

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

**CRIMINALIDADE ENTRE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA DE UMA  
INSTITUIÇÃO DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO.**

JAÉLLYA RODRIGUES DE SOUZA

RECIFE

2006

JAÉLLYA RODRIGUES DE SOUZA

**CRIMINALIDADE ENTRE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA DE UMA  
INSTITUIÇÃO DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora  
como exigência parcial para obtenção do título de  
mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do  
Comportamento, área de concentração em  
Psiquiatria, pela Universidade Federal de  
Pernambuco (UFPE).

Orientador:

Prof. Dr. Othon Bastos Filho



RECIFE  
2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**REITOR**

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

**PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Celso Pinto de Melo

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIRETOR**

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**  
**DIRETOR SUPERINTENDENTE**

Profa. Dra. Eloísa Maria Mendonça de Moraes

**DIRETOR TÉCNICO**

Prof. Marcelo Salazar da Veiga Pessoa

**DIRETORA ADMINISTRATIVA**

Dra. Gildênia Bezerra Coutinho

**CURSO DE MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

**MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA**

**Corpo Docente**

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves Silva

Prof. Dr. Hildo Rocha Cisne de Azevedo Filho

Prof. Dr. Luis Ataíde Junior

Profa. Dra. Maria Lúcia Bustamente Simas

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Prof. Dr. Raul M. de Castro

Profa. Dra. Sheva Maria da Nóbrega

Prof. Dr. Wilson Farias da Silva

Profa. Dra. Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

Profa. Dra. Maria Carolina Martins de Lima

Souza, Jaélly Rodrigues de  
Criminalidade entre portadores de esquizofrenia  
de uma instituição de custódia e tratamento / Jaélly  
Rodrigues de Souza. – Recife : O Autor, 2006.  
76 folhas : il., fig., gráf..

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal  
de Pernambuco. CTG. Engenharia Civil, 2006.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Psiquiatria forense. 2. Psiquiatria. I. Título.

616.89 CDU (2.ed.) UFPE  
614.1 CDD (22.ed.) CCS2006-009



Serviço Público Federal  
Universidade Federal de Pernambuco  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA  
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDA: JAÉLLYA RODRIGUES DE SOUZA

TÍTULO: "CRIMINALIDADE ENTRE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA  
DE UMA INSTITUIÇÃO DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO."

Orientador: Prof. OTHON COELHO BASTOS

BANCA EXAMINADORA:  
Prof. MARCELO MORAES VALENÇA - UFPE  
Prof. EVERTON BOTELHO SOUGEY - UFPE  
Profª. KÁTIA CRISTINA LIMA DE PETRIBU - UPE

LOCAL: SALA DE AULA DO BLOCO "A"

Horário: 8h

Dia: 27.06.2006

Comentários: CANDIDATA APROVADA e estimulada a  
apresentar o ARTIGO da DISSERTAÇÃO até o final de  
Agosto próximo.

Presidente: [Assinatura]  
Examinador: [Assinatura]  
Examinador: [Assinatura]

## Dedicatória

---

Tenho dentro dedicado  
De mim sempre a mais valia  
Ma família, regalia  
De um amor eternizado

Versos correm no meu sangue  
Do meu Jackson, oh pai amado  
Por mim mais que idolatrado  
Me tornando mais que azougue

Minha mãe, minha Aliete  
Grande é meu bem-querer  
Sempre pronta a proteger  
Pra me dar só alegrete

Meu irmão, meu bom Jaélison  
Quem em muito me ajudou  
E assim sempre em mim quedou  
Muito claro o grande dom

Firme tenho no meu peito  
Minha irmã, doce Jaéllyka  
Sempre pronta e muito prática  
Pra amparar-me com seu jeito

Como é grande o meu desejo  
Que fiquemos sempre unidos  
Nesse amor mui bem vividos  
Contemplando nosso ensejo

Minha força vem dos quatro  
Que são tudo para mim  
Pois com eles eu enfim  
A brilhar irei em alastro

Agradeço a meu Deus  
A família que me deu  
Perfeição que transcendeu  
Os desejos muito meus

Obrigada ma família  
Pelo apoio que me dão  
Grata sou, de coração  
Sendo cada um ma Dália

Jaéllya Rodrigues de Souza

## **Agradecimentos**

---

A Prof. Dr. Othon Bastos, meu orientador, pelas horas de orientação e paciente apoio no desenvolvimento da presente dissertação.

A Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença, coordenador e amigo, pelo seu inestimável apoio, cuja admiração e respeito pela simplicidade e saber crescem em mim a cada dia.

A Prof. Dr. Everton Botelho Sougey, coordenador, pela dedicação ao curso e competência.

A Dra. Hilda Morana, cujo suporte e esclarecimento de minhas dúvidas em muito contribuíram para a validar meus estudos.

A Prof. Marcelo Viana, pelas orientações e esclarecimentos sobre os conceitos e dúvidas de estatística.

A todos os professores do curso do mestrado pela atenção e disponibilidade para me ajudar em todas as minhas dúvidas e questionamentos.

A Sra. Solange de Lima Martins, secretária do mestrado de Neuropsiquiatria, pelo suporte nas pesquisas necessárias para a realização do curso de mestrado.

A amiga Daniella de Oliveira Araújo, pelo apoio leonino na revisão e discussão das versões do trabalho, cujo fruto enriqueceu sobremaneira os estudos aqui apresentados.

A amiga Ana Cláudia de Carvalho Vieira, pelos momentos de estudos e trocas de experiências.

A amiga Suzana Azoubel, pelo apoio e incentivo determinantes nos momentos de dificuldade.

A amiga Carla Novaes Carvalho, por seu incentivo para iniciar meus estudos que resultaram na apresentação desta dissertação.

Ao amigo Valdenilson Ribas, pelas prestimosas dicas e orientações sobre as normas de elaboração de uma dissertação.

A todos os colegas de curso, pelo companheirismo e compartilhamento de nossos aprendizados.

A amiga Edith Alvim, pela preciosa correção ortográfica realizada no trabalho.

A diretora Lúcia Helena, por dar total apoio e liberdade à realização da pesquisa.

A enfermeira Deila Beatriz, pelo apoio na coleta dos dados da pesquisa realizada.

Aos técnicos de enfermagem, Laudicéa, Izabel e Ramos, que em muito me ajudaram na parte operacional da realização das entrevistas.

A enfermeira Célia e as técnicas Aparecida e Adecir, pelo apoio na coleta final dos dados do trabalho.

Aos agentes penitenciários, por conduzir com segurança os pacientes para serem entrevistados.

Aos pacientes sem os quais este trabalho não teria sido possível.

E a todos os que não citei, mas que direta ou indiretamente colaboraram na elaboração dessa dissertação, apoiando-me em todos os momentos.

Eu, tristeza; eu, dor; eu, medo; eu, choro;  
Eu, o mais belo, mais rico tesouro;  
Eu, quase tudo.  
Eu, músicas, sonhos, fantasias;  
Eu, um falador de poesias;  
Eu, mudo.  
Eu, anjo, santo, deus;  
Eu, clamores meus;  
Eu, poeta, sonhador, amante;  
Eu, uma esmeralda, um diamante;  
Eu, o surdo-mudo pensador.  
Eu, o conjunto de todo esplendor;  
Eu, nada.

Jackson Rodrigues de Souza

## Resumo

---

A autora apresenta um estudo transversal descritivo realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, no período de julho de 2004 a março de 2006, com pacientes esquizofrênicos que cometeram algum tipo de delito e que se encontram em medida de segurança ou aguardando sentença judicial. Foram utilizados dados, coletados de informações contidas nos prontuários, do diagnóstico da doença mental, do crime cometido, da idade, da profissão, da instrução, da situação sócio-econômica, do estado civil e do tempo de internamento. Foram entrevistados 40 pacientes com esquizofrenia, de ambos os gêneros, que preencheram esse diagnóstico pelos critérios da Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (SCID-IV). Os delitos cometidos pelos pacientes esquizofrênicos foram analisados segundo o Código Penal Brasileiro. Dos 40 pacientes entrevistados 85% foram homens. A média de idade, à época do crime, foi  $32 \pm 7,3$ . O tipo de esquizofrenia mais freqüente foi paranóide (72%). Houve uma prevalência de solteiros (65,8%) e analfabetos (36,6%), com 97,5% em situação socioeconômica baixa. 42,5% não faziam uso de qualquer tipo de droga (exceto nicotina), 35% em uso de álcool, 17,5% em uso de múltiplas drogas e 5% em uso apenas de maconha. O crime predominante foi homicídio (55%), cometido contra 68% dos familiares, sendo a residência, o local de maior ocorrência (47,5%). Dentre os transtornos psicóticos, a esquizofrenia foi a doença mental mais encontrada. Crime e violência na esquizofrenia foram associados a fatores criminogênicos como gênero, condição socioeconômica baixa e abuso de drogas, além do tipo de relacionamento com a vítima e o local. Pacientes esquizofrênicos não são os que mais contribuem para a criminalidade. Os resultados deste estudo devem contribuir para diminuir a discriminação e o preconceito

diante dos portadores de doença mental, favorecendo um tratamento e ressocialização eficazes, com uma melhor qualidade de vida para esses doentes.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Violência, Crime, Psiquiatria Forense, Transtornos mentais.

## Abstract

---

The author presents a transversal description study held at the “Custody and Psychiatric Treatment Hospital of Pernambuco”, between July 2004 and March 2006, aimed at schizophrenic patients that committed some kind of crime and are in prison, under corrective penalties or waiting for judgment. Data has been collected from medical profiles, filtered by mental illness, crime committed, age, profession, level of instruction, socio-economic status, marital status and duration of prison sentence. Forty schizophrenic patients have been surveyed (both genres). The Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (SCID-IV) was applied to those patients. The crimes committed by the schizophrenic patients were studied under the light of the Brazilian law. 85% of the subjects were men. The average age of the criminals was between 24.7 and 39.3 years. 72% of the schizophrenic were paranoids, 65.8% were single. 36.6% were illiterate, 97.5% were in low Socioeconomic Status. 42.5% do not use any kind of drugs (except nicotine), 35% use alcohol, 17.5% use multiple kinds of drugs and 5% use only marihuana. The leading crime was homicide (55%) and was committed against family (68%). Murders at home represent 47.5% of these homicides. Schizophrenia was the more frequent mental disorder among the psychotic disorders studied. Crime and violence in schizophrenic disorder have been related to genre, low socio-economic condition and drugs abuse, besides place and the kind of relationship with the victim. Schizophrenic patients do not represent the major contributors to criminality. The results of this study might help to reduce the prejudice against schizophrenics and help their treatment, lead then back to society and improve their life quality.

Keywords: Schizophrenia, Violence, Crime, Forensic Psychiatry, Mental disorders.

## Lista de Figuras e Tabelas

---

### FIGURAS

**Figura 1** Distribuição por tipos de doenças mentais encontradas na população geral de pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

**Figura 2** Distribuição por pacientes esquizofrênicos de ambos os gêneros no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

**Figura 3** Distribuição por tipos de Esquizofrenia na população esquizofrênica estudada.

**Figura 4** Distribuição, por faixa etária (em intervalos de cinco anos), da idade atual dos pacientes esquizofrênicos.

**Figura 5** Distribuição, por faixa etária (em intervalos de cinco anos), da idade na época do crime dos pacientes esquizofrênicos.

**Figura 6** Distribuição por tempo de internamento dos pacientes esquizofrênicos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), a cada cinco anos.

**Figura 7** Gráficos de dispersão da idade no crime, da idade atual e do tempo de internamento.

**Figura 8** Distribuição por grau de escolaridade entre os pacientes esquizofrênicos.

**Figura 9** Distribuição por estado civil dos pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

**Figura 10** Distribuição por tipos de religião encontrada dos pacientes esquizofrênicos.

**Figura 11** Distribuição por uso de drogas encontradas entre pacientes esquizofrênicos.

**Figura 12** Distribuição por tipos de crimes cometidos por pacientes esquizofrênicos, segundo o Código Penal Brasileiro (CPB).

**Figura 13** Distribuição pelos diversos delitos cometidos na população geral e nos familiares por pacientes esquizofrênicos.

**Figura 14** Distribuição por crimes de homicídio cometidos por pacientes esquizofrênicos contra familiares e população geral.

**Figura 15** Distribuição dos motivos apresentados, para execução do delito, por 40 pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

**Figura 16** Distribuição por número de internamentos, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, dos pacientes esquizofrênicos.

**Figura 17** Distribuição por locais de ocorrência dos delitos cometidos por pacientes esquizofrênicos.

**Figura 18** Distribuição por categorias profissionais, em grandes grupos, pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBPO), dos pacientes esquizofrênicos.

## **TABELAS**

**Tabela 1** Faixa etária (em intervalos de cinco anos) à época do crime, à época da pesquisa e tempo de internamento no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco dos pacientes esquizofrênicos.

**Tabela 2** Categoria socioeconômica dos pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico, pelo critério de Classificação econômica Brasil (Anexo 3).

**Tabela 3** Lista de ocupação/profissão dos pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

## **Lista de Siglas**

---

SCID-IV	Strutured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition

## Sumário

---

Resumo .....	10
Abstract .....	12
Lista de Figuras e Tabelas.....	13
Lista de Siglas .....	15
INTRODUÇÃO.....	17
REVISÃO DE LITERATURA .....	19
CONCEITUAÇÃO DE ESQUIZOFRENIA.....	23
TIPOS DE ESQUIZOFRENIA .....	25
EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ESQUIZOFRÊNICOS .....	28
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.....	30
CRIMINOLOGIA.....	31
ESQUIZOFRENIA E CRIMINALIDADE.....	34
OBJETIVO.....	37
MÉTODO.....	38
RESULTADOS .....	41
DISCUSSÃO.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62
CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
ANEXOS .....	69

## INTRODUÇÃO

---

Esta pesquisa pretende avaliar a criminalidade entre os doentes mentais portadores de esquizofrenia.

A avaliação foi realizada pela coleta de dados dos pacientes esquizofrênicos, que preencheram este diagnóstico pela *Strutured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (SCID-IV)* (1).

A SCID-IV é um instrumento de entrevista clínica estruturada para o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, desenvolvida para clínicos e pesquisadores.

No plano conceitual, foi elaborada uma revisão dos conceitos de esquizofrenia e de criminalidade, assim como foram abordados aspectos sócio-culturais.

No plano empírico, o estudo selecionou amostras de pacientes, de ambos os gêneros, portadores de esquizofrenia, com o diagnóstico confirmado pela SCID-IV, que haviam cometido infrações penais e se encontravam em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A pesquisa permitiu identificar, na população forense estudada, aqueles pacientes que haviam cometido algum tipo de infração penal. Foram caracterizados o tipo de crime e as circunstâncias em que o mesmo ocorreu.

