles sensibilizaram outros.

O SCL-90-R foi ministrado logo após a entrevista e o tempo de aplicação variou entre 20 a 30 minutos, atingindo, assim, em alguns casos, o dobro do tempo de realização apontado por Derogatis (1993, p. 59), ou seja, «de 12 a 15 minutos».

Começou-se pelos internados habituados às avaliações periódicas. Depois passou-se a aplicar aos que procuravam voluntariamente o Gabinete de Psicologia.

Outros, mas poucos, ofereceram resistência, fazendo num primeiro momento perguntas ou comentários do tipo: “Essa avaliação é para me tirar daqui? Já estou cá há muito tempo.”, “Já sei! Depois vai fazer um relatório para o Juiz e eu não sei o que lá vai pôr.”, entre outras. Destes, uns recusaram-se ou mostraram-se relutantes e, por isso, apesar de constarem do Quadro 10, não foram nem submetidos à entrevista nem ao inventário de auto-avaliação. Outros, aceitaram, mas responderam negativamente a todas

as questões colocadas pelo instrumento de avaliação, podendo este comportamento ser revelador do facto de que não conseguiram ultrapassar a desconfiança.

É de referir ainda que dois dos indivíduos não realizaram a avaliação por incapacidade de comunicação profunda.

Relativamente ao inventário é de referir, como foi abordado no ponto 3. do Capítulo anterior, que este não possui «escalas de validade formais» por apenas medir dimensões de sintomas e não a personalidade, a não ser de forma indirecta. Apesar disso, os índices globais permitem saber se o indivíduo está a falsear mais ou menos conscientemente ou se o tipo de resposta aponta para uma inibição ou para um exagero.

A amostra padrão de Derogatis (1993), para o SCL-90-R, incluía 1002 doentes psiquiátricos externos, 974 não pacientes, 423 doentes psiquiátricos internados e 806 adolescentes não-pacientes (a partir dos 13 anos até aos 19 anos).

Interessa realçar, para este estudo, as características da amostra de doentes psiquiátricos internados. Os doentes eram maioritariamente solteiros (N=188, 44,4%), seguida de outra situação (N=125, 29,6%) e os restantes eram casados (N=110, 26,0%); sendo maioritariamente de raça branca (N=236, 55,8%), o restante distribuía-se pela negra (N=184, 43,5%) e outra (N=3, 0,7%), pertencentes, na sua grande maioria, à classe social IV (N=188, 44,4%) e V (N=145, 34,3%), que segundo Gonzaga (1994, p. 152) correspondem a primeira a «trabalhadores com um grau mínimo de preparação, como porteiros, carteiros, etc.» e a segunda a «trabalhadores indiferenciados – Porteiros, lixeiros, varredores, etc.». De referir ainda que apenas 158 (37,4%) eram do sexo masculino e os restantes 265 (62,6%) do sexo feminino.

Para a fiabilidade das dimensões de sintomas positivos e dos três índices globais do SCL-90-R, Derogatis (1993) recorreu ao estudo que realizou com 209 «voluntários sintomáticos», em 1976, e a outro estudo de Horowitz e outros, realizado em 1988 com 103 doentes psiquiátricos externos. Em ambas as investigações foi utilizado o Coeficiente α (Índice de Consistência Interna). Os Coeficientes variaram «desde um baixo .77 para o Psicoticismo a um alto .90 para a Depressão», no estudo efectuado em

1976, e «desde um baixo .79 para a Ideação Paranóide a um alto .90 para a Depressão», na investigação de 1988 (Derogatis, 1993, pp. 27 e 28).

Quanto ao Teste-Retest, Derogatis e outros (1976) utilizaram 94 doentes psiquiátricos externos heterogénios com um intervalo entre a avaliação e a reavaliação de uma semana, chegando à conclusão que os coeficientes variaram entre .80 e .90. Relativamente à pesquisa de Horowitz e outros (1988), em que o tempo entre as avaliações foi de 10 semanas, os coeficientes foram desde .68 a .83.

No que respeita à validação convergente-discriminante, Derogatis (1993, p. 33) refere que «vários estudos contrastaram o SCL-90-R com outras medidas multidimensionais de psicopatologia». Entre eles conta-se o realizado com os referidos 209 «voluntários sintomáticos», no qual Derogatis e outros contrastaram os scores das dimensões do SCL-90-R com os scores das escalas clínicas do MMPI, e ainda os scores das escalas de Wiggins e de Tyron, chegando à conclusão de que os resultados «apresentam níveis altamente aceitáveis de validade convergente-discriminante» e em que as «dimensões do SCL-90-R obtiveram as mais elevadas correlações com estruturas idênticas do MMPI em todos os casos, excepto no Obsessivo-Compulsivo, o qual não possui uma escala directamente comparável no MMPI» (Derogatis, 1993, p. 33).

Outros estudos foram realizados e entre os mais recentes contam-se os de Koeter (1992) e de Wiznitzer e outros (1992). Koeter, em 1992, avaliou a validade convergente discriminante entre o SCL-90-R e o General Health Questionnaire (GHQ-28), «com ênfase particular na ansiedade e depressão», concluindo que estas escalas apresentam boa validade; no entanto Koeter «recomendou o SCL-90-R como uma superior medida multidimensional de psicopatologias» (Derogatis, 1993, p. 34). Wiznitzer e outros, em 1992, recorreu ao «Receiver Operating Characteristic (ROC) para contrastar o desempenho do SCL-90-R, o GHQ-28 e da escala Young Adult Self-Report (YASR) na filtragem de jovens adultos entre os 18 e os 25 anos de idade», chegando à conclusão de que o SCL-90-R e o YASR superaram «substancialmente o GHQ-28 na amplitude da curva de filtragem do ROC (Derogatis, 1993, p. 34).

6. Apresentação e análise dos resultados

Revela-se agora necessária a apresentação e análise dos resultados a partir dos dados obtidos através da aplicação do SCL-90-R a toda a população da Clínica e, em especial, à população alvo deste estudo – os internados inimputáveis esquizofrénicos.

Assim, de seguida, far-se-á a apresentação dos resultados do inventário, procurando explorar os dados face às diferenças observadas em diversos grupos. Posteriormente, proceder-se-á à análise das associações mais significativas entre as variáveis, explorando as relações de dependência que se estabelecem entre estas e os construtos do inventário. Por fim, dar-se-á conta dos resultados referentes à fiabilidade do inventário.

De referir que, dada a densidade de dados, optou-se, neste ponto, por colocar algumas partes do texto na cor azul para facilitar a leitura de conclusões tiradas e interpretações aventadas.

6.1. Apresentação dos resultados relativamente à população total e à população alvo

Os resultados do inventário da SCL-90-R podem ser lidos em duas perspectivas, uma ligada ao sujeito isolado, a partir da qual é possível avaliar o doente face aos sintomas positivos outra ligada ao conjunto da população à qual foi aplicado o instrumento e que permite obter uma visão de conjunto. Interessa, pois, para este trabalho, a apresentação dos resultados de acordo com a segunda perspectiva. Pretende-se, assim, analisar os resultados gerais da população na tentativa de encontrar algumas regularidades e/ou particularidades transversais à população total ou aos diferentes grupos de doentes, em especial o dos esquizofrénicos.

Considera-se pertinente, de momento, fazer uma apresentação dos resultados obtidos no inventário relativamente à população total. Começa-se inicialmente pelos

que se referem aos resultados totais obtidos nas dimensões e nos índices gerais; de seguida far-se-á uma comparação dos resultados obtidos no inventário relativamente aos diferentes tipos de patologias; uma comparação entre os vários tipos de crimes e os diferentes tipos de patologias; uma comparação dos resultados obtidos no inventário relativamente ao tempo de internamento na C.P.S.M.; uma comparação dos resultados obtidos para o grupo da Esquizofrenia e o da restante população; uma comparação dos resultados obtidos no inventário entre os sujeitos diagnosticados com Esquizofrenia Paranóide e Outros tipos de Esquizofrenia; e, por fim, uma comparação dos resultados obtidos no inventário entre os esquizofrénicos que recebem ou não visitas.

– Resultados totais obtidos nas dimensões e nos índices gerais do SCL-90-R

Apesar da população ser constituída por 91 sujeitos apenas 78 foram considerados sujeitos válidos para fins estatísticos. Quanto às dimensões (*vide Tabela 4, p. 236*) verifica-se que de um modo geral as médias obtidas para cada uma delas, tendo em conta a população total, andam sensivelmente próximas das obtidas na população de Derogatis, autor do SCL-90-R. O Quadro 15 abaixo ilustra o que se acabou de referir.

QUADRO 15 – Comparação entre os resultados obtidos na população total da C.P.S.M. e os obtidos na população de Doentes Psiquiátricos Internados estudada por Derogatis

DIMENSÕES DE SINTOMAS POSITIVOS E ÍNDICES GLOAIS	RESULTADOS OBTIDOS NA POPULAÇÃO TOTAL DA C.P.S.M.		RESULTADOS OBTIDOS NA POPULAÇÃO ESTUDADA POR DEROGATIS (1993, p. 23)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Somatização	1.1397	1.1790	.82	.78
Obsessão/compulsão	1.2846	.7743	1.22	.96
Sensibilidade interpessoal	1.0082	.8432	1.03	.87
Depressão	1.3232	.8821	1.41	1.02
Ansiedade	.9449	.9507	1.22	.95
Hostilidade	.6199	.7216	.73	.76
Ansiedade fóbica	.6232	.8314	.71	.88
Ideação paranóide	1.2799	.9524	1.08	.84
Psicoticismo	.9051	.8716	.91	.78
G.S.I.	1.0436	.7197	1.06	.74
P.S.T.	39.60	21.12	43.90	22.95
P.S.D.I.	2.2215	.8233	1.99	.72

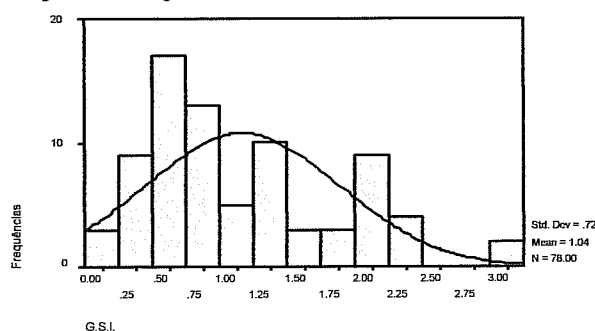
O que se salienta deste quadro é que relativamente à população total há diferenças mais significativas nas médias obtidas nas dimensões Somatização e Ansiedade, seguida, embora ligeiramente menos, da Ideação Paranóide. O mesmo se verifica relativamente aos valores encontrados para o PST, seguido, também embora menos, do PSDI.

Assim, de acordo com este estudo a Somatização teve como $M=1.1397$, afectada por um $dp=1.1790$, e no de Derogatis (1993) obteve a $M=.82$, com um $dp=.78$; na Ansiedade obteve-se um $M=.9449$, $dp=.9507$, enquanto a média encontrada por Degoratis foi de 1.22, afectada por um $dp=.95$; na Ideação Paranóide a média encontrada foi de 1.2799, com um $dp=.9524$, enquanto que na população de Derogatis foi de $M=1.08$, afectado por um $dp=.84$. Quanto ao PST ($M=39.60$, $dp=21.12$) e ao PSDI ($M=2.2215$, $dp=.8233$) os valores são também inferiores relativamente aos obtidos pelo autor do SCL-90-R (respectivamente, $M=43.90$, $dp=22.95$ e $M=1.99$, $dp=.72$). Considera-se, no entanto, que as características da população em estudo relativamente às características da amostra de Derogatis não apresentam diferenças significativas.

Devido ao facto de haver um maior interesse em explorar os valores obtidos nas diferentes dimensões relativamente aos diferentes grupos de patologias, que será objecto de tratamento adiante, considera-se pertinente integrar a leitura deste quadro aquando do tratamento desses dados (*vide* pp. 235 a 244, deste estudo).

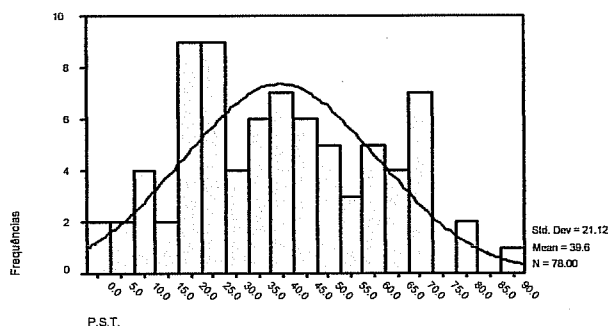
Quanto aos índices globais obtidos para a população total a análise efectuada permite dizer que a média para o GSI é de 1.0436, valor afectado por um $dp=.7197$, sendo o valor mais frequente nesta distribuição, ou seja, a moda, de .44. O mínimo observado correspondeu a .00 e o máximo a 3.03. De notar que 50% da população obteve valores inferiores a .81 neste índice geral (*vide* Tabela 1 do Anexo C-1.). A representação gráfica (Gráfico 7) também ajuda a perceber como estão distribuídos os sujeitos da população total relativamente aos resultados obtidos no GSI.

GRÁFICO 7 – Distribuição dos sujeitos mediante os resultados obtidos no GSI



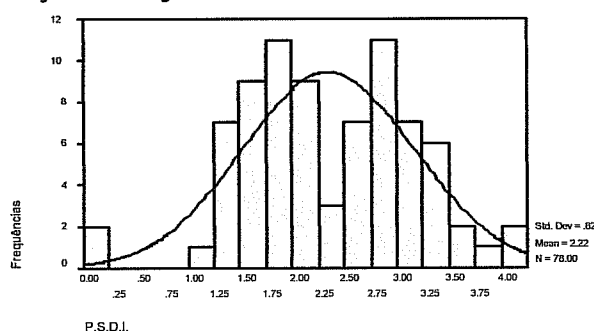
A média para o PST, como foi referido, assumiu um valor de $M=39.60$, com um desvio padrão de 21.12, sendo que o valor mais comum, correspondendo à moda, é de 25 (*vide* Tabela 1 do Anexo C-1.). O valor que divide a distribuição em duas partes iguais é dado pela mediana correspondendo neste caso a 38.50. Verificou-se um valor mínimo obtido de 00 e um valor máximo de 89. É possível referir que 50% da população tem valores superiores a 38.5 (*vide* Tabela 1 do Anexo C-1.). O Gráfico 8 ilustra estes dados.

GRÁFICO 8 – Distribuição dos sujeitos mediante os resultados obtidos no PST



A média geral do PSDI, como se referiu, é de $M=2.2215$ com um $dp=.8233$. O valor da moda neste caso é de 2.67. O mínimo obtido neste índice é de .00 e o máximo de 4.00, podendo ser dito que 50% dos sujeitos teve cotações acima dos 2.14 (*vide* Tabela 1 do Anexo C-1. e Gráfico 9).

GRÁFICO 9 – Distribuição dos sujeitos mediante os resultados obtidos na PSDI



Estes resultados vão ao encontro dos esperados para o caso do GSI pois, segundo Derogatis (1994, p. 23), a média para este índice em Doentes Psiquiátricos Internados do sexo masculino é de 1.06 e o desvio padrão .74. Quanto ao PST ($M=43.90$, $dp=22.95$) encontram-se diferenças mais acentuadas do que no PSDI ($M=1.99$, $dp=.72$) relativamente aos valores obtidos na população em estudo (*vide* Quadro 15, p. 232).

- Comparação dos resultados obtidos nas nove dimensões do inventário para os diferentes tipos de patologias

A análise dos resultados do inventário tendo em conta as diferentes patologias foi elaborada com base em quatro grupos: um referente aos doentes a quem foi diagnosticada Debilidade Mental que conta com um total de 28 sujeitos (dos quais 5 não entraram nas estatísticas dos testes por terem sido considerados omissos); outro que reúne os doentes aos quais foram diagnosticados vários tipos de Esquizofrenia, composto por 35 sujeitos (29 casos válidos e 6 omissos); um grupo que engloba as restantes patologias, constituído por 11 sujeitos (8 casos válidos e 3 omissos) e, por fim, um com 18 sujeitos aos quais não foi atribuída ou não estava especificada a patologia nos processos criminais (18 casos válidos).

A análise destes valores revela alguns dados gerais que se julga de interesse, entre os quais se realça a tendência para dois grupos – Debilidade Mental e Outras Patologias – registarem sempre as médias mais elevadas, enquanto que o da Esquizofrenia obteve sempre as médias mais baixas para todas as dimensões. Por outro lado, a análise aos valores mínimos e máximos obtidos indica que, na maioria dos casos, os grupos variam pouco de um extremo ao outro, isto é, têm tendência para obter valores dentro de pequenos intervalos, o que revela alguma concentração. Assim, este facto poderá ser interpretado como um sinal de fiabilidade na constituição dos grupos, pois os elementos que os compõem apresentam médias que variam pouco, embora, como se refere à frente, a sua constituição tenha suscitado algumas dúvidas (*vide* ponto 6.3. seguinte).

Verifica-se ainda uma tendência para se registarem valores mínimos de zero ou muito perto deste valor. Este facto deve ser tomado em conta dado que este tipo de valores não são normais, denunciando algum enviesamento dos resultados operados de uma forma consciente ou inconsciente pelo sujeito, numa tentativa de mascarar determinados sintomas.

Na Tabela 4, seguinte, que se segue, são apresentadas as médias dos vários grupos para as diferentes dimensões e índices gerais. Pode-se observar ainda alguns dados

TABELA 4 – Comparação das médias do SCL-90-R por grupos de patologia

		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	Debilidade Mental	23	1.3974	.8829	.25	4.00
	Esquizofrenia	29	.8652	1.5338	.00	8.00
	Outras patologias	8	1.3038	1.0119	.00	2.67
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.1800	.8709	.17	3.67
	Total	78	1.1397	1.1790	.00	8.00
Obsessão - Compulsão	Debilidade Mental	23	1.4609	.7114	.50	2.90
	Esquizofrenia	29	.9552	.7684	.00	2.60
	Outras patologias	8	1.7750	.8207	.70	3.20
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.3722	.6798	.30	2.70
	Total	78	1.2846	.7743	.00	3.20
Sensibilidade Interpessoal	Debilidade Mental	23	1.1104	.6063	.22	2.33
	Esquizofrenia	29	.8538	.8373	.00	2.67
	Outras patologias	8	1.1263	.9679	.00	2.78
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.0739	1.0667	.00	3.78
	Total	78	1.0082	.8432	.00	3.78
Depressão	Debilidade Mental	23	1.3848	.7370	.23	2.85
	Esquizofrenia	29	1.0276	.7933	.00	2.77
	Outras patologias	8	1.8363	1.2770	.15	3.77
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.4928	.8975	.15	3.38
	Total	78	1.3232	.8821	.00	3.77
Ansiedade	Debilidade Mental	23	1.1739	.8417	.10	3.00
	Esquizofrenia	29	.5483	.7264	.00	2.80
	Outras patologias	8	1.5375	1.3575	.00	3.60
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.0278	1.0185	.10	3.50
	Total	78	.9449	.9507	.00	3.60
Hostilidade	Debilidade Mental	23	.8839	.8420	.00	3.33
	Esquizofrenia	29	.2307	.3261	.00	1.17
	Outras patologias	8	1.1250	.9179	.00	2.50
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	.6850	.6645	.00	2.17
	Total	78	.6199	.7216	.00	3.33
Ansiedade Fóbica	Debilidade Mental	23	.9191	.9220	.00	2.86
	Esquizofrenia	29	.2669	.3627	.00	1.71
	Outras patologias	8	.8750	1.0950	.00	3.00
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	.7072	.9736	.00	3.00
	Total	78	.6232	.8314	.00	3.00
Ideação Paranóide	Debilidade Mental	23	1.3183	.9572	.00	3.50
	Esquizofrenia	29	1.1372	1.0464	.00	3.67
	Outras patologias	8	1.5425	1.1319	.17	3.33
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.3439	.7197	.17	2.67
	Total	78	1.2799	.9524	.00	3.67
Psicoticismo	Debilidade Mental	23	1.1087	.8185	.10	2.60
	Esquizofrenia	29	.5862	.8871	.00	3.40
	Outras patologias	8	1.2125	.9523	.10	2.30
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.0222	.7848	.10	2.70
	Total	78	.9051	.8716	.00	3.40
G.S.I.	Debilidade Mental	23	1.2370	.6125	.36	2.28
	Esquizofrenia	29	.7259	.6325	.00	2.33
	Outras patologias	8	1.4300	1.0072	.18	2.94
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	1.1367	.6943	.36	3.03
	Total	78	1.0436	.7197	.00	3.03
P.S.T.	Debilidade Mental	23	47.09	18.12	23	89
	Esquizofrenia	29	28.90	20.12	0	72
	Outras patologias	8	49.13	25.05	9	80
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	43.06	18.53	15	78
	Total	78	39.60	21.12	0	89
P.S.D.I.	Debilidade Mental	23	2.3313	.7819	1.25	3.80
	Esquizofrenia	29	2.0648	.9969	.00	4.00
	Outras patologias	8	2.2475	.6270	1.50	3.31
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	2.3222	.6413	1.30	3.50
	Total	78	2.2215	.8233	.00	4.00

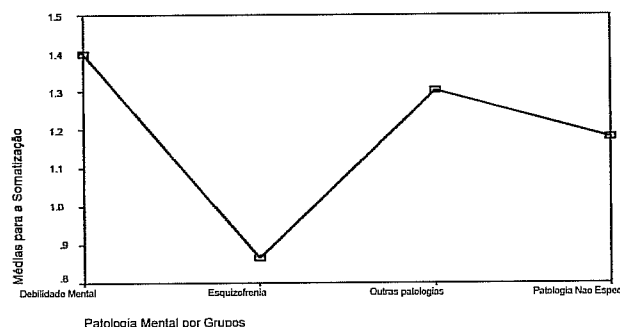
adicionais relacionados com esta estatística, como o desvio padrão e os valores mínimos e máximos obtidos para cada grupo de patologia.

A análise desta tabela pretende colocar em evidência as diferenças observadas entre grupos, isto é, a variação das médias. No entanto, deve-se ter em conta que a existência de grupos bastante pequenos coloca alguns problemas em termos estatísticos, uma vez que grupos de maior dimensão têm a tendência para absorver os valores mais elevados e os mais baixos, enquanto os muito pequenos são muito afectados por estes valores (Ribeiro, 1999; Guéguen, 1999). É de referir ainda o facto de a própria constituição dos grupos ter obedecido a parâmetros bastante pragmáticos, dado que se agrupou, por exemplo, em apenas um grupo os sujeitos com todas as Outras Patologias que não a Debilidade Mental e a Esquizofrenia, uma vez que o reduzido número de sujeitos não possibilitava a criação de vários grupos, pois inviabilizaria a execução da maior parte dos testes estatísticos.

Posto isto, faz-se agora uma apresentação sumária dos resultados observáveis na Tabela 4. Assim, é possível realçar que, para a dimensão Somatização, o grupo que obteve uma média mais elevada foi o grupo da Debilidade Mental ($M(23)=1.3974$, $dp=.8829$), embora a média não seja muito superior à do grupo de Outras Patologias e à do grupo de Patologia Não Especificada ou Não Atribuída (respectivamente, $M(8)=1.3038$, $dp=1.1019$ e $M(18)=1.1800$, $dp=.8709$), sendo a média mais baixa registada no grupo da Esquizofrenia ($M(29)=.8652$, $dp=1.5338$). Este último grupo juntamente com o de Outras Patologias obtiveram o *score* mínimo com um valor de zero. O *score* máximo foi obtido para a Esquizofrenia com um valor de 8, bastante superior ao valor mais próximo obtido no grupo da Debilidade Mental onde se registou um *score* máximo de 4.

Através desta representação gráfica das médias da Somatização para os vários grupos (Gráfico 10), percebe-se que há uma tendência para os Esquizofrénicos somatizarem menos ($M(29)=.8652$, $dp=1.5338$) do que os sujeitos inseridos nos outros grupos. Esta média, como já se referiu, aproxima-se mais da encontrada para a amostra

GRÁFICO 10 – Representação das médias referentes à dimensão Somatização para os diferentes grupos de patologias



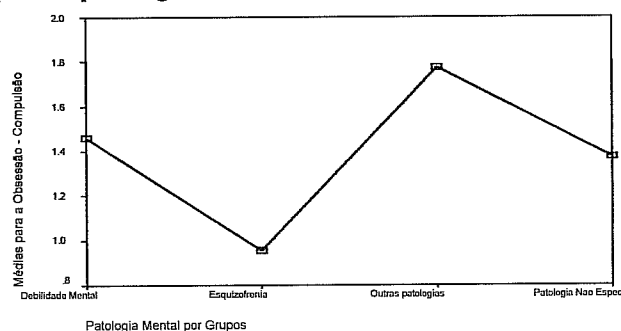
estudada por Derogatis (*vide* Quadro 15, p. 225), ou seja, $M(158)=.82$ afectada por um $dp=.78$. Quanto aos restantes grupos as médias tendem a ser relativamente próximas embora os maiores índices de Somatização se verifiquem no grupo da Debilidade Mental ($M(23)=1.3974$, $dp=.8829$).

A análise dos resultados para a dimensão Obsessão-Compulsão revela que o grupo que obteve maior índice é o das Outras Patologias apresentando uma média superior a todos os outros grupos ($M(8)=1.775$, $dp=.8207$). A média geral desta dimensão para esta população situa-se ligeiramente acima de um ($M(78)=1.2846$, $dp=.7743$), tal como para a população estudada por Derogatis ($M(158)=1.22$, $dp=.96$).

De referir que neste estudo o grupo da Esquizofrenia apresenta menor tendência para a Obsessão-Compulsão, obtendo a média mais baixa ($M(29)=.9552$, $dp=.7684$).

Uma leitura do Gráfico 11 denota que os sujeitos incluídos no grupo das Outras Patologias são os que revelam maiores sintomas positivos associados a esta dimensão.

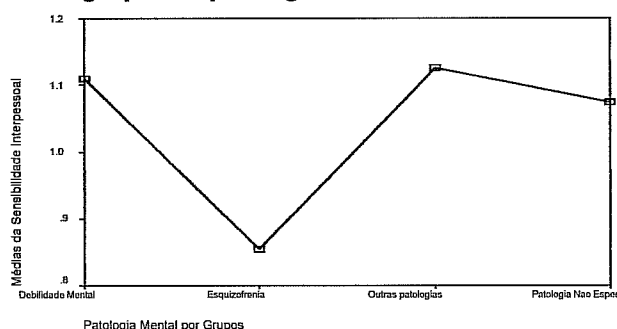
GRÁFICO 11 – Representação das médias referentes à Obsessão-Compulsão para os diferentes grupos de patologias



Quanto ao grupo da Debilidade Mental e ao grupo dos doentes com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída demonstram um comportamento relativamente próximo, o que talvez possa ser explicado pela heterogeneidade dos sujeitos que compõem ambos os grupos.

Os dados obtidos na dimensão Sensibilidade Interpessoal (Gráfico 12) indicam uma maior homogeneidade no comportamento dos grupos, dado que embora a média mais alta se registre no grupo das Outras Patologias ($M(8)=1.1263$, $dp=.9679$), nos restantes grupos verificaram-se médias acima de 1 e próximas daquele valor, com a excepção do grupo da Esquizofrenia que obteve uma média inferior ($M(29)=.8538$, $dp=.8373$).

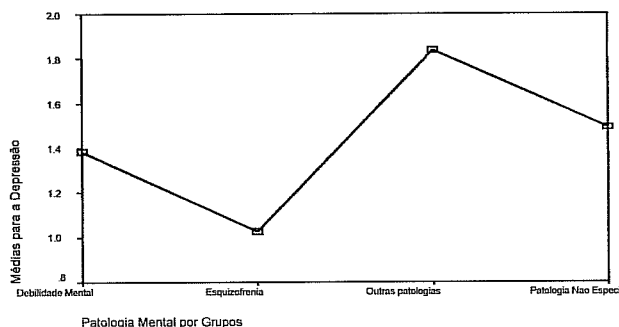
GRÁFICO 12 – Representação das médias referentes à Sensibilidade Interpessoal para os diferentes grupos de patologias



Para a dimensão Sensibilidade Interpessoal a média da população total apresenta um valor que vem confirmar esta tendência para a concentração perto do um ($M(78)=1.0082$, $dp=.8432$), o que vai também ao encontro da média obtida na amostra de Derogatis ($M(158)=1.03$, $dp=.87$).

Como é possível observar, a partir da representação gráfica (Gráfico 13), na dimensão Depressão os sujeitos diagnosticados com Esquizofrenia apresentam mais uma vez índices claramente abaixo da média da população ($M(29)=1.0276$, $dp=.7933$). De facto, exceptuando este grupo todos os outros obtêm médias superiores a 1.3, destacando-se o das Outras Patologias que apresenta um índice mais elevado ($M(8)=1.8363$, $dp=1.2770$).

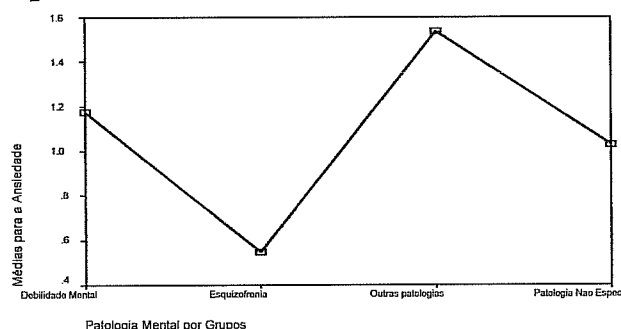
GRÁFICO 13 – Representação das médias referentes à Depressão para os diferentes grupos de patologias



Quanto à média obtida na nesta dimensão relativamente à população total situa-se ligeiramente acima de um ($M(78)=1.3232$, $dp=.8821$), estando próxima da apresentada na amostra de Derogatis ($M(158)=1.41$, $dp=1.02$).

Na dimensão Ansiedade os dados revelam o grupo de Outras Patologias como sendo aquele com maior índice ($M(8)=1.5375$, $dp=1.3575$). O grupo dos sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída e o grupo da Debilidade Mental apresentam médias muito próximas ligeiramente acima de um (*vide* Tabela 4, p. 236).

GRÁFICO 14 – Representação das médias referentes à Ansiedade para os diferentes grupos de patologias



Através do Gráfico 14, acima, é novamente notório que o grupo da Esquizofrenia apresenta a média mais baixa ($M(29)=.5483$, $dp=.7264$).

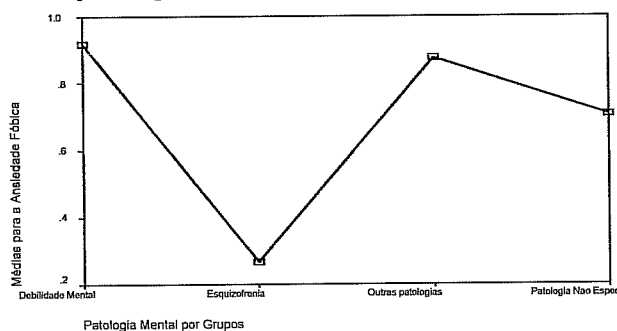
Relativamente à população total a média é de $M=.9449$, afectada por um $dp=.9507$, sendo que a apresentada na amostra de Derogatis assume valores acima de um ($M(158)=1.22$, $dp=.95$).

Quanto à dimensão Hostilidade (*vide* Tabela 4) verifica-se que a média mais elevada foi obtida no grupo das Outras Patologias ($M(8) = 1.1250$, $dp=.9179$), sendo que o grupo da Esquizofrenia apresenta a média mais baixa ($M(29)=.2307$, $dp=.3261$). A média de toda a população para esta dimensão ($M(78)=.6199$, $dp=.7216$) é bastante afectada pelo valor da média do grupo da Esquizofrenia dado que os restantes grupos apresentam médias com valores entre os .6 e o 1.1. Esta média total é, no entanto, próxima da obtida na população estudada por Derogatis: $M(158)=.73$, $dp=.76$.

Outro dado merecedor de registo é que nesta dimensão o valor mínimo obtido em todos os grupos foi de zero, o mesmo se passando com a dimensão Ansiedade Fóbica.

Nesta última dimensão referida, a média mais elevada foi obtida pelo grupo com Debilidade Mental ($M(23)=.9191$, $dp=.9220$) e a mais baixa pelo grupo dos Esquizofrénicos ($M(29)=.2669$, $dp=.3627$). Os restantes grupos obtiveram médias entre .7 e .8. A clara discrepância dos valores obtidos relativamente ao grupo dos Esquizofrénicos e os restantes grupos pode também ser observada no Gráfico 15.

GRÁFICO 15 – Representação das médias referentes à Ansiedade Fóbica para os diferentes grupos de patologias



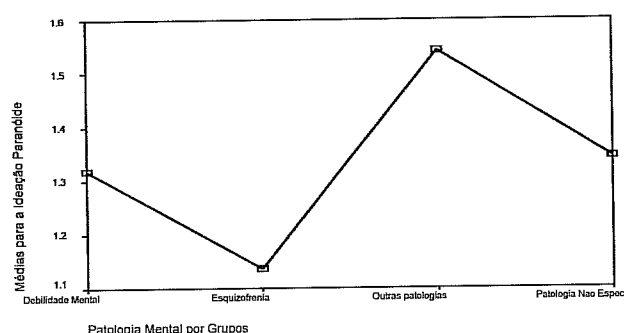
Comparando a média obtida na população total ($M(29)=.6232$, $dp=.8314$) com a da amostra de Derogatis ($M(158)=.71$, $dp=.88$) verifica-se que andam igualmente muito próximas.

Para a dimensão Ideação Paranóide (Gráfico 16) o grupo da Esquizofrenia obtém igualmente a média mais baixa ($M(29)=1.1372$, $dp=1.0464$). O grupo referente aos

sujeitos com Outras Patologias tem a média mais elevada ($M(8)=1.5425$, $dp=1.1319$). Os restantes grupos apresentam médias de aproximadamente 1.3.

Através da representação gráfica (Gráfico 16), referente a esta dimensão, verifica-se também que mais uma vez o grupo dos sujeitos com Esquizofrenia obtém uma média muito inferior relativamente aos restantes grupos, os quais revelam um comportamento mais ou menos similar para a Ideação Paranóide.

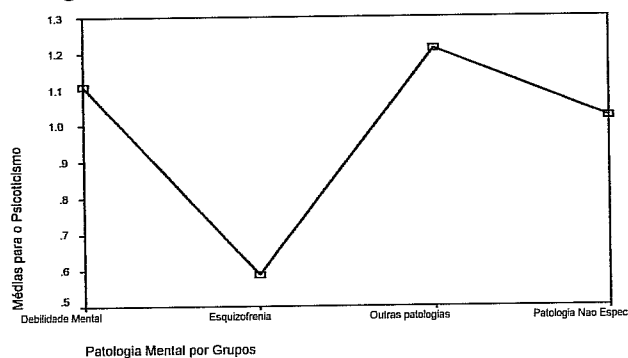
GRÁFICO 16 – Representação das médias referentes à Ideação Paranóide para os diferentes grupos de patologias



A média de toda a população ($N=78$) para esta dimensão é de 1.2799 com um desvio padrão de .9524. Esta apresenta valores relativamente próximos da média apresentada na população estudada por Derogatis ($M(158)=1.08$, $dp=.84$).

Para a dimensão Psicoticismo a média mais baixa verifica-se para o grupo da Esquizofrenia ($M(29)=.5862$, $dp=.8871$), enquanto que a mais elevada foi obtida pelo grupo das Outras Patologias ($M(8)=1.2125$, $dp=.9523$), o que também é evidente na representação gráfica (Gráfico 17).

GRÁFICO 17 – Representação das médias referentes ao Psicoticismo para os diferentes grupos de patologias



Nesta dimensão, Psicoticismo, a média da população total ($M(78)=.9051$, $dp=.8716$) é muito próxima da apresentada na amostra de Derogatis ($M(158)=.91$, $dp=.78$).

Depois de terem sido estabelecidas as comparações entre as diferentes dimensões de sintomas primários do SCL-90-R e os diversos grupos de patologias, tendo em conta a população total, é de salientar o facto de que em todas as dimensões o grupo da Esquizofrenia obteve os índices mais baixos relativamente aos restantes. No entanto, considera-se pertinente referir que, por ordem decrescente de valores obtidos, se verifica para o grupo da Esquizofrenia que a dimensão em que os índices foram mais acentuados foi a Ideação Paranóide, seguida da Depressão, Obsessão-Compulsão, Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Psicoticismo, Ansiedade, Ansiedade Fóbica e, por fim, os valores mais baixos foram registados na dimensão Hostilidade.

Na verdade, mal os sujeitos são internados na C.P.S.M. dão início ao seu tratamento, pelo que, como é óbvio, acontece o mesmo com os diagnosticados com Esquizofrenia. Assim, é natural que a maioria destes estivesse com o tratamento a decorrer e/ou estivessem compensados. Este poderá ser um dos motivos para que na altura em que decorreu a avaliação psicológica, com a aplicação do SCL-90-R, grande parte dos sujeitos estivessem compensados, ou seja, mais ligados ao real com a “adesão” (“imposição”) ao tratamento.

No entanto, como se está perante uma população que se encontra sujeita a regras próprias de um regime fechado prisional, em que há regras intragrupo e regras definidas pela instituição e por uma panóplia de funcionários, não admira que os vectores paranóides sejam mais elevados. Se já na vida em liberdade por vezes esses vectores estão presentes, a tendência será acentuarem-se num regime fechado, em que a “cultura” passa por não acreditar nos outros, em especial nos funcionários, pois estes poderão estar ao serviço do que é definido em termos jurídicos e não ao serviço clínico. A título de

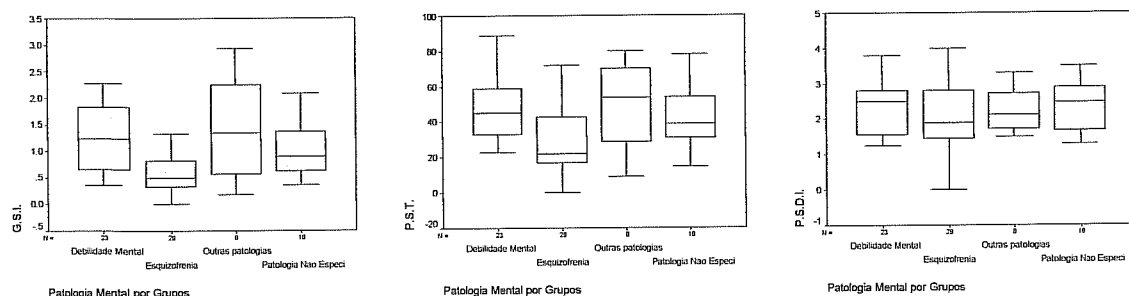
exemplo, cita-se o caso de um indivíduo que várias vezes criou expectativas de saída para ensaiar Liberdade para Prova por considerar que ao ter visitas regulares e ser recebido em casa dos seus familiares quando sai de precária, tal seria óbvio acontecer. No entanto, apesar de ao doente esses familiares não terem coragem de se manifestarem indisponíveis, «porque uma coisa é recebê-los por uns dias de vez em quando, outra coisa é tê-los diariamente», quando na presença de técnicos mostram-se renitentes.

Indo um pouco mais atrás, na continuação da análise dos resultados, verifica-se que a segunda dimensão em que os valores se apresentam elevados é a Depressão, o que poderá ser indicador de que estes sujeitos se encontram mais compensados, andando assim mais ligados à realidade.

– Comparação dos resultados obtidos nos índices globais do inventário para os diferentes tipos de patologias

Passa-se agora à análise dos índices gerais para os diferentes grupos (*vide* Tabela 4, p. 236). Verifica-se que para o GSI a média mais elevada obteve-se no grupo constituído por sujeitos com Outras Patologias ($M(8)=1.4300$, $dp=1.0072$). O grupo em que a média é mais baixa é o dos Esquizofrénicos ($M(8)=.7259$, $dp=.6325$). Este cenário repete-se para o PST. Quanto às médias do PSDI verifica-se que a mais elevada é a dos sujeitos com Debilidade Mental ($M(23)=2.3313$, $dp=.7819$). O Gráfico 18 demonstra o que se acabou de referir.

GRÁFICO 18 – Representação das médias referentes aos índices gerais do SCL-90-R para os diferentes grupos de patologias



Relativamente à média total para estes índices gerais verifica-se que o valor encontrado para o GSI ($M(78)=1.0436$, $dp=.7197$) na população total em estudo vai ao encontro do obtido por Derogatis na sua amostra ($M(158)=1.06$; $dp=.74$). Quanto ao PSDI a população em estudo obteve uma $M(78)=2.2215$, $dp=.8233$, valor ligeiramente acima obtido por Derogatis ($M(158)=1.99$, $dp=.72$). Verifica-se uma diferença ligeiramente acentuada relativamente aos valores do PST, ou seja, para a população em estudo ($N=78$) a média é de 39.60, afectada por um desvio padrão de 21.12, enquanto que para a amostra de Derogatis ($N=158$) a média é de 43.90, com um $dp=22.95$.

No sentido de analisar a variância das médias obtidas, pelos vários grupos nas dimensões de sintomas primários e nos índices gerais do inventário, foi realizado o teste Oneway Anova (*vide Tabela 3 do Anexo C-1.*). Os resultados deste teste revelam que, de facto, existem diferenças significativas entre grupos para a maioria das dimensões e para os índices gerais. Assim, para a Obsessão-Compulsão a estatística F apresenta um valor de 3.632 com 3 graus de liberdade, ao qual está associado um nível de significância $p<.017$. Este facto é indicador de que os grupos têm variabilidades internas diferentes, isto é, que efectivamente as várias patologias têm índices de Obsessão-Compulsão diferentes. O mesmo ocorreu para as dimensões Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e para os índices gerais GSI e PST (*vide Tabela 3 do Anexo C-1.*).

No sentido de refinar a análise, procurou-se conhecer quais eram as variações significativas entre grupos para as várias dimensões e índices gerais. É possível identificar duas dimensões em que os sujeitos com Debilidade Mental diferem dos sujeitos a quem foi diagnosticado Esquizofrenia: trata-se da Hostilidade e da Ansiedade Fóbica (*vide Tabela 4, da p. 236, e Tabelas 6 e 7 do Anexo C-1.*).

Assim, para a Hostilidade o grupo da Debilidade Mental ($N=23$) apresenta uma média superior à dos Esquizofrénicos ($N=29$), sendo que o primeiro grupo tem de $M=.8839$, valor afectado por um $dp=.8420$, enquanto o segundo revela uma $M=.2307$ com um $dp=.3261$ (*Tabela 6 do Anexo C-1.*). O valor da estatística F para esta dimensão

é de 13.731 ao qual está associado um nível de significância de $p < .001$, este valor parece indicar que realmente estes dois grupos não têm a mesma variabilidade interna face a esta dimensão. A estatística t apresenta um valor de 3.517 com 27.242 graus de liberdade ao qual tem associado um nível de significância de $p < .002$. Logo, estes resultados parecem confirmar a nossa hipótese de pesquisa, demonstrando que de facto estes grupos têm médias diferentes face a esta dimensão, parecendo que o grupo de debilidade mental é mais hostil do que o grupo dos esquizofrénicos (*vide* Tabela 7 do Anexo C-1.).

Igualmente para a Ansiedade Fóbica se verificam diferenças para os referidos grupos. O grupo dos débeis mentais apresenta uma média superior ($M = .9191$), ao dos esquizofrénicos ($M = .2669$), valores afectados respectivamente por um $dp = .9220$ e $dp = .3627$ (*vide* Tabela 4, p. 236, e Tabela 6 do Anexo C-1.).

O valor da Estatística F para esta dimensão é 28.526, que está associado a uma significância $p < .000$, o também parece indicar que estes grupos não têm variabilidade interna. O valor da estatística t é de 3.202 com 27.408 graus de liberdade, ao qual está associado um nível de significância de $p < .003$ (*vide* Tabela 7 do Anexo C-1.).

– Comparação dos resultados entre os vários tipos de crime e os diferentes tipos de patologias

Relativamente à população total, é ainda pertinente referir que os diferentes tipos de crime têm incidências diferentes mediante os grupos, assim, de acordo com o que se pode verificar na Tabela 5, na página seguinte, o Crime Contra as Pessoas tem particular incidência no grupo da Esquizofrenia. De facto, em 34 sujeitos, 30 praticaram esse crime, sendo ainda bastante relevante o baixo nível de incidência para os outros crimes. O grupo de pacientes a quem foi diagnosticada Debilidade Mental apresenta também uma incidência relevante no que se refere aos crimes cometidos contra as pessoas, tendo sido praticados por 16 sujeitos num total de 28, embora neste grupo já se verifique uma maior distribuição por outros tipos de crime como, por exemplo, com os Crimes Contra o Património cometidos por 11 sujeitos. Estes dados são corroborados por vários estudos referidos atrás (*vide* pp. 113 e 114).

TABELA 5 – Distribuição dos diferentes tipos de patologia pelos crimes cometidos

Count		Tipo de Crime				Total
		Crime contra as pessoas	Crime contra a vida em sociedade	Crimes contra o Património	Informacao Insuficiente	
Patologia Mental por Grupos	Debilidade Mental	16	1	11		28
	Esquizofrenia	30	2	2		34
	Outras patologias	4	2	5		11
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	11	1	4	2	18
	Total	61	6	22	2	91

De qualquer forma é bem patente que para esta população os Crimes Contra as Pessoas são os mais cometidos, verificando-se um total de 61 crimes cometidos pelo total dos elementos. O crime menos cometido é contra a vida em sociedade, o qual contabiliza apenas 6 sujeitos (Tabela 5, acima, e [Tabela 8 do Anexo C-1.](#))

Quando se procurou descobrir se de facto existiam diferenças estatisticamente relevantes, verificou-se que o grupo da Debilidade Mental ($N=28$) apresenta uma média superior ($M=.82$ com um $dp=.98$) à do grupo da Esquizofrenia ($M(34)=.18$, $dp=.52$), tal como é possível verificar na [Tabela 9 do Anexo C-1.](#)

A estatística F revela um valor de 51.254 ao qual está associada uma significância de $p<.000$ levando a crer que estes grupos não têm uma variabilidade semelhante. Assim, a estatística $t=3.128$ com 39.191 graus de liberdade ao qual está associada uma significância de $p<.003$ parece confirmar a hipótese de pesquisa, levando a crer que de facto estes grupos variam no tipo de crime cometido (*vide* [Tabela 10 do Anexo C-1.](#)).

Quando se comparou os grupo da Esquizofrenia com o de Outras Patologias, obteve-se um valor da estatística F de 13.466 com uma significância de $p<.001$ ([Tabelas 11 e 12 do Anexo C-1.](#)), levando a crer que o grupo não têm uma variabilidade semelhante. Este facto confirma-se dado o valor da estatística $t=-3.066$ com 12.029 graus de liberdade que tem associada uma significância de $p<.010$.

O mesmo acontece com a comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia e o da Patologia Não Especificada ou Não Atribuída (*vide* [Tabela 15 e 16 do Anexo C-1.](#)). Assim, apesar da estatística F apresentar um valor de 31.066, com uma significância de $p<.000$, leva a crer que estes grupos não têm uma variabilidade

semelhante. A estatística $t=-2.301$ com 20.759 graus de liberdade tem associada uma significância de $p<.032$, o que não nos permite rejeitar a hipótese de nulidade, indicando que de facto os grupos variam face ao tipo de crime cometido.

– **Comparação dos resultados obtidos no inventário relativamente ao tempo de internamento na C.P.S.M.**

Procurou-se saber ainda se os resultados obtidos no SCL-90-R variavam mediante o tempo de internamento dos sujeitos na C.P.S.M., esta análise foi elaborada com base em quatro grupos: um com um tempo de internamento menor ou igual a três anos constituído por 41 sujeitos, outro cujo internamento varia entre os 4 e os 5 anos com 12 doentes, um grupo com 19 indivíduos que estão internados entre 6 a 8 anos e, por fim, um grupo com um período de internamento superior a 8 anos que conta com 6 sujeitos.

