



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS POLICIAIS E SEGURANÇA INTERNA

A Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica e a medida de segurança de internamento

Elena Cristiana Toader

Dissertação de mestrado em Ciências Policiais

Área de especialização em Criminologia e Investigação Criminal

Orientação Científica:

Prof. Doutor Carlos Aberto Poiares (ULHT)

Prof. Doutor Nuno Caetano Lopes de Barros Poiares (ISCPSI)

Lisboa, 26 de novembro de 2021

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à minha família – mãe, pai e irmã –, por me terem possibilitado evoluir academicamente e por incutirem valores que me fazem progredir como mulher. Por me apoiarem em todas as minhas decisões, deixando-me espaço para errar e, com isso, crescer.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Carlos Poiares e Professor Doutor Nuno Poiares, que, para além de me prestarem assistência nesta dissertação e de me transmitirem conhecimentos, incentivaram-me a ser cada vez melhor. Por acreditarem em mim e nas minhas capacidades.

Não posso deixar de agradecer ao Doutor Manuel Cruz por todo o carinho e dedicação com que me recebeu no Hospital Júlio de Matos; por me ter acompanhado numa fase que me vai marcar eternamente. A toda a equipa, desde a Comissão Científica e Pedagógica até à equipa multidisciplinar, que possibilitaram toda a parte prática da investigação e me receberam de braços abertos.

A todos aqueles que acompanharam o meu processo de crescimento pessoal e académico, um bem-haja.

Resumo

A presente dissertação aborda o tema da inimputabilidade em razão de anomalia psíquica no ordenamento jurídico português, especificando as medidas de segurança de internamento do inimputável. Sabendo que se trata de um tema complexo e amplo associado a diversas matérias, pretendemos inicialmente fazer uma reflexão descritiva sobre a saúde mental e o enquadramento legal da inimputabilidade. Assim, esclarece-se antes de mais, que a anomalia psíquica e o delito acarretam uma complexidade que pode originar comportamentos estigmatizantes a dois níveis, no seio da sociedade: por um lado, pela doença *per se* e, por outro, pelo facto cometido. Pretende-se, deste modo, compreender de que forma as medidas de segurança de internamento contribuem para a ressocialização do inimputável em razão de anomalia psíquica, à luz da psiquiatria e da análise ao sistema vigente. De forma responder à pergunta basilar da investigação – “Estará a medida de segurança de internamento a contribuir para a reintegração do inimputável em razão de anomalia psíquica?” – recorreremos a uma técnica mista, na qual nos socorremos de entrevistas exploratórias e leituras pertinentes; da elaboração de uma grelha de análise e respetivo tratamento de dados; do olhar de profissionais que lidam todos os dias com a realidade em estudo. Os tipos legais de crimes mais significativos na amostra são os crimes contra a vida, seguindo-se os crimes contra a integridade física; as patologias mais frequentes respeitam às categorias: esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e perturbação pela utilização de substâncias. Quanto às durações das medidas de segurança observamos um utente privado da liberdade há 41 anos, outro há 27 e, ainda, um há 25 anos, o que dificulta as hipóteses de uma reintegração social favorável.

Palavras-chave: Inimputabilidade, medida de segurança, ressocialização, estigma, psiquiatria forense

Abstract

This dissertation addresses the theme of Insanity Defense in the Portuguese legal system, specifying the security measures of internment of the Not Guilty by Reason of Insanity. Knowing that this is a complex and broad theme associated with several subjects, we initially intend to make a descriptive reflection on mental health and the legal framework of the Insanity Defense. Thus, it is clear, first, that the psychic anomaly and the offence entail a complexity which can lead to stigmatizing behavior at two levels within society: on the one hand, by the disease *per se* and, on the other, by the fact committed. Thus, it is intended to understand how the security measures of internment contribute to the resocialization of the individuals deemed Not Guilty by Reason of Insanity due to a psychic anomaly, in the light of psychiatry and the analysis of the current system. To answer the starting question of the investigation – "Will the security measure of internment contribute to the reintegration of the Not Guilty by Reason of Insanity?" – we resort to a mixed technique, in which we are helped by exploratory interviews and relevant readings; the preparation of an analysis grid and its data processing; from the gaze of professionals who deal every day with the reality under study. The most significant legal types of crimes in the sample are crimes against life, followed by crimes against physical integrity; the most frequent pathologies relate to the following categories: schizophrenia and other psychotic disorders and substance use disorder. As for the duration of security measures, we have observed one person deprived of liberty for 41 years, another for 27 years and one for 25 years, which makes it difficult to see the chances of a favorable social reintegration.