Com base em observações feitas no HCTP e em levantamentos realizados em pesquisas sobre doença mental e criminalidade, grande foi o interesse sobre o tema abordado na tentativa de esclarecer essa relação supracitada.

O tema é cada vez mais atual, em face do aumento crescente da violência, nas sociedades em geral. A oportunidade de ter assistido vários pacientes esquizofrênicos

nos despertou o ensejo de investigar a ligação existente entre esquizofrenia e comportamento violento.

Um interesse determinante na elaboração deste trabalho foi a possibilidade de pensar a questão específica da correlação entre doença mental e crime. A questão nuclear deste trabalho é a visão de males do indivíduo e da cultura onde ele se insere, as possíveis interações entre a subjetividade e espaço sócio-cultural. Tudo isso em busca de uma compreensão menos parcial, mais profunda e dinâmica da mente humana e de seus condicionamentos.

Vários estudos têm sido realizados em diversos países, crescendo o interesse nessa área. No Brasil é ainda incipiente.

Tem-se conhecimento da crença, na população geral, de que as doenças mentais estão associadas à violência, o que gera conseqüências na prática social (estigma) contra indivíduos portadores de doenças mentais, provocando obstáculos à sua reintegração social (2). Este fato despertou interesse particular neste campo a fim de avaliar uma possível associação entre crime e esquizofrenia e a magnitude do fato psicopatológico nos crimes em geral.

## REVISÃO DE LITERATURA

---

Um grande número de evidências mostra uma correlação entre doença mental e criminalidade. Essa implicação, embasada nos últimos tempos por processos de análise e investigação dos doentes, tem seus antecedentes históricos essenciais nos princípios de Cesare Lombroso (3), pioneiro neste tipo de abordagem.

Segundo Lombroso (3), impunha-se a necessidade de um estudo metódico e criterioso dos vários fatores componentes da personalidade do doente, com o objetivo de detectar uma suposta predisposição natural para o crime. Buscaram a relação dos elementos da morfologia corporal com a propensão ao crime (4). Suas idéias chegaram ao Brasil tendo como adeptos Nina Rodrigues e Cândido Motta (3).

Assim também Kretschmer (5) correlacionou determinados tipos de estrutura corporal (biótipo), que corresponderiam a certos temperamentos. Considerou a disposição temperamental predominante (genótipo) e admitiu que na formação do caráter havia a influência de fatores ambientais (genótipo, parátipo e fenótipo).

A esquizofrenia é um fenômeno transhistórico e transcultural, ou seja, esteve presente em todos os tempos históricos, em todas e em cada uma das culturas (6). Trata-se de uma patologia humana por excelência. Os transtornos esquizofrênicos provocam problemas legais e éticos tornando-se objeto de estudo da Psiquiatria Legal ou Forense. Esta lida com a responsabilidade civil e penal nos transtornos mentais e do comportamento, designa a capacidade civil e as condições de tratamento dos pacientes psiquiátricos (7).

Chamando a atenção para o crime, deve-se ter em mente a capacidade de imputação, uma vez que será atribuída ou não a insanidade mental, quando dúvidas

houver sobre a integridade mental do acusado. Assim versa o artigo 149 do Código de Processo Penal (8).

Imputar é atribuir um fato a alguém. Para que uma pessoa seja considerada capaz, três condições biopsicológicas formam este tripé: inteligência, vontade e consciência. Na ausência de uma dessas condições é estabelecida a insanidade mental. Chalub (9) chama de “erro essencial de motivação patológica a ação de um delito penal, com vontade prejudicada pelos sintomas, mas capaz de entender o ilícito penal praticado”. Na psicose há o chamado *acting out* (passagem ao ato), no qual o indivíduo não tem controle dos seus impulsos.

O Código Penal Brasileiro, em seu Título III (Da imputabilidade Penal), trata daqueles que não podem ser responsabilizados pelo crime, tendo suas imputabilidades abolidas ou diminuídas, devido à presença de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, isentando-se da pena (10). Diz o artigo 26 (11):

*“É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.*

Na atualidade, o espaço de abordagem desse tipo de interação vem se mostrando abrangente, com múltiplas possibilidades de investigação. Os vários trabalhos são discordantes. Taylor e Gunn (12), ao examinarem detidos por crimes violentos na Grã-Bretanha, detectaram 9% de indivíduos com sintomatologia psiquiátrica presente. Em particular, os autores referiam uma representação máxima de esquizofrênicos: nessa amostra, 22 vezes maior do que o encontrado na população geral.

Segundo Teplin (13), em uma amostra de 627 detidos em fase de pré-julgamento, verificou-se um índice de prevalência duas a três vezes maior para as

seguintes categorias estudadas entre os detidos: depressão maior, fase maníaca e transtorno esquizofrênico.

Swanson (14) analisou dados que pudessem oferecer uma ligação entre doença mental (especialmente esquizofrenia) e comportamento violento. Segundo dados do *Epidemiological Catchment Area Study* por ele investigados, indicava-se uma sintomatologia psiquiátrica ativa e não mera história de hospitalização. Com esses dados chegaram a uma associação entre doença mental e comportamento violento muito maior que a esperada. Na correlação de Swanson, a doença mental adquiria o valor de “fator significativo” na predição estatística da violência.

Em relação à questão de homicídios é interessante estabelecer um termo de comparação entre os homicídios cometidos por pessoas não portadoras de transtornos mentais e os cometidos por pessoas afetadas pelas doenças. O homicídio é tomado pelos pesquisadores como um paradigma da criminalidade, o critério norteador principal de sua análise. A violência e sua ligação com os transtornos mentais têm nas estatísticas referentes ao número de homicídios a sua expressão mais decisiva.

Após ampla investigação coordenada pelo *National Institute of Mental Health* nos EUA, utilizando os dados do *Epidemiological Catchment Area*, Swanson *et al.* (15) não encontraram uma associação, ou apenas uma associação discreta entre doença mental e risco de cometer crimes.

Para Asnis *et al.* (16), não importando qual a linha de análise, haveria evidências convincentes de que comportamento violento homicida está ligado, de forma significativa, à doença mental.

Monahan (17) defendeu a existência de uma “correlação positiva, embora modesta”, entre esquizofrenia (também outras doenças mentais) e crime/violência.

A possível implicação, verificada pela análise das diversas abordagens e práticas efetivadas, entre doença mental (particularmente esquizofrenia) e criminalidade vem alicerçar a necessidade de uma investigação e intervenção metódica sobre essa correlação. São necessários estudos que caracterizem o crime, a doença mental e as circunstâncias em que o delito ocorreu.

Importa levantar um questionamento sobre a validação da correlação existente entre a esquizofrenia (objeto deste estudo) e a criminalidade ou tendência a delinquir, uma vez que esses trabalhos reiteram, por seu conteúdo, as representações negativas no imaginário social da loucura. Há uma crença na associação entre doença mental e violência, que percorre a história de forma constante e cultural, levando a estigmatizar indivíduos portadores de doenças mentais, criando obstáculos para sua reinserção social. Necessário se faz a observação crítica da veracidade dessa associação e sua expressão nos crimes em geral.

## CONCEITUAÇÃO DE ESQUIZOFRENIA

---

*Forma particular de evolução da vida psíquica mórbida.* (HENRI EY, 1960)

A esquizofrenia é uma doença grave, manifestando-se em geral no adolescente ou adulto jovem. Seu desfecho desfavorável e início precoce forneceram historicamente os elementos fundamentais para caracterizar essa doença (*Dementia praecox*).

Os primeiros relatos datam de 1681, no livro *Opera Omnia*, de Willis, (18) que abordou de forma incipiente a alienação mental, descrevendo “um distúrbio degenerativo”, com alterações da imaginação, memória e intelecto em idades precoces. Passam pela história: Pinel em 1809, Esquirol em 1838.

Em 1860, foi Morel quem pela primeira vez descreveu de forma detalhada características de um grupo de doentes que denominou de “dementes precoces”.

Na Alemanha foram feitos estudos mais consistentes com Kalbhaum (1868) e a catatonia, Sender (1868) e a demência paranóide e Hecker (1870) e a hebefrenia. Em 1894, Kraepelin consolida de forma definitiva a nosologia da psicopatologia, tratando as diversas formas de “doença mental”. Ele reúne uma série de conceitos e formas clínicas denominada de Demência Precoce, cuja definição era caracterizada pela destruição da correlação ou harmonia interna da personalidade psíquica.

Surge em 1911, Bleuler com sua obra “*Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*” (Demência Precoce ou o Grupo da Esquizofrenia), que modificou o termo Demência Precoce (de – negação, mentis – mente) para Esquizofrenia (do grego, esquizo – fenda; phren – mente, pois se pensava que a mente, a alma, se localizava no músculo diafragma) (19), pois percebeu que alguns pacientes não demenciavam.

Bleuler afirmou:

*"Determinados sintomas da esquizofrenia encontram-se presentes em cada caso e em cada período da doença, embora, conforme ocorre com todos os outros sintomas, eles devam ter atingido certo grau de intensidade antes que possam ser reconhecidos com alguma certeza... o distúrbio de associação, por exemplo, está sempre presente, porém, não todo e cada aspecto dele... além destes sintomas específicos permanentes ou fundamentais, podemos encontrar um conjunto de outras manifestações mais acessórias, como delírios, alucinações ou sintomas catatônicos... até onde sabemos, os sintomas fundamentais são característicos da esquizofrenia, enquanto os sintomas acessórios podem também aparecer em outros tipos de doença".*

Já em 1939, Kurt Schneider (20, 21) dividiu os sintomas em primeira e segunda ordens. Apesar de toda evolução científica, o conceito fundamental da esquizofrenia ainda remete às obras de Kraepelin, Bleuler e Schneider.

A esquizofrenia tem um curso geralmente cronicante e implica na reminiscência de sintomas psicóticos, no deficiente ajuste e desempenho social e na intensa utilização de serviços hospitalares, ambulatoriais e de atendimento emergencial. Ela não é o mais prevalente transtorno mental, quando, por exemplo, comparada ao alcoolismo e dependências químicas ou transtornos afetivos ou de ansiedade, porém, numericamente é significativa entre a população usuária de serviços de saúde mental.

Compromete várias funções psíquicas, como pensamento, afetividade, volição, sensopercepção e cognição. Os sintomas podem ser agrupados em quatro categorias: positivos (alucinações e delírios), negativos (embotamento afetivo, avolição, anedonia), desorganizados (alogia, comportamento bizarro, desorganização do pensamento e afeto inapropriado) (22) e sintomas depressivos. As principais formas clínicas da esquizofrenia são: paranóide, hebefrênica, catatônica e residual.

## TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

---

Segundo os critérios da DSM-IV, a esquizofrenia divide-se em quatro tipos principais: paranóide, catatônico, hebefrênico (desorganizado) e residual. Eles são definidos pela sintomatologia predominante à época da avaliação. As implicações para seus prognósticos e tratamentos são variáveis, mas os tipos paranóide e desorganizado tendem a ser o menos e o mais grave respectivamente.

O diagnóstico de determinado subtipo baseia-se no quadro clínico que ocasionou a avaliação ou admissão mais recente aos cuidados clínicos e pode, portanto, mudar com o tempo. A escolha entre os subtipos depende do abaixo descrito (DSM – IV):

**Tipo Catatônico** é atribuído sempre que sintomas psicomotores proeminentes estão presentes (não importando a presença de outros sintomas);

**Tipo Desorganizado (hebefrênico)** é atribuído sempre que se destacam discurso e comportamento desorganizados e afeto embotado ou inadequado (a menos que o Tipo Catatônico também esteja presente);

**Tipo Paranóide** é atribuído sempre que existe uma preocupação com delírios ou quando alucinações freqüentes são proeminentes (a menos que Tipo Catatônico ou Tipo Desorganizado esteja presente);

**Tipo Indiferenciado** é uma categoria residual, descrevendo apresentações que incluem sintomas proeminentes da fase ativa, mas não satisfazem os critérios para Tipo Catatônico, Desorganizado ou Paranóide;

**Tipo Residual** serve para apresentações nas quais existem evidências contínuas da perturbação, mas os critérios para os sintomas da fase ativa não mais são satisfeitos.

A Esquizofrenia Tipo Catatônico apresenta uma acentuada perturbação psicomotora, que pode envolver imobilidade motora (cataplexia, flexibilidade cêrea ou estupor), atividade motora excessiva (desprovida de sentido e não influenciada por estímulos externos), extremo negativismo (postura rígida contra tentativas de mobilização ou resistência a toda e qualquer instrução), mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia.

Aspectos adicionais incluem estereotípias, maneirismos e obediência ou imitação automáticas. Durante o estupor grave ou a excitação catatônica, a pessoa pode necessitar de cuidadosa supervisão, para evitar danos a si mesma ou a outrem.

A esquizofrenia tipo desorganizado (hebefrênico) tem como característica discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto embotado ou inadequado. O discurso desorganizado pode ser acompanhado por atitudes tolas e risos sem relação adequada com o conteúdo do discurso.

Karl L. Kahlbaum, em 1863, descreveu a hebefrenia como uma doença mental própria de adolescentes, levando os portadores rapidamente à loucura. Ewald Hecker, discípulo de Kahlbaum, em 1871, caracterizou mais detalhadamente a hebefrenia por “afeto bobo, pueril”, por alterações comportamentais graves e desagregação progressiva do pensamento (23).

A esquizofrenia paranóide é o subtipo mais comum, fortemente associado à criminalidade. Em estudo realizado por Joyal *et al.* (24), a maioria de esquizofrênicos foram diagnosticados com o tipo paranóide mostrando vários graus de violência.

Foram observados comportamentos homicidas influenciados por sintomas psicóticos mais por delírios do que por alucinações (25-27) e o delírio mais frequente foi relacionado ao delírio persecutório (26, 28-31).

A característica essencial da esquizofrenia, tipo paranóide, é a presença de delírios ou alucinações auditivas proeminentes no contexto de uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. Os delírios são tipicamente persecutórios ou grandiosos, ou ambos, mas delírios envolvendo outros temas também podem ocorrer.

Os delírios podem ser múltiplos, mas geralmente são organizados em torno de um tema coerente. As alucinações também são tipicamente relacionadas ao conteúdo do tema delirante. Aspectos associados incluem ansiedade, raiva, afastamento e tendência a discussões.

Algumas evidências sugerem que o prognóstico para o Tipo Paranóide pode ser consideravelmente melhor do que para os outros tipos de esquizofrenia, particularmente com relação ao funcionamento ocupacional e à capacidade para a vida independente.

## EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ESQUIZOFRÊNICOS

---

A esquizofrenia atinge cerca de 1% da população geral, com dois milhões de novos casos por ano em todo o mundo (no Brasil, são 56 mil casos novos por ano) (32).