A análise foi desenvolvida, à semelhança do que se fez para a patologia, de uma forma independente para todas dimensões e índices gerais.

A partir da análise da Tabela 6, na página seguinte, é possível verificar que para a dimensão Somatização os grupos têm médias que diferem entre si, de uma forma geral. Destaca-se o grupo com um período de internamento de mais de oito anos que obtém uma média geral mais elevada ($M=1.2217$), embora os valores não sejam muito diferentes entre todos os grupos dado que o valor médio mais baixo foi obtido pelo grupo de 4 a 5 anos com um valor de $M=1.1050$.

De um modo geral, deve realçar-se que o desvio padrão associado a esta distribuição é bastante alto para todos os grupos, sendo o menor para o grupo de mais de oito anos ($dp=.5319$), indicando que os grupos têm uma variabilidade interna bastante grande.

Outro dado de interesse refere-se aos *scores* mínimos e máximos obtidos. Assim é de realçar que três grupos apresentam *scores* na ordem dos .00, facto que poderá ser revelador de que os sujeitos poderão ter tentado “mascarar” as respostas de forma deliberada ou não.

TABELA 6 – Comparação das médias do SCL-90-R por tempo de internamento na CPSM

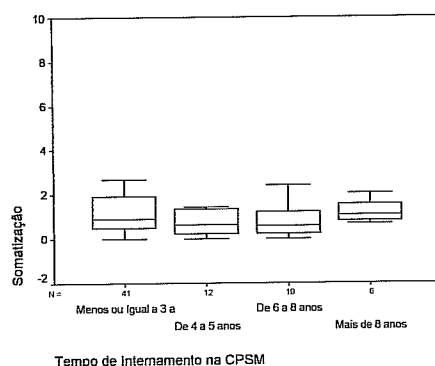
		Frequências	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	Menos ou Igual a 3 anos	41	1.1439	.80112	.00	2.67
	De 4 a 5 anos	12	1.1050	1.35605	.00	4.00
	De 6 a 8 anos	19	1.1268	1.82065	.00	8.00
	Mais de 8 anos	6	1.2217	.53192	.67	2.08
	Total	78	1.1397	1.17903	.00	8.00
Obsessão - Compulsão	Menos ou Igual a 3 anos	41	1.3268	.74398	.00	3.20
	De 4 a 5 anos	12	1.3000	.96578	.00	2.90
	De 6 a 8 anos	19	1.0526	.75452	.00	2.60
	Mais de 8 anos	6	1.7000	.52536	.90	2.40
	Total	78	1.2846	.77427	.00	3.20
Sensibilidade Interpessoal	Menos ou Igual a 3 anos	41	1.0241	.79129	.00	2.89
	De 4 a 5 anos	12	1.0925	1.15231	.00	3.78
	De 6 a 8 anos	19	.8474	.79357	.00	2.56
	Mais de 8 anos	6	1.2400	.75414	.44	2.33
	Total	78	1.0082	.84316	.00	3.78
Depressão	Menos ou Igual a 3 anos	41	1.5361	.86879	.15	3.77
	De 4 a 5 anos	12	1.1843	.98747	.15	3.38
	De 6 a 8 anos	19	1.0289	.83686	.00	2.54
	Mais de 8 anos	6	1.0783	.67839	.23	1.77
	Total	78	1.3232	.88215	.00	3.77
Ansiedade	Menos ou Igual a 3 anos	41	1.0976	.97095	.00	3.60
	De 4 a 5 anos	12	1.0333	1.29217	.00	3.50
	De 6 a 8 anos	19	.5789	.68927	.00	2.50
	Mais de 8 anos	6	.8833	.51929	.20	1.40
	Total	78	.9449	.95069	.00	3.60
Hostilidade	Menos ou Igual a 3 anos	41	.7237	.84196	.00	3.33
	De 4 a 5 anos	12	.5700	.67196	.00	2.00
	De 6 a 8 anos	19	.4126	.48295	.00	1.67
	Mais de 8 anos	6	.6667	.50377	.00	1.33
	Total	78	.6199	.72157	.00	3.33
Ansiedade Fóbica	Menos ou Igual a 3 anos	41	.7212	.84240	.00	3.00
	De 4 a 5 anos	12	.8809	1.19094	.00	3.00
	De 6 a 8 anos	19	.2553	.42688	.00	1.71
	Mais de 8 anos	6	.6033	.66199	.00	1.86
	Total	78	.6232	.83140	.00	3.00
Ideação Paranoide	Menos ou Igual a 3 anos	41	1.2920	.92807	.00	3.50
	De 4 a 5 anos	12	1.3350	.84058	.17	2.67
	De 6 a 8 anos	19	1.1668	1.15347	.00	3.67
	Mais de 8 anos	6	1.4450	.80204	.67	2.67
	Total	78	1.2799	.95236	.00	3.67
Psicoticismo	Menos ou Igual a 3 anos	41	.9366	.82455	.00	2.60
	De 4 a 5 anos	12	.9833	.94948	.00	2.70
	De 6 a 8 anos	19	.7789	.98971	.00	3.40
	Mais de 8 anos	6	.9333	.81650	.10	2.20
	Total	78	.9051	.87162	.00	3.40
G.S.I.	Menos ou Igual a 3 anos	41	1.1498	.68499	.16	2.94
	De 4 a 5 anos	12	1.0583	.91703	.03	3.03
	De 6 a 8 anos	19	.7806	.68241	.00	2.33
	Mais de 8 anos	6	1.1217	.57811	.50	1.90
	Total	78	1.0436	.71973	.00	3.03
P.S.T.	Menos ou Igual a 3 anos	41	42.54	19.020	12	80
	De 4 a 5 anos	12	36.58	23.781	3	78
	De 6 a 8 anos	19	31.74	21.473	0	67
	Mais de 8 anos	6	50.50	24.501	23	89
	Total	78	39.60	21.119	0	89
P.S.D.I.	Menos ou Igual a 3 anos	41	2.3298	.69636	1.17	3.95
	De 4 a 5 anos	12	2.2817	.88967	1.00	3.80
	De 6 a 8 anos	19	2.0089	1.07841	.00	4.00
	Mais de 8 anos	6	2.0350	.56056	1.33	3.04
	Total	78	2.2215	.82335	.00	4.00

Verifica-se ainda alguma discrepância entre os valores máximos obtidos com o grupo de 6 a 8 anos, cujo valor máximo é de 8, e o grupo de mais de oito anos que apresenta um valor máximo de 2.08.

Uma leitura do Gráfico 19 (página seguinte) permite tirar mais algumas conclusões acerca da distribuição da população para esta dimensão. Assim, através deste

gráfico pode-se observar que a concentração de sujeitos dos diferentes grupos relativos ao tempo de internamento situa-se entre valores de zero e dois, embora seja patente uma concentração significativa abaixo do 1.

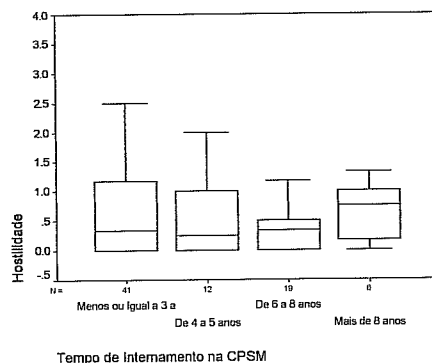
GRÁFICO 19 – Representação das médias obtidas para a Somatização por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



Outras conclusões, a partir deste gráfico, podem ser tiradas, nomeadamente acerca da distribuição da população. Assim, a maioria das caixas apresenta uma mediana abaixo deste valor (1) indicando a concentração de 50% de cada grupo neste intervalo mais restrito. O grupo que apresenta uma distribuição mais assimétrica é o grupo com um tempo de internamento igual ou menor a 3 anos, embora seja também de notar que este é o grupo com maior número de sujeitos.

No que se refere às médias para a dimensão Hostilidade, tal como é possível ver na Tabela 6 (p. 249), o grupo que obteve uma média mais elevada é aquele com um período de internamento menor ou igual a 3 anos ($M=.7237$ com um $dp=.8420$), parecendo ser

GRÁFICO 20 – Representação das médias obtidas para a Hostilidade por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.

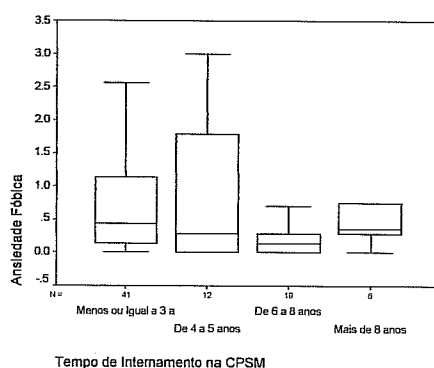


este o grupo com maior índice nesta dimensão. O grupo que regista uma média mais baixa é o grupo de 6 a 8 anos ($M=.4126$ com um $dp=.4830$). Deve notar-se que em todos os grupos o *score* mínimo foi de zero e o *score* máximo registou-se no grupo até 3 anos com um valor de 3.33. Esta distribuição pode ser observada no Gráfico 20 (na página anterior).

Em relação à Ansiedade Fóbica é possível verificar que esta assume valores médios mais elevados nos dois primeiros grupos (respectivamente, $M=.7212$ com um $dp=.8424$ e $M=.8809$ com um $dp=1.1909$), atingindo depois um valor médio relativamente baixo no grupo de internamento entre os 6 e os 8 anos ($M=.2553$ com um $dp=.4269$). Em todos os grupos o *score* mais baixo foi de zero e o mais alto registou-se nos dois primeiros grupos com um valor de 3.00.

Face a isto é possível dizer que aparentemente os doentes nos primeiros anos têm tendência para demonstrarem níveis mais elevados de Ansiedade Fóbica, valor que parece descer num período intermédio para depois registar novamente uma subida, tal como é possível visualizar no Gráfico 21.

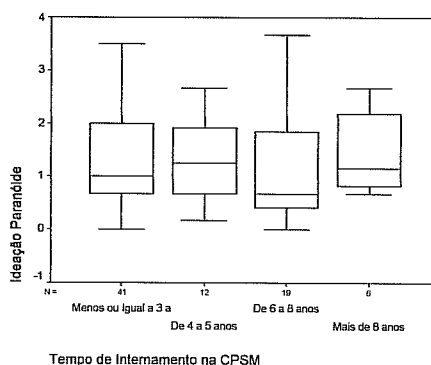
GRÁFICO 21 – Representação das médias obtidas para a Ansiedade Fóbica por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



No que se refere à Ideação Paranóide verifica-se que todos os grupos obtiveram médias superiores a 1, registando-se um valor máximo para o grupo com mais de oito anos ($M=1.4450$ com um $dp=.8020$) e um valor mínimo para o grupo de 6 a 8 anos

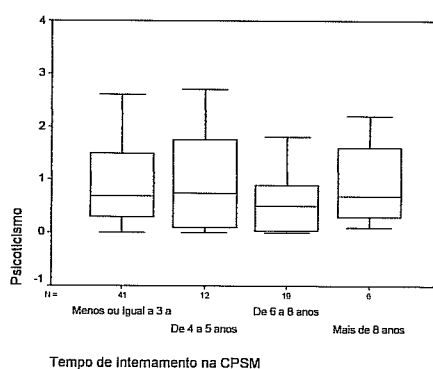
($M=1.1668$ com um $dp=1.1535$). Os *score's* mais baixos oscilam entre .00 e .67 e os mais altos entre 2.67 e 3.67. O Gráfico 22, na página seguinte ilustra esta distribuição.

GRÁFICO 22 – Representação das médias obtidas para a Ideação Paranóide por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



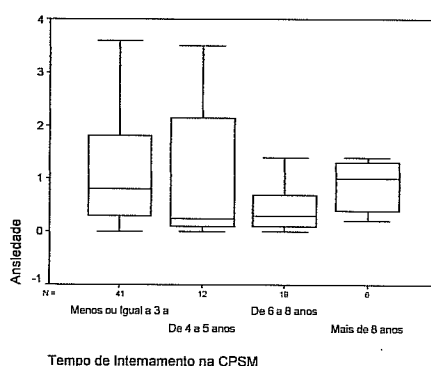
Em relação ao Psicoticismo é possível verificar que os valores médios se situam todos abaixo de 1, embora assumam valores bastante homogéneos para quase todos os grupos, à excepção do grupo de 6 a 8 anos em que se verifica uma média ligeiramente mais baixa ($M=.7789$ com um $dp=.9897$). Este facto parece indicar que o tempo de internamento não afecta de uma forma muito forte o Psicoticismo. Em quase todos os grupos o *score* mais baixo verificado foi de zero, à excepção do grupo com mais de oito anos que apresenta um *score* mais baixo, de .10. De referir, no entanto, que o *score* mais elevado registou-se no grupo dos 6 aos 8 anos com um valor de 3.40. Através do Gráfico 23 é possível observar esta distribuição.

GRÁFICO 23 – Representação das médias obtidas para o Psicoticismo por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



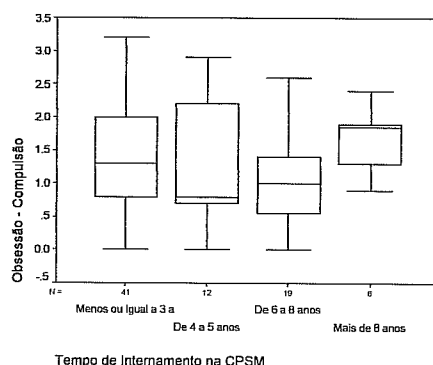
Em relação à Ansiedade é possível verificar que esta assume valores médios mais elevados nos dois primeiros grupos (respectivamente $M=1.0976$ com um $dp=.9709$ e $M=1.033$ com um $dp=1.2922$) atingindo depois um valor médio relativamente baixo no grupo de internamento entre os 6 e os 8 anos ($M=.5789$ com um $dp=.6893$). Em todos os grupos o *score* mais baixo foi de zero, à excepção do grupo com mais de oito anos que teve um *score* mais baixo de .20, curiosamente à medida que o tempo de internamento avança o *score* máximo tende a diminuir. O Gráfico 24, a seguir, ilustra esta distribuição.

GRÁFICO 24 – Representação das médias obtidas para a Ansiedade por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



Em relação à Obsessão-Compulsão a média mais elevada é registada no grupo com mais de oito anos ($M=1.7$ com um $dp=.5254$), porém, é possível verificar que os valores médios em todos os grupos se situam acima do 1 e os dois primeiros grupos têm médias muito aproximadas. O *score* mais baixo, nos três primeiros grupos foi de zero, no último tem um valor de .80 e o mais alto registou-se no primeiro grupo com um valor de 3.20.

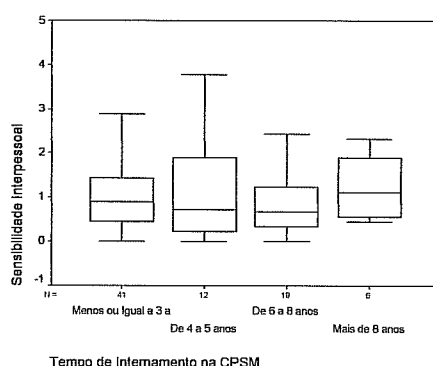
GRÁFICO 25 – Representação das médias obtidas para a Obsessão-Compulsão por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



Uma leitura do Gráfico 25 permite-nos identificar que para a Obsessão-Compulsão os sujeitos têm uma distribuição mais alargada em termos de *score* do que para a Somatização. Assim, sobretudo o grupo de menos ou igual a 3 anos tem limites bastante amplos entre 0 e 3 (*vide* Tabela 6, p. 249), apresentando uma concentração entre os .7 e 2 com uma distribuição mais ou menos equitativa. A distribuição que apresenta o grupo de 4 a 5 anos é bastante alargada, embora a caixa revele uma forte assimetria na distribuição dos sujeitos dado que 50% dos sujeitos obtiveram valores abaixo de um. Embora não seja o grupo que tenha obtido valores mais elevados, o grupo com mais de oito anos apresenta a tendência para os valores mais elevados com 50% dos sujeitos a terem valores acima dos 1.8 sendo também de notar uma assimetria bastante forte na distribuição do grupo.

O grupo que obteve uma média mais elevada para a Sensibilidade Interpessoal foi o tem um tempo de internamento acima de oito anos ($M=1.240$ com um $dp=.7541$). Os dois primeiros grupos têm médias bastante similares com valores ligeiramente acima de 1 e o grupo de 6 a 8 anos apresenta a média mais baixa ($M=.8474$ com um $dp=.7936$). À semelhança do que acontece em outras dimensões para os três primeiros grupos o *score* mais baixo foi de zero, o mais alto registou-se no grupo de 4 a 5 anos com um valor de 3.78. O Gráfico 26 ilustra a distribuição das médias obtidas para a Sensibilidade Interpessoal por grupos de tempo de internamento na Clínica.

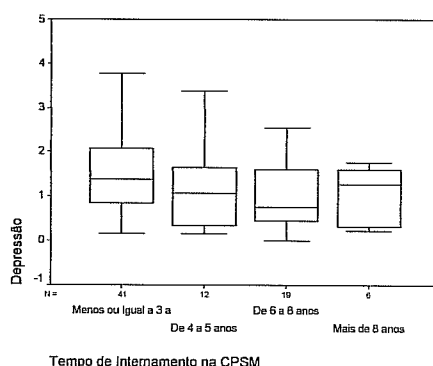
GRÁFICO 26 – Representação das médias obtidas para a Sensibilidade Interpessoal por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



Em relação à Depressão verifica-se que assume valores médios sempre acima de 1, com o valor mais elevado a registar-se no grupo com um período de internamento menor

ou igual a 3 anos ($M=1.5361$ com um $dp=.8688$). A leitura do Gráfico 27, na página seguinte, parece indicar que os valores da Depressão tendem a ser mais elevados durante os primeiros anos de internamento, observando-se depois uma descida, parecendo haver uma certa estabilização em valores próximos de 1. O *score* mais baixo foi de zero, para o grupo de 6 a 8 anos, e o mais alto tem um valor de 3.77 no primeiro grupo.

GRÁFICO 27 – Representação das médias obtidas para a Depressão por grupos de tempo de internamento na C.P.S.M.



No sentido de melhor clarificar o que se passa na população total elaborou-se a um quadro-síntese (Quadro 16, na página seguinte) em que se ordenaram as médias obtidas por ordem decrescente de valores nas diferentes dimensões de sintomas positivos e nos índices globais do SCL-90-R tendo em conta o tempo de internamento dos sujeitos.

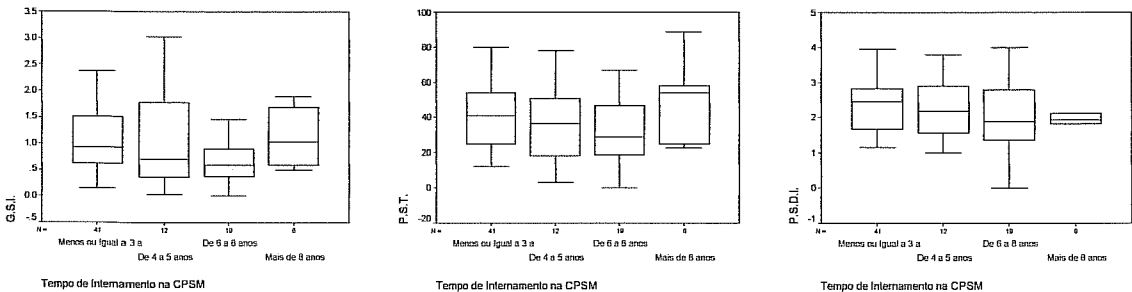
Entendeu-se resumirem-se ainda mais as conclusões a que se chegaram. Assim, quanto aos sujeitos com um período de internamento menor ou igual a 3 anos parece que se evidenciam um conjunto de queixas mais ligadas às dimensões Depressão (cerca 1.5), Obsessão-Compulsão e Ideação Paranóide (c. 1.3). Nos que estão entre 4 e 5 anos de internamento destacam-se as mesmas três dimensões, porém obtendo maiores médias a Ideação Paranóide e a Obsessão-Compulsão (c. 1.3), seguida da Depressão (c. 1.2). Dos 6 aos 8 anos de internamento obtêm médias mais elevadas a Somatização e Ideação Paranóide (c. 1.2). Nos sujeitos com mais de 8 anos de internamento acentuam-se consideravelmente os valores da Obsessão-Compulsão (próximos de 2), seguida da Ideação Paranóide (c. 1.5), da Sensibilidade Interpessoal e da Somatização (c. 1.2).

QUADRO 16 – Resumo das médias obtidas nas dimensões e índices globais do SCL-90-R tendo em conta o tempo de internamento

TEMPO DE INTERNAMENTO	DIMENSÕES E ÍNDICES GLOBAIS DO SCL-90-R	MÉDIAS
Menos ou igual a 3 anos	1. Depressão	1.5361
	2. Obsessão-Compulsão	1.3268
	3. Ideação Paranóide	1.2920
	4. Somatização	1.1439
	5. Ansiedade	1.0976
	6. Sensibilidade Interpessoal	1.0241
	7. Psicoticismo	.9366
	8. Hostilidade	.7237
	9. Ansiedade Fóbica	.7212
	GSI	1.1498
	PST	42.54
De 4 a 5 anos	1. Ideação Paranóide	1.3350
	2. Obsessão-Compulsão	1.3000
	3. Depressão	1.1843
	4. Somatização	1.1050
	5. Sensibilidade Interpessoal	1.0925
	6. Ansiedade	1.0333
	7. Psicoticismo	.9833
	8. Ansiedade Fóbica	.8809
	9. Hostilidade	.5700
	GSI	1.0583
	PST	36.58
De 6 a 8 anos	1. Somatização	1.2217
	2. Ideação Paranóide	1.1668
	3. Obsessão-Compulsão	1.0526
	4. Depressão	1.0289
	5. Sensibilidade Interpessoal	.8474
	6. Psicoticismo	.7789
	7. Ansiedade	.5789
	8. Hostilidade	.4126
	9. Ansiedade Fóbica	.2553
	GSI	.7806
	PST	31.74
Mais de 8 anos	1. Obsessão-Compulsão	1.7000
	2. Ideação Paranóide	1.4450
	3. Sensibilidade Interpessoal	1.2400
	4. Somatização	1.2217
	5. Depressão	1.0783
	6. Psicoticismo	.9333
	7. Ansiedade	.8833
	8. Hostilidade	.6667
	9. Ansiedade Fóbica	.6033
	GSI	1.1217
	PST	50.50
	PSDI	2.0350

No que se refere aos índices gerais do inventário, tal como é possível verificar na Tabela 6 (p. 249), para o GSI o grupo que obteve uma média mais elevada foi o grupo com um tempo de internamento menor ou igual a 3 anos ($M=1.1498$ com um $dp=.6849$), tendo a média mais baixa sido obtida pelo grupo com um período de

GRÁFICO 28 – Representação das médias referentes aos índices gerais do SCL-90-R para os diferentes grupos de tempo de internamento na CPSM



internamento entre os 6 e os 8 anos ($M=.7806$ com um $dp=.6824$). Para o PST a média mais elevada foi obtida pelo grupo com mais de oito anos de internamento ($M=50.50$ com um $dp=24.50$) e a menor pelo grupo com um período de internamento entre os 6 e os 8 anos ($M=31.74$ com um $dp=21.47$). Quanto ao PSDI a média mais elevada foi obtida pelo grupo com um período de internamento menor ou igual a 3 anos ($M=2.3298$ com um $dp=.6964$) e a menor pelo grupo com um período de internamento entre os 6 e os 8 anos ($M=2.0089$ com um $dp=1.0784$).

Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de tempo de internamento na C.P.S.M., aplicou-se mais uma vez o teste do Oneway Anova. Tendo em conta os valores de significância associados à estatística F , este teste não demonstrou a existência de variabilidades internas diferentes entre os grupos (*vide Tabela 17 do Anexo C-1.*). No sentido de refinar esta análise realizou-se a análise de variância através do *t-test*, a análise dos dados permitiu verificar algumas diferenças entre grupos (*vide Tabelas 17 a 25 do Anexo C-1.*).

Deve realçar-se também que os diferentes grupos de patologias – Esquizofrenia, Debilidade Mental, Patologia Não Especificada ou Não Atribuída e o grupo das Outras Patologias – diferem entre si no tempo de internamento.

Comparando as médias dos grupos com o tempo de internamento (*vide Tabela 18 do Anexo C-1.*) verifica-se que o grupo da Esquizofrenia ($M(34)=1.41$ com um $dp=1.18$) revela uma média superior à do grupo da Patologia Não Especificada ou Não Atribuída ($N=18$) que apresenta uma média igual a .50 afectada por um desvio padrão de .79.

A estatística F apresenta um valor de 9.664 ao qual está associada uma significância de $p<.003$, o que leva a crer que estes grupos não têm uma variabilidade semelhante. Assim, a estatística $t=3.318$ com 47.247 graus de liberdade ao qual está associada uma significância de $p<.002$ parece confirmar a hipótese de pesquisa, levando a crer que de facto estes grupos variam no tempo de internamento (*vide Tabela 19 do Anexo C-1.*). Assim, parece que os esquizofrénicos estão internados em média mais tempo.

Quanto à comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia ($M(34)=1.41$, $dp=1.18$) e o da Debilidade Mental ($M(28)=.96$, $dp=1.07$) verifica-se também que o primeiro apresenta média mais elevada (*vide* Tabela 20 do Anexo C-1.).

A estatística F assume um valor de 1.752 ao qual está associada uma significância $p<.191$, parecendo indicar a ausência de diferenças, no que se refere ao tempo de internamento, nestes dois grupos. Através da análise da estatística $t=-1.561$ com 59.436 graus de liberdade ao qual está associada uma significância $p<.124$, verifica-se que, de facto, estes grupos não variam quanto ao tempo de internamento (*vide* Tabela 21 do Anexo C-1.).

Relativamente à comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia e Outras Patologias com o tempo de internamento (*vide* Tabela 22 do Anexo C-1.) verifica-se que o da Esquizofrenia ($N=34$) apresenta uma média superior ($M=1.41$ com um $dp=1.18$) à do de Outras Patologias ($M(11)=.36$, afectada por um $dp=.67$).

A estatística F apresenta um valor de 11.808 ao qual está associada uma significância de $p<.001$, o que leva a crer que estes grupos não têm uma variabilidade semelhante. Assim, a estatística $t=3.648$ com 30.652 graus de liberdade ao qual está associada uma significância de $p<.001$ parece confirmar a hipótese de pesquisa, levando a crer que de facto estes grupos variam no tempo de internamento (*vide* Tabela 23 do Anexo C-1.). Assim, parece que os sujeitos do grupo da Esquizofrenia estão internados em média mais tempo do que os sujeitos do grupo de Outras Patologias.

– Comparação dos resultados obtidos no SCL-90-R para o grupo dos sujeitos com Esquizofrenia e os da restante população

Dado que a população alvo deste estudo é constituída por esquizofrénicos, no sentido de refinar esta análise, efectuou-se a comparação de médias entre estes e a restante população. Tal como é possível verificar na Tabela 7, a seguir, o grupo da Esquizofrenia continua a obter sempre médias inferiores ao da restante população.

TABELA 7 – Comparação das médias do SCL-90-R entre o grupo dos esquizofrénicos e resto da população

		Frequências	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	Esquizofrénicos	29	.8652	1.53379	.00	8.00
	Resto da população	49	1.3022	.88610	.00	4.00
	Total	78	1.1397	1.17903	.00	8.00
Obsessão - Compulsão	Esquizofrénicos	29	.9552	.76839	.00	2.60
	Resto da população	49	1.4796	.71618	.30	3.20
	Total	78	1.2846	.77427	.00	3.20
Sensibilidade Interpessoal	Esquizofrénicos	29	.8538	.83733	.00	2.67
	Resto da população	49	1.0996	.84173	.00	3.78
	Total	78	1.0082	.84316	.00	3.78
Depressão	Esquizofrénicos	29	1.0276	.79327	.00	2.77
	Resto da população	49	1.4982	.89287	.15	3.77
	Total	78	1.3232	.88215	.00	3.77
Ansiedade	Esquizofrénicos	29	.5483	.72635	.00	2.80
	Resto da população	49	1.1796	.99540	.00	3.60
	Total	78	.9449	.95069	.00	3.60
Hostilidade	Esquizofrénicos	29	.2307	.32606	.00	1.17
	Resto da população	49	.8502	.79217	.00	3.33
	Total	78	.6199	.72157	.00	3.33
Ansiedade Fóbica	Esquizofrénicos	29	.2669	.36273	.00	1.71
	Resto da população	49	.8341	.95394	.00	3.00
	Total	78	.6232	.83140	.00	3.00
Ideação Paranóide	Esquizofrénicos	29	1.1372	1.04639	.00	3.67
	Resto da população	49	1.3643	.89258	.00	3.50
	Total	78	1.2799	.95236	.00	3.67
Psicoticismo	Esquizofrénicos	29	.5862	.88710	.00	3.40
	Resto da população	49	1.0939	.81353	.10	2.70
	Total	78	.9051	.87162	.00	3.40
G.S.I.	Esquizofrénicos	29	.7259	.53250	.00	2.33
	Resto da população	49	1.2316	.70750	.18	3.03
	Total	78	1.0436	.71973	.00	3.03
P.S.T.	Esquizofrénicos	29	28.90	20.123	0	72
	Resto da população	49	45.94	19.210	9	89
	Total	78	39.60	21.119	0	89
P.S.D.I.	Esquizofrénicos	29	2.0648	.99694	.00	4.00
	Resto da população	49	2.3143	.69576	1.25	3.80
	Total	78	2.2215	.82335	.00	4.00

As dimensões em que os esquizofrénicos se aproximam mais do resto da população são a Depressão e a Ideação Paranóide. Na dimensão Depressão os esquizofrénicos (N=29) obtêm uma média de 1.0276 com um desvio padrão de .7933 e o resto da população (N=49) apresenta uma média de 1.4982 com um desvio padrão de .8929. Na dimensão Ideação Paranóide os esquizofrénicos (N=29) obtêm uma média de 1.1372 com um desvio padrão de 1.0464 e o resto da população (N=49) uma média de 1.3643 com um desvio padrão de .8926.

No sentido de descobrir se de facto havia diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mais uma vez aplicou-se o teste do Oneway Anova, tendo este demonstrado que, de facto, os esquizofrénicos têm variabilidades internas distintas dos restantes sujeitos da população para quase todas as dimensões e índices gerais (*vide* Tabela 5 do Anexo C-1.). Deve realçar-se, no entanto, que para algumas dimensões, como a Somatização para a qual, associada à estatística F, surge um nível de significância $p<.114$, que indica a ausência de variações significativas face ao resto da

população. Da mesma forma, também a Sensibilidade Interpessoal, a Ansiedade Fóbica, a Ideação Paranóide e o PSDI parecem não variar significativamente entre o grupo da esquizofrenia e o resto da população, uma vez que o valor da significância associado à estatística F não permite reconhecer diferenças.

– Comparação dos resultados obtidos no inventário entre os sujeitos diagnosticados com Esquizofrenia Paranóide e Outros tipos de Esquizofrenia

Procedeu-se também à comparação intragrupo, ou seja, dentro dos diagnosticados como esquizofrénicos. Para tal separou-se os indivíduos por dois grandes grupos: Esquizofrenia Paranóide (N=25) e Outros Tipos de Esquizofrenia (N=6), que como vimos é muito heterogéneo, embora com um reduzido número de sujeitos.

Elaborou-se a Tabela 8 para se estabelecer comparações entre as médias intragrupos da população alvo deste estudo. Verifica-se que as médias obtidas, em ambos os grupos,

TABELA 8 – Comparação das médias do SCL-90-R entre o grupo da Esquizofrenia Paranóide e o dos Outros Tipos de Esquizofrenia

		Frequências	Médias	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	Esquizofrenia Paranóide	25	,9200	1,6298	,00	8,00
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,7500	,7044	,25	2,08
	Total	31	,8871	1,4874	,00	8,00
Obsessão-Compulsão	Esquizofrenia Paranóide	25	,9680	,7696	,00	2,60
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	1,0500	,8216	,00	2,40
	Total	31	,9839	,7664	,00	2,60
Sensibilidade Interpessoal	Esquizofrenia Paranóide	25	,9020	,8808	,00	2,67
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,7767	,5641	,44	1,89
	Total	31	,8777	,8223	,00	2,67
Depressão	Esquizofrenia Paranóide	25	1,0998	,8156	,00	2,77
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,8717	,6597	,15	1,62
	Total	31	1,0555	,7830	,00	2,77
Ansiedade	Esquizofrenia Paranóide	25	,5880	,7732	,00	2,60
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,5000	,4733	,00	1,30
	Total	31	,5710	,7189	,00	2,80
Hostilidade	Esquizofrenia Paranóide	25	,2476	,3575	,00	1,17
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,2783	,3112	,00	,67
	Total	31	,2535	,3443	,00	1,17
Ansiedade Fóbica	Esquizofrenia Paranóide	25	,2508	,3734	,00	1,71
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,3167	,2583	,00	,75
	Total	31	,2636	,3512	,00	1,71
Ideação Paranóide	Esquizofrenia Paranóide	25	1,2244	1,1005	,00	3,67
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,8900	,8653	,33	2,17
	Total	31	1,1597	1,0299	,00	3,67
Psicoticismo	Esquizofrenia Paranóide	25	,6080	,9251	,00	3,40
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,4833	,8047	,00	1,60
	Total	31	,5839	,8649	,00	3,40
G.S.I.	Esquizofrenia Paranóide	25	,7525	,6576	,00	2,33
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,7050	,5255	,16	1,69
	Total	31	,7433	,6263	,00	2,33
P.S.T.	Esquizofrenia Paranóide	25	30,16	22,07	0	72
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	31,33	14,79	12	50
	Total	31	30,39	20,65	0	72
P.S.D.I.	Esquizofrenia Paranóide	25	2,0752	1,0440	,00	4,00
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	1,8767	,6403	1,17	3,04
	Total	31	2,0368	,9730	,00	4,00

se aproximam nas dimensões Obsessão-Compulsão, Ansiedade e Ansiedade Fóbica, embora com valores mais elevados na primeira e mais baixos na última. No entanto, é de realçar que para o grupo da Esquizofrenia Paranóide (N=25) a dimensão que obtém a média mais elevada é a Ideação Paranóide (M=1.2244, dp=1.1005), seguida da Depressão (M=1.0996, dp=.8156). No entanto, para o grupo de Outros Tipos de Esquizofrenia (N=6) as médias mais elevadas verificaram-se para a Obsessão-Compulsão (M=1.0500, dp=.8216) e para a Ideação Paranóide (M=.8900, dp=.6653).

Após esta primeira análise efectuaram-se vários testes no sentido de determinar se estas diferenças observadas nas médias dos dois grupos seriam estatisticamente significativas. Esta análise não permitiu retirar qualquer tipo de conclusão, pois o grupo dos Outros Tipos de Esquizofrenia é constituído apenas por 6 sujeitos, o que inviabilizou a execução da maior parte dos testes estatísticos.

Os testes efectuados com resultados utilizáveis, tal como o Oneway Anova, não apresentaram resultados estatisticamente significativos para qualquer das variáveis estudadas (*vide Tabelas 26 e 27 do Anexo C-1.*)

– Comparação dos resultados obtidos no inventário entre os esquizofrénicos que recebem ou não visitas

Os resultados do inventário foram ainda cruzados com a variável visitas para o grupo da Esquizofrenia (N=24). Esta análise pretendia dar resposta a uma das hipóteses colocadas, pois supunha-se que os doentes esquizofrénicos que tivessem visitas teriam tendência para andarem dentro de padrões de sintomatologia normais.

A análise da Tabela 9, a seguir, revela que de facto os dois grupos parecem diferir nas médias obtidas para as diferentes dimensões e índices gerais do SCL-90-R. Através desta da Tabela é possível verificar-se que o grupo dos sujeitos que recebem visitas registam médias mais elevadas em quase todas as dimensões do que os sujeitos que não recebem. A única excepção verifica-se para a dimensão Somatização onde os sujeitos

que não têm visitas obtêm uma média superior ($M=1.3814$ com um $dp=2.9383$) relativamente aos que recebem visitas ($M=.7429$ com um $dp=.733$).

TABELA 9 – Comparação das médias do SCL-90-R entre os doentes esquizofrénicos que recebem ou não visitas

Visitas		Somatizacao	Obsessao - Compulsao	Sensibilidade Interpessoal	Depressao	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paranóide	Psicoticismo	G.S.I.	P.S.T.	P.S.D.I.
Tem	Média	.7429	1,1292	1,0229	1,1900	.6917	.2788	.3109	1,3592	.6917	.8584	34,33	2,0708
	Frequências	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	Desvio padrão	.7330	.7997	.8723	.8049	.7762	.3704	.3794	1,0704	.9491	.6610	20,99	.9041
	Mínimo	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	0	.00
	Máximo	2,42	2,60	2,67	2,77	2,80	1,17	1,71	3,67	3,40	2,33	72	3,95
Nao Tem	Média	1,3814	.4857	.3800	.5943	.1571	.1671	.1014	.4757	.2143	.3486	16,86	1,9200
	Frequências	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	Desvio padrão	2,9383	.3338	.3007	.5113	.1272	.2357	.1592	.4551	.2854	.2282	12,92	1,2567
	Mínimo	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	0	.00
	Máximo	8,00	1,10	.78	1,31	.30	.50	.43	1,33	.70	.74	39	4,00
Total	Média	.8871	.9839	.8771	1,0555	.5710	.2535	.2636	1,1597	.5839	.7433	30,39	2,0368
	Frequências	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	Desvio padrão	1,4874	.7664	.8223	.7830	.7189	.3443	.3512	1,0299	.8649	.6263	20,65	.9730
	Mínimo	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	0	.00
	Máximo	8,00	2,60	2,67	2,77	2,80	1,17	1,71	3,67	3,40	2,33	72	4,00

Estes dados parecem contrariar a hipótese de pesquisa colocada, dado que as diferenças entre as médias apontam no sentido inverso, isto é, os sujeitos com visitas obtêm médias mais elevadas.

No sentido de refinar a análise comparou-se ainda as médias entre grupos, através do teste Oneway Anova, para procurar saber se realmente estes grupos tinham variabilidades internas diferentes. A análise dos resultados deste teste parece indicar que de facto para a dimensão Obsessão-Compulsão ($F=4.231$ com 1 grau de liberdade, $p<.049$), para a Ideação Paranóide ($F(1)=4.445$, $p<.044$) e para o PST ($F(1)=4.312$, $p<.047$) os grupos assumem variabilidades diferentes (*vide* Tabela 28 do Anexo C-1.).

Decidiu-se elaborar o Quadro 17, para comparar as médias no grupo da Esquizofrenia com as obtidas na população total e na estudada por Derogatis.

QUADRO 17– Comparação das médias do SCL-90-R entre a população total da C.P.S.M., a de Derogatis (*vide* Quadro 15, p. 232) e a população alvo que recebe ou não visitas

DIMENSÕES DE SINTOMAS POSITIVOS E ÍNDICES GLOBAIS	POPULAÇÃO TOTAL DA C.P.S.M.		POPULAÇÃO ESTUDADA POR DEROGATIS (1993, p. 23)		POPULAÇÃO ALVO <i>VERSUS</i> VISITAS			
					TEM VISITAS		NÃO TEM VISITAS	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Somatização	1.1397	1.1790	.82	.78	.7429	.7330	1.3814	2.9383
Obsessão/compulsão	1.2846	.7743	1.22	.96	1.1292	.7997	.4857	.3338
Sensibilidade interpessoal	1.0082	.8432	1.03	.87	1.0229	.8723	.3800	.3007
Depressão	1.3232	.8821	1.41	1.02	1.1900	.8049	.5943	.5113
Ansiedade	.9449	.9507	1.22	.95	.6917	.7762	.1571	.1272
Hostilidade	.6199	.7216	.73	.76	.2788	.3704	.1671	.2357
Ansiedade fóbica	.6232	.8314	.71	.88	.3109	.3794	.1014	.1592
Ideação paranóide	1.2799	.9524	1.08	.84	1.3592	1.0704	.4757	.4551
Psicoticismo	.9051	.8716	.91	.78	.6917	.9491	.2143	.2854
G.S.I.	1.0436	.7197	1.06	.74	.8584	.6610	.3486	.2282
P.S.T.	39.60	21.12	43.90	22.95	34.33	20.99	16.86	12.92
P.S.D.I.	2.2215	.8233	1.99	.72	2.0708	.9041	1.9200	1.2567

Foram, então, tiradas as seguintes conclusões para a população alvo:

- na Somatização, para os que têm visitas (TV), os valores são mais próximos dos obtidos por Derogatis e estão significativamente abaixo dos encontrados na população total; enquanto os que não têm visitas (NTV) apresentam médias significativamente mais elevadas;
- na Obsessão-Compulsão e na Sensibilidade Interpessoal destacam-se apenas médias significativamente mais baixas para os que NTV;
- na Depressão, para os que TV os valores são ligeiramente abaixo dos obtidos na população total e na de Derogatis; enquanto os que NTV apresentam médias significativamente mais baixas;
- na Ansiedade e no Psicoticismo os valores descem para os que TV, mas para os que NTV estão muito mais abaixo das médias dos restantes grupos, mesmo dos que TV;
- na Hostilidade e na Ansiedade Fóbica, se na população total já eram mais baixas do que na estudada por Derogatis, essa média é significativamente mais reduzida na amostra em estudo para os que TV, e ainda mais baixa para os que NTV.
- na Ideação Paranóide, para os que TV os valores são mais próximos dos obtidos na população total e estão abaixo dos encontrados na amostra estudada por Derogatis; enquanto os que NTV apresentam médias significativamente mais baixas;
- no GSI e no PST verifica-se uma descida nas médias, mas muito mais acentuada nos NTV;
- no PSDI, quer para os que TV, quer para os que NTV, os valores são mais próximos dos obtidos por Derogatis e ligeiramente abaixo dos encontrados na população total.

Assim, de um modo geral pode dizer-se que encontra infirmada a hipótese de pesquisa, pois apenas nas dimensões Ideação Paranóide, Depressão, Obsessão-Compulsão e Sensibilidade Interpessoal os valores se aproximam mais dos da população total.

6.2. Análise das associações entre os resultados do SCL-90-R e as variáveis principais do estudo

O objectivo desta análise é tentar descobrir a forma e o grau em que as variáveis do estudo estão associadas aos sintomas positivos avaliados pelo SCL-90-R, ou seja, basicamente compreende um esforço de esclarecimento entre as relações de dependência ou interdependência mútua que se estabelecem entre as variáveis. Esta clarificação vai permitir compreender a importância de determinadas dimensões ou sintomas e a forma como estes são afectados pelas variáveis – condicionantes sociais ou de outro género com existência empírica – permitindo encontrar formas de trabalhar estes sintomas através da manipulação externa das condicionantes (Ribeiro, 1999; Guéguen, 1999).

Assim, como na apresentação dos resultados teve-se em consideração a população total e a população alvo, esta análise também seguirá a mesma linha. Para a análise das relações entre as variáveis em estudo e os construtos (dimensões de sintomas primários) que compõem o inventário, optou-se por realizar o teste de correlações r de Pearsons de forma bi-direcionada considerando que as variáveis poderiam ter associações mútuas.

6.2.1. Análise das associações entre os resultados da SCL-90-R e as principais variáveis do estudo para toda a população

Quando se cruzaram os construtos que compõem o inventário, os índices gerais deste com o crime, a arma utilizada no crime e a relação com as vítimas é possível identificar (*vide* Tabela 1 do Anexo C-2.) utilizando toda a população ($N=78$), que de uma forma geral, como era esperado, todos os construtos do inventário e os índices gerais apresentam níveis de correlação entre si muito fortes ($p<.000$). O mesmo acontece quando se procedeu à análise tendo em conta a população alvo, pois todas as dimensões apresentam correlações muito fortes ($p<.000$ e a Ansiedade Fóbica apresenta $p<.003$), excepto a Somatização ($p<.280$), como se pode verificar na Tabela 2 do Anexo C-2.

A análise das correlações que se estabelecem entre o inventário e as variáveis seleccionadas não indica correlações significativas tanto quando se trata da população total como da população alvo (*vide* Tabelas 1 e 2 do Anexo C-2.).

Desta forma, outra das hipóteses de pesquisa levantada parece confirmar-se, quer para a população alvo quer para a população total, dada a ausência de correlações significativas entre as variáveis e os resultados obtidos no SCL-90-R.

Ao realizar-se o mesmo teste para uma série de variáveis – estado civil, crime actual, patologia mental, (in)imputabilidade por grupos, medida de segurança aplicada, tempo máximo e mínimo da medida de segurança, o tempo de internamento na Clínica e a variável visitas com os índices gerais do inventário (GSI, PST e PSDI) – a análise revelou a existência de várias correlações significativas (*vide* Tabela 3 do Anexo C-2.). Assim, o teste de correlações de Pearsons revelou uma correlação positiva $r(91) = .295, p < .005$ entre o estado civil e a patologia mental especificada, havendo maior incidência entre os esquizofrénicos, parecendo indicar que estas duas variáveis estão associadas.

Vários estudos realizados em Portugal também vão no sentido de haver uma correlação positiva entre estado civil e patologia mental, como o de Vaz Serra (entre 1963 e 1977) que incidiu sobre uma população de 1044 sujeitos, do Centro de Medicina Legal de Coimbra, sendo 729 do sexo masculino e maioritariamente solteiros (Almeida, 1999, pp. 337 a 344). Segundo este autor também chegaram a resultados semelhantes Rodrigues da Silva na análise que efectuou a exames de psiquiatria forense realizados no Hospital Miguel Bombarda (entre 1973 e 1982), relativamente a 733 sujeitos, e Maria Helena Azevedo e colaboradores, no estudo que realizaram a exames mentais do Centro de Medicina Legal de Coimbra (entre 1974 e 1986) relativos a 1336 sujeitos.

Uma das hipóteses que se avança é o facto de o ciclo desenvolvimental do sujeito portador de doença mental ter sido interrompido (*vide* p. 112, deste estudo). Assim, por exemplo, o sujeito que começou o adoecer esquizofrénico passa a englobar elementos estranhos à sua realidade antes da manifestação da doença e estranhos à maior parte das

pessoas, como delírios, alucinações, intensos medos, entre outros. Este adoecer em geral tem o seu início entre os 18 e os 25 anos para o caso dos homens, segundo o DSM-IV-R (*vide* p. 135, deste trabalho). Assim, começam as dificuldades de relacionamento a vários níveis (familiar, social, escolar e laboral), nomeadamente entre pares. Juntando a tudo isto o facto o indivíduo não aderir ao tratamento por não perceber que se encontra doente, o facto de muitas vezes familiares ou amigos também contribuírem para a recusa da doença e recorrerem a “bruxos” ou outros “para os libertarem dos males ou dos espíritos pelos quais estão possuídos”..., o que contribui para o progressivo agravamento da doença. Soma-se ainda, por vezes, o facto de uma evolução rápida da doença. Ora, entre estas idades de aparecimento da doença é natural que muitos destes indivíduos não consigam assumir uma relação conjugal ou pelas suas próprias dificuldades ou porque os outros não querem com eles assumir tal compromisso.

A variável estado civil apresenta ainda correlações positivas com as seguintes variáveis: medida de segurança $r(77) = .345$, $p < .002$, tempo mínimo da medida de segurança $r(77) = .245$, $p < .031$ e tempo máximo da medida de segurança $r(77) = .319$, $p < .005$. Estes valores parecem indicar que a atribuição da medida de segurança em termos judiciais poderá eventualmente ter como uma das condicionantes o estado civil do sujeito.

De forma similar, a variável patologia mental especificada apresenta correlações positivas com as variáveis relativas à medida de segurança aplicada: medida de segurança $r(77) = .424$, $p < .000$, tempo mínimo da medida de segurança $r(77) = .401$, $p < .000$ e tempo máximo da medida de segurança $r(77) = .383$, $p < .001$ (*vide* Tabela 3 do Anexo C-2.).