Numa revisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o impacto mundial da doença, Murray & Lopez (33) relataram uma taxa de prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres. Taxas de prevalência mais elevadas também têm sido relatadas em estudos recentes realizados na América Latina, incluindo estudos no Brasil (34, 35).

Vários achados importantes foram feitos por Saha *et al.* (36). A análise indicou que a prevalência é de 4,0/1000 e não 1%, como relatado no Manual de Estatística e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (37), quarta edição e outros livros texto.

Em relação à idade, casos novos de esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade e acima dos 50 anos. Quando o começo é insidioso, há uma dificuldade de se estabelecer com precisão o início da doença.

Albus *et al.* (38) investigaram 197 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico na Alemanha com diagnóstico de esquizofrenia pelos critérios do DSM-III-R. A idade na primeira admissão hospitalar foi mais precoce para os homens (média de 25 anos) do que para as mulheres (média de 30 anos).

Entretanto, para o subgrupo de pacientes com história familiar positiva para transtornos psicóticos em parentes de primeiro grau não houve diferença entre os gêneros quanto à idade de início, mas esses pacientes apresentaram um início de doença mais precoce do que aqueles sem antecedentes familiares.

Suvisaari *et al.* (39) também observaram uma associação entre história familiar positiva e início mais precoce para a esquizofrenia.

O começo da doença é mais precoce no homem do que na mulher. Entretanto, na presença de história familiar positiva para transtornos psicóticos, a idade de início é igualmente precoce em ambos os gêneros. Não há diferenças estatisticamente significativas na prevalência da esquizofrenia entre os gêneros (39).

Raros são casos novos antes da puberdade e depois dos 50 anos. As mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social.

## HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

---

O Hospital de Custódia ou Manicômio Judiciário remonta ao final do século XIX, na Inglaterra, quando a Escola Positiva de Direito Criminal foi aceita, considerando a transgressão à norma um sintoma de uma doença e não uma questão de livre-arbítrio, como comungava a Escola Clássica, procurando a causa que levou o indivíduo a delinquir, concentrando sua ação no criminoso e não no crime, não na punição, mas no tratamento e regeneração do criminoso.

Em 1903, no Brasil, o Decreto nº. 1.132, de 22/12/1903 determinou a construção dos manicômios judiciários. No mesmo período, no Hospício Nacional do Rio de Janeiro, começou a funcionar a “Seção Lombroso”, com o objetivo de receber loucos que tivessem cometido algum delito.

Mas foi apenas em primeiro de maio de 1921 que se inaugurou a primeira instituição brasileira, localizada no Rio de Janeiro (40).

As medidas de segurança surgem no Código Penal brasileiro como medidas especiais para criminosos específicos: os doentes mentais perigosos. Segundo o ministro Francisco Campos (41), as medidas de segurança diferem das penas, que são repressivas e intimidantes, por serem de finalidade preventiva, “embora aplicáveis, em regra, *post delictum*”.

## CRIMINOLOGIA

---

Criminologia é a ciência que se ocupa do crime, do criminoso, da vítima e do controle social dos delitos (42).

Sendo o crime um fenômeno complexo, biopsicossocial, vários aspectos estão envolvidos: morais, religiosos, econômicos, históricos, antropológicos, biológicos, psicológicos, psicopatológicos, transformados no tempo e no espaço, de acordo com os sistemas político e jurídico e as tradições e valores da sociedade (10, 43).

Segundo Sykes, “Ao estudar o crime devemos ter consciência de que as descobertas científicas, normalmente consideradas como impessoais e objetivas, trazem invariavelmente consigo a marca do tempo e do lugar” (44).

A Criminologia, como ciência, surgiu há pouco mais de um século. Foram três principais escolas penais:

Escola	Criminalidade	Crime	Pena
Clássica	Livre arbítrio	Entidade jurídica	Castigo
Positiva	Determinismo	Sintoma do agente; fenômeno social	Defesa social
Eclética	Arbítrio associado a fatores criminogenéticos	Fenômeno natural e entidade jurídica	Tratamento compulsório ressocializante

Essas escolas, ao seu modo, tratam do problema criminológico, mas este ultrapassa, em complexidade, todas elas. O direito criminal caracteriza-se pela importância do tipo de crime e a sua consequência sancionatória; já a Criminologia leva em consideração a compreensão da realidade criminal em todos os seus aspectos.

A Criminologia só é reconhecida com a escola clássica, que vê no problema do crime a racionalidade do homem. Essa escola tem em Cesare Beccaria seu maior

representante, cuja principal obra foi “*Dei delitti e delle pene*” (1764), onde centrou a sua preocupação no sistema penal estabelecido de modo arbitrário (45).

“O crime é a infração da lei promulgada pelo Estado para a proteção da segurança dos cidadãos, como resultante da ação externa do homem, moralmente imputável e politicamente danosa” (46).

A escola positiva tem início com o surgimento do livro “*L’Uomo delinquente*”, de Cesare Lombroso (3), em 1876. Como características fundamentais dessa escola realçam-se o postulado determinista do comportamento e a rejeição do livre arbítrio.

Segundo Lombroso o criminoso poderia ser reconhecido por certos estigmas físicos como dentição anormal, assimetria do rosto, entre outros. Houve uma profunda transformação político-intelectual no estudo do crime, durante esse século.

As expectativas das reformas penais e penitenciárias não lograram êxito, levando não apenas ao aumento da criminalidade como sua diversificação, com altas taxas de reincidência. Houve uma mudança total do sistema legal para o delinquente e a penitenciária (47), levando-se a questionar a natureza e as causas do crime.

Também houve teorias sociológicas com Tarde e Enrico Ferri, a anomia de Durkheim, a fenomenologia de Husserl, as tipologias de Sheldon e Kretschmer. Para Durkheim não existe sociedade sem crime; o crime não é mais estudado em abstrato, mas também o meio social onde se desenvolve. Ele viu que as ações e pensamentos coletivos têm uma realidade exterior aos indivíduos, que a eles se adaptam em cada momento do tempo, com um poder coercitivo imposto.

Para Durkheim (48), uma conduta, censurável em determinado momento, pode deixar de ser em outro momento de evolução cultural. Sendo assim, um ato criminoso transpõe de forma negativa uma construção de valores. “Não há ato algum que seja em si mesmo, um crime. Por mais graves que sejam os danos que ele possa causar, o seu

autor só será considerado criminoso se a opinião comum da respectiva sociedade o considerar como tal “(49).

Essa escola representou um salto qualitativo no tratamento do crime. Com ela nasceu a Criminologia científica de forma sistemática.

A partir do início do século XIX a loucura começou a perder suas representações mitológicas, religiosas e supersticiosas. As atribuições dadas a intervenções demoníacas, a bruxas ou a astros deixaram de existir dando lugar à doença mental. Como consequência, um movimento destinado a eliminar os tratamentos desumanos e cruéis e submeter os loucos a tratamento hospitalar foi iniciado.

Prichard, em 1835, publicou a tese da loucura moral (*Schwachsinn*), descrevendo a manifestação de um grupo de pacientes, como violentos incontroláveis (“a capacidade de autocontrole está ausente ou fortemente danificada” (50)). A essa manifestação ele chamou de insanidade moral, pois eles apresentavam uma “perversão mórbida” nas esferas dos valores éticos, dos sentimentos e dos humores. Porém, a insanidade moral não provocava alterações cognitivas ou manifestações delirantes (“... falam ou raciocinam sobre qualquer assunto que se propõe a eles...”) (51, 52).

Na tentativa de explicar o crime a partir da idéia de doença mental, surgem como parte importante deste processo Pinel e Esquirol. Com outros colaboradores, dentre eles Falret, Esquirol (53) participou da Lei de 30 de junho de 1838, para a assistência aos insanos. Foi determinada a criação obrigatória de estabelecimentos públicos para insanos, denominados por ele, asilos.

Atualmente teorias criminológicas sociais e orgânicas vêm perdendo espaço para o elemento biopsicossocial. Crescem estudos de endocrinologia associando agressividade a alterações hormonais, estudos genéticos tentando identificar no genoma humano um possível “gene da criminalidade” (54), além dos fatores sociais.

## ESQUIZOFRENIA E CRIMINALIDADE

---

As causas de comportamento violento têm sido discutidas com resultados conflitantes. Álcool e drogas são os maiores fatores de risco para violência, não apenas na população geral, mas particularmente esquizofrênicos (55). Indivíduos com esquizofrenia que usaram múltiplas substâncias tiveram probabilidade maior que doze vezes de violência que indivíduos esquizofrênicos que não usam substâncias (56).

Em um estudo realizado na Suíça, abuso de substância foi encontrado em metade da população de homens estudada (esquizofrenia e transtorno afetivo) e aqueles com abuso de substância tiveram duas vezes mais probabilidade de ter registro criminal. Quando comparados à população geral, crimes violentos estavam aumentados em pacientes esquizofrênicos sem comorbidade com abuso de substâncias. Homens com transtorno mental maior têm uma probabilidade aumentada de se tornar criminoso mesmo quando não há comorbidade com drogas (57).

Swanson et al. (58) observaram que violências de menor intensidade estavam associadas à coexistência de abuso de substâncias e fatores interpessoais e sociais, enquanto violências mais graves foram associadas a sintomas psicóticos e depressivos.

Em um estudo epidemiológico na Alemanha, Häfner e Böker (59) encontraram que não havia um excesso de doentes mentais entre os criminosos violentos da década 1955-1964, quando comparados com a população geral. Encontraram também que a idade média do doente mental criminoso por ocasião do crime era 10 anos maior do que a do criminoso da população geral, sugerindo que a doença mental, ao contrário, retarda a expressão do ato de violência.

Ververa et al. (60) encontraram uma taxa de violência, na amostra de esquizofrênicos estudada, estável com o tempo, sob condições estáveis.

Junginger (61) mostra que o que induz comportamento agressivo não é a doença mental, mas a presença de sintomas como delírios e alucinações: em muitos casos a violência dos doentes parece ser previsível e em alguns casos, uma resposta racional a crenças irracionais.

O fato de violência em esquizofrênicos e esquizoafetivos estar relacionada com certos sintomas e a concomitante falta de critérios mostra a possibilidade da violência não ser um resultado direto de um processo psicopatológico dessas desordens (62).

Criminologistas e peritos acreditam que a doença mental não é uma causa significativa de crime violento (63).

Estudos de Farrington e West (63) mostraram efeitos independentes pela pobreza, falha escolar, história familiar, maus tratos parentais, comportamento anti-social na infância e hiperatividade. Criminologistas defendem os mesmos fatores para comportamento transgressor entre os doentes mentais.

A maioria das pesquisas ou não encontrou uma associação entre doença mental e o risco de cometer crimes de violência, ou encontrou apenas uma discreta associação, estatisticamente não significativa (64). Entretanto foi encontrada uma associação entre efeitos de álcool e outras drogas e violência.

Foi observado também que pessoas portadoras de Transtorno de Personalidade Anti-Social estariam mais propensas ao crime.

Moran encontrou um transtorno de personalidade comorbida independentemente associado com o aumento do risco de comportamento violento em psicose (65). Segundo Morana (4), a droga age como um fator desinibidor do comportamento para a população de pacientes com transtornos específicos da personalidade.

Em tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, em 2001, o autor estudou as principais características do crime de homicídio cometidas por

esquizofrênicos e não-esquizofrênicos, encontrando familiares como maiores vítimas dos esquizofrênicos. O motivo aparente do crime estava ligado a idéias delirantes relacionadas à vítima (66).

A pesquisa realizada por Junginger et al. (67) mostrou que graves transtornos mentais e abuso de substâncias tiveram pouco efeito nos crimes. Entretanto aqueles com abuso de substâncias tinham uma maior probabilidade de cometer um crime do que aqueles com transtorno mental.

Em recente revisão, a maioria dos estudos mostra uma moderada, embora estatisticamente significativa associação entre transtorno mental maior e crime, especialmente em pacientes com esquizofrenia. O risco de cometer crime aumenta com a gravidade do delito e é maior para homicídio, comparado à população geral. Porém, foi verificado que a população sofre maior risco com pessoas com abuso de substâncias e transtorno de personalidade (68).

Nordstrom et al. (69) observaram que indivíduos com esquizofrenia têm um risco aumentado de cometer crimes violentos, embora suas contribuições para a criminalidade na sociedade seja pequena.

## **OBJETIVO**

---

Estudar a criminalidade entre portadores de esquizofrenia que cometeram algum ilícito penal e que se encontram no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, em medida de segurança ou aguardando sentença judicial.

Descrever a população geral do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, determinando as doenças;

Validar, na amostra de doentes esquizofrênicos, o diagnóstico de esquizofrenia;

Relacionar o tipo de crime, a presença de esquizofrenia, o contexto da ocorrência do delito e a presença do uso de drogas.

## MÉTODO

---

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o protocolo n° 231/2004-CEO/CCS, de acordo com a resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes consentiram livremente, por escrito, após prévio esclarecimento, em participar da pesquisa, sendo-lhes garantido sigilo absoluto sobre todas as informações obtidas. O tipo de pesquisa utilizada foi um estudo transversal ou seccional descritivo.

Para a avaliação dos pacientes submetidos à pesquisa, o DSM-IV, atualmente em sua 4ª edição foi, por nós, utilizado.

A SCID foi aplicada em uma única entrevista, levando em média 60 a 120 minutos, dependendo da complexidade da história psiquiátrica e da habilidade do sujeito em descrever sua psicopatologia sucintamente (70).

Os delitos cometidos pelos pacientes esquizofrênicos foram analisados segundo o Código Penal Brasileiro.

### Local e Pesquisa

Foi realizado um levantamento global no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, por informações contidas nos prontuários, do diagnóstico da doença mental, do crime cometido, da idade, da naturalidade, da profissão, da instrução, da situação sócio-econômica e do estado civil dos pacientes que se encontravam nessa instituição no período de julho de 2004 a março de 2006.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Pernambuco, inaugurado em 15/5/92, antes conhecido como Instituto Médico Penal, situado na Ilha

de Itamaracá, no Engenho São João, com uma área de aproximadamente 3500 m<sup>2</sup> e estrutura para receber 454 pacientes, faz parte das 17 unidades do sistema prisional do Estado. É uma instituição vinculada à Secretaria de Ressocialização, ligada à Secretaria de Defesa Social, que tem como objetivo custodiar e tratar doentes mentais que cometeram crimes e que estão sob a guarda da justiça.

A estrutura física do HCTP é composta por área administrativa e pavilhões e equipe técnica. A área administrativa divide-se em setores jurídico-penal, psicossocial, de laudo, pessoal, alojamento dos médicos, farmácia, escola, cozinha/refeitório, padaria/lavanderia. São cinco os pavilhões: Santa Bárbara (para mulheres), Recuperação, São José, São Francisco, São Lucas.

A equipe técnica é composta por seis médicos plantonistas, dois médicos clínicos, dois odontólogos, três médicos assistentes, quatro médicos peritos, quatro psicólogos, quatro assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, dois fisioterapeutas, um farmacêutico, sete enfermeiras e 32 técnicos de enfermagem.

Os pacientes da pesquisa foram portadores de esquizofrenia, que se encontravam no HCTP de Pernambuco, entrevistados nessa instituição.

#### Amostra

Foi utilizada uma amostra de 40 pacientes de ambos os gêneros, que cometeram algum tipo de delito, com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os critérios da (SCID-IV) (Anexo 1).

Cinco pacientes diagnosticados como esquizofrênicos pela instituição não corresponderam ao diagnóstico pelo critério da SCID.

Foram selecionados apenas aqueles que satisfizeram esses critérios, sendo excluídas todas as outras patologias psiquiátricas.

Não nos foi possível aplicar o SCID ao restante da população esquizofrênica por dificuldades operacionais.

As profissões foram agrupadas em grandes grupos/títulos seguindo a Classificação Brasileira das Ocupações (CBPO) de 2002 (Anexo 2).

#### Análise Estatística

Foi realizada análise estatística dos dados, utilizando-se o GraphPad Prism version 3.00 for Windows, GraphPad Software.

#### População Forense

Foi solicitada à Diretora do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, prévia autorização para realização da pesquisa, com colaboração da equipe de enfermagem e dos agentes penitenciários.

#### Critérios de Inclusão

Pacientes diagnosticados pelo SCID-IV como esquizofrênicos, que cometeram algum ilícito penal, processados pela justiça e que estão cumprindo medida de segurança ou aguardando sentença.

#### Critérios de Exclusão

Pacientes que estavam em alta progressiva ou aqueles que não puderam comparecer à entrevista, por serem considerados de alta periculosidade, uma vez que cometeram atos de violência dentro do HCTP.

## RESULTADOS

Dos 175 pacientes contendo prontuários com informações completas 75 (43%) tinham o diagnóstico de esquizofrenia isolada ou associada a outra doença; 39 (22,3%) com diagnóstico de retardo mental, 16 (9,1%) com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, 11 (6,3%) com outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física, 8 (4,6%) com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, 7 (4%) com epilepsia, 6 (3,4%) com psicose não-orgânica não especificada, 4 (2,3 %) com outros transtornos ansiosos, 3 (2%) com transtornos específicos da personalidade, 2 (1,1%) com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides, 2 (1,1%) com transtornos esquizoafetivos, 1 (0,6%) com transtornos psicóticos agudos e transitórios, 1 (0,6%) com transtorno afetivo bipolar.

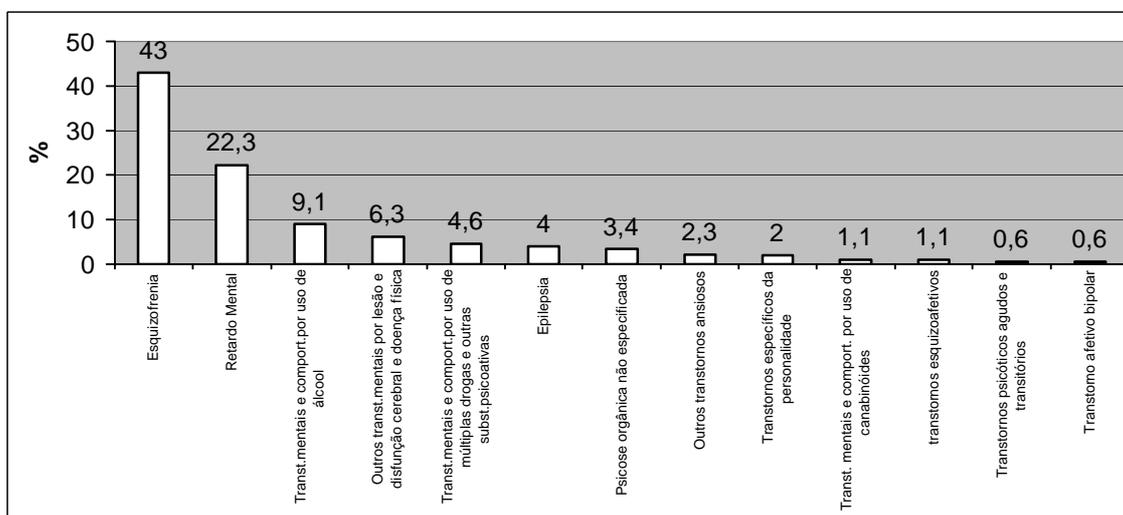


Figura 1. Distribuição por tipos de doenças mentais encontradas na população geral de 175 pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O diagnóstico de esquizofrenia foi validado em 40 pacientes, sendo 34 homens (85%).



Figura 2. Distribuição por pacientes esquizofrênicos de ambos os gêneros no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Dos 40 pacientes, 72% apresentaram o subtipo paranóide, 15% o subtipo residual, 10% o subtipo indiferenciado, 2,4% o subtipo hebefrênico e 2,4% o subtipo catatônico.

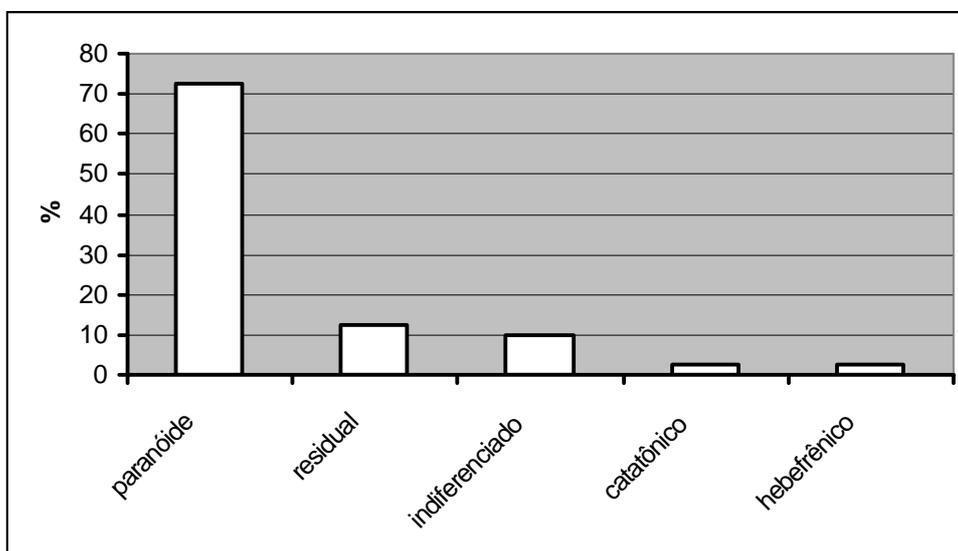


Figura 3. Distribuição por tipos de esquizofrenia nos 40 pacientes esquizofrênicos estudados.

A média de idade atual foi  $41 \pm 7,5$  anos, sendo a menor idade 26 e a maior 55 anos. A faixa etária atual encontrada nos portadores de esquizofrenia foi de 30-34 anos

e 45-49 anos, ambos com 25%, seguidos por 40-44 anos (20%), 35-39 anos (12,5%), 50-54 anos (10%), 25-29 anos (5%), e 55-59 anos (2,5%).

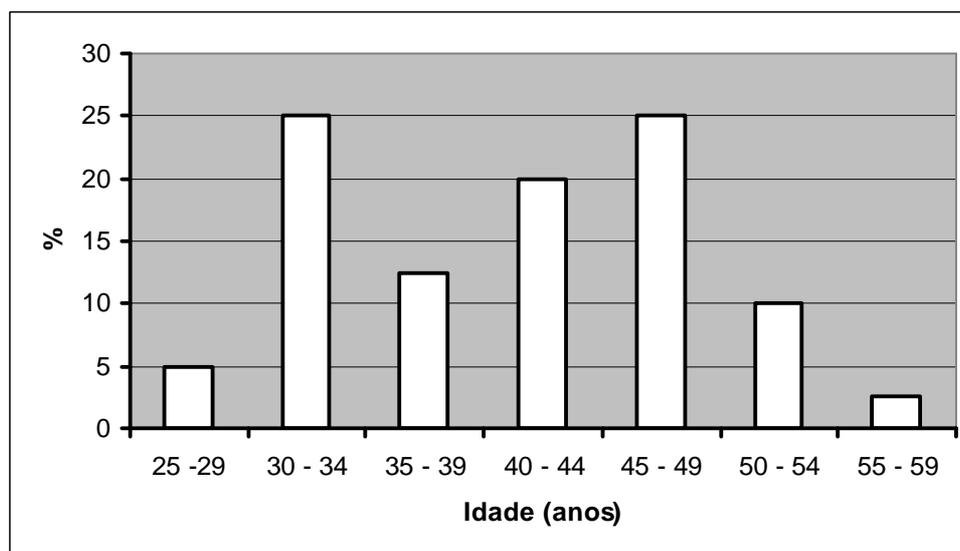


Figura 4. Distribuição, por faixa etária (em intervalos de cinco anos), da idade atual dos pacientes esquizofrênicos.

A média de idade na época do crime foi  $32 \pm 7,3$  anos, sendo a menor 20 e a maior 49 anos. A faixa etária encontrada foi de 25-29 e 30-34, ambos com 22,5%, 20-24 (20%), 35-39 (15%), 40-44 (12,5%) e 45-49 (7,5%).

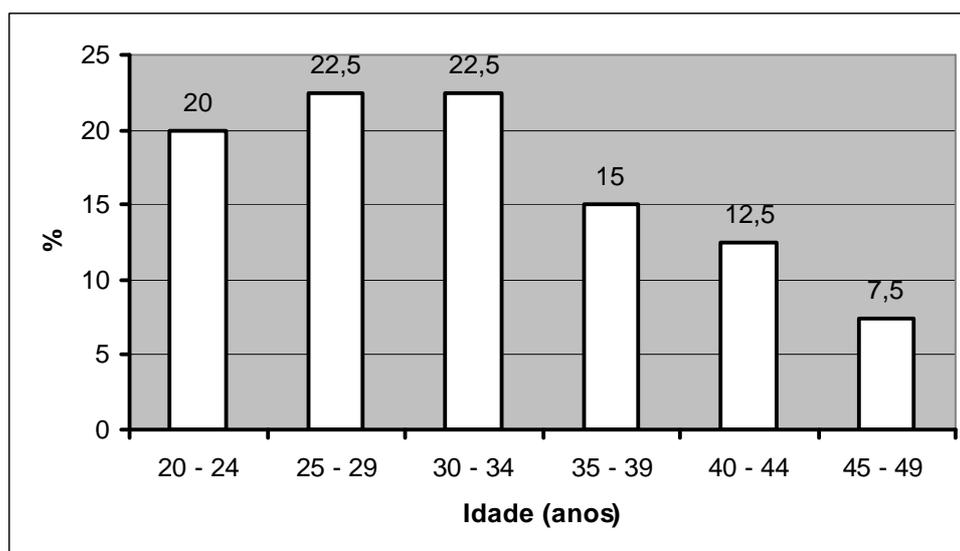


Figura 5. Distribuição, por faixa etária (em intervalos de cinco anos), da idade na época do crime dos 40 pacientes esquizofrênicos.

A média de tempo de internamento de cada paciente foi de  $7,3 \pm 5,4$  anos, sendo o menor tempo um e o maior 26 anos. A maioria tinha o tempo de internamento de 1-5 anos (45%).

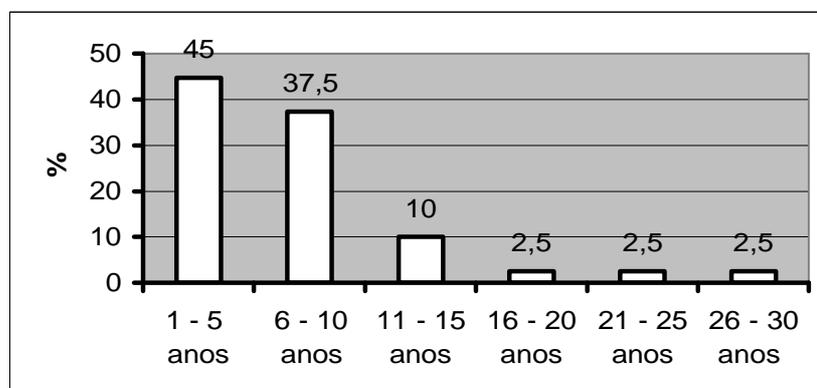


Figura 6. Distribuição por tempo de internamento dos 40 pacientes esquizofrênicos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a cada cinco anos.

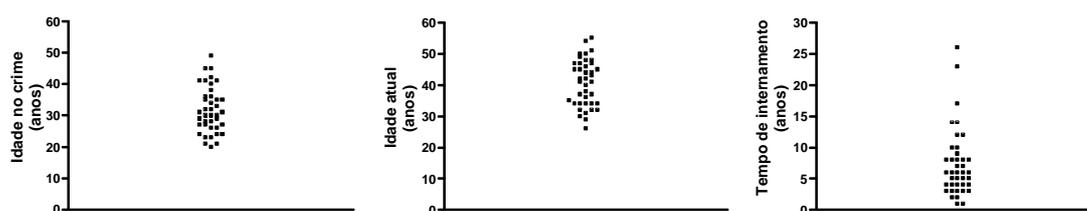


Figura 7. Gráficos de dispersão da idade no crime, da idade atual e do tempo de internamento.

Tabela 1. Faixa etária (em intervalos de cinco anos) à época do crime, à época da pesquisa e tempo de internamento no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco dos pacientes esquizofrênicos.

Idade no crime (anos)			Idade atual (anos)			Tempo de internamento (anos)		
	n	%		n	%		n	%
20 - 24	8	20	25 - 29	2	5	1 - 5	18	45
25 - 29	9	22,5	30 - 34	10	25	6 - 10	15	37,5
30 - 34	9	22,5	35 - 39	5	12,5	11 - 15	4	10
35 - 39	6	15	40 - 44	8	20	16 - 20	1	2,5
40 - 44	5	12,5	45 - 49	10	25	21 - 25	1	2,5
45 - 49	3	7,5	50 - 54	4	10	26 - 30	1	2,5
			55 - 59	1	2,5			
Total	40	100		40	100		40	100

Em relação ao grau de escolaridade, o maior grupo foi o de analfabetos (36,6%), seguido pelo primeiro grau completo (29,3%), primeiro grau incompleto (17,1%), segundo grau incompleto (12,2%), segundo grau completo (2,4%), terceiro grau incompleto (2,4%) e técnico (2,4%).