A leitura destes resultados parece suportar a ideia de que determinadas patologias mentais tendem a influenciar o estado civil dos sujeitos. Assim, parece que sofrer de determinada patologia pode implicar a tendência para ser solteiro num grupo. Estas duas variáveis também parecem influenciar as medidas de segurança aplicadas.

Esta variável – patologia mental – surge ainda correlacionada de forma negativa com o tempo de internamento na Clínica $r(91) = -.218$, $p < .038$, a leitura destes dados

deve ser feita com cautela já que o nível de significância é relativamente baixo. No entanto, uma leitura poderia levar-nos a dizer apenas que o período de permanência apresenta um comportamento inverso em relação à patologia, isto é, sofrer de Esquizofrenia pode levar a um longo período de internamento enquanto, os sujeitos com Debilidade Mental podem ter períodos muito curtos (*vide* Tabela 3 do Anexo C-2.), talvez porque os crimes mais cometidos sejam geralmente de outra ordem.

De facto, a Esquizofrenia é uma doença que leva o indivíduo a isolar-se no seu mundo interior, a ter dificuldades de vária ordem (*vide* Capítulo I ponto 2., desta Segunda Parte), que conduzem a problemas de relacionamento familiar, social e laboral. Assim, se antes da prática de um crime já se tornava difícil a relação dos esquizofrénicos com o meio, também porque se trata de uma doença socialmente estigmatizante, após a prática de um crime essa dificuldade é, muitas vezes, potenciada e familiares, (ex)amigos, ex-patrões... preferem-nos distantes, confinados a espaços que os protejam desses doentes, em vez de optarem por aceitá-los e ajudarem-nos a ajudarem-se no seu tratamento e a se manterem compensados. Se se torna complicado socialmente lidar com estes doentes, também se considera que os juristas têm dificuldades em deixar de parte este peso sócio-cultural que o adoecer esquizofrénico carrega. Assim, considera-se que aplicada a medida de segurança e após internamento do sujeito, os juristas deveriam levar mais em consideração o estado de compensação dos sujeitos e aceder a que pudessem ensaiar Liberdade para Prova, quando garantidas as condições do meio para os receber, quer familiares quer institucionais. No entanto, quanto a estas últimas, poucas pessoas (até mesmo famílias) ou instituições estão receptivas a acolher estes doentes, pois muitas estão vocacionadas mais para crianças e jovens até aos 18 anos e outras para pessoas na Terceira Idade, não havendo instituições direccionadas para albergar indivíduos entre estas faixas etárias. Apesar de tudo, embora em baixa escala, algumas aceitam um ou outro doente.

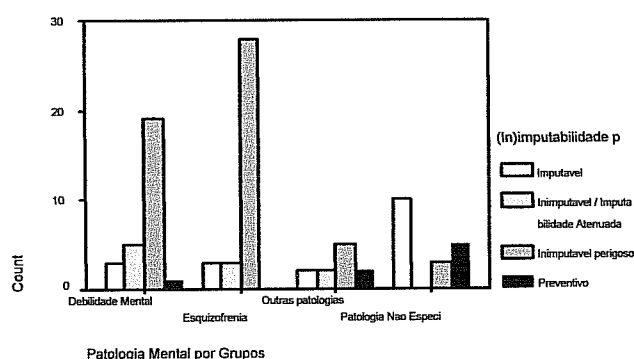
A variável medida de segurança apresenta correlações positivas com a variável crime actual $r(77) = .294$, $p < .009$, estes valores parecem confirmar que a medida de

segurança aplicada está relacionada com o crime cometido reforçando a ideia de que determinados crimes recebem medidas mais pesadas independentemente da patologia diagnosticada (*vide* Tabela 3 do Anexo C-2.). Embora esta assumpção tenha que ter em conta que variável medida de segurança relativamente ao tempo mínimo apresenta uma correlação positiva com a variável (in)imputabilidade por grupos $r(77) = .271, p < .017$, embora o fraco nível de significância não dê grandes margens uma leitura deste resultado parece passar por admitir que estas duas variáveis têm comportamentos similares (quando uma sobe a outra também e o inverso).

Os índices gerais da inventário apresentam apenas correlações entre si e não com qualquer das outras variáveis (*vide* Tabela 3 do Anexo C-2.).

Acreditava-se ainda que as variáveis patologia e (in)imputabilidade estariam associadas. Assim, procurou-se saber como é que os sujeitos das várias patologias se distribuíam. Tal como é possível verificar no Gráfico 29, abaixo, parece que de facto existem dois grupos com maior tendência para serem considerados como inimputáveis perigosos: o da Esquizofrenia e o da Debilidade Mental.

GRÁFICO 29 – Distribuição dos sujeitos por patologia e (in)imputabilidade

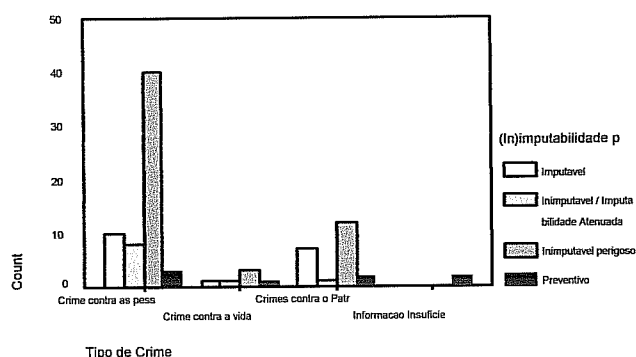


Um outro dado merecedor de registo está relacionado com o grupo da Patologia Não Especificada ou Não Atribuída onde é possível verificar que a maioria dos sujeitos são considerados como imputáveis.

A análise de χ^2 revela que de facto existem diferenças entre os diversos grupos de patologias perante a atribuição do grau de (in)imputabilidade., Assim apresenta um valor $\chi(N=91)=40.143$, $p<.000$, com 9 graus de liberdade, o que parece confirmar que existe uma distribuição desigual face a esta variável (*vide Tabelas 4 e 5 do Anexo C-2.*).

Tendo em conta que esta variável poderia ser afectada por outras que não apenas a patologia procurou-se conhecer se o tipo de crime cometido estaria de alguma forma associado. Uma análise revela que dos 61 sujeitos que cometeram Crimes Contra as Pessoas, 40 foram considerados como inimputáveis perigosos, 10 como imputáveis e 8 com inimputabilidade atenuada. A análise do Gráfico 30 revela bem esta tendência.

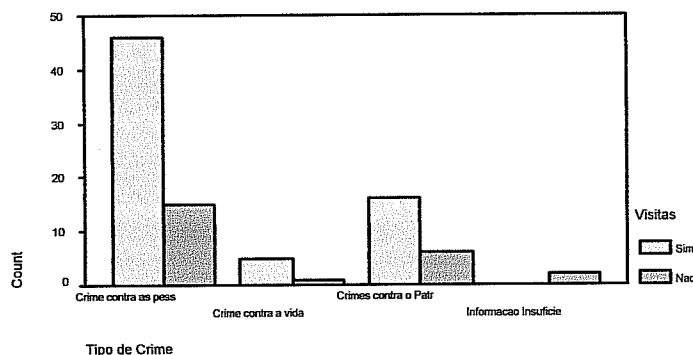
GRÁFICO 30 – Distribuição dos sujeitos por tipo de crime cometido e (in)imputabilidade



A análise de χ^2 revela que de facto existem diferenças entre os diversos tipos de crime perante a atribuição do grau de (in)imputabilidade. Apresenta um valor de $\chi(9, N=91)=25.970$, $p<.002$, o que parece confirmar que de facto existe uma distribuição desigual face a esta variável. De destacar que a atribuição de inimputabilidade está muito relacionada com os Crimes Contra as Pessoas (*vide Tabelas 6 e 7 do Anexo C-2.*).

Da mesma forma também se supunha que os sujeitos que tinham cometido Crimes Contra as Pessoas recebiam menos visitas do que os restantes, porém a análise a estas variáveis parece infirmar esta ideia, dado que de um total de 61 sujeitos, 46 recebem visitas, tal como é possível observar no Gráfico 31.

GRÁFICO 31 – Distribuição dos sujeitos mediante o tipo de crime e as visitas



A análise de χ^2 revela que de facto não existem diferenças entre os diversos doentes face às visitas mediante o tipo de crime cometido, assim apresenta um valor $\chi(3, N=91)=5.984, p<.112$. Este valor parece confirmar que efectivamente a hipótese de pesquisa que se colocava é infirmada, pois não existe uma distribuição desigual face à variável visitas nos diferentes grupos (*vide Tabelas 8 e 9 do Anexo C-2.*).

6.2.2. Análise das associações entre os resultados do SCL-90-R e as principais variáveis do estudo para a população alvo

Após esta análise geral realizou-se o teste de correlações r de Pearsons considerando apenas os sujeitos diagnosticados com Esquizofrenia ($N=35$) verificando-se algumas correlações estatisticamente significativas.

Desta forma, a variável tempo de internamento na Clínica surge correlacionada de forma positiva com a arma utilizada no crime $r(35)=.369, p<.029$, parecendo indicar que a arma utilizada está de alguma forma associada o tempo de internamento. Uma interpretação possível advém da própria lei, assim é natural que a arma utilizada condicione a medida de segurança aplicada na sentença. Esta variável apresenta ainda uma correlação negativa com a variável relação com as vítimas por grupos $r(35)=-.389, p<.021$, este resultado parece levar a crer que quanto “mais distante”, em termos de parentesco for a vítima, “menor é a medida aplicada” (*vide Tabela 11 do Anexo C-2.*).

De facto, como já foi referido, o estabelecimento da medida de segurança pela prática de um crime e o tempo de internamento poderá ter relação com a proximidade ou não da relação com a vítima e com a mediatização do mesmo. Assim, se praticado na área

de residência é tido em conta a violência do mesmo e/ou o impacto que causou. Neste caso, crê-se que o julgador terá em conta provavelmente não só a protecção do sujeito, mas também da vítima, bem como, no caso de concessão de direitos, particularmente de saídas precárias, regimes abertos e liberdade para prova, terá em linha de conta as dificuldades ou não de reintegração/reinserção no meio familiar, social, ocupacional/laboral e as condições que tem de o doente ter assegurado o seguimento do tratamento.

A variável visitas surge correlacionada negativamente com a dimensão Obsessão-Compulsão, $r(31) = -.357$, $p < .049$, parecendo indicar que quanto mais visitas estes sujeitos têm menor é o índice de Obsessão-Compulsão. Os sujeitos que recebem poucas visitas ou não recebem, têm, neste sentido, tendência para revelar maiores índices nesta dimensão (*vide* Tabela 11 do Anexo C-2.).

De forma idêntica a variável visitas está ainda correlacionada de forma negativa com a Ideação Paranóide, $r(31) = .365$, $p < .044$, sendo possível concluir, embora com algumas reservas dado o nível de significância, que quando uma variável sobe a outra tende a descer (*vide* Tabela 11 do Anexo C-2.). Esta variável apresenta ainda uma correlação negativa com o PST, apresentando um valor de $r(31) = -.360$, $p < .047$, indicando que quando o número de visitas aumenta os valores do PST tendem a descer (*vide* Tabela 11 do Anexo C-2.).

A variável crimes praticados apresenta uma correlação positiva com o PSDI, sendo valor de $r(31) = .378$, $p < .036$, o que parece ser indicador de que o tipo de crime praticado influi de forma positiva no valor obtido no PSDI, isto é, valores mais elevados neste construto revelam a prática de determinado tipo de crime (*vide* Tabela 11 do Anexo C-2.).

A variável idade surge correlacionada de uma forma negativa com a década de internamento apresentando um valor de $r(35) = -.475$, $p < .004$ (*vide* Tabela 12 do Anexo C-2.). A variável sector profissional surge correlacionada de forma positiva $r(27) = .498$, $p < .008$ com o tempo máximo da medida de segurança (*vide* Tabela 12 do Anexo C-2.).

Para o grupo da Esquizofrenia as várias dimensões do inventário apresentam correlações positivas muito fortes entre si com a excepção da Ansiedade Fóbica e da

Hostilidade que não apresentam correlações significativas (*vide* Tabela 10 do Anexo C-2.). Também os índices gerais apresentam correlações positivas entre si – o GSI com o PST $r(31)=.893$, $p<.000$ e com o PSDI $r(31)=.511$, $p<.003$. Apenas o PSDI não surge correlacionado com o PST parecendo, estranhamente, que não existe associação entre estes dois índices para este grupo (*vide* Tabela 10 do Anexo C-2.), pois, como foi referido no ponto 3. do Capítulo anterior, o cálculo do PSDI envolva o PST.

6.3. Fiabilidade do inventário

Para testar a fiabilidade do inventário foi utilizado o coeficiente α de Cronbach, que fornece a medida de consistência interna com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste, tal como Pais Ribeiro (1999, p. 113) realça uma boa consistência interna deve exceder um α de .80 sendo aceitáveis valores de α na ordem dos .60 quando o inventário tem poucos itens.

Neste caso, e embora se esteja a trabalhar com todos os dados recolhidos, importa particularmente validar o inventário para a população dos esquizofrénicos. Optou-se, então, por elaborar o teste duas vezes, uma com toda a população e outra apenas com os esquizofrénicos, o coeficiente foi calculado independentemente para todas as dimensões (*vide* Pontos 1 e 2 do Anexo C-3.).

Tal como é possível verificar na Tabela 10, abaixo, o coeficiente α de Cronbach fornece resultados bastante satisfatórios para a população geral ($N=91$) para todas as dimensões, dado que o valor de α mais baixo se verificou para a dimensão Hostilidade, ou seja, $\alpha=.7207$. De referir que, mesmo assim, este valor é bem superior aos .60 referidos pelos teóricos e deve-se ainda ter em conta que esta dimensão tem apenas 5 itens. Assim, através destes valores é possível referir o bom nível de fiabilidade do instrumento para esta população.

TABELA 10 – Valores do coeficiente de Alpha de Cronbach

DIMENSÃO DE SINTOMAS PRIMÁRIOS	N.º DE ITENS	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO ALVO (ESQUIZOFRÊNICOS)
Somatização	12	.8766	.8670
Obsessão-Compulsão	10	.7426	.7826
Sensibilidade Interpessoal	9	.8097	.8138
Depressão	13	.8593	.8491
Ansiedade	10	.8759	.8533
Hostilidade	5	.7207	.4894
Ansiedade Fóbica	7	.7648	.3015
Ideação Paranóide	6	.7466	.8161
Psicoticismo	10	.8278	.9073

A análise do coeficiente α de Cronbach apenas para a população dos esquizofrênicos apresenta também valores muito significativos, embora em duas dimensões surjam valores bastante abaixo do esperado: Hostilidade com um valor α de .4894 e a Ansiedade Fóbica com um α de .3015. Estes valores devem ser interpretados tendo em conta o reduzido tamanho deste grupo específico (N=35) e o reduzido número de itens destas dimensões.

De um modo geral, considera-se que perante estes valores o inventário é fiável para este tipo de população, embora tal como o autor deste instrumento refere, sejam necessárias algumas cautelas na aplicação deste instrumento, pois este tipo de população enquadrava-se nos critérios de mau prognóstico.

O contraste dos valores obtidos com os de Derogatis parecem confirmar o bom nível de fiabilidade do inventário, por exemplo, o Psicoticismo apresenta no seu estudo um valor de .77 e neste caso apresenta para a população geral um valor de α .82 e para a população dos esquizofrênicos um α de .90 (*vide* pp. 229 e 230).

7. Discussão dos resultados

Antes de se passar propriamente à discussão dos resultados considerou-se pertinente fazer-se algumas considerações sobre o objecto de estudo, embora sumariamente. Assim, este centrou-se, como já foi referido, nos internados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo (C.P.S.M.), do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (E.P.S.C.B.), particularmente nos sujeitos considerados esquizofrénicos, de acordo com os Processos Criminais, e que, por terem sido considerados inimputáveis, se encontram em cumprimento de medidas de segurança (N=35). Contudo, na C.P.S.M. havia alguns esquizofrénicos, embora poucos, internados como imputáveis (N=3), ou seja, em cumprimento de penas. De realçar que estes últimos não foram inseridos na população alvo.

Como é óbvio, o número de internados na C.P.S.M. varia ao longo do tempo de acordo com as “altas” e as “admissões” dos sujeitos em tratamento. No entanto, é preciso ressaltar, que só com o aval do Juiz do TEP (Tribunal de Execução de Penas) é que as ditas “altas” médicas se podem concretizar. Muitas vezes os psiquiatras sugerem a “alta” de um dado doente, isto é, em termos jurídicos, “encontra-se compensado... e está em condições de ensaiar liberdade para prova... desde que dê continuidade ao tratamento”. Porém, muitas vezes, tal não acontece devido a vários factores, nem sempre isolados, como por exemplo: não tem apoio familiar; não tem casa ou se tem não reúne condições para viver sozinho, por não conseguir sequer tratar de si, responsabilizar-se pelo seu próprio tratamento; não tem meios económicos; não se consegue inseri-lo numa instituição que o acolha e que o “ajude a ajudar-se”... Há que ter em conta também o facto de que muitas vezes o meio (familiar e social) onde vivia o doente era e continua a ser degradante, emocionalmente perturbador, promovedor de agressividade... Acresce ainda o facto de que nesse meio as pessoas também não têm ou têm pouca consciência

da doença de que o indivíduo (e/ou elemento(s) da família) é portador e que necessita de dar continuidade ao tratamento para que possa permanecer compensado e conseguir funcionar minimamente bem nas áreas de vida que for capaz (actividades da vida diária, familiar, social, ocupacional e/ou laboral...).

Apesar da capacidade máxima da C.P.S.M. ser de 110 internados (*vide* Anexo B), aquando da realização deste estudo, como foi referido na p. 168, em finais de Fevereiro de 2003 encontravam-se em tratamento 101 sujeitos. Destes, apenas 91 foram objecto de estudo, pois os restantes 10 encontravam-se numa situação de internamento temporário e, por isso, os seus processos não transitaram para os arquivos da Secção de Reclusos referentes aos internados na C.P.S.M.

No sentido de facilitar o estudo da população total e, em especial, da população alvo colheu-se vária informação sobre cada utente. Esta foi sintetizada no Quadro 12 (*vide* pp. 169 a 217), sendo que as áreas referentes às informações relativas aos sujeitos que fazem parte da amostra foram sombreadas, para facilitar uma rápida identificação dos sujeitos diagnosticados como esquizofrénicos. Neste Quadro foi atribuída uma numeração de 1 a 91 aos sujeitos, sendo que esta não corresponde à atribuída nos processos. Os dados constantes deste Quadro relativos a cada sujeito, referem-se: à identificação em termos de idade, estado civil, distrito de naturalidade/residência; às habilitações literárias; à profissão; aos diversos elementos, embora de forma resumida, que se considera terem sido levados em conta para a definição da sua situação jurídico-penal, como o crime, a arma utilizada, a relação com a vítima, as circunstâncias em que ocorreu o crime, a patologia mental associada, a atribuição de (in)imputabilidade, a medida de segurança e/ou pena, a data da detenção, o último internamento na C.P.S.M.; ao facto de ter ou não visitas; e, aos resultados da avaliação com o instrumento de auto-avaliação utilizado, SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R.

Como se pôde constatar, e tal como se julgava antes de se efectuar este estudo, a população total (N=91) é muito heterogénea, com um elevado número de

inimputáveis (N=64, dos quais 55 são inimputáveis perigosos, *vide* p. 167), destacando-se nela dois grandes grupos de sujeitos: o maior com diagnóstico de Esquizofrenia, composto por 35 sujeitos e que constitui a população alvo (30 na situação de inimputáveis perigosos e 5 na de inimputáveis), seguido pelo que apresenta Debilidade Mental, com 28 sujeitos. Dos restantes, 10 apresentavam outras patologias (Distúrbio Afectivo Major, Transtorno Afectivo Bipolar, Transtorno Anti-Social da Personalidade, Distúrbio Esquizotímico da Personalidade, Epilepsia, Perturbação Orgânica da Personalidade – Síndrome do Lobo Frontal, Síndrome Demencial Orgânico) e 18 sem referências nos processos aos tipos de patologia.

Dada a extensão do Quadro 12, procurou-se resumir, de forma muito sintética, grande parte dos dados nele contidos, exceptuando-se, entre outros, os resultados obtidos no SCL-90-R. Considerou-se, então, pertinente elaborar o Quadro 18, abaixo, não só pelo facto de permitir, com maior facilidade e rapidez, aceder às características gerais da população (em termos brutos), particularmente, a referente aos Esquizofrénicos inimputáveis, pois aquando da definição do problema, os grandes objectivos desta investigação encontram-se direccionados para o estudo destes sujeitos (*vide* p. 160). Há também a acrescer o facto de que o Quadro 18 possibilita ter uma noção mais clara da referida heterogeneidade quer da população total, quer da população alvo, inserida na anterior. De referir, ainda, que este Quadro servirá de base para algumas reflexões que adiante se irão fazer.

A heterogeneidade da população total (N=91) foi confirmada pelos resultados estatísticos, relativamente à idade, estado civil, naturalidade e residência, ao grau de instrução, à actividade (ou não) que desenvolviam aquando da prática dos crimes, bem como ao tipo de crimes, às armas utilizadas, à relação com as vítimas, à doença diagnosticada e, conseqüentemente, à atribuição de medida de segurança como inimputável ou inimputável perigoso ou imputável, ao caso de ter ou não visitas e, ainda,

QUADRO 18 – População total *versus* população alvo

VARIÁVEIS	POPULAÇÃO TOTAL (N=91)	POPULAÇÃO ALVO (N=35) (ESQUIZOFRÊNICOS INIMPUTÁVEIS)
Idade (finais de Fev./2003)	Entre os 19 e os 72 anos	Entre os 22 e os 67 anos
Estado civil (aquando da prática do crime)	Solteiros: 65 Casados: 9 Divorciados: 12 Viúvos: 5	Solteiros: 25 Casados: 1 Divorciados: 7 Viúvos: 2
Residência (aquando da prática do crime)	Norte: 59 Centro: 27 Sul: 3 Ilhas: 2	Norte: 28 Centro: 5 Sul: 1 Ilhas: 1
Habilitações literárias (aquando da prática do crime)	Analfabetos: 23 1.º Ciclo: 19 2.º Ciclo: 10 3.º Ciclo: 3 Secundário: 5 Ensino Superior: 2 (1.º e 3.º anos) Não referido no processo: 29	Analfabetos: 5 1.º Ciclo: 10 2.º Ciclo: 5 3.º Ciclo: 2 Secundário: 1 Ensino Superior: 2 (1.º e 3.º anos) Não referido no processo: 10
Profissão (aquando da prática do crime)	Sector Primário: 12 (10 agro-pecuária; 2 mineiros) Sector Secundário: 41 (24 construção civil; 5 vendedor ambulante / feirante; 2 calçado; 2 têxtil; e 8, sendo 1 em cada uma das seguintes áreas: jardinagem; comércio; operário fabril; metalurgia; electricista; marceneiro; cesteiro; serração) Sector Terciário: 4 (1 em cada uma das seguintes áreas: hotelaria; empresário do ramo automóveis; motorista de ligeiros; carteiro) Estudante: 1 Reformado: 5 Indiferenciado (2) / Sem ocupação / Desempregado: 20 Não referido no processo: 8	Sector Primário: 5 (4 agro-pecuária; 1 mineiro) Sector Secundário: 11 (6 construção civil; 2 têxtil; e 3, sendo 1 em cada uma das seguintes áreas: jardinagem; metalurgia; feirante) Sector Terciário: 4 (1 em cada uma das seguintes áreas: hotelaria; empresário (ramo automóveis); motorista de ligeiros; carteiro) Estudante: 1 Reformado: 2 Sem ocupação / Desempregado: 9 Não referido no processo: 3
Crime	Crime Contra as Pessoas: 61 (39 homicídios: 21 qualificado, 6 na forma tentada, 4 qualificado na forma tentada, 3 voluntário, 3 homicídio, 1 consumado, 1 simples; 8 ofensa à integridade física: 4 qualificada, 2 qualificada na forma tentada, 1 qualificada e perturbação de órgão constitucional, 1 simples; 5 violação: 3 forma tentada, 1 a menor, 1 a vários menores; 2 abuso de criança na forma continuada; 2 sequestro; e 5, sendo 1 de cada tipo: coacção sexual; atentado ao pudor; sequestro; rapto; rapto de menores) Crime Contra a Vida em Sociedade: 6 (3 incêndio; e mais 3, sendo 1 de cada tipo: detenção de arma proibida, burla, tráfico de estupefacientes) Crime Contra o Património: 22 (14 furto qualificado; 3 furto; 2 roubo agravado; e 3, sendo 1 de cada tipo: roubo; roubo na forma tentada; dano qualificado) Não referido no processo: 2	Crime Contra as Pessoas: 31 (23 homicídios: 9 qualificado, 5 na forma tentada, 4 qualificado na forma tentada, 3 voluntário, 1 consumado, 1 homicídio; 4 ofensa à integridade física: 2 qualificada, 1 qualificada na forma tentada; 1 qualificada e perturbação de órgão constitucional; 2 violação na forma tentada) Crime Contra a Vida em Sociedade: 3 (2 incêndio; 1 detenção de arma proibida) Crime Contra o Património: 1 (1 furto qualificado)
Arma utilizada	Arma de fogo (espingarda, pistola, revólver...): 12 Arma branca: 15 Objecto cortante (tesoura, faca de cozinha, navalha...): 9 Objecto contundente (pau, barra de ferro, pedra, pico...; 1 veículo automóvel): 6 Objecto corto-contundente (machado; enxada...): 9 Outros instrumentos domésticos (lenço, bengala, cordel, cinto, isqueiro...): 9 Sem arma ou com agressão física (murros, pontapés...): 21 Não referido no processo: 10	Arma de fogo (espingarda, pistola, revólver...): 6 Arma branca (faca de cozinha, navalha...): 10 Objecto cortante (tesoura, facinha...): 3 Objecto contundente (pau, barra de ferro...): 4 Objecto corto-contundente (machado; enxada...): 4 Outros instrumentos domésticos (lenço, isqueiro...): 3 Sem arma ou com agressão física (murros, pontapés...): 3 Não referido no processo: 2
Relação com a vítima	Familiar (mãe, pai, esposa, irmão...): 29 Amigos, vizinhos, «conhecidos» ou profissional: 20 Outra (conhecida de um amigo, magistrado...): 7 Sem qualquer relação: 26 Não referido no processo: 9	Familiar (mãe, pai, esposa, irmão...): 18 Vizinhos, «conhecidos» ou profissional: 6 Outra (soldado da GNR, magistrado...): 5 Sem qualquer relação: 5 Não referido no processo: 1
(In)imputabilidade e Patologia mental (aquando da prática do crime)	Imputável: 18 (3 c/ Debilidade Mental, 3 c/ Esquizofrenia; 2 c/ outras patologias; 10 não referida no processo) Inimputável / imputabilidade diminuída (1): 10 (5 c/ Debilidade Mental, 3 c/ Esquizofrenia; 2 c/ outras patologias) Inimputável perigoso: 55 (19 c/ Debilidade Mental, 28 c/ Esquizofrenia; 5 c/ outras patologias; 3 não referida no processo) Preventivo: 8	Inimputável: 5 (4 c/ Esquizofrenia Paranóide; 1 c/ Esquizofrenia) Inimputável perigoso: 30 (25 c/ Esquizofrenia Paranóide; 2 c/ Esquizofrenia Hebefebrílica; 2 c/ Esquizofrenia; 1 c/ Esquizofrenia Simples)
Medida de segurança e/ou pena	Mínimo: não mencionado (6 sujeitos); 0,6 meses (1); 1 ano (3); 2 (4); 3 (19); 3,6 (1); 5 (2); 6 (2); 8 (1); 15 (1); 18 (1) Máximo: à espera de decisão (2 sujeitos); 2 anos (2); 3 (2); 4 (1); 4,6 (1); 4,9 (1); 5 (2); 6 (1); 6,7 (1); 6,8 (1); 8 (4); 8,1 (1); 8,10 (1); 9 (1); 9,4 (1); 10 (4); 10,8 (1); 11 (1); 14 (1); 14,8 (1); 15 (2); 16 (1); 16,8 (1); 20 (1); 24 (4); 25 (2) À espera de decisão quanto à medida de segurança ou pena: 10 sujeitos	Mínimo: não mencionado (4 sujeitos); 3 anos (16); 5 (1); 15 (1); 18 (1) Máximo: à espera de decisão (2 sujeitos); 2 anos (1); 3 (1); 4 (1); 5 (2); 6,7 (1); 8 (1); 8,10 (1); 9 (1); 9,4 (1); 10 (1); 10,8 (1); 11 (1); 14,8 (1); 15 (1); 16,8 (1); 20 (1); 24 (3); 25 (1) À espera de decisão quanto à medida de segurança ou pena: 1 sujeito
Ano do último internamento na C.P.S.M.	Década de 1980: 1983 (1 sujeito); 1984 (1); 1986 (1); 1988 (1) Década de 1990: 1991 (3); 1992 (1); 1993 (2); 1995 (8); 1996 (6); 1997 (8); 1998 (9); 1999 (3) A partir de 2000: 2000 (10); 2001 (14); 2002 (17); 2003 (6)	Década de 1980: 1983 (1 sujeito); 1986 (1); 1988 (1) Década de 1990: 1991 (2); 1992 (1); 1993 (1); 1995 (4); 1996 (3); 1997 (6); 1998 (1); 1999 (2) A partir de 2000: 2000 (2); 2001 (7); 2002 (3)
Tempo de internamento na C.P.S.M.	Menos ou igual a 3 anos: 47 sujeitos De 3 (exclusive) a 5 anos: 12 sujeitos De 5 (exclusive) a 8 anos: 22 sujeitos Mais de 8 anos: 10 sujeitos	Menos ou igual a 3 anos: 12 sujeitos De 3 (exclusive) a 5 anos: 3 sujeitos De 5 (exclusive) a 8 anos: 13 sujeitos Mais de 8 anos: 7 sujeitos
Visitas	Tem: 67 sujeitos Não tem: 24 sujeitos	Tem: 26 Não tem: 9

ao facto de se encontrar enquadrada numa Clínica em contexto prisional, com uma cultura própria, propícia à exacerbação/inibição de alguns comportamentos, pouca diferença apresentou relativamente à população estudada por Derogatis (N=158, doentes psiquiátricos masculinos internados). No entanto, esta leitura merece toda a cautela, até mesmo algumas reservas. Senão veja-se:

➤ Estão a ser comparadas populações diferentes: uma inserida na sociedade americana, outra na portuguesa. Isto quer dizer que apesar de em termos latos se enquadrarem na dita cultura ocidental, em termos estritos trata-se de culturas que se regem por padrões, valores e normas diferentes. Porém, esta comparação difere mais ainda se se tiver em conta que a população em estudo, neste trabalho, se enquadra numa subcultura dentro da cultura portuguesa, ou seja, numa subcultura própria de uma Clínica Psiquiátrica inserida num Estabelecimento Prisional.

➤ A população em estudo insere-se nos critérios de «maus candidatos», segundo Derogatis, autor do SCL-90-R.

➤ Os valores encontrados neste estudo tiveram em conta a versão portuguesa, a qual difere em vários aspectos relativamente aos definidos por Derogatis, em especial quanto ao apuramento de resultados, quer a nível das dimensões de sintomas positivos, quer a nível dos índices gerais (*vide* pp. 145 a 150).

Assim, antes de mais, torna-se pertinente tecer agora algumas considerações acerca da escolha do inventário utilizado:

1. Apesar de tipos de instrumentos deste género – de auto-avaliação – em princípio, por um lado, não deverem ser passados a indivíduos que apresentem psicoses ou debilidade mental, por serem «maus candidatos», e, por outro, em indivíduos internados em contextos que possam favorecer a distorção de respostas, quer por excesso, quer por defeito (*vide* pp. 147 e 148), e ainda, de o próprio autor do SCL-90-R fazer referência a estas situações, optou-se pela aplicação do mesmo, em virtude deste instrumento já há muito

ter vindo a ser administrado periodicamente a internados na Clínica que estão em acompanhamento individual ou em grupo, ou ainda quando são propostos para integrarem o Serviço de Terapia Ocupacional (S.T.O.).

2. Assim, o SCL-90-R, como foi dito, começou por ser aplicado a internados que tinham estabelecido uma relação de confiança com o psicólogo e/ou que já haviam realizado anteriormente avaliações, que incluíam, entre outros, a administração deste inventário, inclusive para integrarem o referido S.T.O.
3. Não foi aplicado aos sujeitos com incapacidade de comunicação profunda, nem àqueles que de alguma forma se recusaram ou se mostraram relutantes.
4. Foi passado aos indivíduos que, apesar de aceitarem, não conseguiram ultrapassar a desconfiança própria do meio onde estão inseridos (*vide* p. 228), como, por exemplo, dando respostas a todos os itens de forma negativa (classificação 0).
5. A aplicação do SCL-90-R, para este estudo, não teve em conta a análise dos internados enquanto sujeitos isolados, mas sim uma análise global de toda a população que possibilitasse uma comparação com os resultados obtidos nos sujeitos que faziam parte da amostra, no sentido de tentar encontrar diferenças e/ou regularidades transversais.
6. Devido ao facto de não se ter tido acesso à versão completa da aferição portuguesa, procurou-se também comparar os resultados obtidos na população total com os da população estudada por Derogatis, autor do inventário.

Outro dado tido em conta foi o facto de o número total de internados na C.P.S.M. em cumprimento de medidas de segurança ser de 91 sujeitos, o que é considerada uma amostragem baixa. Apesar disso, trata-se de uma amostra significativa (*vide* pp. 218 e 219). De facto, é na C.P.S.M. que se concentram a maior parte do total de indivíduos do país que se encontram na situação referida, isto é, em tratamento dentro de um espaço enquadrado numa prisão.

Mas, se a população total apresenta um número baixo de sujeitos para se poder tratar estatisticamente os dados (N=91), a população alvo deste estudo constitui uma amostragem ainda mais reduzida, pois inclui apenas 35 inimputáveis esquizofrénicos, o que contribuiu para algumas dificuldades no tratamento estatísticos dos dados. No entanto, para minimizar estas dificuldades, optou-se por estudar a amostra não deixando de ter em conta a população total.

É de referir ainda que muitos dos dados constantes do Quadro 18 (*vide* p. 277) e que foram objecto de análise no ponto 6. deste Capítulo (*vide* pp. 231 a 273), só foram passíveis de tratamento após a colheita dos dados constantes do referido Quadro 12. Os elementos seleccionados para esta colheita tiveram como intenção procurar dar respostas aos vários problemas levantados inicialmente pela autora deste trabalho e que a conduziram à formulação da grande questão de investigação por ela colocada.

Assim, entendeu-se como pertinente deixar a resposta a essa grande questão para o fim deste ponto e partir agora para a discussão dos resultados obtidos, tendo em conta as **hipóteses levantadas**. Optou-se por serem tratadas uma a uma para que se possa ter uma noção mais clara dos resultados a que se chegou.

Primeira hipótese:

Nos sujeitos com esquizofrenia internados em Clínica Psiquiátrica em contexto prisional não há uma relação directa entre crime / arma utilizada / relação com a vítima e os resultados obtidos no inventário de auto-avaliação SCL-90-R. (*Vide* p. 162 deste trabalho)

Esta hipótese foi confirmada, pois os valores encontrados não apresentaram correlações significativas (*vide* pp. 264 e 265). De facto, apesar da violência da maior parte dos crimes cometidos por estes sujeitos – grande parte são Crimes Contra as Pessoas, e destes na sua maioria homicídios nas suas diferentes formas, praticados em larga escala contra familiares e conhecidos – verifica-se que grande parte destes sujeitos recebem visitas.

Outros estudos, já referidos anteriormente, ajudam a corroborar esta hipótese. Assim, esses estudos referem que entre os indivíduos propensos à prática de crimes violentos encontram-se epiléticos, sujeitos com organicidade cerebral, débeis mentais e esquizofrénicos (*vide* pp. 113, 114, 133, 140 e 141 deste trabalho; Barahona Fernandes, 1998, Almeida, 1999; Mário Simões e Dias Cordeiro, 1986; Almeida e Pinto da Costa, 1992; DSM-IV-TR, 2002). De facto, neste trabalho, destacaram-se dois grupos que cometeram crimes violentos: o maior composto por portadores de Esquizofrenia, seguido do que apresentava sujeitos com Debilidade Mental.

No entanto, porque a população alvo é constituída por esquizofrénicos interessa, pois, tecer algumas considerações àcerca destes doentes.

Assim, de acordo com o DSM-IV-TR (2002), como já foi referido, os esquizofrénicos do sexo masculino, como o são os internados na C.P.S.M., tendem a ter comportamentos mais agressivos e violentos em especial quando têm idades mais jovens, antecedentes de violência, não aderem à medicação (por não terem ou terem baixa consciência da doença) e por abusarem de substâncias (*vide* p. 133, deste trabalho). Assim, estes doentes, na fase activa da doença, apresentam um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais às quais se podem associar crenças estranhas, ideias delirantes, alucinações que afectam as suas relações com o outro, aumentando o fosso entre o sujeito e o meio (familiar, social, laboral...), o que, por consequência, aumentará as dificuldades de sua reinserção social (DSM-IV-TR, 2002; U.S. Department of Health and Human Services, 1999; Gallhofer, 1998; Sternberg, 2000; *vide* p. 138 a 140 deste estudo).

Assim, no entender da autora deste trabalho, o **crime** praticado por um sujeito portador de Esquizofrenia poderá ocorrer por vários motivos, entre os quais poderá estar presente ou não de forma isolada a perda da consciência de si, do contacto com a realidade, da razão, do sentido crítico, da presença de alucinações, delírios... De facto, à semelhança de outros estudiosos, também se entende que as crenças ou ideias relativas a si próprio, ao outro e à realidade que o envolve, irão interferir nos dados ou estímulos que

o meio lhe proporciona, podendo ser interpretadas de forma distorcida e conduzir a comportamentos baseados nessas crenças ou ideias disfuncionais (Sternberg, 2000; Beck, 1993; Mahoney, 1980; Dubois, 1994; *vide* pp. 136 e 137 desta dissertação).

Outra conclusão a que se chegou, pelo estudo efectuado com a população alvo da C.P.S.M., **o crime é normalmente praticado**, na maior parte das vezes, **contra pessoas que têm uma relação de proximidade com o doente**, desde vizinhos, colegas de trabalho... e, particularmente familiares, sendo mais frequentemente utilizadas como **armas** instrumentos, utensílios ou objectos domésticos ou de trabalho, como facas de cozinha, navalhas, isqueiro, tesoura, fouchinha, machado, enxada, paus...

Ora, não admira, pois, que especialmente a família venha visitar estes doentes, pois de tão absurdas que são as circunstâncias em que ocorreram os crimes, acabam por “desculpá-los” ou “a seu modo acabar por aceitá-los” por considerarem que o(s) acto(s) praticado(s) não o seria(m) realizado(s) se os sujeitos não estivessem a cometê-los num momento de “loucura” ou se não fossem efectivamente “loucos”.

No entanto, este tipo de doentes, mal são internados na C.P.S.M., dão início obrigatoriamente ao tratamento, mesmo que não tenham consciência da sua doença, pois terão sempre alguém para controlar e administrar a medicação prescrita pelo médico que o passa a seguir, mesmo que contra a sua vontade. Assim, verifica-se que, após algum tempo de tratamento (uns mais, outros menos), particularmente medicamentoso, começa a notar-se uma remissão da sintomatologia própria desta doença e alguns sujeitos deixam de ficar tão alheios à realidade que os cerca, embora muitas vezes continuem a manifestar-se, mas de forma menos incisiva, por exemplo, parte dos seus núcleos delirantes e/ou paranóides... Por isso, não admira que os resultados do SCL-90-R não apresentem correlações significativas com as variáveis colocadas nesta hipótese.

Segunda hipótese:

Nos sujeitos com esquizofrenia internados em Clínica Psiquiátrica em contexto prisional que têm visitas, há maior tendência para andarem dentro de padrões da normalidade relativamente às diferentes dimensões de sintomas primários do inventário de auto-avaliação SCL-90-R. (*Vide* p. 162 deste trabalho)

Um dado que não se esperava e que, por isso, **infirma esta hipótese**, é o facto de os esquizofrénicos que recebem visitas registarem médias mais elevadas em todas as dimensões de sintomas positivos, excepto na Somatização. Esta última já era esperada, pois os Esquizofrénicos não têm tendência a somatizarem, embora possam ter algumas preocupações somáticas (DSM-IV-R, 2002; Correia, 1992; *vide* p. 132 e 133 desta dissertação).

Contudo, é de se salientar o facto de não se ter encontrado, na bibliografia consultada, estudos com os quais a autora deste trabalho pudesse estabelecer relações com os resultados a que chegou.

Considera-se, no entanto, merecedor de referência o facto de que quando se compararam os resultados obtidos nas nove dimensões de sintomas positivos e nos índices globais do SCL-90-R para os diferentes grupos, tendo em conta a população total – Esquizofrenia, Debilidade Mental, Outras Patologias e Patologia Não Especificada ou Não Atribuída –, verificou-se que o grupo dos internados com diagnóstico de Esquizofrenia (29 com Esquizofrenia Paranóide, 3 com Esquizofrenia, 2 com Esquizofrenia Hebefrénica e 1 com Esquizofrenia Simples), foram aqueles que apresentaram índices mais baixos relativamente aos restantes, enquanto houve uma tendência para registo de médias mais elevadas nos grupos da Debilidade Mental (28 sujeitos) e Outras Patologias (3 Transtorno Anti-Social de Personalidade, 2 Transtorno Afectivo Bipolar, 2 Perturbação Orgânica da Personalidade – Síndrome do Lobo Frontal, 1 Distúrbio Afectivo Major, 1 Distúrbio Esquizotímico da Personalidade, 1 Síndroma Demencial Orgânico e 1 Epilepsia).

Assim, quando comparadas as médias encontradas nas diferentes dimensões de sintomas positivos do SCL-90-R verificou-se que os valores obtidos na população total não diferem muito dos obtidos na população estudada por Derogatis. Pode-se, contudo, dizer que a população total apresentou médias mais elevadas nas dimensões Somatização e Ansiedade, e ligeiramente menos na Ideação Paranóide. O mesmo ocorre nas médias obtidas no PST e no PSDI.

Quando se procedeu à **comparação das médias do SCL-90-R entre a população total da C.P.S.M., a de Derogatis e a população alvo que recebe visitas** (*vide* Quadro 17, p. 262), apenas as dimensões Ideação Paranóide, Depressão, Obsessão-Compulsão e Sensibilidade Interpessoal apresentaram valores mais aproximados aos da população total e à estudada por Derogatis. De notar que, no que se refere à Somatização, encontra-se ligeiramente abaixo da de Derogatis. Curiosamente as médias do GSI e do PSDI também não diferem muito nos três tipos de população. Estes dados, como foi referido, infirmam esta segunda hipótese de pesquisa levantada.

Apesar de tudo procedeu-se ainda à **comparação entre a população alvo que recebe visitas e a que não recebe visitas**, verificando-se que as médias neste último subgrupo são de um modo geral significativamente mais baixas em todas as dimensões de sintomas positivos, excepto na dimensão Somatização. De facto, na população alvo que não recebe visitas esta dimensão assume valores significativamente mais elevados quando comparada à que recebe visitas e à amostra de Derogatis, bem como valores ligeiramente acima das médias obtidas na população total.

Ora, como foi igualmente tratado atrás no ponto 2. do Capítulo anterior (*vide* pp. 117 a 142), à Esquizofrenia corresponde a um adoecer perturbador da vida do sujeito, pois a sua “mente”, os seus pensamentos, a sua experiência de si começa a tornar-se “estranha” ao próprio sujeito, ficando alterada a sua própria visão da personalidade, dos outros, do meio que o cerca e do próprio Mundo. Assim, a sua lógica altera-se, diferindo da lógica do dito normal, o que faz com que se torne difícil, mas não impossível, aceder à sua mente e compreender o doente. A ajuda medicamentosa irá

contribuir para facilitar o contacto com o mesmo, com o seu mundo interior. Ora, não admira pois que os resultados obtidos, de um modo global, nas diferentes dimensões de sintomas positivos apresentassem médias baixas relativamente aos restantes grupos. De facto, ao contrário do homem dito normal (com capacidades intelectuais diferentes), ou do que apresenta outros tipos de psicopatologia que não a Esquizofrenia, que se tenta defender «com o secreto receio de que o mal [a loucura] o possa vir a tocar», desculpa-se muitas vezes racionalizando para que satisfaça o seu desejo íntimo de não enlouquecer, e , «não raro, sentindo-se ameaçado, defende-se com actos inadequados ou mesmo violentos» (Barahona Fernandes, 1998, p. 530) e, acrescenta-se, com a exacerbação de alguma sintomatologia, particularmente quando se é obrigado a conviver diariamente numa Clínica de Psiquiatria em contexto prisional. Assim, a autora deste trabalho não se admiraria se este inventário fosse passado a técnicos que com os doentes trabalham os resultados também atingissem médias mais elevadas do que as apresentadas no grupo dos Esquizofrénicos, pois esses técnicos, quando se sentem igualmente ameaçados, racionalizam e praticam aqueles actos referidos atrás, quando se citou Barahona Fernandes, entre os quais, como acrescenta este autor, o «isolamento forçado dos doentes».

Terceira hipótese:

Se o período de internamento da população alvo é longo, os seus efeitos são grandes, por consequência, aumentará a tendência para as queixas ou problemas relacionados com a saúde. (*Vide* p. 162 deste trabalho)

A partir da análise efectuada poder-se-á dizer que **os valores vão ao encontro do que se esperava nesta hipótese**, embora não se tenham encontrado estudos, na bibliografia consultada, com os quais se pudesse estabelecer uma comparação. Senão veja-se.

Verificou-se, considerando a população total, que os sujeitos incluídos no grupo da Esquizofrenia se encontravam há mais tempo internados do que os do grupo de Outras Patologias e de Patologia Não Especificada ou Não Atribuída. No entanto, quando o

grupo da Esquizofrenia foi comparado com o da Debilidade Mental não apresentam variação quanto ao tempo de internamento.

Ainda tendo por base a população total, procedeu-se à comparação entre os valores obtidos nas dimensões do SCL-90-R e o tempo de internamento na C.P.S.M., tendo em conta a população total, tomou-se como ponto de referência, para esta discussão, médias acima de 1 e próximas de 1, bem como se optou pelo registo das dimensões por ordem decrescente (ver Quadro 16, p. 256).

Assim, no grupo em que o período de internamento era menor ou igual a 3 anos as dimensões Depressão, Obsessão-Compulsão e Ideação Paranóide foram as que apresentaram maiores valores. Seguiram-se-lhe a Somatização, a Ansiedade e a Sensibilidade Interpessoal, com médias acima de 1, e, ainda, o Psicoticismo com valores próximos de 1. Esta situação poderá ser explicada pelo facto de os sujeitos estarem a experienciar uma tentativa de adaptação ao novo espaço de tratamento/encarceramento que é fechado, com uma cultura própria, com pessoas com problemas vários e com quem se tem de partilhar o quarto (cela), com diversos técnicos e elementos de vigilância, bem como, ainda com a “sombra” do juiz a pairar, pois quase todos lhes dizem que é dele que depende a definição da sua situação jurídica e/ou da sua saída ou permanência. Cerca de metade destes sujeitos estão ainda há menos de um ano detidos. Alguns nem sempre sabem do mínimo de pena, quanto mais do máximo. Outros que têm o mínimo definido acreditam que poderão sair nessa altura, o que na maior parte das vezes não acontece. Parece confirmar esta convicção da autora o facto de, num estudo realizado por Almeida (1999, p. 441) sobre os *Homicidas em Portugal*, os sujeitos da sua amostra (53 homicidas que consumaram os actos, sendo apenas 4 inimputáveis) terem ficado à espera de julgamento em tribunal de primeira instância, desde a prática do crime, entre 83 e 475 dias, em que a demora média foi de 225.7 dias associada a um desvio padrão de 85.39. Segundo este autor, um dos factores que contribuiu para a demora na apreciação dos processos foi a perícia psiquiátrica.