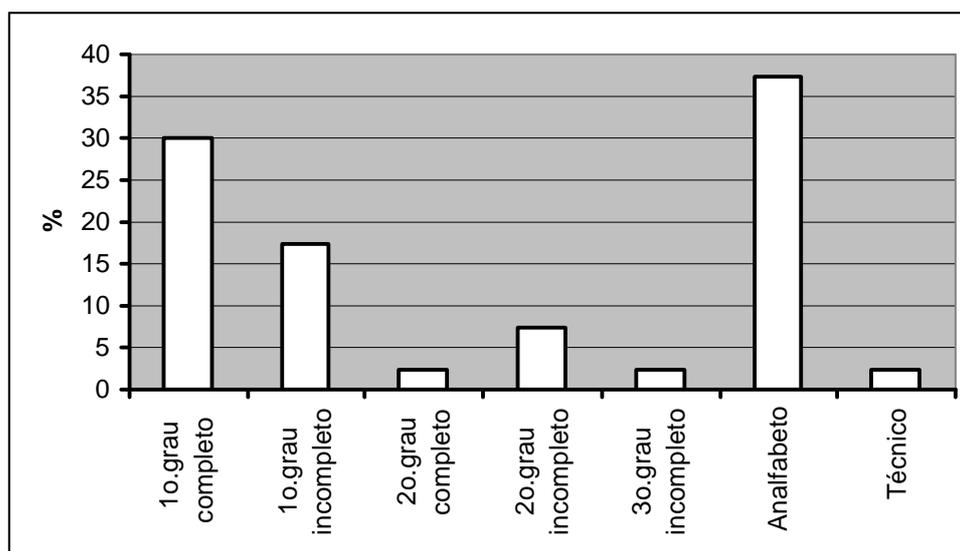


Figura 8. Distribuição por grau de escolaridade entre os pacientes esquizofrênicos.

Quanto ao estado civil, 65,8% dos pacientes esquizofrênicos eram solteiros, 26,8% casados (inclusos ligações afetivas estáveis e coabitação) e 7,3% divorciados.

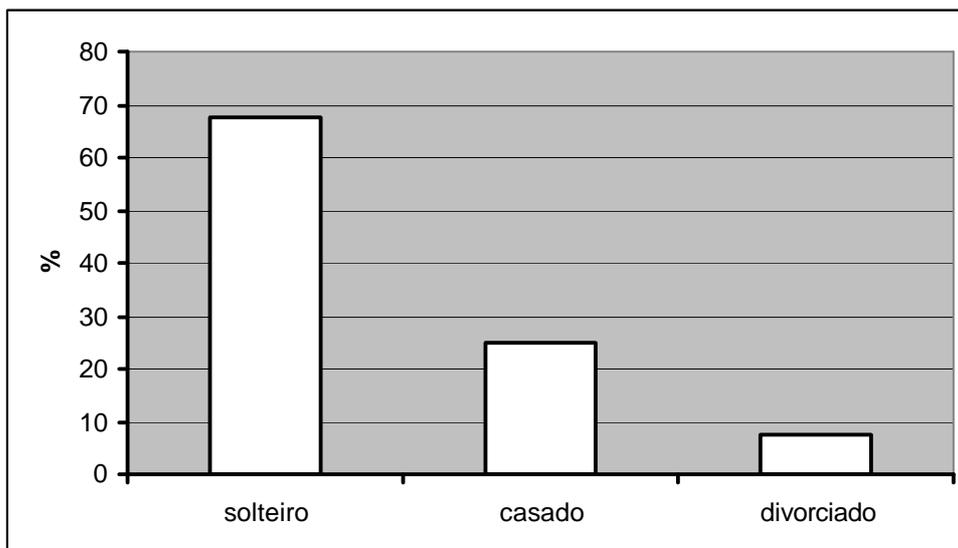


Figura 9. Distribuição por estado civil dos 40 pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A religião predominante foi a católica, com 61% dos pacientes; 34,1% evangélicos e 4,9% sem religião.

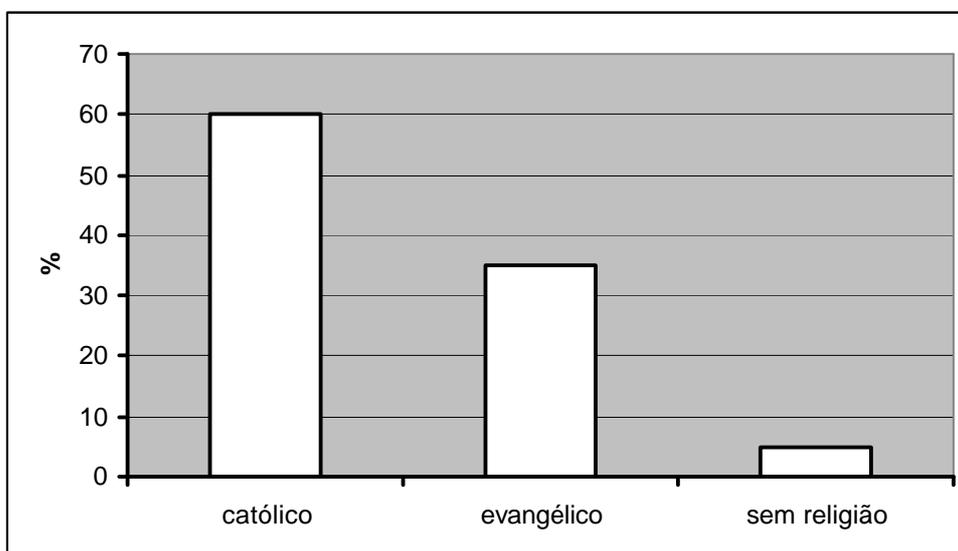


Figura 10. Distribuição por tipos de religião encontrada dos 40 pacientes esquizofrênicos.

Dos 40 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, 42,5% não faziam uso de drogas ilícitas ou lícitas, exceto nicotina; 35% faziam uso de álcool; 17,5% faziam uso de múltiplas drogas (maconha, cocaína e álcool) e 5% faziam uso de maconha.

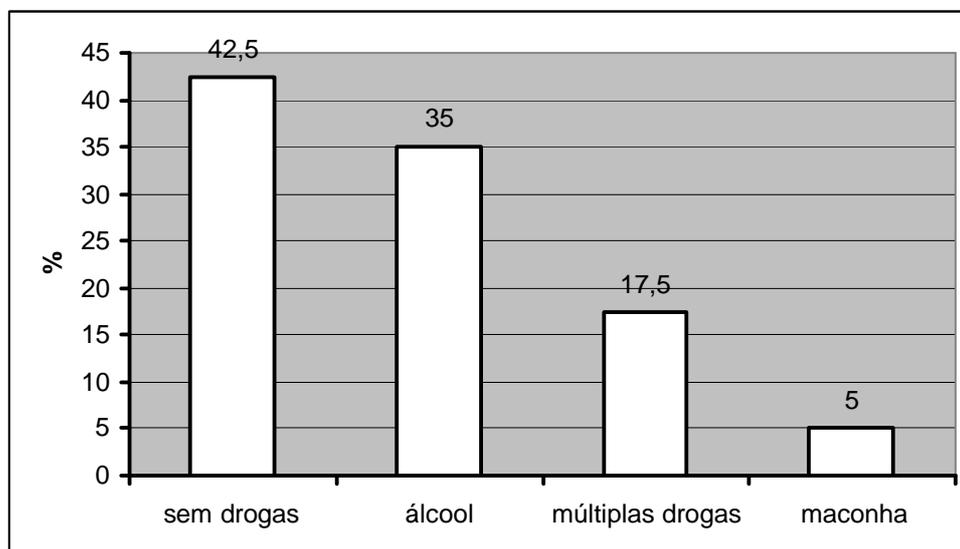


Figura 11. Distribuição por história prévia do uso de drogas encontradas entre os 40 pacientes esquizofrênicos.

Os tipos de crimes foram: homicídio (55%), tentativa de homicídio (22,5%), lesão corporal (15%), atentado violento ao pudor (2,5%), danos ao patrimônio público, danos a objetos da casa e violação de domicílio (2,5%) e resistência à execução de ato legal (2,5%). De todos os delitos, 50% estavam relacionados aos familiares e 50% à população geral. Dos homicídios, 68% foram cometidos contra familiares e 32% contra a população geral.

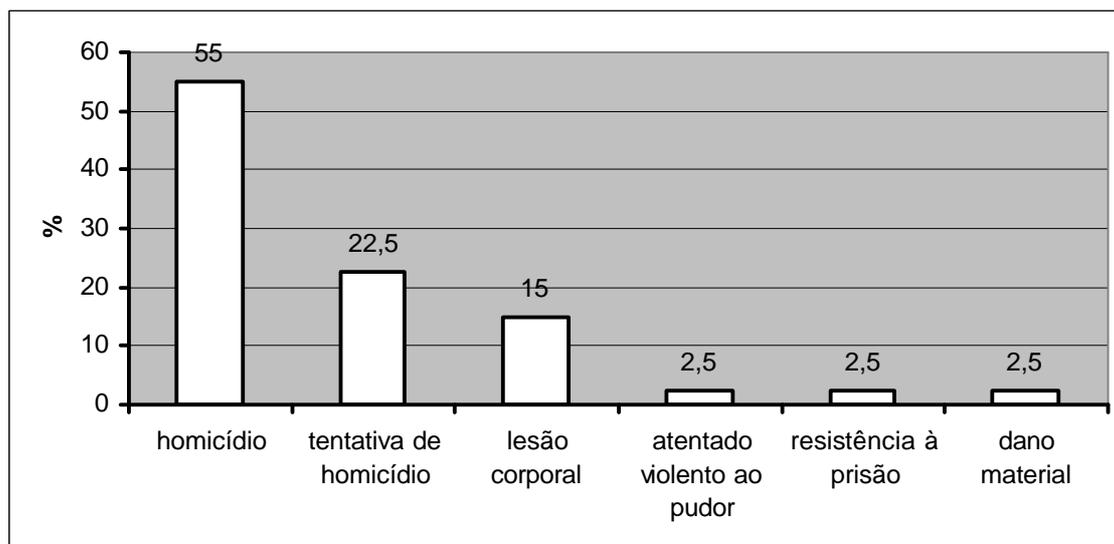


Figura 12. Distribuição por tipos de crimes, segundo o Código Penal Brasileiro (CPB), cometidos por 40 pacientes esquizofrênicos, que se encontram no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

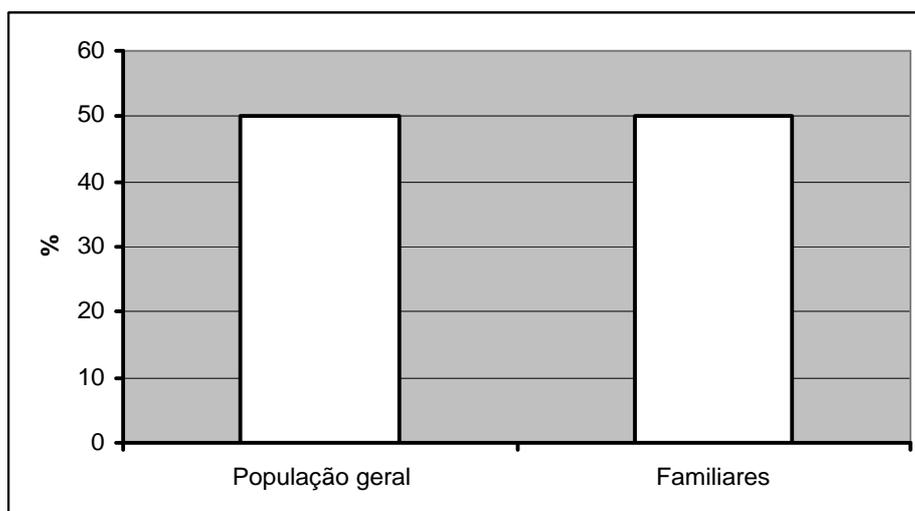


Figura 13. Distribuição pelos diversos delitos cometidos na população geral e nos familiares por 40 pacientes esquizofrênicos.

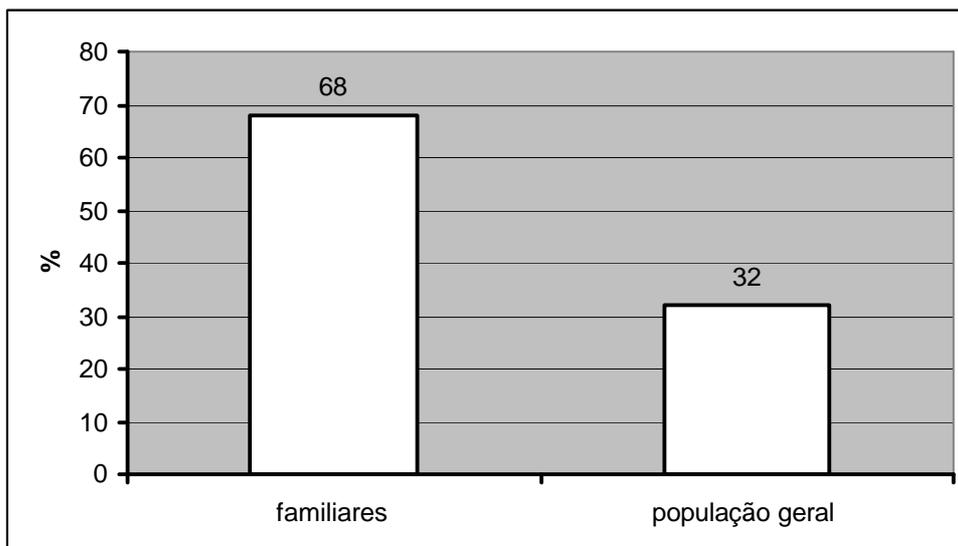


Figura 14. Distribuição por crimes de homicídio cometidos por 40 pacientes esquizofrênicos contra familiares e população geral.

As razões informadas pelos 40 pacientes, como motivo para seus crimes, foram delírios de perseguição 14 (35%), perda do controle 10 (25%), desconfiança 6 (15%), delírios de ciúme 6 (15%) e comando de vozes 4 (10%).

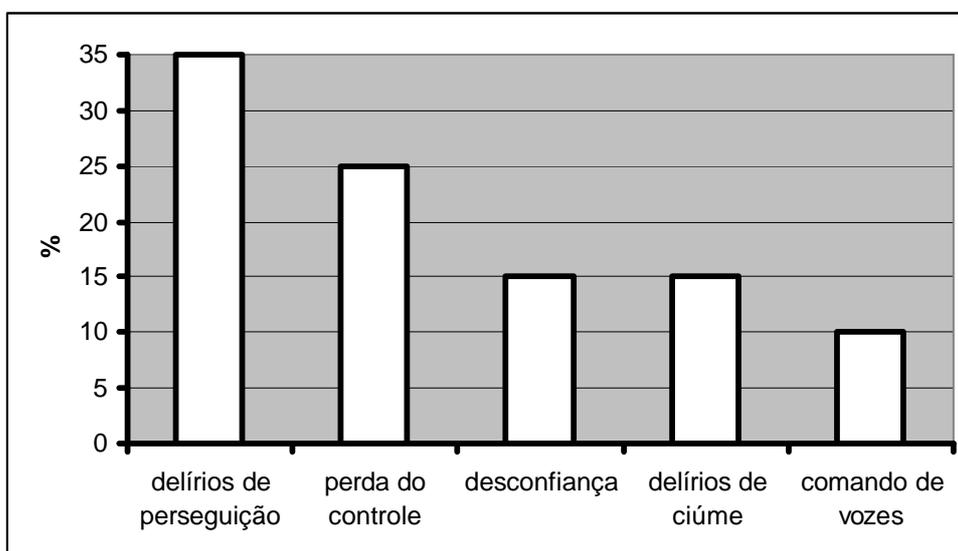


Figura 15. Distribuição dos motivos apresentados, para execução do delito, por 40 pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O número de internamentos no HCTP dos pacientes analisados foi de 85% com um internamento, 10% com dois internamentos e 5% com três internamentos.

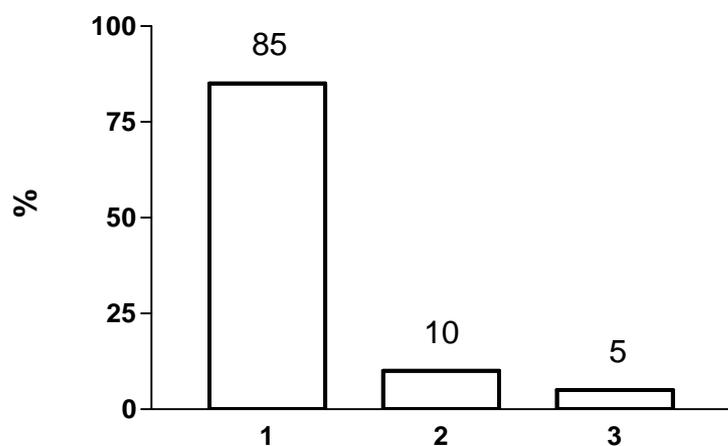


Figura 16. Distribuição por número de internamentos, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, dos 40 pacientes esquizofrênicos.

Os delitos cometidos pelos pacientes esquizofrênicos foram distribuídos segundo o local de ocorrência, observado na figura 17.

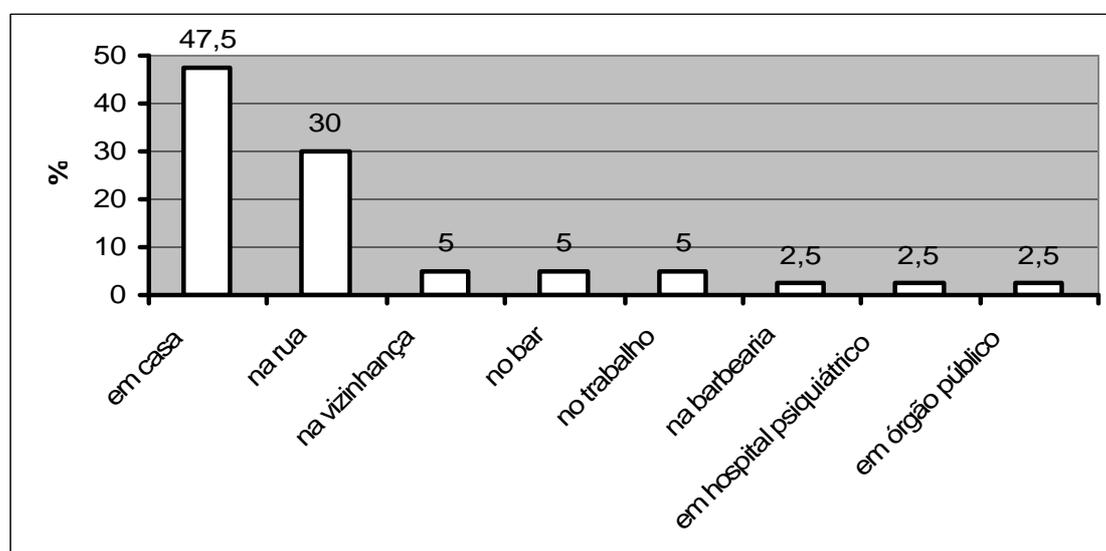


Figura 17. Distribuição por locais de ocorrência dos delitos cometidos por 40 pacientes esquizofrênicos.

Em relação à situação socioeconômica dos pacientes esquizofrênicos, o resultado foi determinado pela aplicação do critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Foram encontrados 65% dos pacientes na classe D, 17,5% na classe C e 17,5% na classe E.

Tabela 2 – Categoria socioeconômica dos pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico, pelo critério de Classificação econômica Brasil (Anexo 3).

	N	%
A1	-	-
A2	1	2,5
B1	-	-
B2	-	-
C	8	20
D	13	32,5
E	18	45
Total	40	100

Tabela 3. Lista de ocupação/profissão dos pacientes esquizofrênicos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Categorias Ocupacionais		N	%
<b>Grupo GG1</b>	Membros superiores do poder público, dirigentes de organização de interesse público e de empresas e gerentes		
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Grupo GG2</b>	Profissionais das ciências e das artes		
Músico		1	2,5
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>2,5</b>
<b>Grupo GG3</b>	Técnicos de nível médio		
Contabilista		1	2,5
Motorista		1	2,5
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>5,0</b>
<b>Grupo GG4</b>	Trabalhadores de serviços administrativos		
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Grupo GG5</b>	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e supermercados		
Vendedor		1	2,5
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>2,5</b>
<b>Grupo GG6</b>	Trabalhadores agropecuários, florestais e de pesca		
Agricultor		9	22,5
Pecuarista		1	2,5
Cortador de Lenha		1	2,5
<b>Total</b>		<b>11</b>	<b>27,5</b>
<b>Grupo GG7</b>	Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais		
Carpinteiro		1	2,5
Sapateiro		1	2,5
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>5,0</b>
<b>Grupo GG8</b>	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais		
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Grupo GG9</b>	Trabalhadores de reparação e manutenção		
Empregada Doméstica		1	2,5
Faxineiro		1	2,5
Merendeira		1	2,5
Arrumador		2	5
Mecânico		2	5
Ajudante de Pedreiro		5	12,5
Montador e Soldador		2	5
Pedreiro		3	7,5
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>42,5</b>
<b>Grupo GG10</b>	Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares		
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Outros</b>			
Do Lar		1	2,5
Estudante		1	2,5
Manicure		1	2,5
Porteiro		1	2,5
Vigilante		1	2,5
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>12,5</b>
<b>Sem profissão</b>			
Nunca trabalhou		1	2,5
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>2,5</b>
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Quanto à ocupação, houve uma grande variação de categorias profissionais, listadas na tabela 3, sendo essas distribuídas em grandes grupos/títulos, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBPO) de 2002 (ANEXO 2).

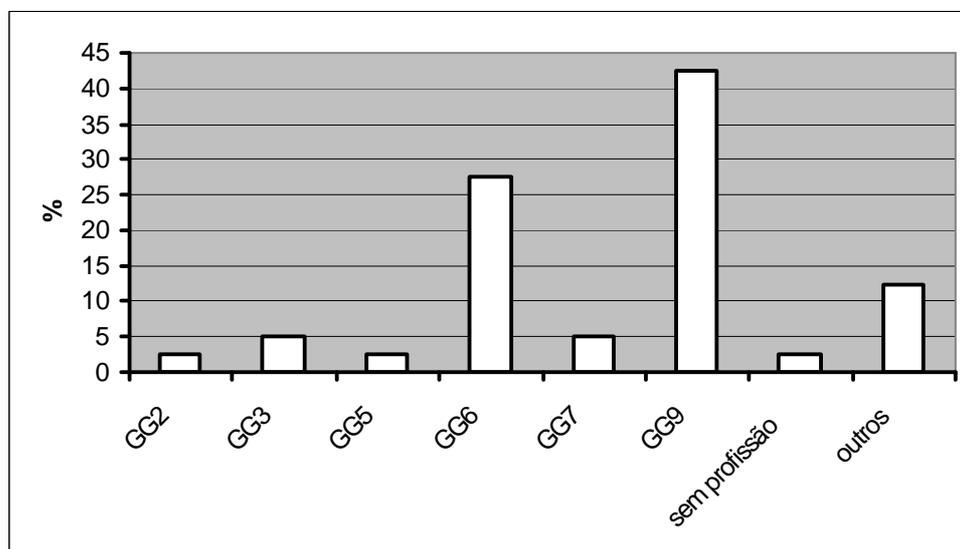


Figura 18. Distribuição por categorias profissionais, em grandes grupos, pela Classificação Brasileira de Ocupações, dos 40 pacientes esquizofrênicos.

## DISCUSSÃO

---

Transtornos mentais não são necessárias nem suficientes causas da violência (71). Os grandes determinantes da violência continuam sendo fatores sócio-demográficos e econômicos (54, 68, 72).

Segundo os fatores socioeconômicos de nossa amostra, encontramos uma população de classe socioeconômica baixa (20% da classe C, 32,5% da classe D e 45% da classe E), coincidindo com a literatura mundial (68, 71, 73). Ainda pudemos observar que 37,5% eram analfabetos e 22,5% tinham a agricultura como ocupação principal, localizada dentro do grupo GG6 da classificação Brasileira de Ocupações (ANEXO 2).

Com relação aos fatores sócio-econômicos e educacionais dos 40 pacientes entrevistados, houve uma predominância de analfabetos e ocupação principal centrada na agricultura, o que sugere haver uma forte relação entre esses e a criminalidade na esquizofrenia.

Abuso de substância é o maior determinante de violência e isso é verdade quando ocorre no contexto de uma doença mental concorrente ou não. O comportamento violento em esquizofrênicos está fortemente associado ao abuso de substâncias. Não apenas o efeito de drogas, mas também a presença de transtorno de personalidade anti-social levariam ao aumento de comportamentos criminosos (4, 74, 75).

Em nosso estudo pudemos verificar que o grupo de usuários de drogas foi maior (57,5%), coincidindo com os dados mundiais. Também nos foi possível dividir o grupo de usuários de drogas nos tipos de drogas utilizadas. Encontramos 35% que faziam uso

apenas de álcool, 17,5% que faziam uso de múltiplas drogas e 5% que faziam uso apenas de maconha.

Considerando os grupos de usuários de drogas individualmente, observamos que os alguns achados mundiais podem estar subestimados, uma vez que há uma escassa divisão entre os grupos de usuários de drogas. Em nossa amostra, o grupo de pacientes que não fazia uso de qualquer tipo de droga (42,5%) ultrapassou os valores dos outros grupos individualmente.

Segundo dados do Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer (76), 18,8% da população brasileira é fumante. Em nossa amostra, 100% dos pacientes esquizofrênicos faziam uso ou já fizeram ou já haviam experimentado cigarro. Não há relatos, na literatura, da influência do tabagismo sobre a criminalidade.

Muito embora o uso de drogas seja um fator determinante de violência na literatura, o grupo que não fazia uso de qualquer tipo de droga foi maior em relação aos grupos divididos pelos tipos de drogas utilizadas, o que nos leva a concluir que, nessa amostra, não houve uma relação significativa da violência com o uso de drogas.

Entretanto, uma precoce identificação e tratamento dos problemas pelo abuso de substâncias e uma maior atenção ao diagnóstico e conduta dos transtornos produzidos pelo abuso de substâncias entre pessoas com sérios transtornos mentais podem ser estratégias de prevenção de violência potencial.

A sociedade exagera tanto a força da associação entre doença mental e violência e seus próprios riscos pessoais. Finalmente, muito pouco é conhecido sobre determinantes contextuais sociais da violência, mas pesquisas apóiam que os doentes mentais são mais vítimas do que perpetradores de violência (77).

O HCTP, reservado ao infrator doente mental, mostra uma prática real de um processo de dupla exclusão social, sem perspectivas de reintegração e reabilitação dos doentes.

A partir dos dados obtidos no HCTP, evidenciamos que, em sua aplicação concreta, o procedimento jurídico que envolve os doentes mentais, mostra-se aflitivo e punitivo, permitindo a manutenção de longas internações, que variaram de um a 26 anos, pondo em questão o seu caráter terapêutico.

Evidenciamos a falta de atividades dos pacientes, a precariedade de setores de terapia ocupacional, serviço social e psicoterapia estruturados, a deficiência dos serviços de laboratório e farmácia, o baixo número de profissionais de saúde e setor de segurança atuando na instituição, com um médico assistente para aproximadamente 100 pacientes internados.

O tratamento psiquiátrico mostra-se secundário, insuficiente e meramente paliativo, inexistindo um projeto terapêutico. Encontramos a grande maioria dos pacientes fazendo tratamento puramente farmacológico, com atendimentos de uma vez ao mês pelos médicos assistentes, sem controle regular dessa prática, ou seja, alguns ficam mais tempo sem serem vistos por esses.

A relação entre o poder judiciário e a prática psiquiátrica no HCTP pode ser vista sob dois aspectos: nas decisões quanto à internação, tempo de tratamento e alta, restringindo a atuação do médico assistente, determinada assim pelo processo jurídico; na prática psiquiátrica, exercida no HCTP, o objeto de atenção não é mais o doente mental, mas sua periculosidade, tornando-se dessa forma uma prevenção contra possíveis comportamentos violentos.

Uma vez descaracterizado da sua função, o médico psiquiatra impossibilita a instituição de atuar como assistência psiquiátrica. Anos de suposto tratamento levam à cronificação da doença mental.

O doente mental que cometeu algum crime sofre maiores desvantagens e injustiças, visto ser excluído dos benefícios da Lei de Execução Penal (LEP), por ser inimputável e receber medida de segurança e não pena.

Ao se considerar o tempo de internamento desses pacientes no HCTP, com média de 7,3 anos, levanta-se um questionamento sobre a funcionalidade da instituição para o que se propõe. Com essa realidade, os direitos humanos de cada paciente, como cidadão, são lesados, o que a torna inconstitucional, pois permite que o país implante, em alguns casos, prisão perpétua.

A média de idade à época do crime foi 32 anos, o que nos faz pensar que a esquizofrenia possa retardar a ação delituosa do indivíduo, uma vez que a média de idade dos infratores penais é bem menor, com início na adolescência, gerando inclusive debates em relação à redução da maioridade penal. Häfner e Böker (59) encontraram a idade do doente mental no crime 10 anos maior do que a idade do criminoso da população geral. Wessely também encontrou início tardio do crime em pacientes esquizofrênicos (63).

Encontramos a média de idade atual de 41 anos, reforçando o exposto acima, pois observamos um contínuo tratamento farmacológico há anos, sem que haja um trabalho integrado dos profissionais para o desenvolvimento da autonomia e cidadania dos pacientes.