Quando o período de internamento já é de 4 a 5 anos, verifica-se um aumento nas médias da Ideação Paranóide, os índices de Obsessão-Compulsão praticamente se mantêm e há um ligeiro decréscimo na Depressão. No entanto, registam ainda médias acima de 1 as dimensões Somatização, Sensibilidade Interpessoal e Ansiedade. Seguiram-se-lhe as dimensões Psicoticismo e Ansiedade Fóbica, com índices próximos de 1. Uma das explicações possíveis para que isto ocorra, é o facto de, passada a fase em que legalmente está estabelecido o mínimo das medidas de segurança e em que se vai acreditando numa possibilidade de saída, já que muitas vezes o sujeito até já foi a casa e/ou se tem visitas e, ainda, aderiu ao tratamento (mesmo que ali seja por obrigação e o sinta como tal, pois muitas vezes pensa dele desvincular-se quando sair em liberdade), o sujeito vê gorada as expectativas que criou, ou que eventualmente lhe foram criando. Assim, não é de estranhar que os vectores paranóides fiquem mais acentuados, já que agora a desconfiança passa a ser maior.

Relativamente aos sujeitos que se encontram internados por um período de 6 a 8 anos não se verificam aumentos muito significativos, embora a dimensão Somatização assuma a média mais elevada, enquanto os valores da Ideação Paranóide, da Obsessão-Compulsão e da Depressão se aproximam ainda mais de 1, se bem que ainda com valores ligeiramente acima desta média. A Sensibilidade Interpessoal assume um valor próximo de 1. Acredita-se que o facto de uma permanência tão longa num ambiente gerador de tensões possa contribuir para esta tendência de somatizarem mais.

No grupo que se encontra há mais de 8 anos em internamento as médias da Obsessão-Compulsão atingem os valores significativamente mais elevados e as da Ideação Paranóide também apresentam médias acima das até então registadas nos restantes grupos. Seguem-se-lhes a Sensibilidade Interpessoal e a Somatização. Mas, ainda com médias ligeiramente acima e muito próximas de 1 encontram-se as dimensões Depressão, Psicoticismo e Ansiedade. A autora deste trabalho considera que os índices elevados obtidos na Obsessão-Compulsão e na Ideação Paranóide provavelmente deverão prender-

-se com o peso da institucionalização a que estão sujeitos estes indivíduos. De facto, se se atentar para o Quadro 10 (p. 149) alguns dos itens vão ao encontro do que é esperado dos internados, tais como, «preocupação com o desleixo ou a falta de limpeza», «dificuldades em fazer qualquer trabalho», «fazer tudo devagar para ter a certeza de que fica bem feito», «sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz», «dificuldades em tomar decisões», pois ao longo dos anos de internamento foram-lhes exigidas estes comportamentos e atitudes e foi-lhes dito que se continuassem com um bom comportamento e a fazerem o que lhes era pedido teriam mais probabilidades de saírem em liberdade. Os restantes itens também poderão ter sido influenciados pela carga da institucionalização.

Mas, ao terminar esta análise comparativa entre as dimensões do SCL-90-R e os grupos definidos por tempo de internamento, coloca-se a questão de que ao ter-se avaliado os indivíduos num dado momento estes valores possam estar ou influenciados por um problema estrutural ou por um problema situacional, ou por ambos.

Quanto às médias obtidas nos índices gerais do inventário registaram-se para o GSI – Índice de Gravidade Global valores mais elevados no grupo com um período de internamento menor ou igual a 3 anos seguido do grupo com internamento com mais de 8 anos. As médias mais baixas foram obtidas no grupo de internamento entre 6 a 8 anos.

Relativamente ao PST – Total de Sintomas Positivos verificou-se uma média significativamente mais elevada no grupo com internamento superior a 8 anos, sendo que a mais baixa verificou-se igualmente para o grupo com internamento entre 6 a 8 anos.

No que se refere ao PSDI – Índice de Perturbação de Sintomas Positivos, a média mais elevada foi obtida pelo grupo com internamento menor ou igual a 3 anos, seguida do com 4 a 5 anos, do com mais de 8 anos e, por fim, a média mais baixa registou-se no grupo com 6 a 8 anos de internamento.

Considera-se pertinente acrescentar que os esquizofrénicos parecem permanecer por períodos mais longos de internamento (*vide* pp. 257 e 258). No entanto, não se pode deixar de parte o facto de que neste estudo também se chegou à conclusão de que a

variável patologia mental correlaciona-se de forma negativa com o tempo de internamento; porém, dado o baixo nível de significância obtido, os valores obtidos mereçam algumas reservas (*vide* pp. 266 e 267). Pensa-se que talvez o longo tempo de internamento esteja relacionado com o tipo de crimes cometidos, como atrás se referiu, e/ou por estes doentes terem sido considerados, na sua grande maioria, inimputáveis perigosos (N=28).

Assim, sendo o grupo da Esquizofrenia o que parece permanecer por períodos de tempo de internamento mais alargados, pensa-se que, à medida que aumenta esse período maiores serão as dificuldades de reinserção no mundo extra-prisional.

Quarta e quinta hipóteses:

Nos sujeitos com esquizofrenia internados em Clínica Psiquiátrica em contexto prisional há uma incidência de vectores relacionados com uma ideação paranóide, mesmo que o sujeito não tenha sido internado com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide.

Se a população alvo se encontra em tratamento, e a maior parte é considerada como estando compensada, há maior tendência a ligarem-se à realidade e, por isso, deprimem, ou então a psicotizarem para não deprimirem. (*Vide* p. 162 deste trabalho)

Estas duas hipóteses foram confirmadas no estudo efectuado, embora como anteriormente se referiu, também aqui não se encontrassem estudos para que se pudesse comparar os resultados com os obtidos neste.

Decidiu-se tratar destas duas hipóteses comumente devido ao facto de os dados em análise para ambas andarem muito associados.

Como já se referiu, quando qualquer sujeito é internado na C.P.S.M. inicialmente é avaliado e medicado de acordo com o seu estado clínico, o que em princípio conduzirá, em especial, a uma remissão da sintomatologia dominante. No caso dos doentes

pertencentes ao grupo da Esquizofrenia (*vide* Quadros 2 e 5, respectivamente nas páginas 124 e 128), sujeitos a tratamento, esperar-se-iam valores baixos nas diferentes dimensões do SCL-90-R. Mesmo assim, ao fazer-se uma análise intragrupo verificou-se que as dimensões Ideação Paranóide e Depressão assumiram os valores mais elevados relativamente às restantes dimensões, o que vai ao encontro da comprovação das quarta e quinta hipóteses colocadas. Assim, ao tomarem mais contacto com a realidade, tendem a deprimirem. Este novo estar, ser e sentir pós-psicótico ou de um estado de compensação aliado a outros factores, como a tomada de consciência de se estar detido sem saber quando terá “alta”, porque sabe que esta não depende exclusivamente do médico, nem quando retomará a sua vida “activa” (muitos trabalhavam anteriormente, por exemplo), pode levar a uma situação de desespero e à tentativa ou consumação do suicídio. O que leva a concluir que nesta fase os técnicos deverão dedicar maior atenção a estes doentes.

Porém, um dado que se considera curioso é que, relativamente à restante população, as médias mais elevadas verificam-se na dimensão Depressão e, seguidamente, na Ideação Paranóide. Outra situação esperada pela autora deste trabalho refere-se aos resultados encontrados nos grupos da Debilidade Mental e das Outras Patologias. Como atrás se referiu, verificou-se que obtiveram as médias mais altas nas diferentes dimensões de sintomas positivos do SCL-90-R. Esta situação poderá ser explicada se se tiver em consideração que, de facto, este inventário pretende medir sintomas e nada mais além dos sintomas. E, os sintomas surgem muitas vezes para camuflar a realidade do sujeito, a sua verdade interior, os seus medos, as suas angústias, as suas mágoas, a sua vergonha, a sua culpa... No fundo o indivíduo pode ter o conhecimento de que algo está mal dentro de si e ter medo, pois trata-se de uma questão que muitas vezes é de alta complexidade e que o próprio indivíduo tem dificuldades em a abarcar. Assim, quando pode dar uma resposta de baixa complexidade, através do sintoma, sente-se mais aliviado, pois fica com a sensação de poder controlar esse medo.

Por fim, procurou-se testar a fiabilidade do inventário para a população total e para a população alvo, chegando-se à conclusão de que apresenta um bom nível de fiabilidade (*vide* pp. 272 e 273), apesar de Derogatis (1993) considerar estes sujeitos como «maus candidatos» para a aplicação do SCL-90-R. No entanto, não se sabe se ao seguir-se as directrizes definidas por Derogatis em vez das utilizadas, que tiveram por base a versão portuguesa a que se teve acesso, se haveria alterações significativas nos resultados encontrados. Para tal seria necessário realizar um novo estudo com base no estabelecido por Derogatis para esta mesma população, e compará-los.

A grande questão levantada neste estudo tem em conta a **população alvo** e envolve **oito variáveis**. Considerou-se pertinente, à semelhança do tratamento acabado de se realizado relativamente às hipóteses, reproduzir aqui novamente essa questão:

– Em que medida o facto de se ser esquizofrénico se relaciona com o crime praticado, a arma utilizada e a vítima, bem como com a atribuição de inimputabilidade/perigosidade e a aplicação da medida de segurança, e ainda com o facto de ter ou não visitas e de que modo tudo isto somado ao tempo de internamento exerce influência na exacerbação de alguns sintomas que se pretendem estudar com a aplicação do inventário de auto-avaliação SCL-90-R? (*Vide* p. 161, deste trabalho)

Uma questão tão complexa exige uma resposta igualmente complexa. Para tal, há que dissecar os conteúdos da mesma para se poder ir dando respostas parciais até se chegar a uma resposta satisfatória para tal questão.

Assim, chegou-se às seguintes **conclusões**.

Relativamente às variáveis crime praticado, arma utilizada e a vítima não se registam diferenças intragrupo na Esquizofrenia, uma vez que um dos dois grupos apresenta somente 6 sujeitos – trata-se dos que apresentam Outros Tipos de

Esquizofrenia que não a Esquizofrenia Paranóide. No entanto, é de salientar que existem diferenças entre o grupo da Esquizofrenia e os restantes grupos da população total.

As variáveis supracitadas revelaram algumas correlações interessantes.

Quanto ao crime praticado, não foi possível verificar se esta variável estava associada a outras de uma forma significativa para fins estatísticos, dada a dimensão da população. No entanto, esta variável parece correlacionar-se com uma outra, a patologia, sendo que se verificou que o grupo da Esquizofrenia tinha maior propensão para a prática de homicídios.

A variável arma utilizada está relacionada com a medida de segurança aplicada, pois além de outros factores no estabelecimento de penas e/ou medidas de segurança entra em jogo a hierarquização definida no Código Penal, mediante o tipo de arma utilizada.

A variável relação com a vítima surge de alguma forma correlacionada de modo negativo com o tempo de internamento na C.P.S.M. Este facto pode ser explicado através da análise das relações desta variável com a patologia, ou seja, parece que determinados grupos têm maior propensão a cometer crimes num contexto de proximidade muito acentuado, como é o caso dos esquizofrénicos. Assim, o que parece ser visível é que quanto mais próxima for a vítima, menor é o tempo de internamento, o que parece estar relacionado com um reconhecimento da doença por parte das pessoas ligadas ao sujeito que praticou o crime e de quem julga. No entanto, apesar disto, o grupo da Esquizofrenia, como foi referido, parece permanecer por períodos de internamento mais longos, quando comparado com os restantes grupos.

A inimputabilidade não apresenta nenhuma correlação significativa com qualquer das outras principais variáveis. Relaciona-se, à semelhança de outras, com a patologia. De facto, nesta população parecem ser os esquizofrénicos os sujeitos com maior propensão para serem considerados particularmente como inimputáveis perigosos.

A variável visitas, ao contrário do que se esperava, não revelou uma associação estatisticamente significativa com as principais variáveis deste estudo. Assim, supunha-

-se que o facto de os sujeitos receberem visitas poderia aproximá-los dos níveis considerados dentro das médias obtidas, quer da população total, quer da Derogatis. Embora se verificassem maiores diferenças nos sujeitos que recebem visitas, de um modo geral não foram muito significativas. Apenas se verificou uma maior aproximação aos valores obtidos na população total nas dimensões Ideação Paranóide, Depressão, Obsessão-Compulsão e Sensibilidade Interpessoal (por ordem decrescente de médias).

De referir que os resultados obtidos e as ilações que se fizeram neste estudo não se esgotam com este trabalho, assim como não se esgotaram as possibilidades de estudo desta população, mesmo que se recorresse novamente às mesmas variáveis nele utilizadas.

De facto, além das limitações atrás referidas contam-se outras. Ou seja:

➤ os sujeitos que integraram a população estudada inserem-se nos critérios de «maus candidatos» de acordo com o autor do próprio inventário (*vide* p. 147); porém, foi aplicado porque tem sido um dos instrumentos utilizados há cerca de 4 anos a vários dos internados na C.P.S.M.;

➤ além de os procedimentos utilizados que conduziram ao apuramento dos resultados do SCL-90-R e que seguiram o que o indicado nos materiais que se teve acesso sobre a versão portuguesa (*vide* Anexo A-1.), que em alguns aspectos diferem da versão original americana (*vide* pp. 143 a 152 e Anexo A-3. e A-4.), a autora deste trabalho apenas teve como alternativa comparar os resultados que obteve com os alcançados na população americana, por Derogatis (*vide* pp. 145 a 150), que se rege por valores, regras e padrões diferentes;

➤ outras limitações prendem-se com outros factores, entre os quais:

- não se ter encontrado, na pesquisa bibliográfica realizada, qualquer estudo sobre populações similares, isto é, de esquizofrénicos inimputáveis em cumprimento de medidas de segurança em clínicas inseridas em contextos prisionais;

- a amostra ser muito reduzida para se proceder a um estudo estatístico exclusivamente a ele direccionado, por isso a necessidade de se recorrer a diversas comparações com a restante população da C.P.S.M.;
- não se conseguiu ter acesso ao número de esquizofrénicos internados em hospitais psiquiátricos e que estivessem em cumprimento de medidas de segurança, embora se tivesse recorrido à ajuda dos serviços administrativos do E.P.S.C.B., nem mesmo através dos *sites* do Ministério da Justiça e/ou Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, disponibilizados nos próprios serviços administrativos desse Estabelecimento; assim, não se pôde obter respostas a perguntas como: Quais são as instituições no país não inseridas em contexto prisional que têm internados inimputáveis? Quantos doentes há em cada uma dessas instituições? Em que regime de tratamento se encontram?

Assim, torna-se premente, para a autora deste trabalho, que um investigador passe a poder ter acesso informático a dados que propiciem informação mais detalhada, mas rigorosa e actualizada, sobre este tipo de população.

Antes de terminar, julga-se pertinente tecer ainda mais algumas reflexões.

Considera-se imperativo que passe a haver uma maior preocupação com os cuidados de saúde, pois se estes de alguma forma falharam antes dos sujeitos praticarem um delito, considera-se inconcebível que continuem a falhar quando saem em liberdade para prova ou em liberdade definitiva, pois nessa situação encontram-se compensados e há que garantir a manutenção desse estado de compensação. De facto, esses sujeitos clinicamente estão em condições de retomar a sua vida no meio em que viviam, desde que lhes sejam assegurados os meios para que continuem a viver condignamente e que tenham alguém que sirva como efectivo garante para o seu tratamento, pois só assim a probabilidade da perigosidade destes doentes ficaria muito mais reduzida. O que parece é que nem sempre o sujeito fica sob responsabilidade de alguém que efectivamente esteja em condições de assumir também responsabilidade. Se assim for, que não se fique apenas por pensar em se criar, mas que se criem efectivamente meios,

mecanismos e instituições especializadas para colmatarem estas falhas. Caso contrário, as recidivas continuarão (muitos dos internados voltam a recair e a retornarem ao tratamento sob “encarceramento”).

Que sistemas poderão falhar?

O sistema prisional, que se descuidava em manter esses sujeitos ocupados ou em formação profissional, em ambientes protegidos, em oficinas e/ou trabalhos no exterior da C.P.S.M. e/ou do E.P.S.C.B., enquanto cumprem as medidas de segurança, muitas vezes de longa duração; que se descuidava em promover mais contactos com a realidade exterior, para que o peso da institucionalização estivesse mais leve aquando da saída em liberdade?

O sistema de reinserção social, que muitas vezes depois de lhes arranjar um “pouso” acabam por se desligar de alguns destes sujeitos, em vez de continuarem segui-los para que com maior celeridade possa interferir num internamento compulsivo, caso disso se trate?

O sistema de saúde, pelos motivos atrás referidos, que tanto antes como depois por vezes falha?

O sistema familiar e social, ou porque também “doente” se descuidava ou porque arreigado a crenças milenares recorre ainda a mezinhas, bruxarias, esconjuros... em vez de um tratamento prescrito? Já se sabe que a mudança de mentalidades envolve um processo muito longo, mas se não se empreenderem desde já políticas mais incisivas e generalizadas pelas diferentes instituições (estatais ou não, através dos *media*...) com vista à sensibilização para a problemática das diferentes doenças mentais, em particular “das esquizofrenias”, permanecerá muito lentificada esta mudança. E também é sabido o peso que é para uma família ter um indivíduo com doenças mentais.

Assim, se este estudo conseguir abrir portas para outros e/ou para a mudança, por pequena que seja, a autora do mesmo, já se considerará um pouco mais realizada por ter lançado mais uma pequena gota de água num imenso oceano.

SÍNTESE

Neste Capítulo tratou-se da investigação de campo propriamente dita. Assim, começou-se por traçar dois grandes grupos de objectivos que se pretendiam alcançar: caracterizar a população total da C.P.S.M. e, particularmente, caracterizar a amostra, ou seja, os internados com diagnóstico de Esquizofrenia e considerados inimputáveis.

Definidos os grandes objectivos, partiu-se para a definição do problema, que teve em conta variáveis relacionadas com a população alvo, tais como o crime praticado, a arma utilizada, a relação com a vítima, a atribuição da inimputabilidade/perigosidade, a aplicação de medidas de segurança, o facto de ter ou não visitas, o tempo de internamento e a exacerbação de alguns sintomas, tendo por base a aplicação do SCL-90-R. De seguida, formularam-se as hipóteses e definiram-se as variáveis em estudo.

Sentiu-se a necessidade de se passar à contextualização geográfica e de caracterizar a população do E.P.S.B. Procedeu-se, então, à apresentação das instalações existentes nesse Estabelecimento, consideradas como significativas para este estudo, bem como a quantidade de indivíduos instalados em cada uma delas. Assim, dos 435 indivíduos detidos, 289 encontravam-se no Regime Comum, 101 na C.P.S.M., 12 na Unidade Livre de Droga e 33 na Casa de Acolhimento de Santo André.

Posto isto, passou-se à caracterização um pouco mais detalhada da C.P.S.M. Foram contemplados não só os espaços nela existentes ou a ela ligados e a população internada, mas também os técnicos que nela trabalham. Para melhor caracterizar toda a população recorreu-se aos arquivos da Secção de Reclusos do E.P.S.C.B, onde se situa a referida Clínica, a um Técnico de Reeducação para dados referentes às visitas e aos resultados obtidos no SCL-90-R para cada indivíduo. E foi com base nestes elementos que se elaborou o Quadro 12 (pp. 169 a 217).

No entanto, interessa aqui referir que, na altura da colheita de dados, feita pela autora deste trabalho, 67% da população da Clínica encontrava-se na situação de

inimputabilidade, sendo que esta é representativa da população inimputável instalada em Estabelecimentos Prisionais no país.

De seguida, procedeu-se a uma descrição da população alvo e à exploração das principais variáveis tidas em conta nesta investigação.

A população alvo é constituída por 35 sujeitos (55% dos internados na C.P.S.M.), do sexo masculino, com idades entre os 22 e os 67 anos, maioritariamente solteiros (N=25). Quanto à escolaridade, 10 possuíam o 1.º Ciclo do Ensino Básico, 10 enquadravam-se em outros níveis de ensino (5 no 2.º Ciclo, 2 no 3.º Ciclo, 1 no 12.º ano, 2 a frequentarem o ensino superior, 1.º e 3.º anos), 5 eram analfabetos e era desconhecida a escolaridade dos restantes 10 sujeitos.

À data do crime a grande maioria residia na região Norte do País (N=28); 11 sujeitos trabalhavam em actividades ligadas ao sector secundário, 9 estavam integrados nos outros sectores (5 no Primário e 4 no Terciário) e os restantes 15 encontravam-se noutras situações (12 sem ocupação ou desempregados e não havia informações sobre a ocupação de 3).

De realçar que também grande parte da amostra apresenta diagnóstico Esquizofrenia Paranóide (N=29) praticou homicídio, nas suas diferentes formas, havendo maior prevalência na prática de homicídios qualificados. Estes sujeitos foram também na sua maioria considerados inimputáveis perigosos (N=30) e aplicadas medidas de segurança com um máximo superior a 8 anos (N=22). A arma branca foi a mais utilizada e a arma de fogo a menos utilizada.

Apesar de os crimes terem sido praticados, em maior número contra pessoas com as quais os sujeitos mantinham um relação próxima (18 contra familiares e 6 contra vizinhos ou conhecidos), 26 destes doentes recebem visitas, essencialmente de familiares.

De referir ainda que a maior parte destes doentes encontram-se há mais de 3 anos internados na C.P.S.M. (N=23).

Caracterizada a população, passou-se a explicitar a metodologia utilizada. Esta constou de uma breve entrevista, semi-estruturada, e da aplicação do inventário de

auto-avaliação SCL-90-R, com base na versão portuguesa. No entanto, qualquer dos métodos utilizados para a avaliação possui limitações.

A entrevista, por exemplo, implica duas pessoas numa dinâmica intersubjectiva. Logo, essa dinâmica influenciará os dados colhidos. Se outro entrevistador fizesse uma exploração igual, com as mesmas perguntas, à mesma pessoa, obteria, provavelmente, respostas diferentes. Na interpretação geral do indivíduo entrariam, também, juízos de valor pessoais. No entanto, como esta entrevista era breve, semi-estruturada e com objectivos concretos definidos, estes riscos encontram-se muito reduzidos.

Mesmo sabendo que esta população se enquadrava nos critérios de «maus candidatos», de acordo com Derogatis (1993), autor do SCL-90-R, optou-se pela sua aplicação, dado que várias vezes havia sido administrado antes deste estudo, juntamente com outros instrumentos, na avaliação de internados na C.P.S.M. Mas, ao contrário do que se havia feito, importou para este estudo não a análise individual, mas sim a análise global, quer da população total, quer da população alvo.

No entanto, não foram submetidos, nem à entrevista, nem à administração do inventário, quer os sujeitos que se recusaram quer aqueles que tinham incapacidade de comunicação profunda. Alguns dos sujeitos, apesar de terem concordado com a avaliação, responderam negativamente a todas as questões, pelo que ficou invalidada.

Embora a população total da C.P.S.M. fosse de 101 sujeitos, em finais de Fevereiro de 2003, apenas se pôde recolher dados relativos a 91 deles, uma vez que eram os que se encontravam aí internados e por isso tinham os seus processos na Secção de Reclusos do E.P.S.C.B. Os restantes 10 eram sujeitos que se encontram internados a «título precário», ou seja, estavam numa situação temporária e mal estabilizassem regressariam aos Estabelecimentos Prisionais de origem.

Quanto aos dados recolhidos sobre a população internada na C.P.S.M., na referida Secção de Reclusos, e os resultados obtidos no SCL-90-R, que foram registados no referido Quadro 12 (pp. 169 a 217), serviram de base para o tratamento estatístico com o SPSS. Apenas os dados contidos na coluna relativa às circunstâncias não foram

contemplados na base de dados, bem como também não constituíram objecto de tratamento e análise nesta dissertação, pois não faziam parte dos objectivos deste trabalho. No entanto, contêm matéria outros estudos que se queiram fazer.

De seguida passou-se à apresentação e análise dos resultados tendo em conta as principais variáveis de estudo e os dados obtidos no SCL-90-R. Primeiramente foram tratados os resultados referentes à população total e depois à população alvo.

Assim, relativamente à **população total** verificou-se o seguinte:

➤ *Resultados obtidos nas dimensões e índices gerais do SCL-90-R.* Obtiveram-se as médias mais elevadas na Somatização e na Ansiedade, seguindo-se a Ideação Paranóide. O mesmo aconteceu para o PST e para o PSDI. Estas características não apresentam diferenças muito significativas relativamente às da amostra de Derogatis (1993).

➤ *Comparação dos resultados obtidos nas nove dimensões do inventário para os diferentes tipos de patologias.* Para este estudo foram tidos em conta quatro grupos, ou seja, da Esquizofrenia, da Debilidade Mental, de Outras Patologias (que aglutinou diversas patologias, pois havia um reduzido número de sujeitos para cada uma delas, para não inviabilizar grande parte dos testes estatísticos) e de Patologia Não Especificada ou Não Atribuída. As conclusões obtidas revelam que o grupo da Esquizofrenia foi o que apresentou as médias mais baixas em todas as dimensões de sintomas positivos, enquanto que o da Debilidade Mental e o de Outras Patologias foram os que tenderam a registar as médias mais elevadas. No entanto, verificou-se que no grupo da Esquizofrenia as médias nas diferentes dimensões distribuíram-se das mais altas para as mais baixas, do seguinte modo: Ideação Paranóide, Depressão, Obsessão-Compulsão, Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Psicoticismo, Ansiedade, Ansiedade Fóbica e Hostilidade.

➤ *Comparação dos resultados obtidos nos índices gerais do inventário para os diferentes tipos de patologias.* Concluiu-se que para o caso dos três índices gerais as médias mais baixas foram obtidas pelo grupo da Esquizofrenia. As mais altas foram obtidas no GSI e no PST pelo das Outras Patologias, e no PSDI pelo da Debilidade Mental.

Também se concluiu que existem diferenças significativas entre os diferentes grupos para a maioria das dimensões e índices gerais, a partir do teste Oneway Anova, para os casos da Obsessão-Compulsão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e para o GSI e PST. Verificou-se também que o grupo da Debilidade Mental apresentava médias superiores de Hostilidade e de Ansiedade Fóbica relativamente às do grupo da Esquizofrenia.

➤ *Comparação dos resultados entre os vários tipos de crime e os diferentes tipos de patologias.* Chegou-se à conclusão de que os Crimes Contra as Pessoas foram os mais cometidos, com particular incidências no grupo da Esquizofrenia, seguido pelo grupo da Debilidade Mental, embora este também apresente médias elevadas na prática de Crimes Contra o Património.

➤ *Comparação dos resultados obtidos no inventário relativamente ao tempo de internamento na C.P.S.M.* Criaram-se quatro grupos em que se consideraram os seguintes tempos de internamento: menos ou igual a 3 anos, de 4 a 5 anos, de 6 a 8 anos e mais de 8 anos. O primeiro deste grupo obteve as médias mais elevadas nas dimensões Depressão, Obsessão-Compulsão e Ideação Paranóide; o segundo nas dimensões Ideação Paranóide, Obsessão-Compulsão e Depressão; o terceiro nas dimensões Somatização e Ideação Paranóide; e o quarto nas dimensões Obsessão-Compulsão (de todas, apresenta a média mais elevada, mesmo tendo em consideração os restantes grupos), Ideação Paranóide, Sensibilidade Interpessoal e Somatização. Quanto aos índices gerais, o GSI obteve a média mais elevada no grupo de menos ou igual a 3 anos; o PST no grupo com mais de 8 anos; e o PSDI nos grupos de menos ou igual a 3 anos e de entre 6 a 8 anos. O grupo da Esquizofrenia também se destacou relativamente à restante população, com as médias mais elevadas no que respeita ao tempo de internamento.

Quanto à **população alvo**, esquizofrénicos inimputáveis, procurou-se obter além dos dados atrás referidos, outros, tendo em conta as seguintes comparações realizadas:

➤ *Comparação dos resultados obtidos para o grupo de sujeitos com Esquizofrenia e os da restante população.* O grupo da Esquizofrenia obteve médias sempre mais baixas

relativamente às da restante população. No entanto, as médias que se aproximam mais da restante população são as relativas às dimensões Depressão e Ideação Paranóide.

➤ *Comparação dos resultados obtidos no inventário entre os sujeitos com Esquizofrenia Paranóide e Outros Tipos de Esquizofrenia.* Verificou-se que em ambos os grupos as médias aproximavam-se, embora por ordem decrescente, nas dimensões Obsessão-Compulsão, Ansiedade e Ansiedade Fóbica. No grupo com Esquizofrenia Paranóide as médias mais elevadas registaram-se na Ideação Paranóide e na Depressão. Quanto ao grupo de Outros Tipos de Esquizofrenia os valores mais elevados foram obtidos na Obsessão-Compulsão e Ideação Paranóide.

➤ *Comparação dos resultados obtidos no inventário entre os esquizofrénicos que recebem ou não visitas.* Concluiu-se que os que recebem visitas registam médias mais elevadas no SCL-90-R dos que os que não recebem, mas nem sempre próximas dos valores registados na população total estudada.

Após a apresentação dos resultados procedeu-se à análise das associações entre os resultados obtidos no SCL-90-R e as principais variáveis do estudo, quer para a população total, quer para a população alvo.

Assim, **destaca-se o seguinte**, no que se refere à **população total**:

➤ ao ter-se em conta as variáveis crime / arma utilizada / relação com a vítima e os resultados obtidos no SCL-90-R não se encontraram correlações significativas;

➤ as variáveis estado civil e patologia mental especificada, em especial para os esquizofrénicos, parecem estar associadas; parece haver tendência a ser solteiro quando se sofre de determinadas patologias;

➤ o estado civil tem correlações positivas com a medida de segurança (mínimo e máximo), parecendo que poderá influenciar o tempo máximo da medida aplicada;

➤ a patologia mental parece estar relacionada negativamente com o tempo de internamento, embora o nível de significância encontrado fosse relativamente baixo; porém, parece que ser portador de Esquizofrenia pode levar a um tempo mais longo de internamento e ser portador de Debilidade Mental pode levar a períodos mais curtos;

- a medida de segurança também tem correlações positivas com o crime, parecendo os valores indicar que a certos crimes são aplicadas medidas mais pesadas;
- a patologia anda igualmente associada à (in)imputabilidade, sendo que há maior tendência a serem considerados inimputáveis perigosos os grupos da Esquizofrenia e da Debilidade Mental;
- a inimputabilidade está muito relacionada com a prática de Crimes Contra as Pessoas; porém, apesar de se pensar que estes sujeitos recebiam menos visitas, tal parece não acontecer.

Relativamente à **população alvo** salienta-se o seguinte:

- o tempo de internamento está relacionado com a arma utilizada;
- a medida de segurança está relacionada de forma negativa com a relação com as vítimas, ou seja, parece que quanto mais distante é o grau de parentesco menor é a medida aplicada;
- as visitas relacionam-se negativamente com a Obsessão-Compulsão, a Ideação Paranóide e com o PST, ou seja, os sujeitos que não recebem visitas têm tendência a terem médias mais elevadas nestas dimensões ou neste índice;
- os crimes praticados apresentam correlação positiva com o PSDI, pelo que o aumento nos valores deste índice parecem relacionar-se com os crimes;
- as diferentes dimensões do SCL-90-R apresentam correlações muito fortes entre si, excepto a Ansiedade Fóbica e a Hostilidade.
- os índices gerais também têm correlações positivas entre si, embora o PSDI não se correlacione com o PST.

Tratadas estas questões, passou-se à testagem da fiabilidade do inventário, dado que, como foi referido, para Derogatis esta população enquadrava-se nos critérios de «maus candidatos». Apesar disso, este inventário apresentou uma boa consistência interna, quer para a população total, quer para a população alvo.

Por fim, procedeu-se à discussão dos resultados, concluindo-se que todas as hipóteses aventadas foram confirmadas, excepto a última.

CONCLUSÃO

O acelerado desenvolvimento e a complexificação cada vez maior das sociedades, particularmente desde a segunda metade do século XIX, veio alterar profundamente e determinar o(s) novo(s) estilo(s) de vida. A cidade passou a absorver grandes contingentes humanos em detrimento das áreas rurais, a apresentar densos e «uniformes» aglomerados populacionais ao longo de avenidas, ruas, praças, urbanizações e bairros, com tráfego caótico, poluição...; passou também a apresentar zonas cada vez mais degradadas, quer nos subúrbios, quer no interior da própria cidade.

Esse crescimento rápido e contínuo veio romper com um equilíbrio milenar entre a cidade e o campo, e com o equilíbrio entre os seus moradores, interferindo nas múltiplas relações, alterando o(s) sistema(s) de crenças, ideologias, valores, costumes, solidariedades e representações sociais. Os estilos e ritmos de vida e de trabalho, até então lentos, obedecendo a uma tradição, com baixa mobilidade, em que prevaleciam a proximidade de contactos e a interajuda, transformaram-se. A cidade passou a ser um espaço de conflitos e de produção de conflitos vividos através de um *stress* quotidiano.

Nesta complexa sociedade em que hoje vivemos, economicista e consumista, em que tudo acontece a uma grande velocidade, cada momento do *presente* é rapidamente ultrapassado e transformado em *passado*. Torna-se difícil acompanhar o ritmo vertiginoso da informação, da investigação, do conhecimento, nas diferentes áreas de interesse. Todos procuram avidamente actualizar-se, tentando captar e decifrar o máximo de informações; porém, nem todos estão preparados ou possuem capacidades para o fazer. Cada vez mais dedicamos menos tempo a actividades que promovam uma melhor qualidade de vida e relegamos para segundo plano as relações interpessoais.

A respeito da sobredensidade populacional nos centros urbanos, Konrad Lorenz (1973) afirmava que esta «é, em grande parte, responsável pelo facto de já não semos

capazes de distinguir o rosto do nosso próximo nessa fantasmagoria de imagens humanas que mudam, se sobrepõem e se esfumam continuamente. Nessa multidão promíscua, o nosso amor pelos outros esvai-se até lhe perdermos o rasto. Quem quiser ainda experimentar pelos seus semelhantes sentimentos calorosos e acolhedores é obrigado a concentrar-se num número reduzido de amigos» (Soczka, em Vala e outro, 1996, p.402).

As pessoas passaram a ter padrões de vida e de comportamentos estandardizados, indiferenciados, determinados por um misto de forças interiores e de forças de pressão colectivas exteriores que sobre eles actuam. Nesta sociedade, quando nos centramos nos indivíduos não como um todo (massa) mas como unidades integrantes da mesma, encontramos muitos com pouca ou nenhuma consciência desses problemas e com uma quase ausência ou mesmo ausência de crítica em relação ao que se passa à sua volta; com dificuldades de dizer *sim* ou *não*; com necessidades de evasão que diariamente lhes são alimentadas (consumo massivo de televisão, consumo indiscriminado de música em moda, consumo de droga e de álcool, entre outros); com vivências em meios degradantes; com estímulos geradores e/ou reforçadores de agressividade, de um «mundo de ficção», em que verdade e mentira estão constantemente a ser confundidas; com experiências de maus tratos; com sentimentos e vivências efectivas de grande solidão; com ausência de amigos íntimos ou de pessoas com quem dialogar...

Nesta sociedade massificada o anonimato, a solidão, a desagregação das solidariedades, o desenraizamento individual, a anomia social, a alienação social e do trabalho, instalaram-se e vão ganhando cada vez mais espaço. Para Soczka, a sobredensidade populacional de determinados bairros encontra-se associada a problemas relacionados com factores de ordem económica, social, cultural e ambiental, e favorece o aumento da criminalidade, da desviância e da violência social. Refere ainda, que a patologia social (crimes, doença mental, entre outros) encontra-se mais fortemente ligada à densidade intra-residencial ou ao isolamento social de pessoas que vivem sozinhas. No entanto, segundo Soczka, não se pode falar de uma relação de causa e efeito linear, «mas

antes de uma dramática circularidade: o isolamento social induz a patologia e a patologia conduz ao isolamento social» (Vala e outro, 1996, p. 403).

A confluência de factores internos e externos ao indivíduo interferem no seu estado de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), este estado, como se referiu, encontra-se mais ligado à eliminação ou redução da doença, bem como às experiências pelas quais o indivíduo passa no decorrer do seu ciclo desenvolvimental, quer no plano pessoal, familiar e laboral, quer no que respeita às condições de habitação, do meio, de justiça social, de equidade, à alimentação, ao rendimento...

Face às diferentes situações, com as diferentes *nuanças* com que se apresentam no mundo externo ao indivíduo e que são interiorizadas de acordo com a forma que cada um as percebe, sente, vive e lhes atribui um significado, os seres humanos respondem muitas vezes com isolamento, ansiedade, angústia, depressão, «medos», que, pela intensidade, frequência e duração com que são experienciados, o grau de sofrimento em que se encontram, o grau de comprometimento da sua liberdade e da sua capacidade de funcionamento bio-psico-social, a sua (in)capacidade de realizar as actividades habituais ou de relacionar-se com os outros irão ultrapassar a ténue «barreira do saudável» ou mais rapidamente irão desencadear o «adoecer» programado biologicamente. De entre estes indivíduos, alguns transformaram-se em vítimas e, também, vitimaram alguém e estão em regime de reclusão ou a cumprir «medidas de segurança e de tratamento».

Nesta situação o indivíduo será confrontado com os valores e as normas do «novo» espaço sociocultural da instituição que o irá receber. Levará consigo a experiência de vida aprendida no seu meio sociocultural e passará a ser actor e agente dentro desse novo espaço que, por sua vez, possui uma cultura própria. Se o indivíduo é colocado numa clínica psiquiátrica inserida num estabelecimento prisional o seu tratamento passa a ficar comprometido devido aos escassos recursos financeiros, humanos, institucionais, à precariedade das estruturas de atendimento e de acompanhamento, à ausência de uma organização eficaz dos serviços, inserida numa política de saúde, com

vista à promoção da mesma (que vai além do mero cuidado da saúde). Estes problemas dificultam o exercício dos profissionais de saúde, nomeadamente do psicólogo.

Deve ainda considerar-se que o meio prisional é propício à disseminação de doenças transmissíveis, como a SIDA, a hepatite B e a tuberculose, bem como um terreno facilitador de hábitos de tabaco e toxicodependências, e, ainda, como um meio que contribui para a emergência ou agravamento de problemas de saúde mental. No entanto os problemas referidos não afectam apenas a população em regime de reclusão ou de cumprimento de medidas de segurança e de tratamento, mas também todos os que trabalham nos estabelecimentos prisionais e, ainda, o meio circundante (familiares, amigos, vizinhos...), devido às interacções que uns e outros estabelecem.

O objecto de estudo desta dissertação incidiu sobre uma população de internados numa Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental em contexto prisional regida por normas mais direccionadas pelo Ministério da Justiça do que pelo Ministério da Saúde. Como é sabido, os fenómenos psíquicos sempre se regeram por leis próprias, consonantes com o “pensar” das sociedades das diferentes épocas, leis essas diferentes das ligadas aos fenómenos biológicos e materiais. E, por estar longe do que se considera objectivável, concretizável, inteligível, a saúde/doença mental foi alvo de interpretações, políticas, práticas, tratamentos vários e que ainda se encontram em constante mudança. De facto, o conceito de saúde/doença mental ou de “loucura” estiveram sempre ligados, ao longo dos tempos, como se referiu, a diversos factores de ordem social, cultural, conómica, política e científica (ou de acordo com os conhecimentos de cada época). O *volte-face* deu-se particularmente com Freud e a sua descoberta do inconsciente, introduzindo na lógica racionalista e positivista da época uma lógica que não se regia pelos princípios da razão. E, desde então, os estudos sobre as doenças mentais tomaram um rumo diferente, que se vem sentindo até à actualidade e que se espera continue a evoluir. Os novos conceitos e as novas metodologias utilizadas nos recentes estudos efectuados, mais propriamente no século XX, contribuíram para uma nova visão e tratamento das doenças

mentais em geral e da Esquizofrenia em particular, ou seja, para o alargamento sobre as causas, a sintomatologia, a evolução, o prognóstico e a terapêutica a seguir. De facto, seria desejável que no futuro as directrizes definidas para quem é doente mental e praticou um crime comecem a obedecer mais a critérios de Saúde, embora não deixando de obedecer a critérios da Justiça, no repensar de novas políticas de Saúde Mental.

Apesar de a Lei actual de Saúde Mental parecer preconizar um sistema mais próximo e adequado às dificuldades e necessidades dos diferentes agentes sociais implicados na melhoria da prestação de cuidados, pouco avança no que se refere aos doentes mentais internados em regime prisional. Daí que, no entender da autora deste trabalho, deveria haver uma maior sensibilização para esta temática, a fim de permitir uma maior comunicação entre os diferentes Ministérios (da Justiça, da Segurança Social e do Trabalho, das Finanças, das Obras Públicas, Trabalho e Habitação...) com o Ministério da Saúde, para que possam trabalhar em conjunto de forma a assegurar uma prestação de cuidados mais abrangente, permitindo assim uma melhor readaptação/reintegração/ressocialização/reabilitação do doente mental inimputável na família e/ou instituições e na sociedade. Assim, o que preconizam Andersen (1992), Ritch (1994) e Welch e outros (1996), em Giraldes (1997), para a avaliação dos sistemas de saúde no século XXI na União Europeia poderá efectivamente vir a concretizar-se (também em Portugal), ou seja, que a «evolução dos sistemas de saúde tenderá a manter o modelo biomédico tradicional reducionista para as situações agudas e a desenvolver, em paralelo, [mais] serviços sociais, cuidados domiciliários e comunitários direccionados predominantemente para a população idosa e deficientes físicos e mentais», e, acrescenta-se, não esquecendo os doentes crónicos.

De facto, de um modo geral há dificuldades de reinserção social dos sujeitos com diferentes patologias mentais, embora em alguns mais do que em outros, dependendo não só do meio em que estão inseridos (familiar, social, laboral...), mas também em muito da patologia que apresentam (umas são mais estigmatizantes do que outras).

Porém, quando se trata de sujeitos que além de serem doentes mentais praticaram um crime, as possibilidades de reinserção social ficam muito mais aquém.

É de referir ainda o facto de que uma panóplia de técnicos na Clínica é necessária para dar resposta ao mínimo exigível num tratamento, embora actualmente sejam em número insuficiente, como se referiu na caracterização da mesma.

Apesar de tudo, estes doentes estão num regime de tipo prisional, com características específicas e com uma cultura própria, como também foi mencionado. Neste meio impera a vigilância exercida pelos Elementos de Vigilância e no cometimento da dita “falta”, como dizia Foucault, esta tanto poderá ser transmitida em especial ao médico, como ao enfermeiro e ao psicólogo, que tentarão resolver utilizando critérios clínicos, ou passará à chefia que muitas vezes ainda tem o bom senso de primeiro remeter aos referidos técnicos de saúde e só em casos que considera extremos leva também aos corpos directivos. No entanto, a “falta” cometida é muitas vezes punida de acordo com critérios da razão dos ditos “normais”, que seguem valores e regras socialmente consideradas normais, “antes de” e, por vezes, “em vez de” passarem por critérios clínicos, pelo menos numa fase inicial. E isto faz lembrar novamente Foucault quando se referia ao facto de que enquanto os indivíduos não conseguissem elaborar as ditas “sínteses morais” não poderiam estar em condições de saírem, caso ainda haja quem os efectivamente acolha e os ajude na continuidade de tratamento!

Se a relação dos internados com os Elementos de Vigilância não é fácil – pois estes carecem de formação específica nesta área, mas justiça seja feita, vai imperando neles o dito bom senso –, com os restantes técnicos também é complicada. De facto, para os internados há muitos “doutores” (Psicólogo, Psiquiatras, Enfermeiros, Médico de Clínica Geral, Técnicos de Reeducação, Técnicos de Reinserção Social, Adjunto do Director, Director, Advogados, Juizes...) envolvidos na relação com eles e que, muitas vezes, por terem entre mãos problemas cuja saída é de difícil solução, conduzem a “mal

entendidos” por transferirem entre si (“doutores”) responsabilidades de respostas e de culpas pelo longo tempo de “não resolução”.

Talvez estes problemas fossem minimizados se houvesse maior diálogo entre os diferentes técnicos, se utilizassem linguagens comuns e entendíveis por todos. Talvez a dita formação não devesse ficar apenas pelos Elementos de Vigilância, mas também pelos diferentes técnicos que trabalham na Clínica e até mesmo alargada aos outros profissionais que trabalham no restante Estabelecimento. Esta formação deveria passar pela sensibilização dos diferentes tipos de “adoecer” em psicopatologia, pois assim estava dado um primeiro passo na aceitação da diferença entre estes doentes, um primeiro passo para um maior entendimento e respeito pelos internados e, quiçá, um primeiro passo para que todos estes agentes interviessem no meio produzindo também estas e outras mudanças.

Retornando um pouco atrás, se muitas vezes não são claras também entre os diferentes técnicos as funções que exercem e os seus limites, pensa-se que para os internados maior é a confusão. A autora deste trabalho considera isto de tal gravidade, pois os internados encontram-se em “tratamento” por períodos que muitas vezes não são os desejáveis pelos clínicos e outros profissionais, que merecia ser temática para estudos vindouros.

Outra questão prende-se com o facto de os internados permanecerem na dúvida quanto ao tempo de internamento. De facto, na maior parte das vezes, sabem do mínimo e do máximo da medida de segurança, mas, findo o tempo mínimo, esperam sair, pois muitas vezes, como se referiu, têm até visitas, são acolhidos em casa de familiares nas suas saídas precárias, “portam-se bem” e dizem-lhe que foi o Juiz que decidiu que não poderia sair em Liberdade para Prova! De quem será efectivamente a responsabilidade? E esta questão também é colocada pelos próprios internados, pois os diferentes técnicos parecem só saber dizer-lhes “talvez” e não “sins” ou “nãos”; o que também poderia constituir tema de trabalhos futuros.

Não será o espaço da Clínica favorecedor de produção de crenças disfuncionais ou de manutenção ou exacerbação das mesmas? Uma pequena parte desta questão foi respondida neste trabalho, mas muito mais haveria a pesquisar sobre a mesma.

Outras questões se levantam. Que impacto tem o modelo de funcionamento da Clínica na satisfação e na qualidade de vida dos internados e de quem com eles trabalha? Quais serão os efeitos da caminhada que os internados fazem no longo período de internamento e se esta estará efectivamente a contribuir para a esperada reinserção social, até referida na Lei? Em que medida se está a ajudar os internados a ajudarem-se a eles próprios, para que dêem continuidade ao tratamento, nem que com o recursos a terceiros? Que outras perturbações poderão estar associadas à doença principal? Que hábitos alimentares e comportamentos aditivos tinham antes e depois da prática dos crimes?...

Será que se se utilizassem os mesmos critérios de avaliação psiquiátrica/psicológica (com outros instrumentos, mas uniformes) dos internados os resultados a que se chegariam, nomeadamente no que se refere ao estabelecimento de diagnósticos, seriam coincidentes com os estabelecidos aquando da realização dos exames médico-legais?...

A tudo isto acresce o facto da necessidade se de explorar aspectos não só quantitativos, mas também qualitativos, como o estudo de casos, das referidas circunstâncias em que ocorreram os crimes e que não foram neste estudo exploradas; questões relacionadas com o facto de antes de praticarem os crimes andarem ou não em tratamento e se este era seguido com regularidade...

Apesar dos numerosos trabalhos publicados sobre a Esquizofrenia, considera-se que deve haver uma preocupação constante em se proceder a novas investigações no âmbito de uma doença tão complexa e que envolve aspectos tão diversos, entre os quais os atrás referidos.