Os reinternamentos dos pacientes estudados (10% para dois internamentos e 5% para três internamentos) foram pequenos em relação ao número de pacientes internados apenas uma vez (85%). Considerando-se o tempo que os pacientes permanecem

internados, não podemos concluir que haja uma diferença significativa em relação à população geral delituosa. As recidivas podem estar subestimadas.

Verificamos que os maiores alvos de homicídio cometido pelos portadores de esquizofrenia foram os membros da família e amigos (68%), em relação ao restante da população (32%). Estes dados coincidem com os de Monahan (78), 87% e 10,7% respectivamente e os de Joyal (24), 50 – 60% em membros da família e 12 – 16% em desconhecidos. Vários trabalhos também mostram essa relação (24, 62, 73, 75).

Em relação a todos os tipos de crimes cometidos pelos 40 pacientes estudados, não houve diferença entre membros da família e o restante da população (50%).

O subtipo de esquizofrenia mais predominante foi o paranóide (72,5%) coincidindo com os resultados de Joyal (24) e Sartorius (79).

Verificamos que certos tipos de sintomas psicóticos estavam mais associados a comportamentos violentos. Em nossa amostra, 35% (14) dos pacientes haviam cometido seus crimes por delírios de perseguição; 25% (10) por perda do controle devido às circunstâncias do crime, 15% (6) por desconfiança, 15% (6) por delírios de ciúme e 10% (4) por obediência a comandos de vozes de alucinações auditivas.

Nessa esfera, 60% dos pacientes haviam cometido seus crimes por sintomas psicóticos relacionados à doença e 40% cometeram o crime por sintomas não psicóticos.

Em estudo realizado por Joyal *et al.*, certos tipos de sintomas psicóticos (delírios de perseguição) e comando de vozes alucinatórias estavam diretamente relacionados a comportamentos violentos (24). Häfner e Böker encontraram 26% de esquizofrênicos criminosos com história de comando de vozes.

Diversos fatores podem influenciar no comportamento criminoso de pacientes esquizofrênicos, tais como a relação desses com a vítima, a localização do crime, as circunstâncias em que o crime ocorreu e sintomas psicóticos. Walsh *et al.* sugeriram

identificar três fatores em pacientes psicóticos que tinham um aumento do risco de cometer atos violentos: comorbidade com abuso de substâncias, recusa no uso de medicação e sintomas psicóticos ativos (80).

O tratamento adequado pode melhorar os sintomas psicóticos e diminuir a frequência de comportamentos agressivos em pacientes esquizofrênicos. Steinert *et al.* (55) observaram uma considerável diminuição de comportamentos agressivos após a manutenção de tratamento neuroléptico.

Pudemos observar o retorno de sintomas psicóticos em alguns pacientes que pararam ou diminuíram o uso da medicação prescrita, por problemas operacionais ou recusa ou dose insuficiente ou por estarem usando drogas dentro da instituição. Poucos foram os relatos de comportamentos violentos, embora existentes. Porém, o funcionamento do hospital, como presídio, diminui a possibilidade da ocorrência de agressões. Vale ressaltar que alguns pacientes, que receberam alta do HCTP, retornaram com os mesmos sintomas, pois não houve continuidade do tratamento.

Muitos desses pacientes encontram dificuldade em manter suas medicações, ter um acompanhamento ambulatorial, receber o apoio familiar para um tratamento adequado, acabando vítimas de seus próprios transtornos mentais.

Em nossa amostra, o local do crime mais frequente foi na própria residência, com 47,5%, seguido pela rua com 30%, na vizinhança, no bar e no trabalho com 5% e na barbearia, no hospital psiquiátrico e em órgão público com 2,5%. Crimes cometidos por esquizofrênicos tendem a ocorrer mais em residência do que em lugares públicos, uma vez que a maior parte dos crimes ocorre contra familiares (73).

Da amostra de 40 pacientes, o número de homens portadores de esquizofrenia que cometeram crime foi maior que o de mulheres (85%/15%). Entretanto nossa

amostra é pequena para concluir que o gênero, na esquizofrenia, influencie no comportamento delituoso.

Em nossa amostra o percentual de pacientes portadores de esquizofrenia que cometeram algum delito penal foi maior entre os solteiros (65,8%).

Parece haver uma forte relação entre a esquizofrenia e a busca pelo tratamento no âmbito espiritual. Apesar dessa realidade, em nossa amostra, não houve pacientes que faziam parte da religião espírita, sendo o maior número encontrado na religião católica (praticantes e não praticantes) (60%).

Do levantamento feito com a população geral de pacientes que se encontravam no HCTP, à época do estudo, 43% eram esquizofrênicos, seguidos por portadores de retardo mental (22,3%). Nosso estudo coincide com os dados encontrados no estudo realizado no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, em São Paulo, no ano de 1999, com 100 pacientes, onde 44% tinham esquizofrenia, 22% Transtorno de Personalidade e 14% Retardo Mental (81).

Não tivemos, dentro da população geral dos pacientes do HCTP, um percentual significativo de portadores de Epilepsia (4%).

O estado de Pernambuco, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (82), possui 7.918.344 de habitantes. Atualmente existem cerca de 17 estabelecimentos penais e mais de 70 cadeias públicas, com uma população carcerária de aproximadamente 15 mil reclusos em nosso estado (dados obtidos da Secretaria de Defesa Social) (83). Cerca de 300 pacientes se encontram no HCTP para serem submetidos a laudo psiquiátrico e terem ou não medida de segurança, permanecendo, caso positivo, na instituição, para tratamento.

Considerando-se a população geral carcerária e a população de esquizofrênicos criminosos, podemos pensar em um grupo que, embora não deixe de contribuir para o

total de crimes ocorridos dentro do estado, torna-se inexpressivo dentro da população geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

1. Dos 175 pacientes que fazem parte da pesquisa, 43% tinham esquizofrenia, 22,3%, Retardo Mental; 9,1%, Transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool; 6,3%, Outros transtornos mentais por lesão e disfunção cerebral e doença física; 4,6%, Transtornos mentais e comportamentais por uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas; 4%, Epilepsia; 3,4%, Psicose orgânica não especificada; 2,3%, Outros transtornos ansiosos, 2%, Transtornos específicos da personalidade; 1,1%, Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides; 1,1%, Transtornos esquizoafetivos; 0,6%, Transtorno afetivo bipolar.
2. Dos 40 pacientes esquizofrênicos, 36 (85%) eram homens.
3. O tipo de esquizofrenia mais freqüente foi a paranóide (72,5%).
4. Os tipos de sintomas psicóticos, que estavam mais associados a comportamentos violentos, foram os delírios de perseguição e ciúme e alucinações.
5. Os motivos do crime encontrados foram: 35% dos pacientes por delírios de perseguição; 25% por perda do controle devido às circunstâncias do crime, 15% por desconfiança, 15% por delírios de ciúme e 10% por obediência a comandos de vozes de alucinações auditivas.
6. Homicídio foi o maior tipo de crime encontrado (55%), seguido por tentativa de homicídio (22,5%) e lesão corporal (15%).
7. Dos homicídios, 68% foram cometidos contra familiares e 32% contra a população geral.
8. A média de idade atual, em anos, dos pacientes portadores de esquizofrenia foi 41.

9. A média de idade em anos, à época do crime, foi 32.
10. A média do tempo de internamento em anos, no HCTP (HCTP), foi 7,3.
11. O grau de escolaridade da amostra foi maior nos analfabetos (37,5%); primeiro grau completo (30%); primeiro grau incompleto (17,5%); segundo grau incompleto (7,5%); segundo grau completo, terceiro grau incompleto e técnico (2,5%).
12. O estado civil predominante foi de solteiros (67,5%), seguido dos casados (25%) e divorciados (7,5%).
13. A religião mais presente na amostra foi de católicos (60%). O restante foi de evangélicos (35%) e sem religião (5%).
14. Dos reinternamentos, 10% tiveram dois e 5% tiveram três. Encontramos 85% dos pacientes com apenas um internamento.
15. A residência foi o local do crime mais acometido.
16. Nossa amostra teve uma população de classe sócio-econômica baixa.
17. A ocupação mais encontrada foi de trabalhos agrícolas.
18. Os presentes dados coincidem com o da literatura mundial e também da nacional no que diz respeito à maior frequência de crime, dentre os transtornos psicóticos, entre esquizofrênicos.

## CONCLUSÃO

---

Apesar de o presente trabalho corroborar a literatura mundial quanto ao fato de que os esquizofrênicos cometem crimes pelos sintomas psicóticos em atividade à doença associados, o percentual de pacientes da amostra que cometeu crimes, não associados aos sintomas psicóticos, é expressivo.

Essa constatação de que um percentual representativo dos crimes cometidos por esquizofrênicos não está diretamente relacionado à doença, deve contribuir para a redução do preconceito de que a agressividade, violência e criminalidade são mais comuns nessa população (84).

Essa verificação sinaliza para a necessidade de um estudo pormenorizado dessa faixa pouco explorada dos crimes cometidos pelos esquizofrênicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 4th. APA ed. Washington DC; 1994.
2. Gattaz WF. Violência e doença mental: fato ou ficção? Rev Bras Psiquiatr 1999;21(4):196.
3. Ribeiro L. Medicina Legal e Criminologia. Livraria Avenida LDA ed. Rio de Janeiro; 1949.
4. Morana HCP. Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial [Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
5. Kretschmer E. Constitución Y Carácter - Investigaciones acerca del problema de la constitución y de la doctrina de los temperamentos. Editorial Labor ed. Barcelona; 1954.
6. Bastos O. Comunicação Pessoal. In; 2006.
7. Campos MS. Compêndio de Medicina Legal Aplicada. EDUPE ed. Recife; 2000.
8. Lopes MAR. Código de processo penal. Revista dos Tribunais ed. São Paulo; 2000.
9. Chalub M. Introdução à Psicopatologia Forense. Mailheiros Editores ed; 1993.
10. Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. Psiquiatria Forense. Artmed ed. Porto Alegre; 2004.
11. Mirabete JF. Código Penal Interpretado. Atlas ed. São Paulo; 2005.
12. Taylor P, Gunn J. Violence and psychosis: risk of violence among psychotic men. Br Med J 1984;288:1945-9.
13. Teplin L. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. Am J Public Health 1990;8:663-9.
14. Swanson J. Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman HJ, eds. Violence and Mental Disorder. University Chicago Press ed. Chicago; 1994.
15. Swanson J, Estroff S, Swartz M. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. Psychiatry 1997;60:1-22.
16. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behavior in psychiatric disorders. Psychiatric Clin of N Am 1997;20(2):405-25.
17. Monahan J. Mental disorder and violent behavior: perceptions and evidence. Am. Psychol 1992;47:511-21.
18. Caixeta M. Psiquiatria Clínica. Lemos Editorial ed. São Paulo; 2004.
19. Palomba GA. Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal. Atheneu Editora ed. São Paulo; 2003.
20. Schneider K. Psicopatologia Clínica. Mestre Jou ed. São Paulo; 1968.
21. Sougey EB, Carvalho TFR, Bandin JM, Albuquerque JOMd. Frequência dos sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider numa população de esquizofrênicos do Nordeste brasileiro. Rev ABP-APAL 1987;9(4):151-156.
22. Liddle PF, Barnes TRE. Syndromes of chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1990;157:558-561.

23. Dagalarrondo P. História e Psicopatologia do Transtorno Borderline: Da Esquizofrenia Latente aos Transtornos de Personalidade. *Psiquiatria Biológica* 1996;4(3):165-175.
24. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34(3):433-42.
25. Taylor P. Motives for offending among violent and psychotic patients. *British Journal of Psychiatry* 1985;147:491-498.
26. Humphreys MS, Johnstone EC, MacMillan JF, Taylor PJ. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:501-505.
27. Junginger J. Command hallucinations and the prediction of dangerousness. *Psychiatric Services* 1995;46:911-914.
28. Link B, Andrews H, Cullen F. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review* 1992;57:257-292.
29. Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, et al. Acting on delusions. I. Prevalence. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:69-76.
30. Swanson J, Borum R, Swartz M, Monahan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1996;6:309-329.
31. Taylor P, Leese M, Williams D, Butwell M, Daly R, Larkin E. Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry* 1998;172:218-226.
32. Carvalho TFR, Renato ME, Sabbatini RME, Sougey EB, Caetano D. Um Sistema Computadorizado de Apoio ao diagnóstico da Esquizofrenia. *Revista Informédica* 1995;3(16):15-18.
33. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. *Harvard School of Public Health* 1996.
34. Vicente B, Saldivia S, Fioseco P, Vielma M, Escobar B, Medina E, et al. Transtornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: Prevalência de seis meses. *Rev Psiquiatr Chile* 1994;4:194-202.
35. Almeida NF, Mari JJ, Coutinho ESF, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABPAPAL* 1992;16:93-104.
36. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Méd* 2005;2:e141.
37. Bhugra D. The Global Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Méd* 2005;2(5):e151.
38. Mari JJ. A epidemiologia da Esquizofrenia. In. [www.scielo.br](http://www.scielo.br) ed: J. Bras. Psiquiatr; 1989.
39. Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da Esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2000;22(Supl 1):15-7.
40. Carrara S. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Eduerj/Edusp ed. Rio de Janeiro/São Paulo; 1998.
41. SILVA OE. Inovações do Novo Código Penal: doutrina, o novo CP na íntegra. In. Alba ed. Rio de Janeiro; 1942.
42. Wikipédia. A enciclopédia livre. In: <http://pt.wikipedia.org>.
43. Santos NNd. A Teoria do Crime. Belo Horizonte: Nova Alvorada Edições; 1998.
44. Sykes GM. Criminology. Jovanovich ed. New York; 1978.
45. Beccaria CMd. Dos delitos e das penas. R. dos Tribunais ed. São Paulo; 1997.