A autora deste trabalho desenvolveu-o na expectativa de possibilitar mais uma reflexão sobre os doentes mentais, em especial sobre os esquizofrénicos inimputáveis,

que, por terem praticado crimes, se encontram internados em regime prisional. E aqui levanta-se de imediato outra questão: Será que os diferentes sistemas em que o indivíduo está integrado não funcionaram? Ou será que também o próprio sistema de Saúde, em conjunto com outros organismos governamentais, não conseguiram ainda dar respostas eficazes para que estes doentes consigam andar compensados e, assim, ficar muito mais reduzida a taxa de criminalidade nesta população, bem como a das vítimas?

Como não se prevê ser fácil erradicar estes problemas, continuarão muito provavelmente a existir práticas de crimes por doentes mentais, sendo os mais violentos e que atentam contra as pessoas os praticados por doentes esquizofrénicos, como se verificou neste estudo; continuará, também, muito provavelmente, a haver recidivas.

As questões que se levantaram aquando da ideia de realizar um trabalho sobre os inimputáveis esquizofrénicos foram muitas. Apenas uma pequena parcela foi aqui tratada. Assim, a reflexão realizada não se esgota de modo algum neste trabalho, mas a autora do mesmo espera ter de alguma forma contribuído para algum acréscimo neste campo do saber. Encontra-se, no entanto, ciente de que as reflexões sobre a temática doença (saúde) mental nas vertentes psicológica, médica, legal, social e cultural... continuam a ser objecto de opiniões e tratamentos diferentes e, por vezes, divergentes. Essas reflexões estão ainda longe de reunir consenso, pelo que a sua discussão, pesquisa/investigação permanece num *continuum* do tempo e da evolução das sociedades e dos conhecimentos.

BIBLIOGRAFIA E OUTROS RECURSOS

1. Bibliografia

- AFONSO, Pedro (2002). *Esquizofrenia. Conhecer a Doença*. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- ALMEIDA, F. & Costa, J. P. (1992). «Homicídios e psiquiatria forense», *O Médico*, 127 (2075), 97-100.
- ALMEIDA, Fernando (1999). *Homicidas em Portugal*. Maia, PUBLISMAI – Departamento de Publicações do Instituto Superior da Maia.
- AMARAL, Cláudia Marques (2000). *Pobres, Mendigos e Marginais*, trabalho não publicado, feito no âmbito do *Curso de Estudos Pós-Graduados em História Medieval e do Renascimento*, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- AMARAL DIAS, Carlos (1999). *O Negativo ou o Retorno a Freud*, Lisboa, Fim de Século.
- AMARAL DIAS, Carlos (1998). «Apontamentos das aulas de Psicopatologia», do Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, revistas pelo autor.
- Análise Psicológica. Psicologia Legal* (1993). N.º 1 Série XI, Lisboa, ISPA.
- ANDREWS, D. A. e BONTA, J. (1998). *The Psychology of Criminal Conduct*, Cincinnati OH, Anderson Publ.
- ANTUNES, Maria João (2002). *Medida de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica*, Coimbra, Coimbra Editora.
- BARAHONA FERNANDES, H. (1998). *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental*, vol. I, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- BARRA DA COSTA, J. M. (1999). *Práticas delinquentes. De uma criminologia do anormal a uma antropologia da marginalidade*, Lisboa, Ed. Colibri.

- BARROSO, João e GONÇALVES, Rui Abrunhosa (1992). *Psicologia e Intervenção Social de Justiça*, Porto, APPORT.
- BEAUCHESNE, Hervé (1989). *História da Psicopatologia*, São Paulo, Martins Fontes.
- BECK, Aaron, FREEMAN, Arthur e outros (1995). *Terapia Cognitiva de los Transtornos de Personalidad*, Barcelona, Ediciones Paidós.
- BELCHIOR, Manuel (1997). *Prisões em Revista*, Ano 1, N.º 1, Lisboa, Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- BELEZA, T.P. (1983). «A reinserção social dos delinquentes: recuperação da utopia ou utopia de recuperação», em J. Figueiredo (coord.) e outros, *Cidadão delinquente: Reinserção social?*, Lisboa, Instituto de Reinserção Social.
- BERGERET, Jean (1997). *A Personalidade Normal e Patológica*, Lisboa. CLIMEPSI Editores.
- BERGERET, Jean (1998). *Psicologia Patológica*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- BROWN, T. S. E WALLACE, P. M. (1985). *Psicología Fisiológica*, México, Interamericana.
- BUKSTEL, L. H. e KILMANN, P. R. (1980). «Psychological effects of imprisonment on confined individuals», *Psychological Bulletin*.
- CABALLERO ROMERO, J. J. (1982). «El preso y la prision. Distintos modos de adaptación». *Cuadernos de Política Criminal*.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. (1996). «Community psychiatry in Portugal». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol.5, n.º2. Il Pensiero Scientifico Editore.
- CARDOSO, Carlos Mota (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- CASTRO, Manuel (1997). *Prisões em Revista*, Ano 1, N.º 1, Lisboa, Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.

- CID-10 – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (1993). World Health Organization, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé* (1986). OMS.
- CHORÃO, Mário Bigotte (1994). *Introdução ao Direito*, Coimbra, Almedina.
- CLAUDIO, Victor (1997). *A Expressão Linguística nos Esquizofrénicos Paranóides*, Lisboa, ISPA.
- CLAUDIO, Victor (1999). «Formação de sintomas: Freud e teorias cognitivas, proximidades e afastamentos», em *Análise Psicológica*, N.º 2, Série XVII, Lisboa, ISPA.
- CLEMENTE DIAZ, M. (1986). «Los efectos psicologicos del encarciamiento», em *Psicologia Social y Sistema Penal*, de F. J. Burrillo e M. Clemente (Ed.), Madrid, Alianza Editorial.
- Código Civil* (1999). Coimbra, Almedina.
- Comportamentos e saúde* (1997). Direcção-Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- Constituição da República Portuguesa – As 5 versões após 25 de Abril* (1998). Porto, Porto Editora.
- CORDEIRO, J. Dias (1986). «Da Psiquiatria à Saúde Mental – A intervenção no Hospital Geral», em *Manual de Psiquiatria Clínica*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenmkian.
- CORDEIRO, J. Dias (1987). *Saúde Mental e a Vida*, Lisboa, Edições Salamandra.
- CORREIA, Eduardo (1971). *Direito Criminal*, Coimbra, Almedina.
- CORREIA, Mário Albino C. S. O. (1992). «As esquizofrenias» (trabalho não publicado, realizado no âmbito da Formação de Internos do Hospital do Conde de Ferreira).
- COSTA, Dina C. (1992). *O Ponto de Mutação: a Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente*, S. Paulo, Ed. Cultrix.

- CUNHA RODRIGUES (1996). «Ética e Direitos dos doentes mentais». VI Congresso Internacional de Psiquiatria S. João de Deus, Lisboa, Ed. Hospitalidade.
- DALERY, Jean e D'AMATO, Thierry (2001). *A Esquizofrenia*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- DAMÁSIO, A. (1995). *O erro de Descartes: A emoção, a razão e o cérebro humano*, Lisboa, Publicações Europa-América.
- DAMÁSIO, A. R. (1994). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*, Lisboa, Publicações Europa-América.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem* (1986). Porto, Publicação da AEDE / Fundação Engenheiro de Almeida.
- DEROGATIS, Leonard R. (1994), *SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R*, Minneapolis, National Computer Systems, Inc.
- Diário da República-I Série A* (1998). Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. *Lei de Saúde mental*.
- Diário da República-I Série A* (1999). Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro. *Lei de Saúde mental*.
- DIAS, J. de Figueiredo (1991). *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, Ano 1, 4, Lisboa, Aequitas / Editorial Notícias.
- DIAS, J. de Figueiredo e ANDRADE, M. Costa (1992). *Criminologia: O Homem Delinquentee a Sociedade Criminogénea*, Coimbra, Coimbra.
- DORON, Roland e PAROT, Françoise (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- DSM-IV-TR – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Revisão de Texto* (2002). American Psychiatric Association, Lisboa, CLIMEPSI Editores.

- DUBOIS, Daniel (1994). *Labirinto da Inteligência. Da Inteligência Natural à Inteligência Fractal*, Lisboa, Instituto Piaget.
- DUBY, Georges (1997), *Ano 1000 Ano 2000. No Rasto dos Nossos Medos*, Lisboa, Teorema.
- DUBOIS, D. (1994). *O Labirinto da Inteligência*, Lisboa, Instituto Piaget.
- ECO, Umberto (1991). *Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas*, Lisboa, Presença.
- ERONEN, M.; TILHONEN, J. e HAKOLA, P. (1996). «Schizophrenia and Homicidal Behavior», em *Schizophrenia Bulletin*, 221/1.
- ESPIELL, Hector Gros (1988). *Estudios sobre Derechos Humanos*, Madrid, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Editorial Civitas, S. A.
- FADEM, Barbara e SIMRING, Steven (1998). *Auto-Avaliação em Psiquiatria*, Porto, CLIMEPSI Editores.
- FARRINGTON, D. P. (1998). «Desenvolvimento do comportamento anti-social e ofensivo desde a infância até à idade adulta», em *Temas Penitenciários, II Série*, 1.
- FONSECA, A. Fernandes (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- FELDMAN, M. Philip (1989). *Comportamiento Criminal: Un Análisis Psicológico*, México, Fondo de Cultura Económica.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1990
- FIGUEIREDO DIAS, Jorge de (1993). *Direito Penal Português – As Consequências Jurídicas do Crime*, Lisboa, Aequitas/Editorial Notícias.
- FLEMING, Manuela (1976). *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*, Lisboa, Afrontamento.
- FONSECA, F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia II*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

- FOUCAULT, Michel (1991). *História da Loucura*, S. Paulo, Ed. Perspectiva.
- FOUCAULT, Michel (1963). *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF.
- FOUCAULT, Michel (1998). *Vigiar e Punir*, Lisboa, Vozes.
- FREEMAN, Frank S. (1974). *Teoria e Prática dos Testes Psicológicos*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- GALLHOFER, Bernd (1998). «Disfunção cognitiva na esquizofrenia e o papel dos tratamentos farmacológicos» (separata distribuída por delegados de propaganda médica), em *Japanese Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 1, n.º 2, Fevereiro.
- GAMEIRO, Aires, REIS DE OLIVEIRA, J. (1996). «Notas sobre o Telhal e a Idanha no panorama da psiquiatria no dobrar do século XIX-XX», VI *Congresso Internacional de Psiquiatria S. João de Deus*, Lisboa, Ed. Hospitalidade.
- GARRIDO GENOVÉS, V. (1984). *Delincuencia y Sociedad*, Madrid, Ed. Mezquita.
- GARRIDO GENOVÉS, V. (1993). *Técnicas de Tratamiento para Delinquentes*, Madrid, Ed. Centrede Estudios Ramon Areces.
- GAUQUELIN, Michel e Françoise (Dir.) (1987). *Diccionario de Psicologia*, Lisboa / São Paulo, Verbo.
- GIRALDES, M. do Rosário (1997). «Tendências de evolução previsíveis dos sistemas de saúde em países da U.E. para o ano 2005», *Revista Portuguesa de Saúde Pública – Economia e Saúde*, vol. 5, n.º 1.
- GOMES, A. Alves, CORTESÃO, E. Luís e SILVA, Ermelinda. S. (1986). *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*, Lisboa, Laboratórios U. C. B.
- GONÇALVES, M. (1997). *Código Penal Português – Anotado e comentado e legislação complementar*, Coimbra, Almedina.
- GONÇALVES, O. F. (1990). «Psicologia clínica: Estado actual e perspectivas de futuro», em *Jornal de Psicologia*, 9 (1).

- GONÇALVES, R. A (1994). «Avaliação em Psicologia da Justiça: Quantidade, qualidade, ética e pessoalidade», em *Avaliação Psicológica - Formas e Contextos*, de L. S. Almeida, I. S. Almeida e I.S. Ribeiro (Org.), Braga, APPORT.
- GONÇALVES, R. A. (1996). «Psicologia da Justiça: Um longo passado para uma designação recente», *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*.
- GONÇALVES, R. A (1994). «A prisão: O público e o Privado», em *Organizações & Trabalho*, 11.
- GONÇALVES, R. A. (1989). «Educar e punir: a prática da psicologia em ambiente prisional», em *Psicologia e Educação. Investigação e Intervenção*, de J.F. Cruz, Rui A. Gonçalves e Paulo P. P. Machado (Ed.), Porto, Associação dos Psicólogos Portugueses.
- GONÇALVES, R. A. (1993). *A adaptação à prisão: Um processo vivido e observado*, Lisboa, Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- GONÇALVES, R. A. (1994). «Delinquência, sistema prisional e ética da psicologia». *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 4.
- GONÇALVES, R. A. (1993). «Psicólogos no sistema jurídico-penal português: Situação actual e perspectivas futuras», *Jornal de Psicologia*, 11 (1-2).
- GONZAGA, Rogério A. F. (1994). *Regras Básicas de Investigação Clínica*, Lisboa, Instituto Piaget.
- GUÉGUEN, Nicolas (1999), *Manual de Estatística para Psicólogos*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- GUELFY, J. D. (dir., 1997). *L'Évaluation Clinique Standardisée en Psychiatrie*, Tomo I, Lavour, Éditions Médicales Pierre Fabre.
- GUZMÁN, L. Garrido (1998). *Criminología y Derecho Penal*, Zaragoza, Edijus e ICSE.
- HARE, R. D. (1982). «Psychopathy and the Personality Dimensions of Psychoticism, Extraversion and Neuroticism», em *Personality and Individual Differences*, 3.

- HENDERSON, J. (1996). «Desafios actuais da psiquiatria e saúde mental». VI Congresso Internacional de Psiquiatria S. João de Deus, Lisboa, Ed. Hospitalidade.
- HODGINS, S. (ed.) (1993). *Mental Disorder and Crime*, London, Sage.
- KASSEBAUM, G.; WARD, D. e WILNER, D. (1971). *Prison treatment and parole survival*, N. Y. Wiley.
- KENDLER, H. (1974). *Introdução à Psicologia*, vol. II. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- KERNEBERG, O. F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*, N.Y., Vail-Ballon Press
- KETY, S. S., ROSENTHAL, D., WENDER, P. H. & SHULSINGER, F. (1968). «The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biologic Adoptive Families of Adopted Schizophrenics», em *The Transmission of Schizophrenia*, de D. Rosenthal e S.S. Kety (Ed.), Oxford, Pergamon.
- LEAL, Isabel Pereira (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*, Lisboa, ISPA.
- LEIGH, D. PARE, C. e MARKS, J. (1981). *Enciclopédia Concisa de Psiquiatria*, Lisboa, Roche.
- LUNDIN, R. W. (1961). *Personality: An Experimental Approach*. New York, Macmillan.
- MACHADO, Baptista (1985). *Introdução ao Direito e ao Discurso Legitimador*, Lisboa, Almedina.
- MANITA SANTOS, C. P. (1997). «Personalidade criminal e perigosidade: Da “perigosidade” do sujeito criminoso ao(s) perigoso(s) de se tornar objecto dum “personalidade criminal”...», em *Revista do Ministério Público*, 69.
- MANTA SANTOS, C. (1999). «Para uma crítica do conceito de personalidade criminal», *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2.

- MONAHAN, J. (1992). «Mental disorder and violent behavior. Perceptions and evidence», em *American Psychologist*, 47.
- MONAHAN, J. e STEADMAN, H. (1994). *Violence and Mental Disorder: Developments in Assessment*, Chicago, University of Chicago Press.
- MONTEIRO, Cristina Líbano (1997). *Perigosidade de Inimputáveis e «In Dubio Pro Reo»*, Coimbra, Coimbra Editora.
- NEVES, Pedro Almiro (1994). *A Romanização em Portugal* (trabalho não publicado, mas que serviu de base aos «Vídeos RTP» para a Universidade Aberta).
- NEVES, Pedro Almiro (1982). *Textos de História de Portugal*, vols. I e 2, Porto, Porto Editora.
- NEVES, Pedro Almiro (1996). *A Escolarização dos Saberes Elementares em Portugal nos Finais do Antigo Regime*, Maia, Instituto Superior da Maia.
- NUNES, A. Sedas (Dir., 1984). *Análise Social*, 3.^a Série, vol. XX, Instituto de Ciências Sociais.
- «Parecer sobre questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde (1995). 14/CNECV/95», do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- PESTANA, Emanuel e PÁSCOA, Ana (1998). *Dicionário Breve de Psicologia*, Lisboa, Presença.
- POLÓNIO P. (1975). *Psiquiatria Forense*, Lisboa, Livraria Petrony.
- Psicologia e Ética* (1998). Lisboa, ISPA.
- «Preamble a la constitution de l'OMS», elaborada pela *Conferência Internacional da Saúde* (Nova Iorque, 1946) e que entrou em vigor a 7 de Abril de 1948.
- REDONDO ILLESCAS, S. (1993). *Evaluar e Intervenir en las Prisiones*, Barcelona, PPU.
- RIBEIRO, José Luís Pais (1998). *Psicologia e Saúde*, Lisboa, ISPA.

- RIBEIRO, José Luís Pais (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*, CLIMEPSI Editores.
- ROCHA, Isabel e CRUZ, Clara (coord.) (1998). *Penal*, col. «Legislação», Porto, Porto Editora.
- ROSENBERG, Morris (1976). *A Lógica da Análise do Levantamento de Dados*, São Paulo, Editora Cultrix / Editora da Universidade de São Paulo.
- ROTTER, J. B. (1964). *Clinical Psychology*. New Jersey, Prentice Hall.
- SÁ, Eduardo (1999). *Manual de Instruções para uma Família Feliz*, Lisboa, Fim de Século.
- Saúde em Portugal* (A) (1995). Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Ministério da Saúde.
- Saúde Mental – Proposta para a mudança* (1995). Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- SCHARFETTER, Ch. (1997). *Introdução à Psicopatologia Geral*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- SILLAMY, Norbert, (1967). *Dictionnaire de la Psychologie*, Paris, Larousse.
- SILLAMY, Norbert (1980). *Dictionnaire Encyclopédique de Psychologie*, Paris, Bordas.
- SOCZKA, Luís (1996). «Para uma perspectiva ecológica em psicologia social», em VALA, Jorge e MONTEIRO, Maria Benedicta (Coord.) – *Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Colaste Gulbenkian.
- SOURNIA, Jean-Charles (1995). *História da Medicina*, Instituto Piaget.
- STERNBERG, Robert J. (2000). *Psicologia Cognitiva*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- TABORDA, Mário (1997). *Psiquiatria e Justiça*, Porto, Martins & Irmão.
- TAYLOR, Cecilia Monat (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- TRZEPACZ, Paula T. e BAKER, Robert (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*, Lisboa, CLIMEPSI Editores.

- VAZ, Maria João (1998). *Crime e Sociedade. Portugal na Segunda Metade do Século XIX*, Oeiras, Celta.
- VIEIRA, A. B. (1983). *Etologia e Ciências Sociais*, Lisboa, I.N.C.M.
- VIREL, A. (1982). *Dictionnaire de Psychologie. Vocabulaire des Psychothérapies*, Verviers, Marabout.
- WALSH, W. Bruce e BETZ, Nancy E. (1995). *Tests and Assessment*, New Jersey, Prentice Hall.
- ZIMBARDO, P. G.; HANEY, C.; BANKS, W. C. e JAFFE, D. (1973). *The Psychology of Imprisonment: Privation, Power and Pathology*, Stanford, Stanford University Press.
- ZITRIN, S. R. e outros (1976). «Crime and violence among mental patients», em *American Journal of Psychiatry*, 133.

2. Outros recursos

2.1. *Sites consultados na Internet*

- «Crimes contra o Estado», do Ministério da Justiça (consulta realizada em 15-03-2002): <http://www.mj.gov.pt/index.php?article=92&visual=1&id=9>
- «Crimes contra o património», do Ministério da Justiça (consulta realizada em 15-03-2002): <http://www.mj.gov.pt/index.php?article=90&visual=1&id=9>
- «Crimes contra as pessoas», do Ministério da Justiça (consulta realizada em 15-03-2002): <http://www.mj.gov.pt/index.php?article=84&visual=1&id=9>
- «Crimes contra a vida em sociedade», do Ministério da Justiça (consulta realizada em 15-03-2002): <http://www.mj.gov.pt/index.php?article=88&visual=1&id=9>

«Crimes grandes grupos de infracções», do Ministério da Justiça (consulta realizada em 15-03-2002):

<http://www.mj.gov.pt/index.php?article=79&visual=1&id=9>

«Estabelecimentos Prisionais Centrais e Especiais» (consulta realizada em 15-03-2003): <http://www.mj.gov.pt/index.php?article=256&visual=1&id=197>.

«Five Common and disabling mental and neurological problems», WHO/OMS (consulta realizada em 24-09-2000): <http://www.who.int/mas/nam/nam2.htm>.

«Hospital Geral de Santo António» (consulta realizada em 17-10-2002): <http://www.terravista.pt/bilene/8918/Hospital.htm>.

LIPMAN, Dean Foundation, E.U.A. (consulta realizada em 24-09-2000): http://www.psychquest.com/measure_scl90.html.

«Parecer sobre questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde – 14/CNECV/95», do Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (consulta realizada em 21-05-2000):

<http://bill.publico.pt/serviço/bioetica/vol3v.html>

«População Prisional, por estabelecimento segundo a situação penal em 15 de Dezembro de 2002 e 15 de Janeiro de 2003» – quadro (consulta realizada em 15-03-2003): http://www.dgsp.mj.pt/estatistica/pop_ep.html.

«Relatório sobre o Sistema Prisional», da Provedoria de Justiça, 1996 (consulta realizada em 15-03-2003):

<http://www.provedor-jus.pt/publicacoes/prisoers/rel96prisoers.pdf>.

«Reclusos condenados existentes em 31 de Dezembro, segundo o sexo e os escalões de idade por crime», da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (consulta realizada em 15-03-2003): <http://www.dgsp.mj.pt/estatistica/estatistica2001/qpn0254a.gif>

«Saúde», da Provedoria da Justiça (consulta realizada em 05-08-1999):

<http://www.provedor-jus/publicacoes/prisoers/saude.htm>

«Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século – 1998-2002», da Direcção-Geral de Saúde (consulta realizada em 03-08-1999):

http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/estrat_1.html

WHO/OMS: <http://www.who.int/mas/nam/nam2.htm>.

U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary* (1999). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health (consulta realizada em 24-09-2000):

<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.htm>.

2.2. Bibliografia consultada através do PsycINFO

Publication Manual of the American Psychological Association (1997). Washington, DC: American Psychological Association

CLARK, J. J. (1996). *A study of the subjective experiences of ten schizophrenic persons incarcerated for violent crimes*. [On-line].

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psychjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Schizophrenia%22++And+++prisons+ds+DE++%22Schizophrenia%22++And+++prisons+dstb+ES+fh+0+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00010135+sm+ES+ss+SO+3A6B&fn=1&rn=1

DEROGATIS, Leonard R. NCS, E.U.A. (1975). (Consulta realizada em 24-09-2000)

<http://assessments.ncs.com/assessments/tests/sc190r.htm>

GACONO, C B., & Melov, J.R. (1994). *The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities*. [On-line].

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psyhjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Schizophrenia%22++And+++prisons+ds+DE++%22Schizophrenia%22++And+++prisons+dstb+ES+fh+0+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00010135+sm+ES+ss+SO+3A6B&fn=1&rn=6

GARFIELD, D. A. S. (1995). *Unbearable affect: A guide to the psychotherapy of psychosis*. [On-line].

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psyhjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+ds+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+dstb+ES+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00009457+sm+ES+ss+SO+CD1A&fn=1&rn=2

HUBER, J.P., & Unger, P. (1989). «Pathologie psychiatrique reactionnelle apres une emeute en maison centrale», em *Perspectives Psychiatriques* [On-line].

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psyhjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+ds+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+dstb+ES+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00009457+sm+ES+ss+SO+CD1A&fn=1&rn=6

KHAN, M. (1984). «Prisons: Notes cliniques. Prisons: Clinical notes», em *Nouvelle Revue de Psychanalyse* [On-line], 30.

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psychjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+%5Fs%5F0+ds+%5Fs%5F0+dstb+ES+fcl+Aut+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBW A00008103+sm+ES+ss+SO+E30C&fn=1&rn=8

KOZMA, F. (1972). *Personality change in institutionalized psychotic and non-psychotic populations*. [On-line]

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psychjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Schizophrenia%22++And+++prisons+ds+DE++%22Schizophrenia%22++And+++prisons+dstb+ES+fh+0+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA0010135+sm+ES+ss+SO+3A6B&fn=1&rn=10

MOHAN, B. (1971). «An Indian study of prison psychoses», em *International Journal of Offender Therapy* [On-line], 15.

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psychjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+ds+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+dstb+ES+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00009457+sm+ES+ss+SO+CD1A&fn=1&rn=8

MORGAN, D. W., & Edwards, A. C., & Faulkner, L. R. (1993). *The adaptation to prison by individuals with schizophrenia*. [On-line]

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psychjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22S

chizophrenia%22++And+++prisons+ds+DE++%22Schizophrenia%22++And+++prisons+dstb+ES+fh+0+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00010135+sm+ES+ss+SO+3A6B&fn=1&rn=7

PARVERDIAN, J. (1993). «“Ver-ruecktheit” als Bewaeltigungsstrategie im Strafvollzug. – “Going mad” as a coping strategy in prison», em *Recht & Psychiatrie* [On-line].

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psychjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+ds+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+dstb+ES+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00009457+sm+ES+ss+SO+CD1A&fn=1&rn=3

PAWEL, M. A. (2001). «Imprisoning the Mentally Ill: Does it Matter?», em *Criminal Justice Ethics* [On-line], 20.

Available:

http://web11.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+1+ln+en%2Dus+sid+3BF1D2C8%2DB581%2D4BB9%2DA4E9%2DFA7D70BC89BB%40Sessionmgr6+76C9&_us=bs+DE++%22INSANITY++%2D%2D++Jurisprudence%22+ds+DE++%22INSANITY++%2D%2D++Jurisprudence%22+dstb+ES+fcl+Sub+fh+0+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBTB00002253+sm+ES+ss+SO+C33B&fn=1&rn=9

TAYLOR, P. J. (1998). *When symptoms of psychosis drive serious violence*. [On-line]

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F234A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Dsessionmgr4+34A5&_up=dba+psychjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22Psychosis%22++And+++prisons+ds+DE++%22Psychosis%22++And+++pri

sons+dstb+ES+hd+0+hs+0+or+Date+ri+KAAACBWA00009457+sm+ES
+ss+SO+CD1A&fn=1&rn=1

WEGNER, J. T., & Rabiner, C. J., & Kane, J. M. (1985). *The Cognitive Deficit subscale of the SCL-90-R and prediction of outcome in first episode schizophrenics.* [On-line]

Available:

http://web2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=dbs+0+ln+en%2Dus+sid+F23
4A618%2D4C7D%2D4031%2D8EF1%2D8CBF7D6541E9%40sessionmgr3%2Ds
essionmgr4+34A5&_up=dba+psyhjn+st+alpha+1F4A&_us=bs+DE++%22S
chizophrenia%22++And+++SCL++%2D++90+ds+DE++%22Schizophren
ia%22++And+++SCL++%2D++90+dstb+ES+fh+0+hd+0+hs+0+or+D
ate+ri+KAAACBWA00010349+sm+ES+ss+SO+7599&fn=11&rn=17

ANEXOS

ÍNDICE DOS ANEXOS

	Páginas
ANEXO A – MATERIAIS RELACIONADOS COM O INVENTÁRIO SCL-90-R	
1. Conjunto de documentação portuguesa encontrada sobre o SCL-90-R	III
2. Versão francesa do SCL-90-R	XI
3. Alguns materiais de acordo com a versão original do SCL-90-R, de Derogatis (1993)	
3.1. Folha de respostas	XIX
3.2. Folha de cálculo dos <i>scores</i> brutos	XXII
3.3. Folha de elaboração do perfil para os Doentes Psiquiátricos Masculinos Internados	XXIII
4. Folha de respostas traduzida da versão actual americana do SCL-90-R	XXIV
5. Folha de respostas utilizada na avaliação dos internados na C.P.S.M.	XXVI
6. Folha informatizada de cálculo dos resultados do SCL-90-R	XXVIII
ANEXO B – ALGUNS DOS MATERIAIS DA DIRECÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS (DGSP) / MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, DISPONÍVEIS NA INTERNET	
1. População prisional, por estabelecimento, segundo a situação penal em 15 de Dezembro de 2002 e 15 de Janeiro de 2003	XXIX
2. Reclusos condenados, tendo em conta o sexo e a idade relativamente aos crimes cometidos (Dezembro/2001)	XXX
3. Crimes cometidos segundo grandes grupos de infracções (1992-2001)	XXXI
3.1. Crimes contra as Pessoas	XXXII
3.2. Crimes contra a vida em sociedade	XXXIII
3.3. Crimes contra o património	XXXIV
3.4. Crimes contra o Estado	XXXV
ANEXO C – RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DO TRATAMENTO DOS DADOS COM O SPSS, RELATIVOS À POPULAÇÃO DA C.P.S.M. (TOTAL E AMOSTRA)	
C-1. Apresentação dos resultados do inventário para a população total e para a população alvo	
Tabela 1 – Medidas associadas aos índices gerais calculadas para toda a população	XXXVI
Tabela 2 – Frequências dos sujeitos nos índices gerais da SCL-90-R	XXXVI
Tabela 3 – Teste Anova para comparação de médias entre os diferentes grupos da população total, tendo em conta os dados do SCL-90-R	XXXVII
Tabela 4 – Estatísticas associadas aos sintomas positivos e índices gerais do SCL-90-R para o grupo da Esquizofrenia e resto da população	XXXVIII
Tabela 5 – Teste Anova para comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia e o resto da população	XXXIX
Tabela 6 – Estatísticas associadas às dimensões de sintomas positivos e índices gerais do SCL-90-R para o grupo da Esquizofrenia e da Debilidade Mental	XL
Tabela 7 – Comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia com o da Debilidade Mental	XLI
Tabela 8 – Estatísticas associadas ao tipo de crime por patologia mental por grupos	XLII
Tabela 9 – Estatísticas associadas ao tipo de crime para o grupo da Debilidade Mental e o grupo da Esquizofrenia	XLII
Tabela 10 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Debilidade Mental e o da Esquizofrenia	XLII
Tabela 11 – Estatísticas associadas ao tipo de crime para os grupos da Esquizofrenia e de Outras Patologias	XLII
Tabela 12 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e de Outras Patologias	XLIII
Tabela 13 – Estatísticas associadas ao tipo de crime para o grupo da Debilidade Mental e para o grupo de Outras Patologias	XLIII
Tabela 14 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Debilidade Mental e o de Outras Patologias	XLIII

Continua

	Páginas
Tabela 15 – Estatísticas associadas ao tipo de crime para o grupo da Esquizofrenia e para o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída	XLIII
Tabela 16 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída	XLIV
Tabela 17 – Teste Anova para comparação de médias entre grupos com diferentes períodos de internamento na C.P.S.M.	XLIV
Tabela 18 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo da Esquizofrenia e para o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída	XLV
Tabela 19 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída	XLV
Tabela 20 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo da Esquizofrenia e para o grupo dos sujeitos com Debilidade Mental	XLV
Tabela 21 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo dos sujeitos com Debilidade Mental	XLV
Tabela 22 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo da Esquizofrenia e para o grupo de doentes com Outras Patologias	XLVI
Tabela 23 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo dos sujeitos com Outras Patologias	XLVI
Tabela 24 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo dos sujeitos com Outras Patologias e para o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída	XLVI
Tabela 25 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo dos sujeitos com Outras Patologias e o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída	XLVI
Tabela 26 – Comparação de médias do SCL-90-R e das principais variáveis de estudo, tendo em conta o grupo da Esquizofrenia	XLVII
Tabela 27 – Teste Anova para comparação de médias entre os grupos da Esquizofrenia Paranoide e dos Outros Tipos de Esquizofrenia, tendo em conta os dados do SCL-90-R e as principais variáveis de estudo	XLVIII
Tabela 28 – Teste Anova para comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia que recebe visitas e o que não recebe visitas	XLIX
C-2. Análise das associações entre os resultados do SCL-90-R e as variáveis principais de estudo	
Tabela 1 – Correlações entre o SCL-90-R e o crime praticado, arma utilizada no crime e relação com as vítimas para toda a população	L
Tabela 2 – Correlações entre os resultados obtidos no SCL-90-R e as variáveis crimes praticados, armas utilizadas nos crimes e relação com a vítima, para a população alvo.....	LI
Tabela 3 – Correlações entre os índices gerais do SCL-90-R e algumas variáveis-chave para toda a população	LII
Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos por grupo de patologia e (in)imputabilidade	LIII
Tabela 5 – Teste do Chi-quadrado para a análise de diferenças entre grupos	LIII
Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos por tipo de crime cometido e (in)imputabilidade	LIII
Tabela 7 – Teste do Chi-quadrado para a análise de diferenças entre grupos	LIV
Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos por tipo de crime cometido e visitas recebidas	LIV
Tabela 9 – Teste do Chi-quadrado para a análise de diferenças entre grupos	LIV
Tabela 10 – Correlações entre as dimensões e índices gerais do SCL-90-R	LV
Tabela 11 – Correlações entre o SCL-90-R e a variável visitas e crimes praticados	LVI
Tabela 12 – Correlações entre variáveis chave do estudo e os índices gerais da SCL-90-R	LVII
C-3. Fiabilidade do inventário	
1. – Teste do coeficiente Alpha de Cronbach para toda a população.....	LVIII
2. – Análise da Fiabilidade do inventário para o grupo da Esquizofrenia	
2.1. Fiabilidade da dimensão Somatização para o grupo da Esquizofrenia	LXVII
2.2. Fiabilidade da dimensão Obsessão para o grupo da Esquizofrenia.....	LXVIII
2.3. Fiabilidade da dimensão Sensibilidade Interpessoal para o grupo da Esquizofrenia	LXIX
2.4. Fiabilidade da dimensão Depressão para o grupo da Esquizofrenia	LXX
2.5. Fiabilidade da dimensão Ansiedade para o grupo da Esquizofrenia	LXXI
2.6. Fiabilidade da dimensão Hostilidade para o grupo da Esquizofrenia	LXXII
2.7. Fiabilidade da dimensão Ansiedade Fóbica para o grupo da Esquizofrenia.....	LXXIII
2.8. Fiabilidade da dimensão Ideação Paranoide para o grupo da Esquizofrenia.....	LXXIV
2.9. Fiabilidade da dimensão Psicoticismo para o grupo da Esquizofrenia	LXV

ANEXO A – MATERIAIS RELACIONADOS COM O INVENTÁRIO SCL-90-R

1. Conjunto de documentação portuguesa encontrada sobre o SCL-90-R

S.C.L. - 90 - R

NOME : Idade: Data/...../.....

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada questão cuidadosamente e assinale aquelas que nos últimos três meses o/a tem preocupado ou dado cuidados. Não há respostas 'erradas' ou 'certas' ou respostas para 'dar uma boa impressão': são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Estas respostas são confidenciais. Não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
1. Dores de cabeça.					
2. Nervosismo ou tensão interior.					
3. Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz.					
4. Desmaios ou tonturas.					
5. Diminuição do interesse ou prazer sexual.					
6. Sentir-se criticado pelos outros.					
7. Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
8. Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas.					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas passadas e recentes.					
10. Preocupação com o desleixo ou a falta de limpeza.					
11. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.					
12. Dores sobre o coração ou no peito.					
13. Medo na rua ou praças públicas.					
14. Falta de forças ou lentidão.					
15. Pensamentos de acabar com a vida.					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.					
17. Tremer.					
18. Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas.					
19. Falta de apetite.					
20. Virem as lágrimas facilmente aos olhos.					
21. Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	Nada	Pouco	Modera- damente	Bastante	Muitissi- mo
22. Impressão de se sentir preso ou apanha- do em falta.					
23. Ter medo subitamente sem ter motivo para isso.					
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar.					
25. Medo de sair de casa sozinho.					
26. Acusar-se a si mesmo a propósito de certas coisas.					
27. Dores no fundo das costas (cruzes).					
28. Dificuldades em fazer qualquer trabalho.					
29. Sentir-se sozinho.					
30. Sentir-se triste.					
31. Ser muito pensativo (cismático) com as coisas.					
32. Sem interesse por nada.					
33. Sentir-se atemorizado.					
34. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.					
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos.					
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.					
37. Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
38. Fazer tudo devagar para ter a certeza de que ficam bem feito.					
39. Sentir palpitações ou batimentos rápidos do coração.					
40. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago.					
41. Sentir-se inferior aos outros.					
42. Dores musculares.					
43. Sentir a impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
44. Dificuldade em adormecer.					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
46. Dificuldade em tomar decisões.					
47. Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro.					
48. Dificuldade em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar).					
49. Calafrios ou afrontamentos.					
50. Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo.					
51. Sensação de vazio na cabeça.					
52. Sensação de formigueiro ou partes do corpo entorpecido.					
53. Impressão de ter um nó na garganta.					
54. Sentir-se sem esperança em relação ao futuro.					
55. Dificuldade em se concentrar.					
56. Sentir falta de forças em partes do corpo.					
57. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
58. Sentir 'um peso' nos braços ou pernas.					
59. Pensamentos sobre a morte ou de morrer.					
60. Vontade de comer demais.					
61. Não se sentir à-vontade quando as pessoas o observam ou falam de si.					
62. Ter pensamentos que não lhe pertencem.					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém.					
64. Acordar muito cedo de manhã.					
65. Vontade de repetir certas operações como, por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar.					
66. Sono agitado ou não repousante.					
67. Vontade de destruir ou partir coisas.					
68. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm.					
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
70. Não se sentir à-vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.					
71. Sentir que tudo o que faz é com esforço.					
72. Ter ataques de terror ou de pânico.					
73. Não se sentir à-vontade quando come ou bebe em local público.					
74. Envolver-se facilmente em discussões.					
75. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.					
76. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
77. Sentir-se sozinho, mesmo quando está com mais pessoas.					
78. Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado.					
79. Ter sentimentos de que não tem valor.					
80. Ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer.					
81. Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas.					
82. Medo de vir a desmaiar em frente de outras pessoas.					
83. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
84. Ter pensamentos sobre assuntos sexuais que o perturbam muito..					
85. Ter o sentimento de que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
86. Ter pensamentos ou imagens de natureza assustadora.					
87. Ter a impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo.					
88. Grande dificuldade em sentir-se 'próximo' de outra pessoa.					
89. Sentir-se culpado.					
90. Ter a impressão de que alguma coisa está mal no seu espírito.					

Escala	Item:	Pont.
1.Somatização	1	
	4	
	12	
	27	
	40	
	42	
	48	
	49	
	52	
	53	
	56	
	58	
Somatório		
Total	/ 12 =	
2. Obsessão-C.	3	
	9	
	10	
	28	
	38	
	45	
	46	
	51	
	55	
	65	
Somatório		
Total	/ 10 =	
3.Sens. Interpes	6	
	21	
	34	
	36	
	37	
	41	
	61	
	69	
	73	
Somatório		

Escala	Item	Pont.
4. Depressão	5	
	14	
	15	
	20	
	22	
	26	
	29	
	30	
	31	
	32	
	54	
	71	
	79	
Somatório		
Total	/ 13 =	
5. Ansiedade	2	
	17	
	23	
	33	
	39	
	57	
	72	
	78	
	80	
	86	
Somatório		
Total	/ 10 =	
6. Hostilidade	11	
	24	
	63	
	67	
	74	
	81	
Somatório		
Total	/ 6 =	

Total	/ 9 =	
Escala	Item	Pont.
7. Ans. Fóbica	43	
	25	
	47	
	50	
	70	
	75	
	82	
Somatório		
Total	/ 7 =	
8. Ideação Par.	8	
	18	
	43	
	68	
	76	
	83	
Somatório		
Total	/ 6 =	
Psicoticismo	7	
	16	
	35	
	62	
	77	
	84	
	85	
	87	
	88	
	90	
Somatório		
Total	/ 10 =	

Index Sintomático Geral (ISG) - somatório de todos os valores dividido por 90

Total de sintomas positivos (TSP) - total de itens com cotação superior a 0

Nível de perturbação por sintomas positivos - Somatório total a dividir por TSP

Scl 90 -r (symptom distress checklist)

Organização dos resultados:

1. SOMATIZAÇÃO

Reflecte o mal-estar provocado pela percepção das alterações (disfunções) corporais. Baseado em queixas relacionadas com sistemas de forte mediação autonómica tais como o sistema cardiovascular, gastrointestinal, e respiratório. Dores de cabeça, dores nas costas e desconforto localizado na musculatura estão igualmente contemplados, tal como outros equivalentes somáticos da ansiedade

2. OBSESSÃO-COMPULSÃO

O foco desta medida são os pensamentos, impulsos e acções experienciadas como irresistíveis pelo indivíduo, sendo todavia de natureza não desejada pelo mesmo. Estão também contemplados dificuldades cognitivas mais gerais.

3. SENSIBILIDADE INTER-PESSOAL

Este factor revela sentimento de inadequação pessoal e de inferioridade, particularmente quando comparado com outros indivíduos. Auto-depreciação, sentimentos de menos-valia, desconforto intenso durante as interações interpessoais, e expectativas negativas quanto à sua comunicação são fontes de stress típicas.

4. DEPRESSÃO

Sintomas de humor disfórico bem como sinais de perda de interesse nos acontecimentos de vida, falta de motivação e perda da energia vital. Esta dimensão espelha sentimentos de desesperança e de vazio bem como outros equivalentes cognitivos ou somáticos da depressão. Vários itens respeitantes a pensamentos sobre a morte e ideação suicida.

5. ANSIEDADE

Indicadores gerais como inquietude, nervosismo e tensão estão incluídos bem como sinais somáticos complementares, como por exemplo "tremuras". Estão

contemplados itens medindo a ansiedade flutuante e os ataques de pânico, bem como um item de sentimentos de dissociação.

6. HOSTILIDADE

Esta dimensão está organizada em três categorias de comportamentos hostis: pensamentos, sentimentos e acções. Os itens vão desde os sentimentos de aborrecimento e necessidade de partir coisas até a discussões e explosões comportamentais.

7. ANSIEDADE FÓBICA

Medos de natureza fóbica orientados para circunstâncias como viajar, espaços abertos, multidões, lugares públicos. Inclui também itens relativos a fobia social.

8. IDEAÇÃO PARANÓIDE

Os itens foram desenvolvidos em torno das características primárias do pensamento paranóide: pensamento projectivo, hostilidade, desconfiança, egocentrismo, alucinações, perda de autonomia, grandiosidade.

9. PSICOTICISMO

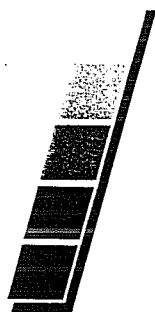
Sintomatologia aguda e florida, bem como comportamentos tipicamente considerados como mais estranhos.

COTAÇÃO:

Automática: de 1 a 5 pontos por item

Manual: de 0 a 4 pontos por item, e agrupamento dos itens de acordo com as 9 categorias superiores.

2. **Versão francesa do SCL-90-R**
(Segundo J. Pellet, em J. D. Guelfi, 1997, pp. 77 a 85)



LA SYMPTOM CHECK-LIST

SCL-90 R

J. PELLET

INTRODUCTION

La SCL-90 R est un questionnaire global d'autoévaluation des symptômes psychiatriques, très largement utilisée à l'heure actuelle malgré un certain nombre de questions concernant sa structure.



HISTORIQUE

1954 : Edition de la Discumfort Scale, échelle de malaise développée par Parloff, Kelman et Franck, destinée à la recherche en psychothérapie.

– 1965 : Edition de la Symptom distress Check-List (SCL) de 90 items, aboutissant après remaniements à la version de base de la HSCL (Hopkins Symptom Check-List) à 58 items, largement diffusée aux U.S.A. et traduite en Français.

– 1973 : Première forme de la SCL-90 R., éditée par Derogatis.

– 1976 : Adjonction d'un facteur psychotique : HSCL revised.

– 1984 : Traduction française par Dreyfus et Guelfi.

MODE DE CONSTRUCTION

La constitution de la SCL-90 R a obéi, à travers des approximations successives, qui se reflètent dans l'historique, au principe suivant :

Composer un instrument permettant de retrouver un certain nombre de dimensions psychopathologiques postulées a priori comme pertinentes, les symptômes "primaires", retrouvées par les auteurs à travers des analyses factorielles.

La SCL-90 R est formée de 90 phrases courtes composées de mots simples, décrivant des plaintes ou des symptômes divers pour lesquels le sujet doit choisir une des cinq réponses possibles, non, oui un peu, oui moyennement, oui beaucoup, oui extrêmement, définissant des degrés 0-1-2-3-4. Derogatis en a extrait :

1°) Trois indices globaux de gravité

G.S.I. : Gravité globale : score total divisé par 90

P.S.T. : Diversité des symptômes : Nombre de réponses autres que 0

P.S.D.I. : Degré de malaise : score total divisé par le P.S.T.

2°) La structure factorielle suivante

Facteur	n° de l'item	Item
Somatisation	1, 4, 12, 27, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58, 40	Reflète l'éprouvé provenant de la perception du dysfonctionnement corporel.
Symptômes obsessionnels	9, 10, 28, 38, 3, 45, 46, 51, 55, 65	Syndrome du même nom.
Sensitivité interpersonnelle ou vulnérabilité	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73	Sentiment d'infériorité et d'inadéquation par rapport aux autres, anticipation dans les relations interpersonnelles
Dépression	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79	Syndrome dépressif
Anxiété	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86	Anxiété - tension
Hostilité	11, 24, 63, 67, 74, 81	Agressivité - tendance au passage à l'acte
Phobies	13, 25, 47, 70, 75, 82, 50	Phobies sociales et agoraphobie
Traits paranoïaques	8, 18, 43, 68, 76, 83	Hostilité, méfiance, égocentrisme, perte d'autonomie - hallucinations idées de grandeur
Traits psychotiques	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 90, 88	Symptômes de schizophrénie et comportement schizoïde
Symptômes divers	19, 44, 59, 60, 64, 66, 89	Symptômes aspécifiques, importants sur le plan psychopathologique

ÉTUDES DE VALIDATION

Elles sont répertoriées en grande partie dans une revue générale de Derogatis que nous avons complétée d'autres sources. Ces études peuvent être résumées comme suit :

Les notes de la SCL-90 R, qu'il s'agisse des sous-échelles factorielles ou des indices globaux, sont indépendantes de l'âge, du niveau d'éducation, et du niveau social. Elles sont par contre influencées par le sexe et bien sûr la pathologie, ce qui a rendu nécessaire l'établissement de profils de référence pour les adolescents, les adultes normaux (hommes et femmes), et enfin des sujets psychiatriques, essentiellement consultants ambulatoires.

— La consistance interne des 9 sous-échelles apparaît, à travers divers travaux, excellente, en utilisant le coefficient alpha de Cronbach, avec des chiffres allant de .77 pour les tendances psychotiques à .90 pour la dépression.

— De même la fidélité test-retest évaluée à différents temps de l'évolution est bonne sur une durée de 8 jours, avec des coefficients de corrélation allant de .78 à .86, suivant les différentes sous-échelles. Ce caractère nous paraît un peu contradictoire avec :

— Une sensibilité au changement satisfaisante, ce qui ressortirait de différents essais thérapeutiques.

A ce propos une revue générale de Glass et collaborateurs, comparant la sensibilité au changement de la SCL-90 R à celle de l'échelle d'anxiété de Hamilton, conclut à la supériorité générale de l'hétéro-évaluation.

La validité concourante a été étudiée par comparaison aux sous-échelles usuelles du MMPI, et à celles, lorsqu'elles existent, du MHQ (Middlesex Hospital Questionnaire). Dans ces deux cas, il y a forte corrélation entre les sous-échelles de ces instruments et celles de la SCL-90 R. L'étude chez une population ciblée de patients déprimés (Winokur)

montre une bonne corrélation entre les facteurs anxiété et dépression de la SCL-90 R et les échelles d'anxiété et de dépression de Hamilton. Les résultats de la SCL-90 R comparés à ceux obtenus avec un équivalent analogue sous forme d'hétéro-évaluation, ou à l'aide d'une échelle d'hétéro-évaluation de 9 items correspondant aux symptômes primaires de la SCL-90 R (HPRS) donnent les résultats suivants : les médecins généralistes sous-estiment la dépression et surestiment l'anxiété par rapport aux réponses des patients. Avec des évaluateurs psychiatres, les sujets névrotiques ont tendance à avoir des notes plus élevées que celles attribuées par les médecins. En ce qui concerne les patients psychotiques, la tendance est inverse.

Pour ce qui est de la stabilité factorielle, les premiers résultats de Derogatis qui retrouvait les 9 facteurs qu'il avait postulés ont été confirmés dans l'ensemble par Lipman. Mais d'autres analyses conduites par Hoffmann et Overall, et en France par Pariente et collaborateurs sur des échantillons importants ne permettent semble-t-il de retenir comme consistants et stables que les seuls facteurs Somatisation, Dépression et Anxiété-phobie.

Sur le plan francophone, outre les analyses ci-dessus citées, des standards pour une "population normale" sont en cours d'élaboration par Pellet et collaborateurs qui n'ont retrouvé chez un échantillon de 1196 patients aucune structure factorielle interprétable et des indices globaux quelque peu différents de ceux de Derogatis.

MODE DE PASSATION

Il est demandé au sujet de remplir l'instrument, en fonction de ce qui l'a ennuyé ou préoccupé au cours de la semaine précédente et du jour même.

La passation dure en principe environ 1/4 d'heure. Elle

est plus longue chez les sujets âgés ou déprimés.

La lecture des items par un tiers pour des sujets temporairement incapables de lire n'introduit semble-t-il pas de biais appréciable. L'instrument est utilisable entre 13 et 70 ans.

Dans notre expérience, il peut être utile d'aider les sujets déprimés et ralentis sans toutefois "retraduire" les items. Il est nécessaire également de vérifier la qualité des données (réponses manquantes, deux réponses à un item, etc.).

COTATION

Les scores d'échelles sont calculés par sommation des notes d'items (degrés 0, 1, 2, 3, 4) divisés par le nombre d'items du facteur (ce qui sur le plan méthodologique peut être critiquable). Les indices globaux sont également calculés suivant les formules indiquées (cf. mode de construction). Les scores sont ensuite portés sur une feuille comportant les profils établis pour les échantillons de référence adolescents, adultes normaux, hommes ou femmes, adultes suivis en psychiatrie, afin de leur être comparés.

APPLICATIONS

La SCL-90 R a été utilisée dans de multiples travaux : essais thérapeutiques d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques, études cliniques dans le domaine des troubles affectifs, des troubles sexuels et du sommeil, des réactions au stress, au cours de la prise en charge des alcooliques chroniques. En médecine, elle a été employée surtout en oncologie pour l'évaluation des réactions émotionnelles et enfin en épidémiologie pour l'évaluation de profils d'échantillons de population.

INTÉRÊTS-LIMITES

Il s'agit d'un instrument assez largement validé, très utilisé, ce qui permet donc des comparaisons. Apparemment trois facteurs sont consistants et stables et des standards ont été proposés pour différents types de population. Les indices globaux présentent un intérêt certain.

L'on ne peut considérer que les 9 facteurs postulés par Derogatis puissent être sûrement retenus. D'autre part, l'instrument est long et difficile à passer en cas de dépression par exemple. Il n'est pas certain qu'il soit plus pertinent que les autres instruments d'évaluation pour des patients à tendance psychotique. La supériorité de la SCL-90 R sur la HSCL 58 n'est pas clairement établie. D'autres indicateurs globaux de l'état émotionnel comme la BFS de Zerssen sont apparus comme plus sensibles en situation d'hospitalisation en médecine interne. Enfin, en ce qui concerne les échantillons de sujets dits normaux, la fixation de standards pour des sous-échelles factorielles est sujette à caution puisque, dans ce cas, aucune structure factorielle cohérente ne nous paraît pouvoir être retenue. Le problème nous paraît être le même en ce qui concerne les facteurs qui n'ont pas été retrouvés de façon stable.

BIBLIOGRAPHIE

DEROGATIS L. R. - SCL-90-R (revised) Version Manual I. - Clinical Psychometrics Research Unit - John Hopkins University School of Medicine. - 1977.

DEROGATIS L. R. - *Description & bibliography for the SCL-90 R*. Johns Hopkins University School of Medicine Baltimore, Maryland 21205 - 1981.

PARIENTE P., LEPINE J.-P., BOULENGER Ph., ZARIFIAN E., LEMPERIERE Th., LELLOUCH J. - The Symptom Check-List 90-R (SCL-90 R) in a French general psychiatric 708 outpatient sample. Is there a factor structure? *Psychiatr. Psychobiol.*, 1989, 4, 151-157.

PELLET J., TATU P., LANG F. - The Symptom Check-List 90 R (SCL-90 R) in a French free of mental disorder 1134 individual sample (in preparation).

La version française de la SCL-90 R que nous présentons a été publiée par Ph. PARIENTE et J.D. GUELFY : Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1^{re} partie : inventaires multidimensionnels. *Psychiatr. Psychobiol.*, 1990, 5, 49-63.

R É S U M É

Publiée depuis longtemps, ayant fait l'objet de très nombreuses études, la SCL-90 R est un instrument à l'heure actuelle très largement utilisé. Ses indices globaux présentent un intérêt certain. Des 9 facteurs postulés initialement, seuls 3 semblent pouvoir être retenus. Ils correspondent à des dimensions fréquentes et très importantes en psychopathologie, surtout chez des sujets ambulatoires. Ces dimensions semblent ne pas exister chez des sujets "normaux".

SCL-90 R

Traduction française : J.D. GUELFI et J.-F. DREYFUS. 1984

SEXE AGE DATE

INSTRUCTIONS

Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des problèmes et des symptômes que l'on peut éprouver. Nous vous demandons de lire attentivement chaque phrase. Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher à l'aide d'une croix, une, et une seule, des cinq cases qui se trouvent à droite, c'est-à-dire celle qui donne la meilleure description de ce qui vous a ennuyé ou préoccupé au cours de la semaine qui vient de s'écouler, y compris aujourd'hui.

Suivant que le symptôme est très important, important, moyen, ou relativement léger, vous mettez la croix à OUI extrêmement, OUI beaucoup, OUI moyennement, OUI un peu. Si vous estimez que vous ne pourriez pas prononcer la phrase qui constitue la proposition, vous mettez une croix à NON, pas du tout.

Répondez à toutes les questions sans exception, ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

		Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	
		0	1	2	3	4
1	J'ai des maux de tête	☐	☐	☐	☐	☐
2	Je me sens nerveux (se) et/ou je sens comme un tremblement intérieur	☐	☐	☐	☐	☐
3	J'ai des pensées, des mots ou des idées que je ne voudrais pas avoir et qui ne veulent pas quitter mon esprit	☐	☐	☐	☐	☐
4	J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges	☐	☐	☐	☐	☐
5	J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais pour les choses sexuelles	☐	☐	☐	☐	☐
6	J'ai l'impression d'être critique à l'égard des autres	☐	☐	☐	☐	☐
7	J'ai l'idée que quelqu'un d'autre peut contrôler mes pensées	☐	☐	☐	☐	☐
8	J'ai le sentiment que les autres sont responsables de la plupart de mes troubles	☐	☐	☐	☐	☐
9	J'ai des difficultés à me rappeler des choses	☐	☐	☐	☐	☐
		0	1	2	3	4

	Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêm.
	0	1	2	3	4
10 Je suis ennuyé (e) par ma négligence et mon manque de soin	☐	☐	☐	☐	☐
11 Je suis facilement contrarié (e) ou irrité (e)	☐	☐	☐	☐	☐
12 J'ai des douleurs au cœur ou dans la poitrine	☐	☐	☐	☐	☐
13 Je suis pris(e) de peur dans les espaces découverts ou dans les rues	☐	☐	☐	☐	☐
14 Je me sens sans énergie ou ralenti(e)	☐	☐	☐	☐	☐
15 Je pense en finir avec la vie	☐	☐	☐	☐	☐
16 J'entends des voix que les autres n'entendent pas	☐	☐	☐	☐	☐
17 J'ai des tremblements	☐	☐	☐	☐	☐
18 J'ai l'impression qu'on ne peut pas avoir confiance dans la plupart des gens	☐	☐	☐	☐	☐
19 J'ai un mauvais appétit	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4

		Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
		0	1	2	3	4
20	Je pleure facilement	☐	☐	☐	☐	☐
21	Je me sens timide et mal à l'aise avec une personne du sexe opposé	☐	☐	☐	☐	☐
22	J'ai l'impression d'être "coincé(e)" ou pris(e) au piège	☐	☐	☐	☐	☐
23	Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison	☐	☐	☐	☐	☐
24	J'ai des explosions de colère que je ne peux contrôler	☐	☐	☐	☐	☐
25	J'ai peur de sortir seul(e) de chez moi	☐	☐	☐	☐	☐
26	Je me reproche des choses	☐	☐	☐	☐	☐
27	J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos	☐	☐	☐	☐	☐
28	Je me sens bloqué(e) devant la moindre chose à faire	☐	☐	☐	☐	☐
29	J'ai un sentiment de solitude	☐	☐	☐	☐	☐
30	J'ai le cafard	☐	☐	☐	☐	☐
31	Des choses me tracassent ou me tourmentent trop	☐	☐	☐	☐	☐
32	Je ne m'intéresse à rien	☐	☐	☐	☐	☐
33	Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur	☐	☐	☐	☐	☐
34	Je suis facilement blessé(e) ou offensé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
35	J'ai le sentiment que d'autres savent quelles sont mes pensées intimes	☐	☐	☐	☐	☐
36	J'ai l'impression que les autres ne me comprennent pas, ou qu'ils ne me montrent pas de sympathie	☐	☐	☐	☐	☐
37	J'ai l'impression que les gens sont inamicaux envers moi ou ne m'aiment pas	☐	☐	☐	☐	☐
38	Je suis obligé(e) de faire les choses très lentement pour être certain(e) de bien les faire	☐	☐	☐	☐	☐
39	J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe	☐	☐	☐	☐	☐
40	J'ai des nausées ou envie de vomir	☐	☐	☐	☐	☐

0 1 2 3 4

		Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêm.
		0	1	2	3	4
41	Je me sens inférieur(e) aux autres	☐	☐	☐	☐	☐
42	J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris	☐	☐	☐	☐	☐
43	J'ai l'impression d'être observé(e) par les autres et qu'on parle de moi	☐	☐	☐	☐	☐
44	J'ai du mal à m'endormir	☐	☐	☐	☐	☐
45	Je suis obligé(e) de vérifier et de révéifier ce que je fais	☐	☐	☐	☐	☐
46	J'ai des difficultés à prendre des décisions	☐	☐	☐	☐	☐
47	J'ai peur de voyager en autobus, en train ou en métro	☐	☐	☐	☐	☐
48	J'ai des difficultés à respirer	☐	☐	☐	☐	☐
49	J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid	☐	☐	☐	☐	☐
50	Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car ils m'effrayent	☐	☐	☐	☐	☐
51	J'ai l'impression que mon esprit se vide	☐	☐	☐	☐	☐
52	J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps	☐	☐	☐	☐	☐
53	J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge	☐	☐	☐	☐	☐
54	J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir	☐	☐	☐	☐	☐
55	J'ai des difficultés de concentration	☐	☐	☐	☐	☐
56	J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps	☐	☐	☐	☐	☐
57	J'ai l'impression d'être tendu(e)	☐	☐	☐	☐	☐
58	J'ai une impression de pesanteur dans les bras ou dans les jambes	☐	☐	☐	☐	☐
59	J'ai des idées de mort ou l'idée de mourir	☐	☐	☐	☐	☐
60	Je mange trop	☐	☐	☐	☐	☐
61	Je me sens mal à l'aise quand on me regarde ou qu'on parle de moi	☐	☐	☐	☐	☐

0 1 2 3 4

		Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
		0	1	2	3	4
62	Il me vient des pensées qui ne sont pas les miennes	☐	☐	☐	☐	☐
63	J'ai envie de battre, de blesser ou de faire du mal aux gens	☐	☐	☐	☐	☐
64	Je me réveille tôt le matin	☐	☐	☐	☐	☐
65	Je dois recommencer certains actes tels que toucher, compter, nettoyer	☐	☐	☐	☐	☐
66	Mon sommeil est agité ou troublé	☐	☐	☐	☐	☐
67	J'ai des envies de mettre en pièces ou de casser des objets	☐	☐	☐	☐	☐
68	J'ai des idées ou des croyances que les autres ne partagent pas	☐	☐	☐	☐	☐
69	Je me sens très gêné(e) vis-à-vis des autres	☐	☐	☐	☐	☐
70	Je me sens mal à l'aise dans la foule, par exemple dans les magasins ou au cinéma	☐	☐	☐	☐	☐
71	Tout représente un effort pour moi	☐	☐	☐	☐	☐
72	J'ai des bouffées de terreur ou de panique	☐	☐	☐	☐	☐
73	Je suis mal à l'aise si je dois manger ou boire en public	☐	☐	☐	☐	☐
74	Je me dispute fréquemment	☐	☐	☐	☐	☐
75	Je me sens nerveux(se) quand on me laisse seul(e)	☐	☐	☐	☐	☐
76	J'ai l'impression que les autres n'apprécient pas à sa juste valeur ce que je fais	☐	☐	☐	☐	☐
77	Je me sens seul(e), même quand je suis avec d'autres gens	☐	☐	☐	☐	☐
78	Je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester assis (e)	☐	☐	☐	☐	☐
79	Je me sens bon(ne) à rien	☐	☐	☐	☐	☐
80	J'ai l'impression que des choses familières sont étranges ou n'ont pas l'air réelles	☐	☐	☐	☐	☐
81	Je crie ou je lance des objets	☐	☐	☐	☐	☐
82	J'ai peur de m'évanouir en public	☐	☐	☐	☐	☐
		0	1	2	3	4

		Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêm.
		0	1	2	3	4
83	Je pense que les gens profiteraient de moi si je les laissais faire	☐	☐	☐	☐	☐
84	J'ai des pensées liées au sexe qui me préoccupent beaucoup	☐	☐	☐	☐	☐
85	Je pense que je devrais être puni(e) pour mes péchés	☐	☐	☐	☐	☐
86	J'ai le sentiment d'être contraint(e) à faire des choses	☐	☐	☐	☐	☐
87	Je pense que mon corps est atteint de quelque chose de grave	☐	☐	☐	☐	☐
88	Je ne me sens jamais proche de quelqu'un	☐	☐	☐	☐	☐
89	Je me sens coupable	☐	☐	☐	☐	☐
90	Je pense que quelque chose va mal dans mon esprit	☐	☐	☐	☐	☐

3. Alguns materiais de acordo com a versão original do SCL-90-R, de Derogatis (1993)

3.1. Folha de respostas



Leonard R. Derogatis, PhD

Last Name First MI

ID Number

Age

Gender

Test Date

DIRECTIONS:

1. Print your name, identification number, age, gender, and test date in the area on the left side of this page.
2. Use a No. 2 pencil only and make a dark mark when responding to the items on pages 2 and 3.
3. If you want to change an answer, erase it carefully and then fill in your new choice.
4. Do not make any marks outside the circles.



National Computer Systems P. O. Box 1416 Minneapolis
MN 55440 800-627-7271 www.ncs.com

Copyright © 1975 LEONARD R. DEROGATIS, PhD. All rights reserved. Published and distributed exclusively by National Computer Systems, Inc.

Printed in the United States of America.

"SCL-90-R" is a registered trademark of Leonard R. Derogatis, PhD.
The NCS logo is a registered trademark of National Computer Systems, Inc.

**DO NOT SEND TO NATIONAL COMPUTER SYSTEMS
USE ONLY FOR HAND SCORING**

Product Number
05618

INSTRUCTIONS:

Below is a list of problems people sometimes have. Please read each one carefully, and blacken the circle that best describes HOW MUCH THAT PROBLEM HAS DISTRESSED OR BOTHERED YOU DURING THE PAST 7 DAYS INCLUDING TODAY. Blacken the circle for only one

number for each problem and do not skip any items. If you change your mind, erase your first mark. carefully. Read the example before beginning, and if you have any questions please ask them now.

	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY	
1	0	1	2	3	4	Bodyaches

	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY	HOW MUCH WERE YOU DISTRESSED BY:
1	0	1	2	3	4	Headaches
2	0	1	2	3	4	Nervousness or shakiness inside
3	0	1	2	3	4	Repeated unpleasant thoughts that won't leave your mind
4	0	1	2	3	4	Faintness or dizziness
5	0	1	2	3	4	Loss of sexual interest or pleasure
6	0	1	2	3	4	Feeling critical of others
7	0	1	2	3	4	The idea that someone else can control your thoughts
8	0	1	2	3	4	Feeling others are to blame for most of your troubles
9	0	1	2	3	4	Trouble remembering things
10	0	1	2	3	4	Worried about sloppiness or carelessness
11	0	1	2	3	4	Feeling easily annoyed or irritated
12	0	1	2	3	4	Pains in heart or chest
13	0	1	2	3	4	Feeling afraid in open spaces or on the streets
14	0	1	2	3	4	Feeling low in energy or slowed down
15	0	1	2	3	4	Thoughts of ending your life
16	0	1	2	3	4	Hearing voices that other people do not hear
17	0	1	2	3	4	Trembling
18	0	1	2	3	4	Feeling that most people cannot be trusted
19	0	1	2	3	4	Poor appetite
20	0	1	2	3	4	Crying easily
21	0	1	2	3	4	Feeling shy or uneasy with the opposite sex
22	0	1	2	3	4	Feelings of being trapped or caught
23	0	1	2	3	4	Suddenly scared for no reason
24	0	1	2	3	4	Temper outbursts that you could not control
25	0	1	2	3	4	Feeling afraid to go out of your house alone
26	0	1	2	3	4	Blaming yourself for things
27	0	1	2	3	4	Pains in lower back
28	0	1	2	3	4	Feeling blocked in getting things done
29	0	1	2	3	4	Feeling lonely
30	0	1	2	3	4	Feeling blue
31	0	1	2	3	4	Worrying too much about things
32	0	1	2	3	4	Feeling no interest in things
33	0	1	2	3	4	Feeling fearful
34	0	1	2	3	4	Your feelings being easily hurt
35	0	1	2	3	4	Other people being aware of your private thoughts
36	0	1	2	3	4	Feeling others do not understand you or are unsympathetic
37	0	1	2	3	4	Feeling that people are unfriendly or dislike you

	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY	
38	0	1	2	3	4	Having to do things very slowly to insure correctness
39	0	1	2	3	4	Heart pounding or racing
40	0	1	2	3	4	Nausea or upset stomach
41	0	1	2	3	4	Feeling inferior to others
42	0	1	2	3	4	Soreness of your muscles
43	0	1	2	3	4	Feeling that you are watched or talked about by others
44	0	1	2	3	4	Trouble falling asleep
45	0	1	2	3	4	Having to check and double-check what you do
46	0	1	2	3	4	Difficulty making decisions
47	0	1	2	3	4	Feeling afraid to travel on buses, subways, or trains
48	0	1	2	3	4	Trouble getting your breath
49	0	1	2	3	4	Hot or cold spells
50	0	1	2	3	4	Having to avoid certain things, places, or activities because they frighten you
51	0	1	2	3	4	Your mind going blank
52	0	1	2	3	4	Numbness or tingling in parts of your body
53	0	1	2	3	4	A lump in your throat
54	0	1	2	3	4	Feeling hopeless about the future
55	0	1	2	3	4	Trouble concentrating
56	0	1	2	3	4	Feeling weak in parts of your body
57	0	1	2	3	4	Feeling tense or keyed up
58	0	1	2	3	4	Heavy feelings in your arms or legs
59	0	1	2	3	4	Thoughts of death or dying
60	0	1	2	3	4	Overeating
61	0	1	2	3	4	Feeling uneasy when people are watching or talking about you
62	0	1	2	3	4	Having thoughts that are not your own
63	0	1	2	3	4	Having urges to beat, injure, or harm someone
64	0	1	2	3	4	Awakening in the early morning
65	0	1	2	3	4	Having to repeat the same actions such as touching, counting, or washing
66	0	1	2	3	4	Sleep that is restless or disturbed
67	0	1	2	3	4	Having urges to break or smash things
68	0	1	2	3	4	Having ideas or beliefs that others do not share
69	0	1	2	3	4	Feeling very self-conscious with others
70	0	1	2	3	4	Feeling uneasy in crowds, such as shopping or at a movie
71	0	1	2	3	4	Feeling everything is an effort
72	0	1	2	3	4	Spells of terror or panic
73	0	1	2	3	4	Feeling uncomfortable about eating or drinking in public
74	0	1	2	3	4	Getting into frequent arguments
75	0	1	2	3	4	Feeling nervous when you are left alone
76	0	1	2	3	4	Others not giving you proper credit for your achievements
77	0	1	2	3	4	Feeling lonely even when you are with people
78	0	1	2	3	4	Feeling so restless you couldn't sit still
79	0	1	2	3	4	Feelings of worthlessness
80	0	1	2	3	4	The feeling that something bad is going to happen to you
81	0	1	2	3	4	Shouting or throwing things
82	0	1	2	3	4	Feeling afraid you will faint in public
83	0	1	2	3	4	Feeling that people will take advantage of you if you let them
84	0	1	2	3	4	Having thoughts about sex that bother you a lot
85	0	1	2	3	4	The idea that you should be punished for your sins
86	0	1	2	3	4	Thoughts and images of a frightening nature
87	0	1	2	3	4	The idea that something serious is wrong with your body
88	0	1	2	3	4	Never feeling close to another person
89	0	1	2	3	4	Feelings of guilt
90	0	1	2	3	4	The idea that something is wrong with your mind

3.2. Folha de cálculo dos *scores* brutos



Leonard R. Derogatis, PhD

Name _____
 ID Number _____ Date Tested _____
 Gender _____ Age _____
 Scored By _____

If the respondent endorsed all items with the same value (i.e., all 0's, all 1's, etc.), **do not** score the test. This is considered an invalid administration.

If the respondent's age is less than 13, do not score the test. Adolescent norms are not appropriate for individuals younger than 13.

- Using the directions on the scoring keys, fill in **Item Resp. Sum** and **# Responses** on the Worksheet for each of the first nine scales and the Additional Items. (If more than 40% of the items on a scale are omitted, that scale is considered invalid. Do not calculate a score for invalid scales.) For the first nine scales, divide **Item Resp. Sum** by **# Responses**. Add .005 to the result. Drop all numbers beyond two decimal places (for example, 2.049 would become 2.04). Enter the result on the **Raw Score** line for the appropriate scale.
- Add up the **Item Resp. Sums** for the first nine scales and the Additional Items. Enter the result on both **Total Sum** lines on the Worksheet. Add up the **# Responses** for the first nine scales and the Additional Items. Enter the result on the **Total # Responses** line. Divide **Total Sum** by **Total # Responses**. Add .005 to the result and drop all numbers beyond two decimal places. Enter the result on the Global Severity Index (GSI) **Raw Score** line.
- Count the number of nonzero responses on the answer sheet and enter the result on the Positive Symptom Total (PST) **Raw Score** line and on the **Total Nonzero** line on the Worksheet.
- Divide **Total Sum** by **Total Nonzero**. Add .005 to the result and drop all numbers beyond two decimal places. Enter the result on the Positive Symptom Distress Index (PSDI) **Raw Score** line.
- Find the appropriate profile for the client's gender and norm group. On the profile, record all the raw scores that appear in the shaded column of the Worksheet. Plot the raw scores on the profile. For each raw score, find the corresponding T score along the side of the profile. Record the T score on the appropriate line under the profile.

NOTE: This worksheet is a part of the SCL-90-R test. Because separate copies of this worksheet are not available from NCS at this time, permission is granted to the qualified purchaser of these hand-scoring materials to photocopy this worksheet. This photocopying permission will terminate December 31, 1999. No rights to resell or to distribute this worksheet are granted. Photocopying permission is granted for the worksheet only and NOT for any other SCL-90-R material.

WORKSHEET

1. (_____ / _____) = _____	Somatization (SOM) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Obsessive-Compulsive (O-C) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Interpersonal Sensitivity (I-S) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Depression (DEP) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Anxiety (ANX) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Hostility (HOS) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Phobic Anxiety (PHOB) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Paranoid Ideation (PAR) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
(_____ / _____) = _____	Psychoticism (PSY) Scale
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
_____ / _____ = _____	Additional Items
Item Resp. Sum / # Responses	Raw Score
2. (_____ / _____) = _____	Global Severity Index (GSI)
Total Sum / Total # Responses	Raw Score
3. _____	Positive Symptom Total (PST)
Raw Score	
4. (_____ / _____) = _____	Positive Symptom Distress Index (PSDI)
Total Sum / Total Nonzero	Raw Score



Copyright © 1996 NATIONAL COMPUTER SYSTEMS, INC. All rights reserved. Adapted or reproduced with authorization from the SCL-90-R test. Copyright © 1979 LEONARD R. DEROGATIS, PhD. All rights reserved. Published and distributed by National Computer Systems, Inc., P. O. Box 1416, Minneapolis, MN 55440. Printed in the United States of America. "Symptom Checklist 90-R" is a trademark and "SCL-90-R" is a registered trademark of Leonard R. Derogatis, PhD.

3.3. Folha de elaboração do perfil para os Doentes Psiquiátricos Masculinos Internados



Leonard R. Derogatis, PhD

Copyright © 1998 NATIONAL COMPUTER SYSTEMS, INC. All rights reserved. Adapted or reproduced with authorization from the SCL-90-R test. Copyright © 1979 LEONARD R. DEROGATIS, PhD. All rights reserved. Published and distributed by National Computer Systems, Inc., P.O. Box 1418, Minneapolis, MN 55440.
Printed in the United States of America.
Symptom Checklist-90-R is a trademark and *SCL-90-R* is a registered trademark of Leonard R. Derogatis, PhD.

Name _____
ID Number _____ Date Tested _____
Gender _____ Age _____
Scored By _____

Inpatient Psychiatric Male

T	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	PST	T	%
> 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	> 80	-
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	-
70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	-
65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	-
60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	-
55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-
45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	-
40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-
35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	-
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-
0-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-2	-
0-5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-5	-
0-10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-10	-
0-15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-15	-
0-20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-20	-
0-25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-25	-
0-30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-30	-
0-35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-35	-
0-40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-40	-
0-45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-45	-
0-50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-50	-
0-55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-55	-
0-60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-60	-
0-65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-65	-
0-70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-70	-
0-75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-75	-
0-80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-80	-
0-85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-85	-
0-90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-90	-
0-95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-95	-
0-100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-100	-

Product Number
05622

4. Folha de respostas traduzida da versão actual americana do SCL-90-R

(Tradução de Alexandra Isabel Alves Neves, Licenciada em Línguas e Literaturas Modernas, variante Estudos Ingleses e Alemães, doutoranda em Tradução e Linguística)

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R)

Prof. LEONARD R. DEROGATIS, 1993

Emília T. Marques, 2002 (tradução de Alexandra Neves)

Nome: _____

Idade: _____

N.º: _____

Data: ____/____/____

INSTRUÇÕES

Em baixo está uma lista de problemas que as pessoas por vezes experienciam. Por favor leia cada um deles cuidadosamente e pinte o círculo que melhor descreve ATÉ QUE PONTO ESSE PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Pinte apenas um círculo para cada problema e não deixe nenhum item em branco. Se mudar de ideias relativamente a alguma resposta apague a resposta errada e pinte o círculo correcto.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	
1	☐	☐	☐	☒	☐	Exemplo Até que ponto sentiu: dores físicas

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	ATÉ QUE PONTO SENTIU:
1	☐	☐	☐	☐	☐	dores de cabeça
2	☐	☐	☐	☐	☐	nervosismo ou agitação interior
3	☐	☐	☐	☐	☐	pensamentos desagradáveis repetidos em que não consegue deixar de pensar
4	☐	☐	☐	☐	☐	tonturas ou vertigens
5	☐	☐	☐	☐	☐	perda de interesse sexual ou prazer
6	☐	☐	☐	☐	☐	pensamentos críticos relativamente aos outros
7	☐	☐	☐	☐	☐	que outra pessoa pode controlar os seus pensamentos
8	☐	☐	☐	☐	☐	que a maior parte dos seus problemas são por culpa dos outros
9	☐	☐	☐	☐	☐	difficuldade em lembrar-se de coisas
10	☐	☐	☐	☐	☐	preocupação com imundície ou falta de cuidado
11	☐	☐	☐	☐	☐	ficar facilmente aborrecido ou irritado
12	☐	☐	☐	☐	☐	dores no coração ou no peito
13	☐	☐	☐	☐	☐	medo de espaços abertos ou na rua
14	☐	☐	☐	☐	☐	ter pouca energia ou mais lento
15	☐	☐	☐	☐	☐	pensamentos de suicídio
16	☐	☐	☐	☐	☐	ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem
17	☐	☐	☐	☐	☐	tremuras
18	☐	☐	☐	☐	☐	que não pode confiar nas outras pessoas
19	☐	☐	☐	☐	☐	pouco apetite
20	☐	☐	☐	☐	☐	chorar facilmente
21	☐	☐	☐	☐	☐	timidez ou embaraço com o sexo oposto
22	☐	☐	☐	☐	☐	ser encurralado ou apanhado numa armadilha
23	☐	☐	☐	☐	☐	medo de repente sem motivo
24	☐	☐	☐	☐	☐	um acesso de mau génio incontrolável
25	☐	☐	☐	☐	☐	medo de sair de casa sozinho
26	☐	☐	☐	☐	☐	culpar-se de coisas
27	☐	☐	☐	☐	☐	dores no fundo das costas/ dores lombares
28	☐	☐	☐	☐	☐	ficar bloqueado ao tentar fazer alguma coisa
29	☐	☐	☐	☐	☐	solidão
30	☐	☐	☐	☐	☐	tristeza
31	☐	☐	☐	☐	☐	preocupar-se muito com as coisas
32	☐	☐	☐	☐	☐	desinteresse pelas coisas
33	☐	☐	☐	☐	☐	muito medo
34	☐	☐	☐	☐	☐	que os seus sentimentos são magoados facilmente
35	☐	☐	☐	☐	☐	que as outras pessoas sabem dos seus sentimentos mais profundos
36	☐	☐	☐	☐	☐	que os outros não o compreendem ou são insensíveis
37	☐	☐	☐	☐	☐	que as pessoas são antipáticas ou não gostam de si

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	ATÉ QUE PONTO SENTIU:
38	0	1	2	3	4	ter que fazer as coisas vagarosamente para ter certeza que as faz bem
39	0	1	2	3	4	o coração a bater com força ou muito depressa
40	0	1	2	3	4	náuseas
41	0	1	2	3	4	ser inferior aos outros
42	0	1	2	3	4	dores nos músculos
43	0	1	2	3	4	que está a ser observado ou que os outros estão a falar de si
44	0	1	2	3	4	difficuldade em adormecer
45	0	1	2	3	4	ter que confirmar e re-confirmar o que faz
46	0	1	2	3	4	difficuldade em tomar decisões
47	0	1	2	3	4	medo de andar de autocarro, comboio ou metropolitano
48	0	1	2	3	4	difficuldades em respirar
49	0	1	2	3	4	calafrios
50	0	1	2	3	4	ter que evitar determinadas coisas, sítios ou actividades, por se sentir assustado
51	0	1	2	3	4	não se lembrar de nada/ ter um vazio na mente/ ficar com a mente em branco
52	0	1	2	3	4	entorpecimento ou sensação de formigueiro em partes do corpo
53	0	1	2	3	4	um nó na garganta
54	0	1	2	3	4	sem esperança no futuro
55	0	1	2	3	4	difficuldade em concentrar-se
56	0	1	2	3	4	fraqueza em algumas partes do corpo
57	0	1	2	3	4	tenso ou nervoso/ excitado
58	0	1	2	3	4	os braços ou pernas pesadas
59	0	1	2	3	4	pensamentos de morte ou de estar a morrer
60	0	1	2	3	4	comer demasiado
61	0	1	2	3	4	embaraçado/ incómodo quando estão a olhar para si ou a falar de si
62	0	1	2	3	4	ter pensamentos que não são seus
63	0	1	2	3	4	vontade de bater, magoar ou prejudicar outra pessoa
64	0	1	2	3	4	difficuldade em acordar de manhã cedo
65	0	1	2	3	4	ter que repetir acções como tocar, contar ou lavar
66	0	1	2	3	4	sono desassossegado, agitado ou perturbado
67	0	1	2	3	4	vontade de partir ou destruir coisas
68	0	1	2	3	4	ter ideias ou crenças que os outros não têm
69	0	1	2	3	4	insegurança com os outros
70	0	1	2	3	4	incómodo numa multidão, como por ex. no cinema ou na ida às compras
71	0	1	2	3	4	que tudo é um esforço
72	0	1	2	3	4	momentos de terror ou pânico
73	0	1	2	3	4	desconfortável a comer ou beber em público
74	0	1	2	3	4	discutir frequentemente
75	0	1	2	3	4	nervoso por ter sido deixado sozinho
76	0	1	2	3	4	que os outros não lhe dão o devido valor pelas coisas que alcança
77	0	1	2	3	4	que está sozinho, mesmo quando está com outras pessoas
78	0	1	2	3	4	estar tão irrequieto que não consegue estar sentado quieto
79	0	1	2	3	4	que não tem valor/ que não vale nada
80	0	1	2	3	4	que alguma coisa má lhe vai acontecer
81	0	1	2	3	4	ter de gritar ou atirar coisas
82	0	1	2	3	4	medo de desmaiar em público
83	0	1	2	3	4	que as pessoas vão aproveitar-se de si se você deixar
84	0	1	2	3	4	pensamentos sobre sexo que o incomodam muito
85	0	1	2	3	4	que devia ser castigado pelos seus pecados
86	0	1	2	3	4	pensar ou ter imagens da natureza como algo assustador
87	0	1	2	3	4	que há alguma coisa errada com o seu corpo
88	0	1	2	3	4	nunca se sentir próximo/ chegado a outra pessoa
89	0	1	2	3	4	sentimentos de culpa
90	0	1	2	3	4	que há alguma coisa errada com a sua mente

5. Folha de respostas utilizada na avaliação dos internados na C.P.S.M.

(Elaborada pela autora desta dissertação, com o texto da versão portuguesa, mas com uma estrutura baseada na de Derogatis)

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R)

Prof. LEONARD R. DEROGATIS, 1977

(Versão baseada na folha de respostas aferida para a população portuguesa, ETM 2002)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____ N.º: _____

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada questão cuidadosamente e assinale aquelas que nos últimos três meses o/a tem preocupado ou dado cuidados. Não há respostas "erradas" ou "certas" ou respostas para "dar uma boa impressão": são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Estas respostas são confidenciais. Não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
1 Dores de cabeça.	☐	☐	☐	☐	☐
2 Nervosismo ou tensão interior.	☐	☐	☐	☐	☐
3 Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz.	☐	☐	☐	☐	☐
4 Desmaios ou tonturas.	☐	☐	☐	☐	☐
5 Diminuição do interesse ou prazer sexual.	☐	☐	☐	☐	☐
6 Sentir-se criticado pelos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
7 Impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	☐	☐	☐	☐	☐
8 Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
9 Dificuldades em se lembrar das coisas passadas e recentes.	☐	☐	☐	☐	☐
10 Preocupação com o desleixo ou a falta de limpeza.	☐	☐	☐	☐	☐
11 Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	☐	☐	☐	☐	☐
12 Dores sobre o coração ou no peito.	☐	☐	☐	☐	☐
13 Medo na rua ou praças públicas.	☐	☐	☐	☐	☐
14 Falta de forças ou lentidão.	☐	☐	☐	☐	☐
15 Pensamentos de acabar com a vida.	☐	☐	☐	☐	☐
16 Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.	☐	☐	☐	☐	☐
17 Tremer.	☐	☐	☐	☐	☐
18 Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
19 Falta de apetite.	☐	☐	☐	☐	☐
20 Virem as lágrimas facilmente aos olhos.	☐	☐	☐	☐	☐
21 Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto.	☐	☐	☐	☐	☐
22 Impressão de se sentir preso ou apanhado em falta.	☐	☐	☐	☐	☐
23 Ter medo subitamente sem ter motivo para isso.	☐	☐	☐	☐	☐
24 Impulsos de temperamento que não consegue controlar.	☐	☐	☐	☐	☐
25 Medo de sair de casa sozinho.	☐	☐	☐	☐	☐
26 Acusar-se a si mesmo a propósito de certas coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
27 Dores no fundo das costas (cruzes).	☐	☐	☐	☐	☐
28 Dificuldades em fazer qualquer trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
29 Sentir-se sozinho.	☐	☐	☐	☐	☐
30 Sentir-se triste.	☐	☐	☐	☐	☐
31 Ser muito pensativo (cismático) com as coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
32 Sem interesse por nada.	☐	☐	☐	☐	☐
33 Sentir-se atemorizado.	☐	☐	☐	☐	☐
34 Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
35 Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos.	☐	☐	☐	☐	☐
36 Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
37 Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si.	☐	☐	☐	☐	☐
38 Fazer tudo devagar para ter a certeza de que fica bem feito.	☐	☐	☐	☐	☐
39 Sentir palpitações ou batimentos rápidos do coração.	☐	☐	☐	☐	☐
40 Vontade de vomitar ou mal estar do estômago.	☐	☐	☐	☐	☐
41 Sentir-se inferior aos outros.	☐	☐	☐	☐	☐

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	Nada	Pouco	Modera- damente	Bastante	Muitíssi- mo
42 Dores musculares.					
43 Sentir a impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
44 Dificuldade em adormecer.					
45 Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
46 Dificuldade em tomar decisões.					
47 Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro.					
49 Dificuldade em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar).					
49 Calafrios ou afrontamentos.					
50 Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo.					
51 Sensação de vazio na cabeça.					
52 Sensação de formigueliro ou partes do corpo entorpecido.					
53 Impressão de ter um nó na garganta.					
54 Sentir-se sem esperança em relação ao futuro.					
55 Dificuldade em se concentrar.					
56 Sentir falta de forças em partes do corpo.					
57 Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
58 Sentir "um peso" nos braços ou pernas.					
59 Pensamentos sobre a morte ou de morrer.					
60 Vontade de comer demais.					
61 Não se sentir à vontade quando as pessoas o observam ou falam de si.					
62 Ter pensamentos que não lhe pertencem.					
63 Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém.					
64 Acordar muito cedo de manhã.					
65 Vontade de repetir certas operações como, por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar.					
66 Sono agitado ou não repousante.					
67 Vontade de destruir ou partir coisas.					
68 Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm.					
69 Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas.					
70 Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.					
71 Sentir que tudo o que faz é com esforço.					
72 Ter ataques de terror ou de pânico.					
73 Não se sentir à vontade quando come ou bebe em local público.					
74 Envolver-se facilmente em discussões.					
75 Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.					
76 Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
77 Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.					
78 Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado.					
79 Ter sentimentos de que não tem valor.					
80 Ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer.					
81 Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas.					
82 Medo de vir a desmairar em frente de outras pessoas.					
83 A impressão de que, se devesse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
84 Ter pensamentos sobre assuntos sexuais que o perturbam muito.					
85 Ter o sentimento de que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
86 Ter pensamentos ou imagens de natureza assustadora.					
87 Ter a impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo.					
88 Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.					
89 Sentir-se culpado.					
90 Ter a impressão de que alguma coisa está mal no seu espírito.					

6. Folha informatizada de cálculo dos resultados do SCL-90-R

(Criada pelo Dr. António Marques, de acordo com as indicações da versão portuguesa, e que após inseridas as cotações, automaticamente calcula e apresenta os resultados e o perfil)

Symptom Check-List SCL-90 R

L.R. DEROGATIS, 1977
Tradução de Emília T. Marques, 2000

Nome: _____
Idade: _____

N.º _____
Data: _____

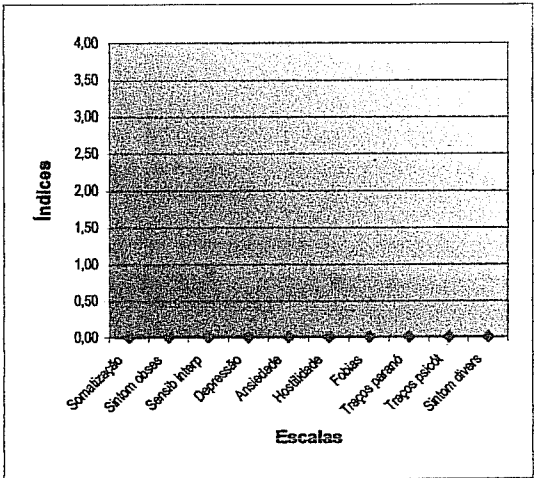
Questões	Escala	Cotação
1	A	
2	E	
3	B	
4	A	
5	D	
6	C	
7	I	
8	H	
9	B	
10	B	
11	F	
12	A	
13	G	
14	D	
15	D	
16	I	
17	E	
18	H	
19	J	
20	D	
21	C	
22	D	
23	E	
24	F	
25	G	
26	D	
27	A	
28	B	
29	D	
30	D	

Questões	Escala	Cotação
31	D	
32	D	
33	E	
34	C	
35	I	
36	C	
37	C	
38	B	
39	E	
40	A	
41	C	
42	A	
43	H	
44	J	
45	B	
46	B	
47	G	
48	A	
49	A	
50	G	
51	B	
52	A	
53	A	
54	D	
55	B	
56	A	
57	E	
58	A	
59	J	
60	J	

Questões	Escala	Cotação
61	C	
62	I	
63	F	
64	J	
65	B	
66	J	
67	F	
68	H	
69	C	
70	G	
71	D	
72	E	
73	C	
74	F	
75	G	
76	H	
77	I	
78	E	
79	D	
80	E	
81	F	
82	G	
83	H	
84	I	
85	I	
86	E	
87	I	
88	I	
89	J	
90	I	

Escala		Total	Itens	Índice
Somatização	A	0	12	0,00
Sintom obses	B	0	10	0,00
Sensib interp	C	0	9	0,00
Depressão	D	0	13	0,00
Ansiedade	E	0	10	0,00
Hostilidade	F	0	6	0,00
Fobias	G	0	7	0,00
Traços paranó	H	0	6	0,00
Traços psicót	I	0	10	0,00
Sintom divers	J	0	7	0,00
Totais		0	90	

Índices globais:	
G.S.I.	0,00
P.S.T.	90
P.S.D.I.	0,00



ANEXO B – ALGUNS DOS MATERIAIS DA DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS (DGSP) / MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, DISPONÍVEIS NA *INTERNET*

1. População prisional, por estabelecimento⁽¹⁾, segundo a situação penal em 15 de Dezembro de 2002 e 15 de Janeiro de 2003

(Do site da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, retirado da Internet em Março/2003 – http://www.dgsp.mj.pt/estatistica/pop_ep.html)

Sit. Penal Estab.	15 de Dezembro			15 de Janeiro			Variação			Lotação	Taxa de Ocupação em %
	Prev.	Cond.	TOTAL	Prev.	Cond.	TOTAL	Prev.	Cond.	TOTAL		
CEITRAIS											
ALCOENTRE	2	726	728	2	726	728	0	0	0	663	109,8
CARREQUEIRA *	0	87	87	0	92	92	0	5	5	94	97,9
C. BRANCO	23	97	120	23	94	117	0	-3	-3	168	69,6
CAXIAS	313	298	611	330	280	610	17	-18	-1	474	128,7
COIMBRA	48	374	422	41	382	423	-7	8	1	424	100,5
FUNCHAL	79	197	276	83	214	297	4	17	21	324	91,7
Funchal (s.Fe.)	11	15	26	12	16	28	1	1	2	25	112,0
IZEDA	15	268	283	2	294	296	-13	26	13	289	102,4
LINHÓ	41	566	607	35	587	622	-6	21	15	584	106,5
LISBOA	579	732	1311	573	746	1319	-6	14	8	887	148,7
MONSANTO	13	170	183	13	172	185	0	2	2	166	111,4
P. FERREIRA	28	608	636	30	608	638	2	0	2	570	111,9
P. DA CRUZ	0	686	686	0	675	675	0	-11	-11	737	91,6
PORTO	647	448	1095	625	477	1102	-22	29	7	686	160,6
Porto (s.Fe.)	30	8	38	42	5	47	12	-3	9	34	138,2
SANTARÉM	14	21	35	14	21	35	0	0	0	36	97,2
S. C. DO BISPO	6	277	283	6	275	281	0	-2	-2	232	121,1
C.Psiquiátrico	7	99	106	7	95	102	0	-4	-4	110	92,7
SINTRA	21	622	643	21	636	657	0	14	14	729	90,1
VALE JUDEUS	25	482	507	25	478	503	0	-4	-4	504	99,8
ESPECIAIS											
LEIRIA	17	278	295	16	269	285	-1	-9	-10	347	82,1
TIRES**	324	364	688	319	375	694	-5	11	6	633	109,6
TIRES(S.Masc.)**	116	3	119	113	3	116	-3	0	-3	163	71,2
HOSPITAL S.J.D.	56	95	151	58	91	149	2	-4	-2	195	76,4
Regionais											
A. HEROÍSMO	30	52	82	28	54	82	-2	2	0	39	210,3
C. A. Horta	17	16	33	17	16	33	0	0	0	17	194,1
AVEIRO	106	48	154	116	51	167	10	3	13	33	189,6
BEJA	53	49	102	45	52	97	-8	3	-5	43	202,1
BRAGA	51	101	152	52	101	153	1	0	1	72	212,5
BRAGANÇA	45	39	84	42	36	78	-3	-3	-6	75	104,0
C. RAÍNHA	84	78	162	87	78	165	3	0	3	104	158,7
C. BRANCO	25	49	74	26	36	62	1	-13	-12	31	200,0
CHAVES	17	51	68	15	49	64	-2	-2	-4	71	90,1
COIMBRA	123	138	261	125	135	260	2	-3	-1	243	107,0
COVILHÃ	23	106	129	23	106	129	0	0	0	105	122,9
ELVAS	29	36	65	25	45	70	-4	9	5	29	241,4
ÉVORA	26	43	69	26	44	70	0	1	1	46	152,2
FARO	180	69	249	187	58	245	7	-11	-4	120	204,2
FELGUEIRAS	5	53	58	5	53	58	0	0	0	33	175,8
FUNCHAL	17	30	47	17	30	47	0	0	0	100	47,0
GUARDA	49	90	139	50	86	136	1	-4	-3	171	79,5
GUIMARÃES	66	50	116	59	49	108	-7	-1	-8	48	225,0
LAMEGO	25	58	83	24	57	81	-1	-1	-2	67	120,9
LEIRIA	108	117	225	102	123	225	-6	6	0	110	204,5
MONÇÃO	15	42	57	8	38	46	-7	-4	-11	34	135,3
MONTIJO	175	87	262	168	105	273	-7	18	11	105	260,0
ODEMIRA	31	68	99	22	68	90	-9	0	-9	56	160,7
OLHÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	0,0
P. DELGADA	99	65	164	98	54	152	-1	-11	-12	141	107,8
PORTIMÃO	57	11	68	55	13	68	-2	2	0	28	242,9
S.PEDRO do SUL	36	39	75	44	36	80	8	-3	5	29	275,9
SETÚBAL	162	158	320	164	163	327	2	5	7	131	249,6
SILVES	85	23	108	74	26	100	-11	3	-8	58	172,4
T. NOVAS	29	48	77	29	49	78	0	1	1	38	205,3
V. CASTELO	60	54	114	59	55	114	-1	1	0	44	259,1
VILA REAL	28	78	106	29	76	105	1	-2	-1	63	154,4
VISEU	7	48	55	9	49	58	2	1	3	46	126,1
P. J. Lisboa	126	11	137	132	9	141	6	-2	-4	88	160,2
P. J. Porto	32	0	32	34	0	34	2	0	2	32	106,3
TOTAL	4434	9526	13962	4386	9611	13997	-50	85	35	11628	120,4
Inimp. (ENPrs)			167			167			0		
TOTAL GERAL			14129			14164			35		

(1) População que nesta data estava no estabelecimento (inclui reclusos temporariamente ausentes do estabelecimento e não inclui reclusos de outros estabelecimentos em trânsito)

(2) Inclui ininputáveis em estabelecimentos prisionais.