46. CARRARA F. Programa do Curso de Direito Criminal. Saraiva ed. São Paulo; 1956.
47. Rothman D. The Discovery of the Asylum. Boston: Little Brown; 1971.
48. Durkheim É. As Regras do Método Sociológico. Editorial Presença ed. Lisboa; 1995.
49. Gurvitch G. Tratado de Sociologia. Martins Fontes ed. São Paulo; 1977.
50. Augstein HF. J C Prichard's Concept of Moral Insanity - a Medical Theory of the Corruption of Human Nature. *Medical History* 1996;40:311-343.
51. Campbell R. Dicionário de Psiquiatria. Martins Fontes ed. São Paulo; 1986.
52. Postel J, Quérel C. Historia de la Psiquiatria. Fondo de Cultura Económica ed. México; 1993.
53. Piccinini WJ. Psiquiatria Forense no Brasil a partir das suas publicações. In. *Psychiatry On-line Brazil* ed: <http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0502.htm>; 2002.
54. Gadit AA. Criminality and Mental Health: Implications for Society. *J Pak med Assoc* 2005;55(9):360-362.
55. Steinert T, Sippach R, Gebhardt R. How common is violence in Schizophrenia despite Neuroleptic treatment? *Pharmacopsychiatry* 2000;33:98-102.
56. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, Macdonald T. A longitudinal study of substance use and community violence in Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:704-708.
57. Modestin J, Wuermle O. Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005;59:25-29.
58. Swanson JW, Swartz MS, Dorn RAV, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:491-502.
59. Häfner H, Böker W. Crimes of Violence by Abnormal Offenders. Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
60. Vevera J, Hubbard A, Vesely A, Papezova H. Violent behaviour in schizophrenia: Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. *British Journal of Psychiatry* 2005;187:426-430.
61. Junginger J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:91-103.
62. Arango C, Barba AC, González-Salvador T, Ordóñez AC. Violence in inpatients with Schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25(3):493-503.
63. Wessely S. The epidemiology of crime, violence and Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997;170(32):8-11.
64. Teplin L. The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception. *Am J Psych* 1985;142(25):593-9.
65. Moran P, Walsh E, Tyrer P, Burns T, Creed F, Fahy T. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis: report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2003;182:129-34.
66. Pacheco SS. Características do crime de homicídio cometido por esquizofrênicos e não esquizofrênicos. São Paulo: UNIFESP; 2001.
67. Junginger J, Claypoole K, Laygo R, Crisanti A. Effects of serious mental illness and substance abuse on criminal offenses. *Psychiatr Serv* 2006;57(6):879-82.
68. Schanda H. Investigating the association between psychosis and criminality/violence. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006;74(2):85-100.

69. Nordstrom A, Kullgren G, Dahlgren L. Schizophrenia and violent crime: the experience of parents. *Int J Law Psychiatry* 2006;29(1):57-67.
70. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, 5/1/89 Revision).
71. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry* 2003;2:2.
72. Stompe T, Strnad A, Ritter K, Fischer-Danzinger D, Letmaier M, Ortwein-Swoboda G, et al. Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(6):554-60.
73. Marzuk PM. Violence, crime and mental illness. How strong a link? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(6):481-6.
74. Ballone GJ, Ortolani IV. Comportamento Violento. In. PsiqWeb, Internet ed: <http://www.psiqweb.med.br/forense/violen.html>; Revisto em 2002.
75. Arboleda-Flórez J. Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. *Can J Psychiatry* 1998;43(10):989-96.
76. Ministério da Saúde. In: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21805](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21805).
77. Cascardi M, Mueser KT, DeGiralomo J. Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatr Serv* 1996;47:531-3.
78. Monahan J, Steadman HJ, Silver E. Risk assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford: Oxford University Press; 2001.
79. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med* 1986;16:909-28.
80. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research* 2004;67:247-252.
81. Moscatello R. Comparação entre diagnóstico psiquiátrico e delito cometido em 100 pacientes do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(2):131.
82. IBGE. Censo Demográfico. In: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&f=26>; 2000.
83. Secretaria de Defesa Social (SDS). In: <http://www.seres.pe.gov.br/instituicao/apresentacao.htm>.
84. Bastos O. Preconceitos sociais face às doenças mentais. *Boletim de Higiene Mental* 1964;25:6-8.

Referências bibliográficas segundo as normas do Vancouver.

## ANEXOS

---

### ANEXO 1

(Embora a SCID-IV tenha sido utilizada em sua globalidade, como anexo, apresentamos o trabalho apenas com o setor referente ao transtorno esquizofrênico)

Entrevista Clínica estruturada para o DSM-IV (SCID – I)

Transtornos do eixo I Versão clínica

Módulo C (Critérios para Esquizofrenia)

### C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Se nenhum sintoma psicótico do Módulo B jamais esteve presente, vá para o **Módulo D**, pág. 38.

**C1**

Sintomas psicóticos ocorrem em outros momentos que não durante Episódios Depressivo Maior, Maníaco e Misto.

? - +

**C**

*A seguinte questão pode ser perguntada para esclarecimento: SE UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, MANÍACO OU MISTO JÁ ESTEVE PRESENTE: Já houve algum período em que você teve [SINTOMAS PSICÓTICOS] e você não estava [DEPRIMIDO / MANÍACO]?*

Transtorno do Humor com sintomas psicóticos - Vá para **Módulo D**

## CRITÉRIOS PARA ESQUIZOFRENIA

*NOTA:* Os critérios para Esquizofrenia estão apresentados em uma ordem diferente daquela no DSM-IV.

C2

A. Dois (ou mais) dos seguintes, presentes por uma porção significativa de tempo durante um período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

- (1) delírios
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (por ex., freqüente descarrilamento ou incoerência)
- (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico
- (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição

[**Nota:** Apenas um sintoma do Critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.]

? - +

C

Vá para C21,

C3

D. Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos foram descartados, porque:

- (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa (isto é, sintomas do critério A listados em C2).

*Questão para esclarecimento:* Durante quanto tempo quando você estava [SINTOMAS DAS FASES ATIVA E RESIDUAL] você diria que também estava [deprimido/eufórico/irritável / PALAVRAS DO PACIENTE]?

- (2) Se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual.

*A seguinte questão pode ser perguntada para esclarecimento:* Já houve um período no qual você teve [SINTOMAS PSICÓTICOS] ao mesmo tempo em que você estava [deprimido/eufórico/irritável / PALAVRAS DO PACIENTE]?

*NOTA:* Codifique como “+” se nunca houve quaisquer Episódios Depressivo Maior, Maníaco ou Misto, se todos estes episódios ocorreram durante a fase prodrômica ou residual, ou se sintomas de humor foram breves em relação à duração total da perturbação. Codifique como “-” se quaisquer episódios de humor coincidiram com sintomas psicóticos E o transtorno de humor esteve presente durante parte significante do tempo total da perturbação.

? - +

C

Vá para C16, pág.

C4

C. Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

*Questão para esclarecimento:* Entre [EPISÓDIOS MÚLTIPLOS], você voltou ao seu normal? Quanto tempo cada episódio durou?

? - +

C

Vá para C13, pág.

C5

D. Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início do transtorno (ou, quando o início dá-se na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

*Questão para esclarecimento:* Quando você estava com [SINTOMAS DO CRITÉRIO A], você teve dificuldades no trabalho ou para cuidar de você mesmo?

? - +

C

Vá para C39, pág.

C6

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

*Questão para esclarecimento:* Você estava tomando algum tipo de droga ou remédio durante aquele período? Você estava doente fisicamente naquele período?

Se há qualquer indicação de que os sintomas psicóticos podem ser secundários (isto é, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 34, e retorne aqui para codificar

? - +

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com transtorno psicótico incluem condições neurológicas (por ex., neoplasias, doença cerebrovascular, doença de Huntington, epilepsia, lesão do nervo auditivo, surdez, enxaqueca, infecções do SNC), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoparatiroidismo, hipocortisolismo), condições metabólicas (por ex., hipóxia, hipercapnia, hipoglicemia), distúrbios hidro-eletrolíticos, doenças hepática ou renal, e distúrbios auto-imunes com

envolvimento do SNC (por ex., LES).

Substâncias etiologicamente relacionadas com transtorno psicótico incluem álcool, anfetaminas, cannabis, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides (meperidina), fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, e outras substâncias ou substâncias desconhecidas.

Vá para **C2**, pág. 26, se existem outros sintomas psicóticos não devidos a uma substância ou condição médica geral: senão, vá para

**C7**

**CRITÉRIOS A, B, C, D, e E SÃO PREENCHIDOS (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA).** ? - +

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS PSICÓTICOS OU OUTROS SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+"] no último mês?

**C8**

*Considerar Tipo Paranóide:* Atualmente (ou mais recentemente):  
A. Preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas frequentes.  
B. Nenhum dos seguintes sintomas é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou afeto embotado ou inadequado. ? - +

Vá para o **Módulo D**,  
pág. 38.

*Esquizofrenia, Tipo*

**C9**

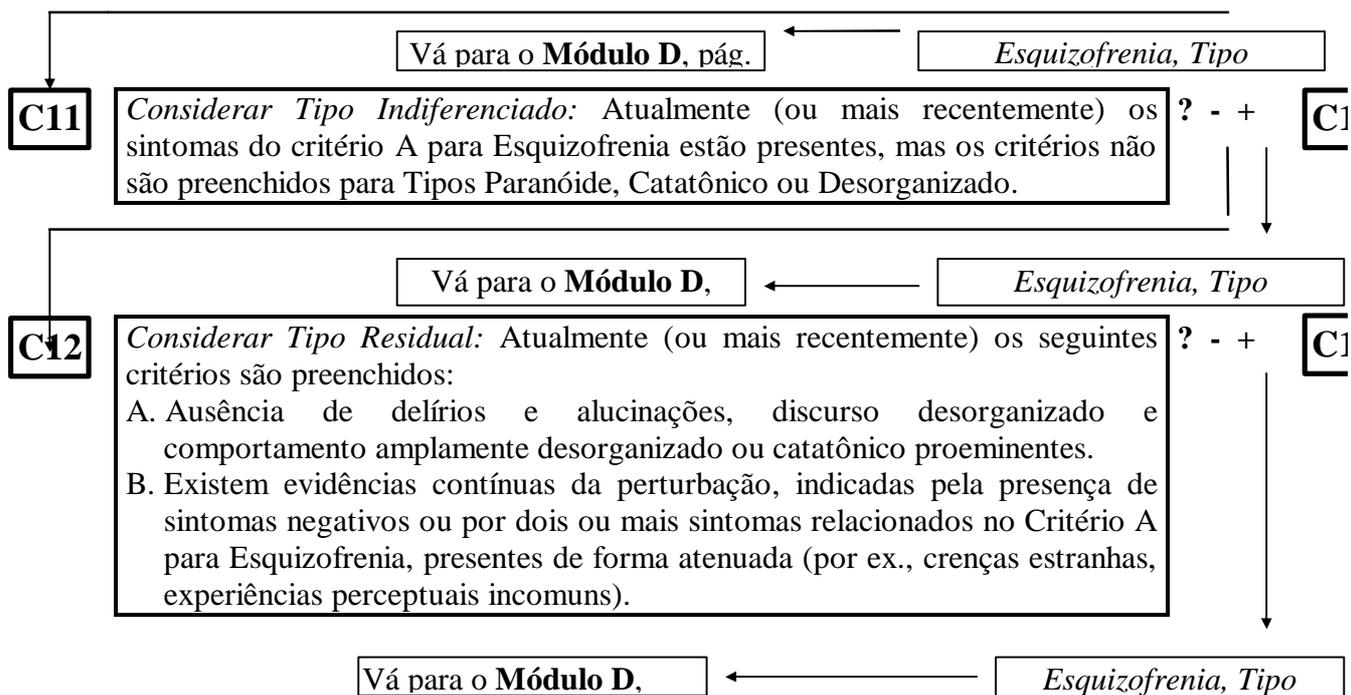
*Considerar Tipo Catatônico:* Atualmente (ou mais recentemente) o quadro clínico é predominantemente caracterizado por pelo menos dois dos seguintes:  
(1) imobilidade motora evidenciada por cataplexia (incluindo flexibilidade cêrea ou estupor)  
(2) atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos)  
(3) extremo negativismo (uma resistência aparentemente imotivada a qualquer instrução, ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo  
(4) peculiaridades do movimento voluntário evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes ou trejeitos faciais proeminentes)  
(5) ecolalia ou ecopraxia ? - +

Vá para o **Módulo D**, pág.

*Esquizofrenia, Tipo*

**C10**

*Considerar Tipo Desorganizado:* Atualmente (ou mais recentemente) os seguintes critérios são preenchidos:  
A. Todos os seguintes sintomas são proeminentes:  
(1) discurso desorganizado  
(2) comportamento desorganizado  
(3) afeto embotado ou inadequado  
B. Não são satisfeitos os critérios para Tipo Catatônico. ? - +



## ANEXO 2

## CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES CBPO – 2002 GRANDES GRUPOS/TÍTULOS

**GG1 Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organização de Interesse Público e de Empresa e Gerentes;**

Compreende: membros superiores e dirigentes do poder público; dirigentes de empresas e organizações (exceto de interesse público); dirigentes e gerentes em empresas de serviços de saúde, de educação ou de serviços culturais, sociais e pessoais; gerentes.

**GG 2 Profissionais das Ciências e das Artes;**

Compreende: pesquisadores e profissionais policientíficos; profissionais das ciências exatas, físicas e da engenharia; das ciências biológicas, da saúde e afins; do ensino; das ciências jurídicas; das ciências sociais e humanas; comunicadores, artistas e religiosos.

**GG 3 Técnicos de Nível Médio;**

Compreende: técnicos polivalentes; técnicos de nível médio das ciências físicas, químicas, engenharia e afins; de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins; professores leigos e de nível médio; técnicos de nível médio em serviços de transportes; das ciências administrativas; dos serviços culturais, das comunicações e dos desportos; outros técnicos de nível médio.

**GG 4 Trabalhadores de Serviços Administrativos;**

Compreende: trabalhadores administrativos de atendimento ao público cujas atividades são complexas e requerem aplicação de conhecimentos profissionalizantes obtidos em formação de escolas técnicas e de nível superior.

**GG 5 Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Supermercados;**

Compreende: produtores na exploração agropecuária; trabalhadores na exploração agropecuária; pescadores e extrativistas florestais; trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal.

#### **GG6 Trabalhadores Agropecuários, Florestais e de Pesca;**

Compreende: produtores na exploração agropecuária; trabalhadores na exploração agropecuária; pescadores e extrativistas florestais; trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal.

#### **GG7 Trabalhadores de Produção de Bens e Serviços Industriais;**

Compreende: trabalhadores da indústria extrativa e da construção civil; da transformação e metais e compósitos; da fabricação e instalação eletrônica; montadores de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais; joalheiros, vidreiros, ceramistas e afins; trabalhadores da indústria têxtil, do curtimento, do vestuário e das artes gráficas; das indústrias de madeira e do mobiliário; de funções transversais.

#### **GG 8 Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais;**

Compreende: trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras indústrias; de instalações siderúrgicas e de materiais de construção; de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel; da fabricação de alimentos, bebidas e fumo; operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades).

#### **GG 9 Trabalhadores de Reparação e Manutenção;**

Compreende: operadores de outras instalações industriais; trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica; polimantenedores; outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação.

#### **GG 10 Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares;**

Compreende: membros das Forças Armadas, policiais militares, bombeiros militares.

## ANEXO 3

## Critério de Classificação Econômica Brasil

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – [www.abep.org](http://www.abep.org) – [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org)  
 Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 - IBOPE

INSRUCÃO	Abipeme
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	3
Superior Completo	5

ITENS DE POSSE	0	1	2	3	4 ou mais
Televisor em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

CLASSE	PONTOS
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5