* Lotação provisória relativa à fase de início de funcionamento

** Lotação provisória relativa à fase de início de funcionamento da secção masculina

2. Reclusos condenados, tendo em conta o sexo e a idade relativamente aos crimes cometidos (Dezembro/2001)

(Do site da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, retirado da Internet em Março/2003 – <http://www.dgsp.mj.pt/estatistica/estatistica2001/qpn0254a.gif>)

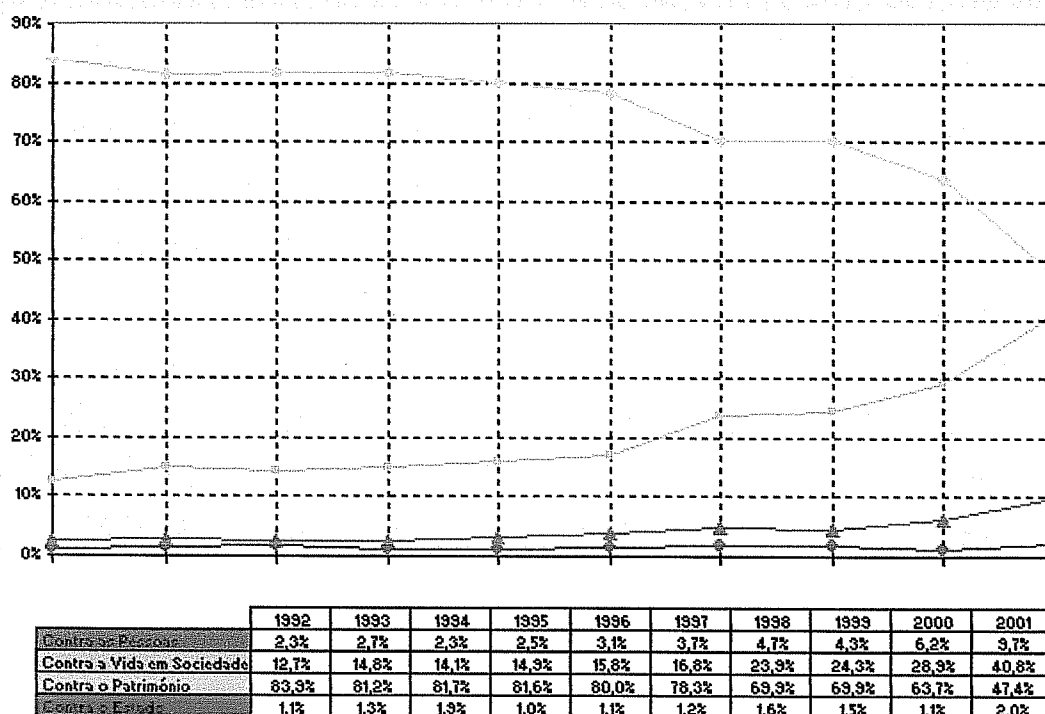
Reclusos condenados* existentes em 31 de Dezembro, segundo o sexo e os escalões de idade, por crimes 2001

Crimes Reclusos							
	Total	Homens			Mulheres		
		Total	16 a 20 anos	21 e mais anos	Total	16 a 20 anos	21 e mais anos
1	2	3	4	5	6	7	8
TOTAL.....	9 422	8 731	451	8 280	691	10	681
CRIMES CONTRA AS PESSOAS.....	1 811	1 744	40	1 704	67	1	66
Homicídios	1 048	1 004	19	985	44	1	43
Ofensas à integridade física	223	217	5	212	6		6
Violação e atentado ao pudor.....	289	289	9	280			
Outros.....	251	234	7	227	17		17
CRIMES CONTRA A VIDA EM SOCIEDADE.....	165	164	7	157	1		1
Incêndio	50	50	2	48			
Outros.....	115	114	5	109	1		1
CRIMES CONTRA O PATRIMÓNIO.....	3 320	3 236	276	2 960	84	4	80
Roubo	1 315	1 272	146	1 126	43	3	40
Furto simples e qualificado	1 861	1 832	129	1 703	29	1	28
Outros.....	144	132	1	131	12		12
CRIMES RELATIVOS A ESTUPEFACIENTES.....	3 930	3 424	126	3 298	506	5	501
Tráfico	3 649	3 185	123	3 062	464	5	459
Tráfico e consumo	182	150	1	149	32		32
Outros.....	99	89	2	87	10		10
OUTROS CRIMES.....	196	163	2	161	33		33
Cheques sem provisão	48	47		47	1		1
Outros	148	116	2	114	32		32

* Inclui 87 reclusos em medidas de segurança, todos inimputáveis em estabelecimentos psiquiátricos prisionais.

3. Crimes cometidos segundo grandes grupos de infracções (1992-2001)

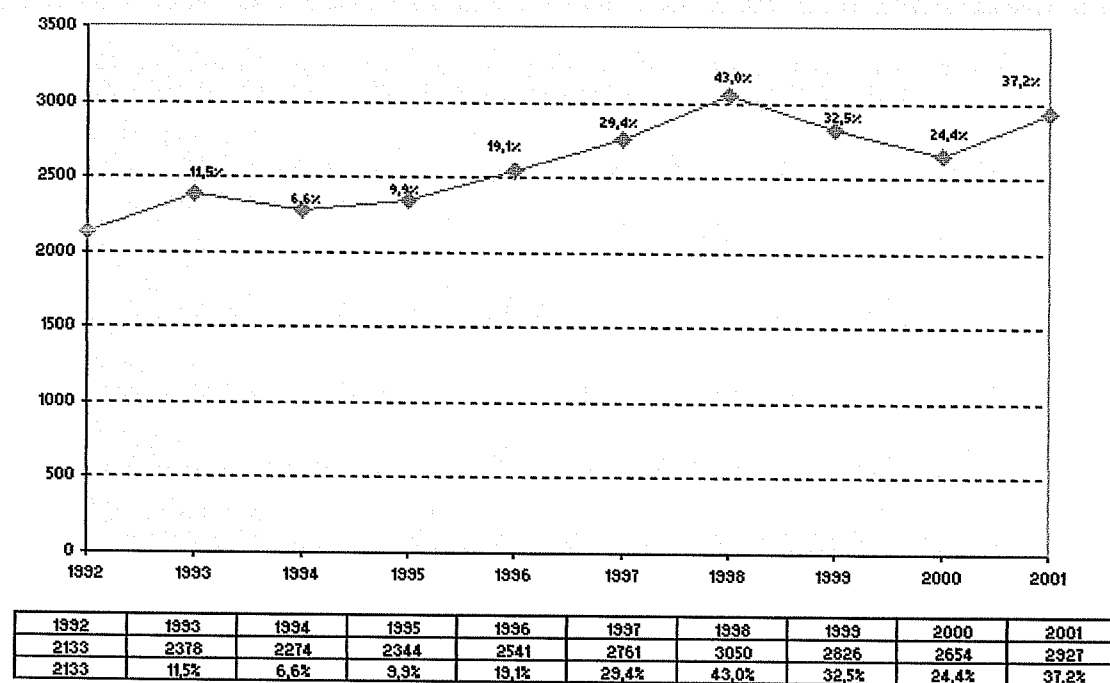
(Do site do Ministério da Justiça, retirado da Internet em Março/2003 – <http://www.mj.gov.pt/index.php?article=79&visual=1&id=9>)



Nota: Inquéritos entrados na Polícia Judiciária incluindo os participados a outras Entidades Policiais e remetidos a esta Instituição.

3.1. Crimes contra as Pessoas

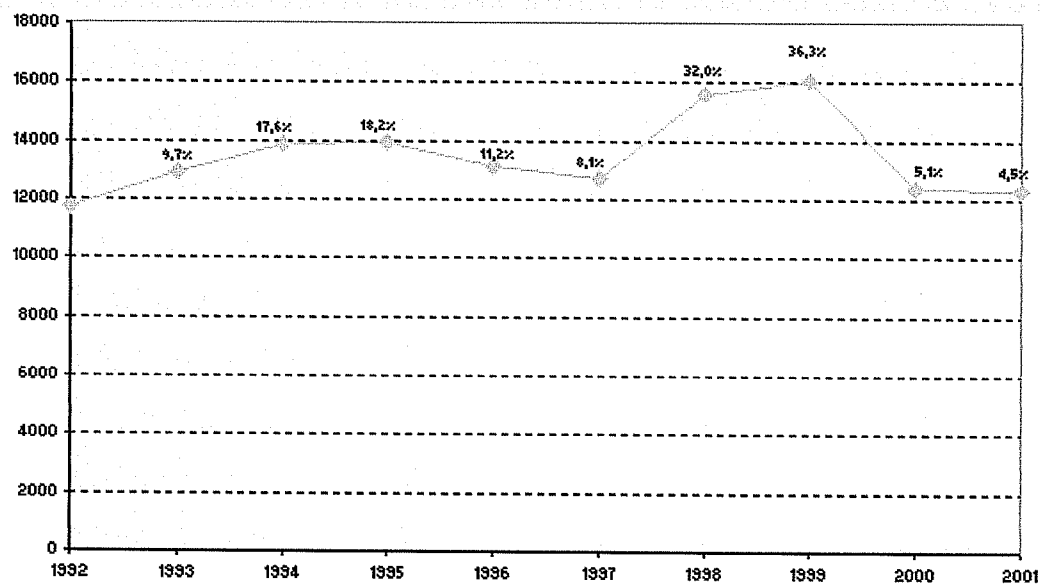
(<http://www.mj.gov.pt/index.php?article=84&visual=1&id=9>)



Nota: Inquéritos entrados na Polícia Judiciária incluindo os participados a outras Entidades Policiais e remetidos a esta Instituição

3.2. Crimes contra a vida em sociedade

(<http://www.mj.gov.pt/index.php?article=88&visual=1&id=9>)

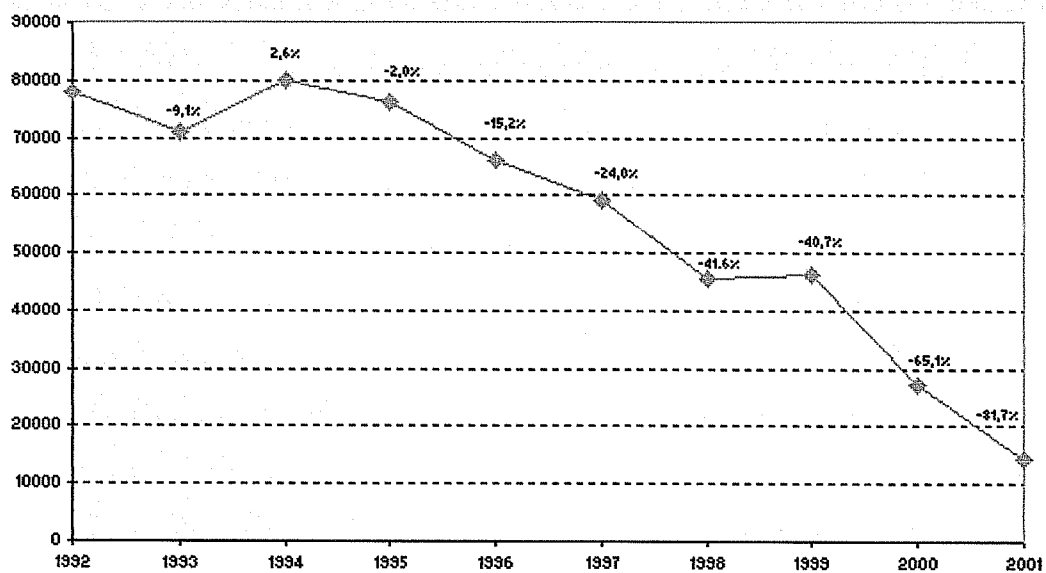


1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
11750	12832	13823	13688	13067	12705	15513	16021	12351	12276
11750	3,7%	17,6%	18,2%	11,2%	8,1%	32,0%	36,3%	5,1%	4,5%

Nota: Inquéritos entrados na Polícia Judiciária incluindo os participados a outras Entidades Policiais e remetidos a esta Instituição

3.3. Crimes contra o património

(<http://www.mj.gov.pt/index.php?article=90&visual=1&id=9>)

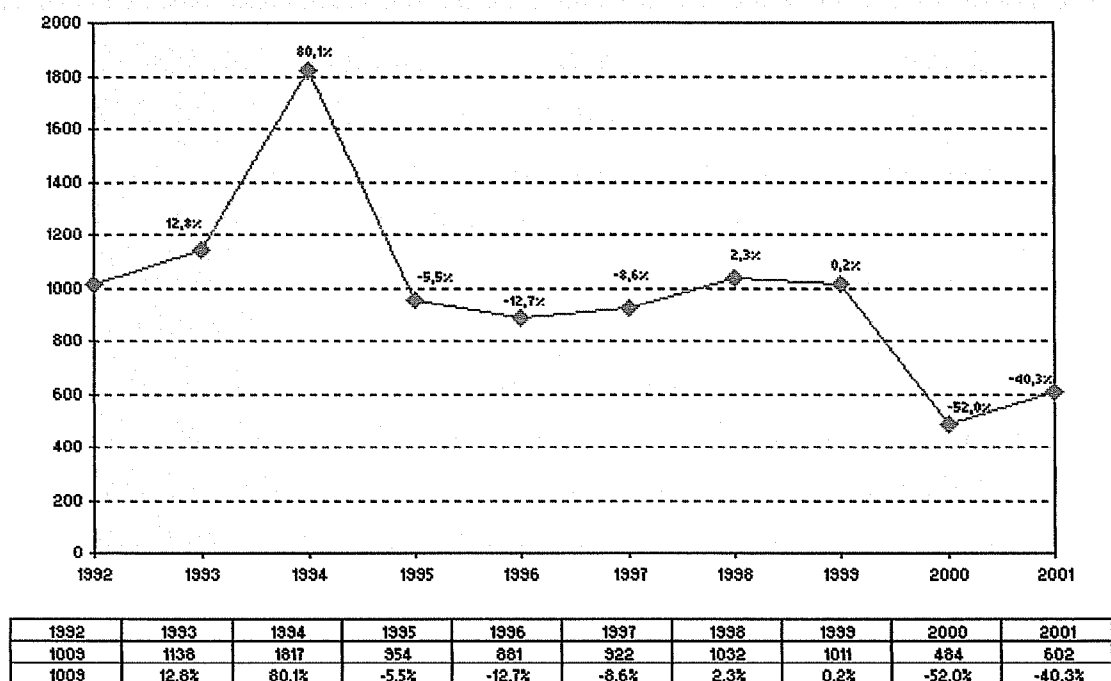


1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
77852	70757	79859	76269	66005	59185	45440	46133	27187	14261
77852	-9,1%	2,6%	-2,0%	-15,2%	-24,0%	-41,6%	-40,7%	-65,1%	-81,7%

Nota: Inquéritos entrados na Polícia Judiciária incluindo os participados a outras Entidades Policiais e remetidos a esta Instituição

3.4. Crimes contra o Estado

(<http://www.mj.gov.pt/index.php?article=92&visual=1&id=9>)



Nota: Inquéritos entrados na Polícia Judiciária incluindo os participados a outras Entidades Policiais e remetidos a esta Instituição

ANEXO C – RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DO TRATAMENTO DOS DADOS COM O SPSS, RELATIVOS À POPULAÇÃO DA C.P.S.M. (TOTAL E AMOSTRA)

C-1. Apresentação dos resultados do inventário para a população total e para a população alvo

Tabela 1 – Medidas associadas aos índices gerais calculadas para toda a população

		G.S.I.	P.S.T.	P.S.D.I.
N	Valid	78	78	78
	Missing	13	13	13
Mean		1.0436	39.60	2.2215
Median		.8100	38.50	2.1400
Mode		.44	25	2.67
Std. Deviation		.7197	21.12	.8233
Variance		.5180	446.01	.6779
Skewness		.776	.205	-.118
Std. Error of Skewness		.272	.272	.272
Kurtosis		-.198	-.753	-.001
Std. Error of Kurtosis		.538	.538	.538
Minimum		.00	0	.00
Maximum		3.03	89	4.00
Percentiles	25	.4750	22.75	1.6250
	50	.8100	38.50	2.1400
	75	1.5375	56.50	2.8225

Tabela 2 – Frequências dos sujeitos nos índices gerais da SCL-90-R

Quadro 1: Frequências para o GSI

Valid	Frequências	Percentagens	Percentagens Acumuladas
00	2	2.6	2.6
01	1	1.3	3.9
02	1	1.3	5.1
03	1	1.3	6.4
04	1	1.3	7.7
05	1	1.3	9.0
06	1	1.3	10.3
07	2	2.6	12.8
08	2	2.6	15.4
09	1	1.3	16.7
10	1	1.3	17.9
11	1	1.3	19.2
12	3	3.8	23.1
13	1	1.3	24.4
14	1	1.3	25.6
15	1	1.3	26.9
16	1	1.3	28.2
17	2	2.6	30.8
18	1	1.3	32.1
19	1	1.3	33.3
20	1	1.3	34.6
21	1	1.3	35.9
22	1	1.3	37.2
23	1	1.3	38.5
24	1	1.3	39.7
25	2	2.6	42.3
26	1	1.3	43.6
27	1	1.3	44.9
28	1	1.3	46.2
29	1	1.3	47.4
30	1	1.3	48.7
31	1	1.3	50.0
32	1	1.3	51.3
33	1	1.3	52.6
34	1	1.3	53.9
35	1	1.3	55.1
36	1	1.3	56.4
37	1	1.3	57.7
38	1	1.3	59.0
39	1	1.3	60.3
40	1	1.3	61.5
41	2	2.6	64.1
42	1	1.3	65.4
43	1	1.3	66.7
44	1	1.3	67.9
45	1	1.3	69.2
46	1	1.3	70.5
47	1	1.3	71.8
48	1	1.3	73.1
49	1	1.3	74.4
50	1	1.3	75.6
51	1	1.3	76.9
52	1	1.3	78.2
53	1	1.3	79.5
54	1	1.3	80.8
55	1	1.3	82.1
56	1	1.3	83.3
57	1	1.3	84.6
58	1	1.3	85.9
59	1	1.3	87.2
60	1	1.3	88.5
61	1	1.3	89.7
62	1	1.3	91.0
63	1	1.3	92.3
64	1	1.3	93.6
65	1	1.3	94.9
66	1	1.3	96.2
67	1	1.3	97.4
68	1	1.3	98.7
69	1	1.3	100.0
Total	78	100.0	
Missing System	13		
Total	91		

Quadro 2: Frequências para o PST

Valid	Frequências	Percentagens	Percentagens Acumuladas
0	2	2.6	2.6
1	1	1.3	3.9
2	1	1.3	5.1
3	1	1.3	6.4
4	1	1.3	7.7
5	2	2.6	10.3
6	1	1.3	11.5
7	1	1.3	12.8
8	2	2.6	15.4
9	1	1.3	16.7
10	4	5.1	21.8
11	2	2.6	24.4
12	2	2.6	26.9
13	2	2.6	29.5
14	5	6.4	35.9
15	2	2.6	38.5
16	1	1.3	39.7
17	1	1.3	41.0
18	1	1.3	42.3
19	1	1.3	43.6
20	1	1.3	44.9
21	3	3.8	48.7
22	1	1.3	50.0
23	2	2.6	52.6
24	3	3.8	56.4
25	1	1.3	57.7
26	1	1.3	59.0
27	2	2.6	61.5
28	3	3.8	65.4
29	1	1.3	66.7
30	3	3.8	70.5
31	1	1.3	71.8
32	1	1.3	73.1
33	1	1.3	74.4
34	1	1.3	75.6
35	3	3.8	79.5
36	1	1.3	80.8
37	1	1.3	82.1
38	2	2.6	84.6
39	1	1.3	85.9
40	1	1.3	87.2
41	1	1.3	88.5
42	2	2.6	91.0
43	1	1.3	92.3
44	3	3.8	96.2
45	1	1.3	97.4
46	1	1.3	98.7
47	1	1.3	100.0
Total	78	100.0	
Missing System	13		
Total	91		

Quadro 3: Frequências para o PSDI

Valid	Frequências	Percentagens	Percentagens Acumuladas
0	2	2.6	2.6
1	1	1.3	3.9
2	1	1.3	5.1
3	1	1.3	6.4
4	1	1.3	7.7
5	1	1.3	9.0
6	2	2.6	11.5
7	1	1.3	12.8
8	2	2.6	15.4
9	1	1.3	16.7
10	4	5.1	21.8
11	2	2.6	24.4
12	2	2.6	26.9
13	2	2.6	29.5
14	5	6.4	35.9
15	2	2.6	38.5
16	1	1.3	39.7
17	1	1.3	41.0
18	1	1.3	42.3
19	1	1.3	43.6
20	1	1.3	44.9
21	3	3.8	48.7
22	1	1.3	50.0
23	2	2.6	52.6
24	3	3.8	56.4
25	1	1.3	57.7
26	1	1.3	59.0
27	2	2.6	61.5
28	3	3.8	65.4
29	1	1.3	66.7
30	3	3.8	70.5
31	1	1.3	71.8
32	1	1.3	73.1
33	1	1.3	74.4
34	1	1.3	75.6
35	3	3.8	79.5
36	1	1.3	80.8
37	1	1.3	82.1
38	2	2.6	84.6
39	1	1.3	85.9
40	1	1.3	87.2
41	1	1.3	88.5
42	2	2.6	91.0
43	1	1.3	92.3
44	3	3.8	96.2
45	1	1.3	97.4
46	1	1.3	98.7
47	1	1.3	100.0
Total	78	100.0	
Missing System	13		
Total	91		

Tabela 3 – Teste Anova para comparação de médias entre os diferentes grupos da população total, tendo em conta os dados do SCL-90-R

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Somatização	Between Groups	3.957	3	1.319	.947	.422
	Within Groups	103.081	74	1.393		
	Total	107.038	77			
Obsessão - Compulsão	Between Groups	5.924	3	1.975	3.632	.017
	Within Groups	40.238	74	.544		
	Total	46.162	77			
Sensibilidade Interpessoal	Between Groups	1.121	3	.374	.516	.673
	Within Groups	53.620	74	.725		
	Total	54.741	77			
Depressão	Between Groups	5.244	3	1.748	2.366	.078
	Within Groups	54.676	74	.739		
	Total	59.920	77			
Ansiedade	Between Groups	8.701	3	2.900	3.525	.019
	Within Groups	60.892	74	.823		
	Total	69.593	77			
Hostilidade	Between Groups	8.114	3	2.705	6.259	.001
	Within Groups	31.977	74	.432		
	Total	40.091	77			
Ansiedade Fóbica	Between Groups	6.329	3	2.110	3.329	.024
	Within Groups	46.895	74	.634		
	Total	53.224	77			
Ideação Paranóide	Between Groups	1.249	3	.416	.449	.719
	Within Groups	68.589	74	.927		
	Total	69.839	77			
Psicoticismo	Between Groups	4.905	3	1.635	2.258	.089
	Within Groups	53.593	74	.724		
	Total	58.498	77			
Itens Adicionais	Between Groups	5.287	3	1.762	2.217	.093
	Within Groups	58.816	74	.795		
	Total	64.103	77			
G.S.I.	Between Groups	5.137	3	1.712	3.646	.016
	Within Groups	34.750	74	.470		
	Total	39.887	77			
P.S.T.	Between Groups	5552.344	3	1850.781	4.757	.004
	Within Groups	28790.335	74	389.059		
	Total	34342.679	77			
P.S.D.I.	Between Groups	1.177	3	.392	.569	.637
	Within Groups	51.021	74	.689		
	Total	52.199	77			

Tabela 4 – Estatísticas associadas aos sintomas positivos e índices gerais do SCL-90-R para o grupo da Esquizofrenia e o resto da população

		Sujeitos	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	Esquizofrénicos	29	.8652	1.5338	.00	8.00
	Outras patologias	49	1.3022	.8861	.00	4.00
	Total	78	1.1397	1.1790	.00	8.00
Obsessão - Compulsão	Esquizofrénicos	29	.9552	.7684	.00	2.60
	Outras patologias	49	1.4796	.7162	.30	3.20
	Total	78	1.2846	.7743	.00	3.20
Sensibilidad e Interpessoal	Esquizofrénicos	29	.8538	.8373	.00	2.67
	Outras patologias	49	1.0996	.8417	.00	3.78
	Total	78	1.0082	.8432	.00	3.78
Depressão	Esquizofrénicos	29	1.0276	.7933	.00	2.77
	Outras patologias	49	1.4982	.8929	.15	3.77
	Total	78	1.3232	.8821	.00	3.77
Ansiedade	Esquizofrénicos	29	.5483	.7264	.00	2.80
	Outras patologias	49	1.1796	.9954	.00	3.60
	Total	78	.9449	.9507	.00	3.60
Hostilidade	Esquizofrénicos	29	.2307	.3261	.00	1.17
	Outras patologias	49	.8502	.7922	.00	3.33
	Total	78	.6199	.7216	.00	3.33
Ansiedade Fóbica	Esquizofrénicos	29	.2669	.3627	.00	1.71
	Outras patologias	49	.8341	.9539	.00	3.00
	Total	78	.6232	.8314	.00	3.00
Ideação Paranoíde	Esquizofrénicos	29	1.1372	1.0464	.00	3.67
	Outras patologias	49	1.3643	.8926	.00	3.50
	Total	78	1.2799	.9524	.00	3.67
Psicoticismo	Esquizofrénicos	29	.5862	.8871	.00	3.40
	Outras patologias	49	1.0939	.8135	.10	2.70
	Total	78	.9051	.8716	.00	3.40
Itens Adicionais	Esquizofrénicos	29	.8717	.6440	.00	2.43
	Outras patologias	49	1.3384	1.0054	.00	3.57
	Total	78	1.1649	.9124	.00	3.57
G.S.I.	Esquizofrénicos	29	.7259	.6325	.00	2.33
	Outras patologias	49	1.2316	.7075	.18	3.03
	Total	78	1.0436	.7197	.00	3.03
P.S.T.	Esquizofrénicos	29	28.90	20.12	0	72
	Outras patologias	49	45.94	19.21	9	89
	Total	78	39.60	21.12	0	89
P.S.D.I.	Esquizofrénicos	29	2.0648	.9969	.00	4.00
	Outras patologias	49	2.3143	.6958	1.25	3.80
	Total	78	2.2215	.8233	.00	4.00

Tabela 5 – Teste Anova para comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia e resto da população

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Somatização	Between Groups	3.480	1	3.480	2.554	.114
	Within Groups	103.558	76	1.363		
	Total	107.038	77			
Obsessão - Compulsão	Between Groups	5.010	1	5.010	9.253	.003
	Within Groups	41.151	76	.541		
	Total	46.162	77			
Sensibilidade Interpessoal	Between Groups	1.101	1	1.101	1.559	.216
	Within Groups	53.640	76	.706		
	Total	54.741	77			
Depressão	Between Groups	4.034	1	4.034	5.485	.022
	Within Groups	55.886	76	.735		
	Total	59.920	77			
Ansiedade	Between Groups	7.261	1	7.261	8.853	.004
	Within Groups	62.332	76	.820		
	Total	69.593	77			
Hostilidade	Between Groups	6.992	1	6.992	16.055	.000
	Within Groups	33.099	76	.436		
	Total	40.091	77			
Ansiedade Fóbica	Between Groups	5.860	1	5.860	9.403	.003
	Within Groups	47.364	76	.623		
	Total	53.224	77			
Ideação Paranóide	Between Groups	.939	1	.939	1.036	.312
	Within Groups	68.900	76	.907		
	Total	69.839	77			
Psicoticismo	Between Groups	4.695	1	4.695	6.632	.012
	Within Groups	53.803	76	.708		
	Total	58.498	77			
Itens Adicionais	Between Groups	3.967	1	3.967	5.014	.028
	Within Groups	60.136	76	.791		
	Total	64.103	77			
G.S.I.	Between Groups	4.659	1	4.659	10.051	.002
	Within Groups	35.228	76	.464		
	Total	39.887	77			
P.S.T.	Between Groups	5291.174	1	5291.174	13.842	.000
	Within Groups	29051.506	76	382.257		
	Total	34342.679	77			
P.S.D.I.	Between Groups	1.134	1	1.134	1.687	.198
	Within Groups	51.065	76	.672		
	Total	52.199	77			

Tabela 6 – Estatísticas associadas às dimensões de sintomas positivos e índices gerais do SCL-90-R para o grupo da Esquizofrenia e da Debilidade Mental

Patologia Mental por Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Somatização	Debilidade Mental	23	1,3974	,8829	,1841
	Esquizofrenia	29	,8652	1,5338	,2848
Obsessão - Compulsão	Debilidade Mental	23	1,4609	,7114	,1483
	Esquizofrenia	29	,9552	,7684	,1427
Sensibilidade Interpessoal	Debilidade Mental	23	1,1104	,6063	,1264
	Esquizofrenia	29	,8538	,8373	,1555
Depressão	Debilidade Mental	23	1,3848	,7370	,1537
	Esquizofrenia	29	1,0276	,7933	,1473
Ansiedade	Debilidade Mental	23	1,1739	,8417	,1755
	Esquizofrenia	29	,5483	,7264	,1349
Hostilidade	Debilidade Mental	23	,8839	,8420	,1756
	Esquizofrenia	29	,2307	,3261	6,055E-02
Ansiedade Fóbica	Debilidade Mental	23	,9191	,9220	,1922
	Esquizofrenia	29	,2669	,3627	6,736E-02
Ideação Paranóide	Debilidade Mental	23	1,3183	,9572	,1996
	Esquizofrenia	29	1,1372	1,0464	,1943
Psicoticismo	Debilidade Mental	23	1,1087	,8185	,1707
	Esquizofrenia	29	,5862	,8871	,1647
G.S.I.	Debilidade Mental	23	1,2370	,6125	,1277
	Esquizofrenia	29	,7259	,6325	,1175
P.S.T.	Debilidade Mental	23	47,09	18,12	3,78
	Esquizofrenia	29	28,90	20,12	3,74
P.S.D.I.	Debilidade Mental	23	2,3313	,7819	,1630
	Esquizofrenia	29	2,0648	,9969	,1851

Tabela 7 – Comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia com o da Debilidade Mental

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Somatização	Equal variances assumed	,309	,581	1,479	50	,145	,5322	,3598	-,1904	1,2549
	Equal variances not assumed			1,569	46,052		,5322	,3391	-,1504	1,2148
Obsessão - Compulsão	Equal variances assumed	,005	,943	2,435	50	,019	,5057	,2077	8,852E-02	,9229
	Equal variances not assumed			2,457	48,752		,5057	,2058	9,202E-02	,9194
Sensibilidade Interpessoal	Equal variances assumed	2,595	,113	1,235	50	,223	,2566	,2079	-,1609	,6742
	Equal variances not assumed			1,281	49,644		,2566	,2004	-,1459	,6592
Depressão	Equal variances assumed	,276	,601	1,663	50	,102	,3572	,2147	-7,41E-02	,7884
	Equal variances not assumed			1,678	48,699		,3572	,2129	-7,07E-02	,7850
Ansiedade	Equal variances assumed	3,277	,076	2,876	50	,006	,6256	,2176	,1887	1,0626
	Equal variances not assumed			2,827	43,689		,6256	,2213	,1795	1,0718
Hostilidade	Equal variances assumed	13,731	,001	3,839	50	,000	,6532	,1702	,3114	,9950
	Equal variances not assumed			3,517	27,242		,6532	,1857	,2723	1,0341
Ansiedade Fóbica	Equal variances assumed	28,526	,000	3,491	50	,001	,6522	,1868	,2769	1,0275
	Equal variances not assumed			3,202	27,408		,6522	,2037	,2345	1,0699
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	,085	,772	,643	50	,523	,1810	,2815	-,3844	,7464
	Equal variances not assumed			,650	48,930		,1810	,2786	-,3788	,7408
Psicoticismo	Equal variances assumed	,474	,494	2,182	50	,034	,5225	,2395	4,154E-02	1,0034
	Equal variances not assumed			2,203	48,804		,5225	,2372	4,577E-02	,9992
G.S.I.	Equal variances assumed	,206	,652	2,934	50	,005	,5110	,1742	,1612	,8608
	Equal variances not assumed			2,945	47,983		,5110	,1735	,1622	,8599
P.S.T.	Equal variances assumed	,587	,447	3,381	50	,001	18,19	5,38	7,39	29,00
	Equal variances not assumed			3,423	49,145		18,19	5,31	7,51	28,87
P.S.D.I.	Equal variances assumed	,622	,434	1,050	50	,299	,2665	,2537	-,2431	,7760
	Equal variances not assumed			1,080	49,998		,2665	,2467	-,2290	,7619

Tabela 8 – Estatísticas associadas ao tipo de crime por patologia mental por grupos

Patologia Mental por Grupos			
Tipo de Crime	Mean	N	Std. Deviation
Crime contra as pessoas	1.16	61	1.02
Crime contra a vida em sociedade	1.50	6	1.05
Crimes contra o Patrimonio	1.09	22	1.23
Informacao Insuficiente	3.00	2	.00
Total	1.21	91	1.09

Tabela 9 – Estatísticas associadas ao tipo de crime para o grupo da Debilidade Mental e o grupo da Esquizofrenia

Patologia Mental por Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tipo de Crime	Debilidade Mental	28	.82	.98	.19
	Esquizofrenia	34	.18	.52	8.93E-02

Tabela 10 –Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Debilidade Mental e o da Esquizofrenia

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tipo de Crime	Equal variances assumed	51.254	.000	3.307	60	.002	.64	.20	.25	1.04
	Equal variances not assumed			3.128	39.191	.003	.64	.21	.23	1.06

Tabela 11 –Estatísticas associadas ao tipo de crime para os grupos da Esquizofrenia e de Outras Patologias

Patologia Mental por Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tipo de Crime	Esquizofrenia	34	.18	.52	8.93E-02
	Outras patologias	11	1.09	.94	.28

Tabela 12 –Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o de Outras Patologias

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tipo de Crime	Equal variances assumed	13.466	.001	-4.092	43	.000	-.91	.22	-1.37	-.46
	Equal variances not assumed			-3.066						

Tabela 13 –Estatísticas associadas ao tipo de crime para o grupo da Debilidade Mental e para o grupo de Outras Patologias

Patologia Mental por Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tipo de Crime	Debilidade Mental	28	.82	.98	.19
	Outras patologias	11	1.09	.94	.28

Tabela 14 –Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Debilidade Mental e o de Outras Patologias

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tipo de Crime	Equal variances assumed	1.304	.261	-.778	37	.441	-.27	.35	-.97	.43
	Equal variances not assumed			-.793						

Tabela 15 –Estatísticas associadas ao tipo de crime para o grupo da Esquizofrenia e para o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída

Patologia Mental por Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tipo de Crime	Esquizofrenia	34	.18	.52	8.93E-02
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	.83	1.15	.27

Tabela 16 –Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tipo de Crime	Equal variances assumed	31.066	.000	-2.842	50	.006	-.66	.23	-1.12	-.19
	Equal variances not assumed			-2.301	20.759	.032	-.66	.29	-1.25	-6.28E-02

Tabela 17 –Teste Anova para comparação de médias entre grupos com diferentes períodos de internamento na C.P.S.M.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Somatização	Between Groups	.059	3	.020	.014	.998
	Within Groups	106.980	74	1.446		
	Total	107.038	77			
Obsessão - Compulsão	Between Groups	2.134	3	.711	1.195	.317
	Within Groups	44.028	74	.595		
	Total	46.162	77			
Sensibilidade Interpessoal	Between Groups	.910	3	.303	.417	.741
	Within Groups	53.831	74	.727		
	Total	54.741	77			
Depressão	Between Groups	4.095	3	1.365	1.809	.153
	Within Groups	55.825	74	.754		
	Total	59.920	77			
Ansiedade	Between Groups	3.617	3	1.206	1.352	.264
	Within Groups	65.976	74	.892		
	Total	69.593	77			
Hostilidade	Between Groups	1.301	3	.434	.827	.483
	Within Groups	38.790	74	.524		
	Total	40.091	77			
Ansiedade Fóbica	Between Groups	3.765	3	1.255	1.878	.141
	Within Groups	49.458	74	.668		
	Total	53.224	77			
Ideação Paranoide	Between Groups	.449	3	.150	.160	.923
	Within Groups	69.390	74	.938		
	Total	69.839	77			
Psicoticismo	Between Groups	.421	3	.140	.179	.910
	Within Groups	58.077	74	.785		
	Total	58.498	77			
G.S.I.	Between Groups	1.815	3	.605	1.176	.325
	Within Groups	38.072	74	.514		
	Total	39.887	77			
P.S.T.	Between Groups	2350.383	3	783.461	1.812	.152
	Within Groups	31992.296	74	432.328		
	Total	34342.679	77			
P.S.D.I.	Between Groups	1.591	3	.530	.775	.511
	Within Groups	50.608	74	.684		
	Total	52.199	77			

Tabela 18 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo da Esquizofrenia e para o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída

	Patologia Mental por Grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tempo de Internamento na CPSM	Esquizofrenia	34	1.41	1.18	.20
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	18	.50	.79	.19

Tabela 19 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Tempo de Internamento na CPSM	Equal variances assumed	9.664	.003	2.936	50	.005	.91	.31	.29	1.54
	Equal variances not assumed			3.318	47.247	.002	.91	.27	.36	1.46

Tabela 20 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo da Esquizofrenia e para o grupo dos sujeitos com Debilidade Mental

	Patologia Mental por Grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tempo de Internamento na CPSM	Debilidade Mental	28	.96	1.07	.20
	Esquizofrenia	34	1.41	1.18	.20

Tabela 21 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo dos sujeitos com Debilidade Mental

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Tempo de Internamento na CPSM	Equal variance assumed	1.752	.191	-1.546	60	.127	-.45	.29	-1.03	.13
	Equal variance not assumed			-1.561	59.436	.124	-.45	.29	-1.02	.13

Tabela 22 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo da Esquizofrenia e o grupo de doentes com Outras Patologias

Patologia Mental por Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tempo de Internamento na CPSM	Esquizofrenia	34	1.41	1.18	.20
	Outras patologias	11	.36	.67	.20

Tabela 23 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo da Esquizofrenia e o grupo dos sujeitos com Outras Patologias

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tempo de Internamento na CPSM	Equal variance assumed	11.808	.001	2.781	43	.008	1.05	.38	.29	1.81
	Equal variance not assumed			3.648	30.652	.001	1.05	.29	.46	1.63

Tabela 24 – Estatísticas associadas ao tempo de internamento para o grupo dos sujeitos com Outras Patologias e para o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída

Patologia Mental por Grupos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tempo de Internamento na CPSM	Outras patologias	11	.36	.67	.20
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuıda	18	.50	.79	.19

Tabela 25 – Estatísticas para a análise da variância entre o grupo dos sujeitos com Outras Patologias e o grupo de sujeitos com Patologia Não Especificada ou Não Atribuída

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tempo de Internamento na CPSM	Equal variance assumed	.881	.356	-.477	27	.637	-.14	.29	-.72	.45
	Equal variance not assumed			-.496	23.835	.625	-.14	.28	-.70	.43

Tabela 26 – Comparação de médias do SCL-90-R e das principais variáveis de estudo, tendo em conta o grupo da Esquizofrenia

		Frequências	Médias	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	Esquizofrenia Paranóide	25	,9200	1,6298	,00	8,00
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,7500	,7044	,25	2,08
	Total	31	,8871	1,4874	,00	8,00
Obsessão - Compulsão	Esquizofrenia Paranóide	25	,9680	,7696	,00	2,60
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	1,0500	,8216	,00	2,40
	Total	31	,9839	,7664	,00	2,60
Sensibilidade Interpessoal	Esquizofrenia Paranóide	25	,9020	,8808	,00	2,67
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,7767	,5641	,44	1,89
	Total	31	,8777	,8223	,00	2,67
Depressão	Esquizofrenia Paranóide	25	1,0996	,8156	,00	2,77
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,8717	,6597	,15	1,62
	Total	31	1,0555	,7830	,00	2,77
Ansiedade	Esquizofrenia Paranóide	25	,5880	,7732	,00	2,80
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,5000	,4733	,00	1,30
	Total	31	,5710	,7189	,00	2,80
Hostilidade	Esquizofrenia Paranóide	25	,2476	,3575	,00	1,17
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,2783	,3112	,00	,67
	Total	31	,2535	,3443	,00	1,17
Ansiedade Fóbica	Esquizofrenia Paranóide	25	,2508	,3734	,00	1,71
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,3167	,2583	,00	,75
	Total	31	,2636	,3512	,00	1,71
Ideação Paranóide	Esquizofrenia Paranóide	25	1,2244	1,1005	,00	3,67
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,8900	,6653	,33	2,17
	Total	31	1,1597	1,0299	,00	3,67
Psicoticismo	Esquizofrenia Paranóide	25	,6080	,9251	,00	3,40
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,4833	,6047	,00	1,60
	Total	31	,5839	,8649	,00	3,40
G.S.I.	Esquizofrenia Paranóide	25	,7525	,6576	,00	2,33
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,7050	,5255	,16	1,69
	Total	31	,7433	,6263	,00	2,33
P.S.T.	Esquizofrenia Paranóide	25	30,16	22,07	0	72
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	31,33	14,79	12	50
	Total	31	30,39	20,65	0	72
P.S.D.I.	Esquizofrenia Paranóide	25	2,0752	1,0440	,00	4,00
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	1,8767	,6403	1,17	3,04
	Total	31	2,0368	,9730	,00	4,00
Crimes Praticados	Esquizofrenia Paranóide	29	,41	,73	0	2
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,83	,75	0	2
	Total	35	,49	,74	0	2
Arma utilizada no(s) crime(s)	Esquizofrenia Paranóide	29	1,52	1,02	0	3
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	1,50	1,22	0	3
	Total	35	1,51	1,04	0	3
Relação com as Vitimas por Grupos	Esquizofrenia Paranóide	29	1,34	,90	0	3
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	1,50	1,22	0	3
	Total	35	1,37	,94	0	3
Inimputabilidade	Esquizofrenia Paranóide	29	,86	,35	0	1
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,83	,41	0	1
	Total	35	,86	,36	0	1
Medida de Segurança (Tempo Máximo)	Esquizofrenia Paranóide	25	,88	,33	0	1
	Outros Tipos de Esquizofrenia	4	,75	,50	0	1
	Total	29	,86	,35	0	1
Visitas	Esquizofrenia Paranóide	29	,24	,44	0	1
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,33	,52	0	1
	Total	35	,26	,44	0	1
Tempo de Internamento na CPSM	Esquizofrenia Paranóide	29	,86	,69	0	2
	Outros Tipos de Esquizofrenia	6	,83	,98	0	2
	Total	35	,86	,73	0	2

Tabela 27 – Teste Anova para comparação de médias entre os grupos da Esquizofrenia Paranóide e dos Outros Tipos de Esquizofrenia, tendo em conta o SCL-90-R e as principais variáveis de estudo

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Somatizacao	Between Groups	,140	1	,140	,061	,806
	Within Groups	66,227	29	2,284		
	Total	66,367	30			
Obsessao - Compulsao	Between Groups	3,254E-02	1	3,254E-02	,054	,818
	Within Groups	17,589	29	,607		
	Total	17,622	30			
Sensibilidade Interpessoal	Between Groups	7,601E-02	1	7,601E-02	,109	,744
	Within Groups	20,209	29	,697		
	Total	20,285	30			
Depressao	Between Groups	,251	1	,251	,402	,531
	Within Groups	18,141	29	,626		
	Total	18,393	30			
Ansiedade	Between Groups	3,747E-02	1	3,747E-02	,070	,793
	Within Groups	15,466	29	,533		
	Total	15,504	30			
Hostilidade	Between Groups	4,570E-03	1	4,570E-03	,037	,848
	Within Groups	3,552	29	,122		
	Total	3,556	30			
Ansiedade Fobica	Between Groups	2,097E-02	1	2,097E-02	,165	,687
	Within Groups	3,679	29	,127		
	Total	3,700	30			
Ideação Paranoide	Between Groups	,541	1	,541	,502	,484
	Within Groups	31,282	29	1,079		
	Total	31,823	30			
Psicoticismo	Between Groups	7,520E-02	1	7,520E-02	,098	,757
	Within Groups	22,367	29	,771		
	Total	22,442	30			
G.S.I.	Between Groups	1,091E-02	1	1,091E-02	,027	,871
	Within Groups	11,758	29	,405		
	Total	11,769	30			
P.S.T.	Between Groups	6,662	1	6,662	,015	,903
	Within Groups	12780,693	29	440,714		
	Total	12787,355	30			
P.S.D.I.	Between Groups	,191	1	,191	,196	,661
	Within Groups	28,210	29	,973		
	Total	28,400	30			
Crimes Praticados	Between Groups	,875	1	,875	1,616	,213
	Within Groups	17,868	33	,541		
	Total	18,743	34			
Arma utilizada no(s) crime(s)	Between Groups	1,478E-03	1	1,478E-03	,001	,971
	Within Groups	36,741	33	1,113		
	Total	36,743	34			
Relacao com as Vitima por Grupos	Between Groups	,120	1	,120	,131	,719
	Within Groups	30,052	33	,911		
	Total	30,171	34			
Inimputabilidade	Between Groups	4,105E-03	1	4,105E-03	,032	,860
	Within Groups	4,282	33	,130		
	Total	4,286	34			
Medida de Segurança (Tempo Maximo)	Between Groups	5,828E-02	1	5,828E-02	,464	,501
	Within Groups	3,390	27	,126		
	Total	3,448	28			
Visitas	Between Groups	4,204E-02	1	4,204E-02	,209	,651
	Within Groups	6,644	33	,201		
	Total	6,686	34			
Tempo de Internamento na CPSM	Between Groups	4,105E-03	1	4,105E-03	,007	,932
	Within Groups	18,282	33	,554		
	Total	18,286	34			

Tabela 28 –Teste Anova para comparação de médias entre o grupo da Esquizofrenia que recebe visitas e o que não recebe visitas

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Somatizacao	Between Groups	2.209	1	2.209	.999	.326
	Within Groups	64.158	29	2.212		
	Total	66.367	30			
Obsessao - Compulsao	Between Groups	2.244	1	2.244	4.231	.049
	Within Groups	15.378	29	.530		
	Total	17.622	30			
Sensibilidade Interpessoal	Between Groups	2.240	1	2.240	3.600	.068
	Within Groups	18.045	29	.622		
	Total	20.285	30			
Depressao	Between Groups	1.923	1	1.923	3.387	.076
	Within Groups	16.469	29	.568		
	Total	18.393	30			
Ansiedade	Between Groups	1.548	1	1.548	3.218	.083
	Within Groups	13.955	29	.481		
	Total	15.504	30			
Hostilidade	Between Groups	.068	1	.068	.561	.460
	Within Groups	3.489	29	.120		
	Total	3.556	30			
Ansiedade Fobica	Between Groups	.238	1	.238	1.991	.169
	Within Groups	3.463	29	.119		
	Total	3.700	30			
Ideação Paranoide	Between Groups	4.230	1	4.230	4.445	.044
	Within Groups	27.593	29	.951		
	Total	31.823	30			
Psicoticismo	Between Groups	1.235	1	1.235	1.689	.204
	Within Groups	21.207	29	.731		
	Total	22.442	30			
G.S.I.	Between Groups	1.409	1	1.409	3.943	.057
	Within Groups	10.361	29	.357		
	Total	11.769	30			
P.S.T.	Between Groups	1655.164	1	1655.164	4.312	.047
	Within Groups	11132.190	29	383.869		
	Total	12787.355	30			
P.S.D.I.	Between Groups	.123	1	.123	.126	.725
	Within Groups	28.277	29	.975		
	Total	28.400	30			

C-2. Análise das associações entre os resultados do SCL-90-R e as variáveis principais de estudo

Tabela 1 – Correlações entre o SCL-90-R e o crime praticado, arma utilizada no crime e relação com as vítimas para toda a população

Correlations												
	Somatização	Obsessão - Compulsão	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiiedade	Hostilidade	Ansiiedade Fóbica	Ideação Paranoide	Psicolismo	Itens Adicionais	G.S.I.	P.S.T.
	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat	Pearson Correlat
	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)	Sig. (2-tailed)
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Somática	1.000	.336**	.352**	.349**	.512**	.318**	.508**	.304**	.442**	.450**	.523**	.437**
		.003	.002	.002	.000	.004	.000	.007	.000	.000	.000	.000
		78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Obsessão - Compulsão	.336**	1.000	.708**	.715**	.705**	.590**	.600**	.679**	.733**	.572**	.835**	.838**
	.003		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Sensibilidade Interpessoal	.352**	.708**	1.000	.624**	.778**	.574**	.658**	.745**	.751**	.558**	.832**	.751**
	.002	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Depressão	.349**	.715**	.624**	1.000	.744**	.494**	.530**	.605**	.720**	.675**	.832**	.778**
	.002	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Ansiiedade	.512**	.705**	.778**	.744**	1.000	.668**	.797**	.579**	.859**	.732**	.933**	.807**
	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Hostilidade	.318**	.590**	.574**	.494**	.668**	1.000	.524**	.458**	.690**	.590**	.705**	.846**
	.004	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Ansiiedade Fóbica	.509**	.800**	.659**	.530**	.797**	.524**	1.000	.521**	.690**	.568**	.768**	.860**
	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Ideação Paranoide	.304**	.605**	.745**	.605**	.579**	.458**	.521**	1.000	.718**	.529**	.754**	.668**
	.007	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Psicolismo	.442**	.733**	.751**	.720**	.859**	.690**	.690**	.718**	1.000	.995**	.915**	.792**
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Itens Adicionais	.450**	.572**	.568**	.675**	.732**	.590**	.598**	.528**	.695**	1.000	.798**	.894**
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
G.S.I.	.523**	.835**	.832**	.832**	.933**	.705**	.788**	.754**	.915**	.798**	1.000	.889**
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
P.S.T.	.437**	.838**	.751**	.778**	.607**	.646**	.680**	.668**	.792**	.694**	.889**	1.000
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
P.S.D.I.	.287**	.428**	.491**	.489**	.513**	.350**	.457**	.515**	.532**	.588**	.297**	1.000
	.018	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.008	.000
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Crime Actual	.082	.151	.210	.133	.144	.042	.124	.058	.089	.122	.152	.104
	.476	.185	.065	.227	.207	.715	.281	.925	.546	.286	.185	.368
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Arma utilizada no(s) crime(s)	.055	.024	.027	.085	.051	.009	.108	.031	.112	.175	.037	.133
	.630	.835	.817	.572	.655	.838	.346	.787	.330	.126	.749	.524
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Relação com as Vítimas por Grupos	.082	.018	.018	.039	.112	.132	.049	.016	.137	.113	.124	.102
	.592	.580	.878	.738	.328	.249	.871	.887	.233	.015	.325	.165
	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 2 – Correlações entre os resultados obtidos no SCL-90-R e as variáveis crimes praticados, armas utilizadas nos crimes e relação com a vítima por grupo, para a população alvo

Correlations															
	Somatização	Obsessão - Compulsão	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiiedade	Hostilidade	Ansiiedade Fóbica	Ideação Paranóide	Psicoticismo	G.S.I.	P.S.T.	P.S.D.I.	Crime Actual	Arma utilizada no(s) crime(s)	Relação com as Vítimas por Grupos
Somatização	1,000	,336**	,352**	,349**	,512**	,318**	,508**	,304**	,442**	,523**	,437**	,267**	,082	,055	-,062
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Obsessão - Compulsão	,336**	1,000	,708**	,715**	,705**	,590**	,600**	,679**	,733**	,835**	,838**	,428**	,151	,024	-,064
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Sensibilidade Interpessoal	,352**	,708**	1,000	,824**	,776**	,574**	,659**	,745**	,751**	,832**	,751**	,491**	,210	,027	,018
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Depressão	,349**	,715**	,624**	1,000	,744**	,494**	,530**	,608**	,720**	,832**	,778**	,489**	,139	,065	-,039
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Ansiiedade	,512**	,705**	,776**	,744**	1,000	,668**	,797**	,579**	,859**	,933**	,807**	,513**	,144	,051	-,112
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Hostilidade	,318**	,590**	,574**	,494**	,668**	1,000	,524**	,456**	,690**	,705**	,646**	,350**	-,042	-,009	-,132
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Ansiiedade Fóbica	,508**	,600**	,659**	,744**	,797**	,524**	1,000	,521**	,680**	,796**	,650**	,457**	,124	,108	-,049
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Ideação Paranóide	,304**	,679**	,745**	,608**	,579**	,456**	,521**	1,000	,718**	,754**	,688**	,515**	,056	,031	-,016
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Psicoticismo	,442**	,733**	,751**	,720**	,859**	,690**	,680**	,718**	1,000	,915**	,792**	,632**	,069	,112	-,137
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
G.S.I.	,523**	,835**	,832**	,832**	,933**	,705**	,796**	,754**	,915**	1,000	,889**	,589**	,152	,037	-,113
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
P.S.T.	,437**	,838**	,751**	,778**	,807**	,646**	,660**	,698**	,792**	,809**	1,000	,297**	,104	-,083	-,124
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
P.S.D.I.	,267**	,428**	,491**	,489**	,513**	,350**	,457**	,515**	,532**	,588**	,297**	1,000	,073	,133	,008
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Crime Actual	,082	,151	,210	,138	,144	-,042	,124	,056	,069	,152	,104	,073	1,000	,102	,165
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Arma utilizada no(s) crime(s)	,055	,024	,027	,065	,051	-,009	,108	,031	,112	,037	,102	,133	,073	,133	,008
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
Relação com as Vítimas por Grupos	-,062	-,064	,018	-,039	-,112	-,132	-,049	-,016	-,137	-,113	-,124	,008	,165	,155	1,000
Pearson Correlator															
Sig. (2-tailed)															
N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 3 – Correlações entre os índices gerais do SCL-90-R e algumas variáveis-chave para toda a população

Correlations												
	Estado Civil	Crime Actual	Patologia Mental Especificada	(In)imputabilidade por Grupos	Medida de Segurança	Medida de Segurança (Tempo Mínimo)	Medida de Segurança (Tempo Máximo)	Tempo de Internamento na CPSM	Visitas	G.S.I.	P.S.T.	P.S.D.I.
Estado Civil	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 .911 91	.295** .005 91	.054 .614 91	.345** .002 77	.245* .031 77	.319** .005 77	-.181 .085 91	-.018 .866 91	-.063 .582 78	-.036 .756 78	-.062 .590 78
Crime Actual	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.012 .911 91	.033 .753 91	.257* .014 91	.294** .009 77	.127 .272 77	-.144 .213 77	-.169 .109 91	.132 .212 91	.152 .185 78	.104 .366 78	.073 .524 78
Patologia Mental Especificada	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.295** .005 91	1,000 .753 91	-.186 .078 91	.424** .000 77	.401** .000 77	.383** .001 77	-.218* .038 91	.105 .321 91	.040 .731 78	.032 .783 78	.038 .744 78
(In)imputabilidade por Grupos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.054 .614 91	-.186 .078 91	1,000 .434 91	.090 .434 77	.271* .017 77	.194 .092 77	.143 .176 91	.139 .190 91	.028 .806 78	-.060 .599 78	.117 .306 78
Medida de Segurança	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.345** .002 77	.424** .000 77	.090 .434 77	1,000 .434 77	.605** .000 77	.317** .005 77	-.187 .103 77	-.018 .878 77	.215 .084 66	.184 .139 66	.141 .260 66
Medida de Segurança (Tempo Mínimo)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.245* .031 77	.127 .272 77	.271* .017 77	.605** .000 77	1,000 .434 77	.686** .000 77	-.087 .450 77	.060 .606 77	.107 .394 66	.087 .486 66	.122 .328 66
Medida de Segurança (Tempo Máximo)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.319** .005 77	.383** .001 77	.317** .005 77	.686** .000 77	.686** .000 77	1,000 .434 77	.124 .284 77	.089 .442 77	-.032 .799 66	-.026 .838 66	-.058 .642 66
Tempo de Internamento na CPSM	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.181 .085 91	-.218* .038 91	.105 .321 91	.040 .731 78	.032 .783 78	.319** .005 77	1,000 .434 77	.133 .208 91	.023 .841 78	-.059 .608 78	.131 .254 78
Visitas	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.018 .866 91	.089 .442 77	.133 .208 91	.023 .841 78	.089 .442 77	.124 .284 77	1,000 .434 77	.133 .208 91	.023 .841 78	-.059 .608 78	.131 .254 78
G.S.I.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.063 .582 78	.033 .753 91	.257* .014 91	.294** .009 77	.127 .272 77	.194 .092 77	.143 .176 91	.139 .190 91	.028 .806 78	-.060 .599 78	.117 .306 78
P.S.T.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.036 .756 78	.032 .783 78	-.060 .599 78	.424** .000 77	.401** .000 77	.383** .001 77	-.218* .038 91	.105 .321 91	.040 .731 78	.032 .783 78	.038 .744 78
P.S.D.I.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.062 .590 78	.073 .524 78	.038 .744 78	.424** .000 77	.401** .000 77	.383** .001 77	-.218* .038 91	.105 .321 91	.040 .731 78	.032 .783 78	.038 .744 78

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos por grupo de patologia e (in)imputabilidade

Count		(In)imputabilidade por Grupos				Total
		Imputavel	Inimputavel / Imputabilidade de Atenuada	Inimputavel perigoso	Preventivo	
Patologia Mental por Grupos	Debilidade Mental	3	5	19	1	28
	Esquizofrenia	3	3	28		34
	Outras patologias	2	2	5	2	11
	Patologia Nao Especificada ou Nao Atribuida	10		3	5	18
	Total	18	10	55	8	91

Tabela 5 – Teste do Chi-quadrado para a análise de diferenças entre grupos

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.143 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	41.102	9	.000
Linear-by-Linear Association	2.928	1	.087
N of Valid Cases	91		

a. 10 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .97.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos por tipo de crime cometido e (in)imputabilidade

Count		(In)imputabilidade por Grupos				Total
		Imputavel	Inimputavel / Imputabilidade de Atenuada	Inimputavel perigoso	Preventivo	
Tipo de Crime	Crime contra as pessoas	10	8	40	3	61
	Crime contra a vida em sociedade	1	1	3	1	6
	Crimes contra o Patrimonio	7	1	12	2	22
	Informacao Insuficiente				2	2
Total		18	10	55	8	91

Tabela 7 – Teste do Chi-quadrado para a análise de diferenças entre grupos

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.970 ^a	9	.002
Likelihood Ratio	15.030	9	.090
Linear-by-Linear Association	.030	1	.862
N of Valid Cases	91		

a. 11 cells (68.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .18.

Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos por tipo de crime cometido e visitas recebidas

Count		Visitas		Total
		Sim	Nao	
Tipo de Crime	Crime contra as pessoas	46	15	61
	Crime contra a vida em sociedade	5	1	6
	Crimes contra o Patrimonio	16	6	22
	Informacao Insuficiente		2	2
Total		67	24	91

Tabela 9 – Teste do Chi-quadrado para a análise de diferenças entre grupos

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.984 ^a	3	.112
Likelihood Ratio	5.762	3	.124
Linear-by-Linear Association	1.176	1	.278
N of Valid Cases	91		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .53.

Tabela 10 – Correlações entre as dimensões e índices gerais do SCL-90-R

Correlations

	Somatizacão	Obsessão - Compulsão	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paranoide	Psicoticismo	G.S.I.	P.S.T.	P.S.D.I.
Somatizacão	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.200 .280 31	.206 .285 31	.214 .247 31	.270 .141 31	.298 .103 31	.244 .185 31	.224 .226 31	.279 .128 31	.282 .124 31	.288 .117 31	.022 .907 31
Obsessão - Compulsão	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.200 .280 31	.863** .000 31	.758** .000 31	.787** .000 31	.725** .000 31	.514** .003 31	.794** .000 31	.777** .000 31	.909** .000 31	.887** .000 31	.443** .012 31
Sensibilidade Interpessoal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.863** .000 31	1 .000 31	.728** .000 31	.780** .000 31	.573** .001 31	.633** .000 31	.878** .000 31	.747** .000 31	.898** .000 31	.810** .000 31	.464** .009 31
Depressão	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.758** .000 31	.728** .000 31	1 .000 31	.796** .000 31	.495** .005 31	.474** .007 31	.748** .000 31	.651** .000 31	.856** .000 31	.828** .000 31	.440** .013 31
Ansiedade	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.797** .000 31	.780** .000 31	.796** .000 31	1 .000 31	.674** .000 31	.669** .000 31	.775** .000 31	.858** .000 31	.927** .000 31	.841** .000 31	.379** .036 31
Hostilidade	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.725** .000 31	.573** .001 31	.495** .005 31	.674** .000 31	1 .000 31	.318 .082 31	.512** .003 31	.730** .000 31	.708** .000 31	.736** .000 31	.184 .323 31
Ansiedade Fóbica	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.514** .003 31	.633** .000 31	.474** .007 31	.669** .000 31	.318 .082 31	1 .000 31	.664** .000 31	.890** .000 31	.704** .000 31	.520** .003 31	.435** .014 31
Ideação Paranoide	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.794** .000 31	.878** .000 31	.748** .000 31	.775** .000 31	.512** .003 31	.664** .000 31	1 .000 31	.773** .000 31	.897** .000 31	.799** .000 31	.503** .004 31
Psicoticismo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.777** .000 31	.747** .000 31	.651** .000 31	.858** .000 31	.730** .000 31	.690** .000 31	.773** .000 31	1 .000 31	.899** .000 31	.712** .000 31	.421** .018 31
G.S.I.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.909** .000 31	.898** .000 31	.856** .000 31	.927** .000 31	.708** .000 31	.704** .000 31	.897** .000 31	.899** .000 31	1 .000 31	.893** .000 31	.511** .003 31
P.S.T.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.887** .000 31	.810** .000 31	.826** .000 31	.841** .000 31	.736** .000 31	.520** .003 31	.799** .000 31	.712** .000 31	.893** .000 31	1 .000 31	.261 .156 31
P.S.D.I.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.443** .012 31	.464** .009 31	.440** .013 31	.379** .036 31	.184 .323 31	.435** .014 31	.503** .004 31	.421** .018 31	.511** .003 31	.261 .156 31	1 .000 31

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 11 – Correlações entre o SCL-90-R e a variável visitas e crimes praticados

	Somalia	Obsessao - Compulsao	Sensibilidade Interpessoal	Depressao	Ansiiedade	Hostilidade	Ansiiedade Fobica	Ideação Paranoide	Psicoticismo	G.S.I.	P.S.T.	P.S.D.I.	Visitas	Crimes Praticados
Somatizacao	Pearson Correlator	.1	.200	.206	.214	.270	.298	.244	.224	.279	.288	.022	.182	-.061
	Sig. (2-tailed)		.280	.265	.247	.141	.103	.185	.226	.128	.124	.117	.907	.745
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Obsessao - Compulsao	Pearson Correlator	.200	.863**	.863**	.758**	.797**	.725**	.514**	.794**	.777**	.887**	.443**	-.357**	.265
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.012	.049	.150
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Sensibilidade Interpessoal	Pearson Correlator	.206	.863**	.863**	.728**	.780**	.573**	.833**	.878**	.898**	.810**	.484**	-.332	.245
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.008	.068	.183
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Depressao	Pearson Correlator	.214	.758**	.728**	.796**	.495**	.474**	.746**	.651**	.856**	.826**	.440**	-.323	.051
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.005	.007	.000	.000	.000	.000	.013	.076	.786
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Ansiiedade	Pearson Correlator	.270	.797**	.780**	.796**	.767**	.669**	.775**	.858**	.927**	.841**	.379**	-.316	.018
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.036	.083	.925
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Hostilidade	Pearson Correlator	.298	.725**	.573**	.495**	.674**	.318	.512**	.730**	.708**	.736**	.184	-.138	.005
	Sig. (2-tailed)		.000	.001	.005	.000	.082	.003	.000	.000	.000	.323	.460	.979
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Ansiiedade Fobica	Pearson Correlator	.244	.514**	.633**	.474**	.669**	.318	.664**	.690**	.704**	.520**	.435**	-.253	.239
	Sig. (2-tailed)		.003	.000	.007	.000	.082	.000	.000	.000	.003	.014	.169	.196
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Ideação Paranoide	Pearson Correlator	.224	.784**	.878**	.746**	.775**	.664**	.1	.773**	.897**	.799**	.503**	-.365**	.241
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.004	.044	.192
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Psicoticismo	Pearson Correlator	.279	.777**	.747**	.651**	.858**	.730**	.690**	.773**	.1	.899**	.712**	-.235	.164
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.018	.204	.377
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
G.S.I.	Pearson Correlator	.282	.909**	.898**	.856**	.927**	.708**	.897**	.899**	.1	.893**	.511**	-.346	.181
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.003	.057	.331
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
P.S.T.	Pearson Correlator	.288	.887**	.810**	.826**	.841**	.736**	.799**	.712**	.893**	.1	.261	-.360**	.114
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.156	.047	.540
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
P.S.D.I.	Pearson Correlator	.022	.443**	.464**	.440**	.379**	.184	.435**	.503**	.421**	.261	.1	-.066	.378**
	Sig. (2-tailed)		.012	.009	.013	.036	.323	.014	.004	.018	.156	.003	.725	.036
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Visitas	Pearson Correlator	.182	-.357**	-.332	-.323	-.316	-.138	-.253	-.365**	-.235	-.360**	-.066	.1	.056
	Sig. (2-tailed)		.049	.068	.076	.083	.460	.169	.044	.204	.057	.725	.749	.749
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	35	35
Crimes Praticados	Pearson Correlator	-.061	.265	.245	.051	.018	.005	.239	.241	.164	.181	.378**	.056	.1
	Sig. (2-tailed)		.150	.183	.786	.925	.979	.196	.192	.377	.331	.036	.749	.35
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	35	35

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 12 – Correlações entre variáveis chave do estudo e os índices gerais da SCL-90-R

Correlations															
	Estado Civil	Sector Profissional	Arma utilizada no(s) crime(s)	Relacao com as Vilmas por Grupos	Patologia Mental por Tipos	Medida de Seguranca (Tempo Minimo)	Medida de Seguranca (Tempo Maximo)	Visitas	Decada de Internamento na CPSM	Tempo de Internamento na CPSM	Crimes Praticados	G.S.I.	P.S.T.	P.S.D.I.	Idade
Estado Civil	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.059	-.185	.216	-.236	.247	-.083	.076	-.138	.012	.044	.116	.038	.198
	N	.749	.867	.286	.213	.210	.197	.837	.664	.431	.944	.816	.534	.838	.255
Sector Profissional	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.059	1	-.245	-.016	-.224	.488**	-.108	-.104	.056	-.128	-.032	-.092	-.164	-.025
	N	.749	.834	.178	.931	.261	.008	.562	.570	.760	.486	.760	.640	.405	.891
Arma utilizada no(s) crime(s)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Relacao com as Vilmas por Grupos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.185	-.245	1	.083	.012	-.274	.328	.359*	-.389*	.113	-.127	-.080	.008	-.268
	N	.749	.834	.178	.931	.261	.008	.562	.570	.760	.486	.760	.640	.405	.891
Patologia Mental por Tipos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.008	.083	.111	-.130	.079	.151	-.015	.216	-.030	.023	-.082	-.082
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Medida de Seguranca (Tempo Minimo)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Medida de Seguranca (Tempo Maximo)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Visitas	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Decada de Internamento na CPSM	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Tempo de Internamento na CPSM	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Crimes Praticados	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
G.S.I.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
P.S.T.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
P.S.D.I.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164
Idade	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	1	-.201	-.008	.042	.007	.151	-.421*	.368*	.200	.048	-.066	.132	.32
	N	.934	.971	.247	.971	.825	.972	.386	.012	.028	.249	.798	.724	.479	.164

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

C-3. Fiabilidade do inventário

1. – Teste do coeficiente Alpha de Cronbach para toda a população

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL1	1.1139	1.4499	79.0
2.	SCL4	.6709	1.2060	79.0
3.	SCL12	.8481	1.2618	79.0
4.	SCL28	.9114	1.3885	79.0
5.	SCL40	.9747	1.4230	79.0
6.	SCL42	1.1519	1.4240	79.0
7.	SCL48	.7975	1.2339	79.0
8.	SCL49	.9620	1.3535	79.0
9.	SCL52	1.1139	1.2505	79.0
10.	SCL53	.7342	1.3176	79.0
11.	SCL56	1.4304	1.5080	79.0
12.	SCL58	1.0253	1.3679	79.0

Correlation Matrix

	SCL1	SCL4	SCL12	SCL28	SCL40
SCL1	1.0000				
SCL4	.4910	1.0000			
SCL12	.6613	.4807	1.0000		
SCL28	.1898	.1814	.3801	1.0000	
SCL40	.2251	.2790	.3406	.0637	1.0000
SCL42	.2523	.3505	.4625	.1106	.4638
SCL48	.4502	.1959	.5729	.0717	.2088
SCL49	.4595	.4164	.7173	.2642	.4455
SCL52	.4382	.3312	.3930	.1462	.1169
SCL53	.5731	.1540	.5461	.1692	.3656
SCL56	.2763	.2833	.5132	.4287	.3576
SCL58	.5351	.3082	.4702	.3927	.1979

	SCL42	SCL48	SCL49	SCL52	SCL53
SCL42	1.0000				
SCL48	.3752	1.0000			
SCL49	.6150	.5173	1.0000		
SCL52	.1053	.1979	.2677	1.0000	
SCL53	.2473	.4396	.3825	.3065	1.0000
SCL56	.4587	.4264	.4918	.2320	.3358
SCL58	.3600	.4208	.3745	.3655	.5088

	SCL56	SCL58
SCL56	1.0000	
SCL58	.4732	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.9778	.6709	1.4304	.7595	2.1321	.0438
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.8274	1.4544	2.2739	.8195	1.5635	.0665
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.3581	.0637	.7173	.6535	11.2540	.0217

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8693 Standardized item alpha = .8700

**** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL3	1.1392	1.7077	79.0
2.	SCL9	.9620	1.3440	79.0
3.	SCL10	1.9620	1.6980	79.0
4.	SCL28	.9114	1.3885	79.0
5.	SCL38	2.0886	1.4866	79.0
6.	SCL46	.9747	1.2606	79.0
7.	SCL45	1.3924	1.3814	79.0
8.	SCL51	1.0127	1.4366	79.0
9.	SCL55	1.0000	1.3397	79.0
10.	SCL65	1.1013	1.4987	79.0

Correlation Matrix

	SCL3	SCL9	SCL10	SCL28	SCL38
SCL3	1.0000				
SCL9	.3152	1.0000			
SCL10	.0991	.0780	1.0000		
SCL28	.2972	.1012	.1617	1.0000	
SCL38	.0153	.0466	.2756	.1094	1.0000
SCL46	.3709	.3627	-.0304	.2990	.0354
SCL45	.1939	.0841	.2087	.0986	.5073
SCL51	.3964	.2459	.2840	.3412	.1015
SCL55	.4987	.3631	-.0282	.2412	.0129
SCL65	.1597	.0338	.3643	.1892	.2434
	SCL46	SCL45	SCL51	SCL55	SCL65
SCL46	1.0000				
SCL45	.2635	1.0000			
SCL51	.3966	.1396	1.0000		
SCL55	.4782	.2217	.4529	1.0000	
SCL65	.0964	.2654	.4400	.2426	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.2544	.9114	2.0886	1.1772	2.2917	.1841
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.1346	1.5891	2.9163	1.3272	1.8352	.2010

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .7377 Standardized item alpha = .7426

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL6	.9873	1.3913	79.0
2.	SCL21	.7975	1.2443	79.0
3.	SCL24	.8861	1.2505	79.0
4.	SCL36	1.0633	1.3334	79.0
5.	SCL37	1.2658	1.4563	79.0
6.	SCL41	.8101	1.3500	79.0
7.	SCL61	1.2785	1.5101	79.0
8.	SCL69	.9367	1.2335	79.0
9.	SCL73	.5570	1.1630	79.0

Correlation Matrix

	SCL6	SCL21	SCL24	SCL36	SCL37
SCL6	1.0000				
SCL21	.2059	1.0000			
SCL24	.2055	.4546	1.0000		
SCL36	.4358	.2628	.4734	1.0000	
SCL37	.4130	.2282	.2492	.3808	1.0000
SCL41	.0806	.3737	.2452	.1136	.2216
SCL61	.4288	.4261	.4244	.3795	.4731
SCL69	.1639	.2254	.3776	.4000	.1808
SCL73	.4402	.3182	.3175	.2333	.3354

	SCL41	SCL61	SCL69	SCL73
SCL41	1.0000			
SCL61	.2841	1.0000		
SCL69	.1390	.5120	1.0000	
SCL73	.2315	.6041	.3198	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.9536	.5570	1.2785	.7215	2.2955	.0529
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.7693	1.3525	2.2804	.9279	1.6861	.0927

Reliability Coefficients 9 items

Alpha = .8097 Standardized item alpha = .8097

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL5	1.2785	1.4045	79.0
2.	SCL14	1.2278	1.5102	79.0
3.	SCL15	.6962	1.2846	79.0
4.	SCL20	1.4937	1.5515	79.0
5.	SCL22	1.2911	1.5034	79.0
6.	SCL26	1.1139	1.3774	79.0
7.	SCL29	1.7215	1.6636	79.0
8.	SCL30	1.6962	1.5472	79.0
9.	SCL31	1.6582	1.5598	79.0
10.	SCL32	.9747	1.3957	79.0
11.	SCL54	1.3165	1.5896	79.0
12.	SCL71	1.4177	1.4988	79.0
13.	SCL79	.7975	1.2545	79.0

Correlation Matrix

	SCL5	SCL14	SCL15	SCL20	SCL22
SCL5	1.0000				
SCL14	.1510	1.0000			
SCL15	.1896	.1485	1.0000		
SCL20	.2538	.2961	.4365	1.0000	
SCL22	.3436	.2527	.3053	.2509	1.0000
SCL26	.2750	.3079	.5343	.3153	.3738
SCL29	.3080	.1327	.5538	.3967	.2994
SCL30	.2046	.2440	.5464	.5333	.2424
SCL31	.2664	.2947	.4146	.3196	.2671
SCL32	.1933	.1427	.2459	.2367	.2418
SCL54	.2873	.1779	.4118	.4141	.3043
SCL71	.1815	.2519	.2066	.3733	.2071
SCL79	.2580	.2006	.3432	.3353	.2220

	SCL26	SCL29	SCL30	SCL31	SCL32
SCL26	1.0000				
SCL29	.3441	1.0000			
SCL30	.3473	.6292	1.0000		
SCL31	.3287	.4470	.5196	1.0000	
SCL32	.2283	.4497	.3942	.3670	1.0000
SCL54	.2878	.3683	.4201	.3906	.4024
SCL71	.3244	.2735	.3098	.2483	.2258
SCL79	.4216	.3105	.3246	.3638	.4656

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SCL54	SCL71	SCL79
SCL54	1.0000		
SCL71	.3366	1.0000	
SCL79	.4376	.2774	1.0000

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.2833	.6962	1.7215	1.0253	2.4727	.1062
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.1813	1.5738	2.7676	1.1938	1.7585	.1227

Reliability Coefficients 13 items

Alpha = .8589 Standardized item alpha = .8593

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL2	1.5443	1.6077	79.0
2.	SCL17	.9494	1.3388	79.0
3.	SCL23	.6329	1.1455	79.0
4.	SCL33	.7975	1.3810	79.0
5.	SCL39	1.0506	1.5013	79.0
6.	SCL57	1.0127	1.4277	79.0
7.	SCL72	.4810	1.1532	79.0
8.	SCL78	.9114	1.3320	79.0
9.	SCL80	1.0633	1.5387	79.0
10.	SCL86	.6582	1.1755	79.0

Correlation Matrix

	SCL2	SCL17	SCL23	SCL33	SCL39
SCL2	1.0000				
SCL17	.5074	1.0000			
SCL23	.2491	.3305	1.0000		
SCL33	.4892	.5075	.3900	1.0000	
SCL39	.4612	.3713	.3315	.4812	1.0000
SCL57	.4829	.4699	.3243	.6060	.5500
SCL72	.4033	.4395	.2421	.5369	.5115
SCL78	.2862	.1916	.1465	.4432	.1497
SCL80	.4575	.3812	.2170	.4345	.4648
SCL86	.4864	.3147	.4293	.3912	.4386

	SCL57	SCL72	SCL78	SCL80	SCL86
SCL57	1.0000				
SCL72	.7360	1.0000			
SCL78	.3242	.3453	1.0000		
SCL80	.5832	.5462	.3468	1.0000	
SCL86	.5450	.4633	.2752	.5366	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.9101	.4810	1.5443	1.0633	3.2105	.0883
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.8742	1.3122	2.5846	1.2723	1.9696	.1991

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .8753 Standardized item alpha = .8759

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL11	1.0759	1.3939	79.0
2.	SCL24	.8861	1.2505	79.0
3.	SCL63	.4177	.9820	79.0
4.	SCL67	.4304	1.0823	79.0
5.	SCL74	.5570	1.1407	79.0
6.	SCL81	.2911	.8031	79.0

Correlation Matrix

	SCL11	SCL24	SCL63	SCL67	SCL74
SCL11	1.0000				
SCL24	.4169	1.0000			
SCL63	.2856	.1645	1.0000		
SCL67	.3520	.4914	.2388	1.0000	
SCL74	.2391	.3237	.3390	.3433	1.0000
SCL81	.1174	.2505	.4616	.1342	.3525

SCL81

SCL81	1.0000
-------	--------

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.6097	.2911	1.0759	.7848	3.6957	.0934
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.2647	.6449	1.9429	1.2980	3.0126	.2068

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = .7154 Standardized item alpha = .7207

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL13	.3924	1.0305	79.0
2.	SCL25	.2658	.8728	79.0
3.	SCL47	.4304	1.1400	79.0
4.	SCL50	.9114	1.3699	79.0
5.	SCL70	.5443	1.1854	79.0
6.	SCL75	.9241	1.4121	79.0
7.	SCL82	.6582	1.2899	79.0

Correlation Matrix

	SCL13	SCL25	SCL47	SCL50	SCL70
SCL13	1.0000				
SCL25	.6950	1.0000			
SCL47	.4655	.3345	1.0000		
SCL50	.5607	.4381	.5173	1.0000	
SCL70	.4002	.3912	.3747	.3064	1.0000
SCL75	.2234	.2246	.2436	.3875	.3237
SCL82	.3337	.2412	.3978	.5486	.2071

	SCL75	SCL82
SCL75	1.0000	
SCL82	.4712	1.0000

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.5895	.2658	.9241	.6582	3.4762	.0652
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.4376	.7618	1.9942	1.2324	2.6178	.1953

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = .8062 Standardized item alpha = .8142

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL8	1.2658	1.6228	79.0
2.	SCL18	2.0253	1.5440	79.0
3.	SCL43	1.2152	1.4382	79.0
4.	SCL68	.7342	1.1290	79.0
5.	SCL76	1.1392	1.4565	79.0
6.	SCL83	1.1139	1.4587	79.0

Correlation Matrix

	SCL8	SCL18	SCL43	SCL68	SCL76	SCL83
SCL8	1.0000					
SCL18	.1917	1.0000				
SCL43	.2663	.3728	1.0000			
SCL68	.2910	.1731	.2094	1.0000		
SCL76	.3476	.3177	.4751	.4438	1.0000	
SCL83	.4799	.3061	.2265	.4001	.4390	1.0000

SCL83

SCL83 1.0000

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.2489	.7342	2.0253	1.2911	2.7586	.1799
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.1016	1.2746	2.6336	1.3590	2.0662	.2098

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = .7432 Standardized item alpha = .7466

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL7	.8861	1.4321	79.0
2.	SCL16	.6203	1.2435	79.0
3.	SCL35	.7848	1.3650	79.0
4.	SCL62	.7595	1.2630	79.0
5.	SCL77	1.1013	1.4286	79.0
6.	SCL84	.7595	1.3418	79.0
7.	SCL85	.8228	1.2786	79.0
8.	SCL87	1.1266	1.6280	79.0
9.	SCL88	.8861	1.3680	79.0
10.	SCL90	1.0886	1.5458	79.0

Correlation Matrix

	SCL7	SCL16	SCL35	SCL62	SCL77
SCL7	1.0000				
SCL16	.2274	1.0000			
SCL35	.6825	.3213	1.0000		
SCL62	.4241	.4390	.3414	1.0000	
SCL77	.2689	.1374	.2809	.2837	1.0000
SCL84	.1657	.1520	.1044	.1319	.0597
SCL85	.2549	.2232	.3525	.2432	.1784
SCL87	.3307	.3407	.3355	.6011	.3417
SCL88	.2289	.1024	.3094	.1027	.5045
SCL90	.4332	.3912	.4952	.5626	.4719

	SCL84	SCL85	SCL87	SCL88	SCL90
SCL84	1.0000				
SCL85	.4083	1.0000			
SCL87	.2547	.4051	1.0000		
SCL88	.3131	.3621	.2541	1.0000	
SCL90	.2391	.4426	.6832	.4232	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 79.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.8835	.6203	1.1266	.5063	1.8163	.0291

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.9443	1.5463	2.6504	1.1042	1.7141	.1251

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .8307 Standardized item alpha = .8278

2. – Análise da fiabilidade do inventário para o grupo da Esquizofrenia

2.1. Fiabilidade da dimensão Somatização para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL1	.7419	1.1823	31.0
2.	SCL4	.2581	.8932	31.0
3.	SCL12	.6452	1.1704	31.0
4.	SCL28	.8710	1.4316	31.0
5.	SCL40	.4194	.7648	31.0
6.	SCL42	.7097	1.1312	31.0
7.	SCL48	.6129	1.1741	31.0
8.	SCL49	.6129	1.0856	31.0
9.	SCL52	.6774	.9087	31.0
10.	SCL53	.3871	.9892	31.0
11.	SCL56	1.0645	1.4818	31.0
12.	SCL58	.6129	1.1159	31.0

Correlation Matrix

	SCL1	SCL4	SCL12	SCL28	SCL40
SCL1	1.0000				
SCL4	.2230	1.0000			
SCL12	.8711	.3775	1.0000		
SCL28	.3735	.2354	.5288	1.0000	
SCL40	.0131	-.1637	-.0144	.1120	1.0000
SCL42	.3907	.3405	.4483	.2849	.0298
SCL48	.6460	.0984	.6244	.1081	-.1844
SCL49	.8545	.4158	.9377	.4601	-.0790
SCL52	.6645	.2702	.5783	.3257	.2011
SCL53	.6013	-.0414	.5257	.2012	.3511
SCL56	.2762	.1129	.4365	.8054	-.0541
SCL58	.6545	.3377	.5804	.5102	.0403

	SCL42	SCL48	SCL49	SCL52	SCL53
SCL42	1.0000				
SCL48	.2639	1.0000			
SCL49	.5298	.6369	1.0000		
SCL52	.4571	.3477	.6126	1.0000	
SCL53	.1932	.3916	.4236	.1806	1.0000
SCL56	.3894	.2256	.3683	.0655	.1643
SCL58	.5682	.1871	.6151	.5959	.2913

	SCL56	SCL58
SCL56	1.0000	
SCL58	.4188	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.6344	.2581	1.0645	.8065	4.1250	.0464
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.2735	.5849	2.1957	1.6108	3.7537	.2260
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.3521	-.1844	.9377	1.1221	-5.0848	.0634

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8721 Standardized item alpha = .8670

2.2. Fiabilidade da dimensão Obsessão-Compulsão para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL3	1.0323	1.9914	31.0
2.	SCL9	.7742	1.2304	31.0
3.	SCL10	1.4516	1.6091	31.0
4.	SCL28	.8710	1.4316	31.0
5.	SCL38	1.8065	1.6004	31.0
6.	SCL46	.7419	1.2374	31.0
7.	SCL45	1.3871	1.4760	31.0
8.	SCL51	.7097	1.2164	31.0
9.	SCL55	.6129	1.0544	31.0
10.	SCL65	.5806	1.1482	31.0

Correlation Matrix

	SCL3	SCL9	SCL10	SCL28	SCL38
SCL3	1.0000				
SCL9	.3976	1.0000			
SCL10	.0473	.1542	1.0000		
SCL28	.3757	.2668	.0551	1.0000	
SCL38	-.0398	.1802	.4363	.1051	1.0000
SCL46	.4228	.2013	.1274	.6203	-.0092
SCL45	.1090	-.0237	.4713	.0718	.5408
SCL51	.3755	.2443	.2055	.5520	.2099
SCL55	.5618	.3415	-.0703	.4295	-.1446
SCL65	.1082	.0251	.1781	.1485	.3897

	SCL46	SCL45	SCL51	SCL55	SCL65
SCL46	1.0000				
SCL45	.3485	1.0000			
SCL51	.5908	.2132	1.0000		
SCL55	.7129	.2708	.4033	1.0000	
SCL65	.1559	.4530	.5066	.1918	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.9968	.5806	1.8065	1.2258	3.1111	.1721
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.0299	1.1118	3.9656	2.8538	3.5667	.7257
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.2647	-.1446	.7129	.8575	-4.9284	.0420

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .7650 Standardized item alpha = .7826

2.3. Fiabilidade da dimensão Sensibilidade Interpessoal para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL6	1.0000	1.4606	31.0
2.	SCL21	.5161	.9263	31.0
3.	SCL24	.4516	.8884	31.0
4.	SCL36	1.1935	1.4701	31.0
5.	SCL37	1.1613	1.3686	31.0
6.	SCL41	.4839	1.0286	31.0
7.	SCL61	.9677	1.3536	31.0
8.	SCL69	.7419	1.2102	31.0
9.	SCL73	.3226	.9447	31.0

Correlation Matrix

	SCL6	SCL21	SCL24	SCL36	SCL37
SCL6	1.0000				
SCL21	.5420	1.0000			
SCL24	.3853	.2744	1.0000		
SCL36	.4657	.0955	.5689	1.0000	
SCL37	.5003	.4580	.2671	.4810	1.0000
SCL41	.2219	.4988	.0447	.0242	.4636
SCL61	.6070	.2530	.3729	.6733	.5427
SCL69	.1509	.0930	.2980	.4225	.1668
SCL73	.4590	-.1585	-.0205	.4096	.2936

	SCL41	SCL61	SCL69	SCL73
SCL41	1.0000			
SCL61	.3467	1.0000		
SCL69	.1304	.6052	1.0000	
SCL73	-.0288	.6079	.2502	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.7599	.3226	1.1935	.8710	3.7000	.1090

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.4514	.7892	2.1613	1.3720	2.7384	.3187

Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.3268	-.1585	.6733	.8318	-4.2475	.0443

Reliability Coefficients 9 items

Alpha = .8239 Standardized item alpha = .8138

2.4. Fiabilidade da dimensão Depressão para o grupo da Esquizofrenia

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL5	1.1935	1.2495	31.0
2.	SCL14	1.2903	1.4650	31.0
3.	SCL15	.4516	1.0276	31.0
4.	SCL20	1.0645	1.4361	31.0
5.	SCL22	1.1613	1.5077	31.0
6.	SCL26	.9032	1.3001	31.0
7.	SCL29	1.4516	1.5020	31.0
8.	SCL30	1.2903	1.3710	31.0
9.	SCL31	1.1935	1.5148	31.0
10.	SCL32	.7419	1.2374	31.0
11.	SCL54	.9677	1.4020	31.0
12.	SCL71	1.0323	1.3780	31.0
13.	SCL79	.5806	.9583	31.0

Correlation Matrix

	SCL5	SCL14	SCL15	SCL20	SCL22
SCL5	1.0000				
SCL14	.2414	1.0000			
SCL15	.1633	.1757	1.0000		
SCL20	.2900	.4503	.1829	1.0000	
SCL22	.1421	.1743	.2742	.2568	1.0000
SCL26	.3607	.5228	.2833	.0927	.3143
SCL29	.3959	.3323	.4898	.0633	.3789
SCL30	.3358	.4047	.4480	.0240	.4281
SCL31	.2613	.4996	.5630	.0247	.2340
SCL32	.0549	.3737	.3044	-.0653	.2732
SCL54	.1559	.0696	.6120	.2494	.2075
SCL71	.3447	.4410	.3660	.2516	.0937
SCL79	.0979	.4220	.0295	.3110	.2330

	SCL26	SCL29	SCL30	SCL31	SCL32
SCL26	1.0000				
SCL29	.2280	1.0000			
SCL30	.2407	.7922	1.0000		
SCL31	.5007	.6635	.6622	1.0000	
SCL32	.3569	.4235	.5958	.7033	1.0000
SCL54	.0714	.3712	.2825	.3954	.3025
SCL71	.5228	.2665	.1007	.3961	.1223
SCL79	.5014	-.0261	.0450	.3104	.1868

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SCL54	SCL71	SCL79
SCL54	1.0000		
SCL71	.4837	1.0000	
SCL79	.0144	.4145	1.0000

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.0248	.4516	1.4516	1.0000	3.2143	.0854

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.8103	.9183	2.2946	1.3763	2.4988	.1983

Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.3021	-.0653	.7922	.8575	-12.1218	.0336

Reliability Coefficients 13 items

Alpha = .8492 Standardized item alpha = .8491

2.5. Fiabilidade da dimensão Ansiedade para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL2	1.0645	1.3400	31.0
2.	SCL17	.6129	1.1454	31.0
3.	SCL23	.1935	.4774	31.0
4.	SCL33	.3548	.9504	31.0
5.	SCL39	.6774	1.2751	31.0
6.	SCL57	.5806	1.2322	31.0
7.	SCL72	.1935	.7492	31.0
8.	SCL78	.6129	1.1454	31.0
9.	SCL80	1.0000	1.4142	31.0
10.	SCL86	.3871	.9549	31.0

Correlation Matrix

	SCL2	SCL17	SCL23	SCL33	SCL39
SCL2	1.0000				
SCL17	.4946	1.0000			
SCL23	.1882	.3854	1.0000		
SCL33	.4264	.7735	.5047	1.0000	
SCL39	.4223	.2084	.1060	.0701	1.0000
SCL57	.7235	.4716	.0292	.4444	.5263
SCL72	.4520	.1679	-.0150	.0876	.5212
SCL78	.1688	.3902	.4464	.4366	.0486
SCL80	.3694	.3910	.1975	.3472	.3143
SCL86	.5008	.4159	.1226	.2476	.4345

	SCL57	SCL72	SCL78	SCL80	SCL86
SCL57	1.0000				
SCL72	.5964	1.0000			
SCL78	.2590	-.0263	1.0000		
SCL80	.6886	.4405	.2881	1.0000	
SCL86	.7658	.7305	.3244	.6665	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.5677	.1935	1.0645	.8710	5.5000	.0898

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.2168	.2280	2.0000	1.7720	8.7736	.3137

Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.3678	-.0263	.7735	.7998	-29.3926	.0449

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .8512 Standardized item alpha = .8533

2.6. Fiabilidade da dimensão Hostilidade para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL11	.7419	1.2102	31.0
2.	SCL24	.4516	.8884	31.0
3.	SCL63	.1935	.6542	31.0
4.	SCL67	.0323	.1796	31.0
5.	SCL74	.0968	.3962	31.0
6.	SCL81	.0000	.0000	31.0

* * * SCL81 has zero variance

Correlation Matrix

	SCL11	SCL24	SCL63	SCL67	SCL74
SCL11	1.0000				
SCL24	.0810	1.0000			
SCL63	.5283	.2461	1.0000		
SCL67	-.1138	-.0943	-.0549	1.0000	
SCL74	-.0852	.1558	.0539	.8915	1.0000

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.3032	.0323	.7419	.7097	23.0000	.0856

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.5742	.0323	1.4645	1.4323	45.4000	.3320

Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.1608	-.1138	.8915	1.0053	-7.8350	.0991

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .4072 Standardized item alpha = .4894

2.7. Fiabilidade da dimensão Ansiedade Fóbica para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL13	.0968	.5388	31.0
2.	SCL25	.0645	.2497	31.0
3.	SCL47	.1935	.7924	31.0
4.	SCL50	.4839	.8896	31.0
5.	SCL70	.3226	1.0128	31.0
6.	SCL75	.4516	.9946	31.0
7.	SCL82	.1935	.7492	31.0

Correlation Matrix

	SCL13	SCL25	SCL47	SCL50	SCL70
SCL13	1.0000				
SCL25	-.0479	1.0000			
SCL47	-.0453	-.0652	1.0000		
SCL50	-.1009	.0048	.7138	1.0000	
SCL70	-.0591	-.0850	-.0804	-.1420	1.0000
SCL75	-.0843	.0130	.0546	-.1045	-.0171
SCL82	-.0479	-.0690	.8331	.7550	-.0850

	SCL75	SCL82
SCL75	1.0000	
SCL82	-.1212	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.2581	.0645	.4839	.4194	7.5000	.0274
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.6212	.0624	1.0258	.9634	16.4483	.1256
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.0581	-.1420	.8331	.9752	-5.8665	.0883

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = .3343 Standardized item alpha = .3015

2.8. Fiabilidade da dimensão Ideação Paranóide para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL8	1.4516	1.7289	31.0
2.	SCL18	1.9677	1.5380	31.0
3.	SCL43	.9355	1.3647	31.0
4.	SCL68	.7419	1.1823	31.0
5.	SCL76	.7742	1.3092	31.0
6.	SCL83	1.0968	1.5352	31.0

Correlation Matrix

	SCL8	SCL18	SCL43	SCL68	SCL76
SCL8	1.0000				
SCL18	.1561	1.0000			
SCL43	.3094	.4436	1.0000		
SCL68	.4829	.2519	.3612	1.0000	
SCL76	.3853	.3936	.7005	.7148	1.0000
SCL83	.5732	.4107	.2576	.5284	.4093

SCL83

SCL83	1.0000
-------	--------

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.1613	.7419	1.9677	1.2258	2.6522	.2231
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.1143	1.3978	2.9892	1.5914	2.1385	.3249
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.4252	.1561	.7148	.5587	4.5798	.0239

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = .8053 Standardized item alpha = .8161

2.9. Fiabilidade da dimensão Psicoticismo para o grupo da Esquizofrenia

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SCL7	.7097	1.3710	31.0
2.	SCL16	.4194	1.0575	31.0
3.	SCL35	.5484	1.2066	31.0
4.	SCL62	.5161	1.0915	31.0
5.	SCL77	.7742	1.2835	31.0
6.	SCL84	.4839	1.0605	31.0
7.	SCL85	.3548	.8386	31.0
8.	SCL87	.6774	1.3757	31.0
9.	SCL88	.7097	1.2164	31.0
10.	SCL90	.6129	1.2564	31.0

Correlation Matrix

	SCL7	SCL16	SCL35	SCL62	SCL77
SCL7	1.0000				
SCL16	.7535	1.0000			
SCL35	.7443	.5191	1.0000		
SCL62	.8608	.7015	.7144	1.0000	
SCL77	.2835	.2440	.3194	.3953	1.0000
SCL84	.4208	.7047	.4630	.4970	.0585
SCL85	.5275	.6536	.5260	.6673	.0150
SCL87	.6910	.6460	.5118	.8915	.4105
SCL88	.1077	.2015	.1348	.2422	.4690
SCL90	.7841	.7535	.5405	.8798	.2747

	SCL84	SCL85	SCL87	SCL88	SCL90
SCL84	1.0000				
SCL85	.7750	1.0000			
SCL87	.4076	.5648	1.0000		
SCL88	.2934	.1370	.2410	1.0000	
SCL90	.5205	.7042	.7932	.2076	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 31.0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.5806	.3548	.7742	.4194	2.1818	.0192
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.4071	.7032	1.8925	1.1892	2.6911	.1398
Inter-item Correlations	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.4945	.0150	.8915	.8766	59.4936	.0579

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .9031 Standardized item alpha = .9073