Key-Words: Not Guilty by Reason of Insanity, security measure, resocialization, stigma, forensic psychiatry

Lista de Siglas e Abreviaturas

Ac. - Acórdão

Art. – Artigo

Arts. – Artigos

CC – Código Civil

CEPMPL – Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade

CCP – Comissão Científica e Pedagógica

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

HCR-20 – “Historical Clinical Risk Management -20”

LMS – Lei de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCL-R – “Psychopathy Checklist-Revised”

PF – Psiquiatria Forense

PTR – Plano Terapêutico Reabilitativo

SAPROF – “Structured Assessment of Protective Factors for violence risk”

SS- Segurança Social

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

TRC – Tribunal da Relação de Coimbra

TRE – Tribunal da Relação de Évora

Índice de tabelas e figuras

Figura 1. Classificação das perturbações mentais e comportamentais na ICD-10. Fonte: Relatório Mundial da Saúde, OMS.	7
Figura 2. Variáveis a considerar. Fonte: Alves, 2017	40
Figura 3. Fatores a considerar. Fonte: SAPROF	40
Figura 4. Elementos constituintes da PCL-R. Fonte: Abdalla-Filho, 2004	42
Figura 5. Idades dos sujeitos da amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021	49
Figura 6. Nacionalidade dos sujeitos da amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	50
Figura 7. Residência dos utentes por Distrito. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	51
Figura 8. Habilitações literárias dos utentes. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021	52
Figura 9. Profissão desempenhada pelos utentes antes do início da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021	53
Figura 10. Estado civil da amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021 ..	54
Figura 11. Situação familiar dos utentes. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021	56
Figura 12. Crimes por categoria. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	57
Figura 13. Categorias de crimes predominantes na amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	58
Figura 14. Número de ilícitos cometidos por ano. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	60
Figura 15. Início da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021	60
Figura 16. Duração mínima da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	62

Figura 17. Duração máxima da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	62
Figura 18. Anomalia psíquica por grupos. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021	65
Figura 19. Categorias de diagnósticos nos crimes mais graves. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021.....	66
Tabela 1. Hipóteses na avaliação biopsicológica da responsabilidade. Fonte: Simões, 2016.....	26
Tabela 2. Inimputáveis em estabelecimentos não prisionais. Fonte: DGRSP.....	49

Índice Geral

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
<i>Abstract</i>	III
Lista de Siglas e Abreviaturas	IV
Índice de tabelas e figuras	V
Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico.....	4
1.1. Saúde e Doença Mental	4
1.2. Psiquiatria Forense.....	13
II. Enquadramento legal	19
2.1. A inimputabilidade em razão de anomalia psíquica.....	19
2.2. A medida de segurança de internamento	27
2.3. A Lei da Saúde Mental.....	32
2.4. Anomalia Psíquica e Perigosidade	35
III. Método.....	43
3. Objetivo e delineamento da investigação	43
3.1. Enquadramento metodológico	45
3.2. Amostra, Instrumentos e Procedimentos.....	47
IV. Apresentação e discussão dos resultados.....	55
Conclusão.....	68
Referências	73
Outros Documentos Consultados	80
Anexo 1	82
Anexo 2	83
Anexo 3	84
Anexo 4	85
Anexo 5	86

Introdução

A presente investigação versa sobre a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica e o internamento como alternativa à sanção jurídica. No que concerne à privação da liberdade, em Portugal, há cidadãos imputáveis, cujo pressuposto de pena é a culpa, e os inimputáveis cujo pressuposto é a perigosidade (em razão da anomalia psíquica) ou a idade para os menores de 16 anos, de acordo com o Código Penal (Marques & Ribeiro 2013). A anomalia psíquica¹, na qual se centra a nossa investigação, é um termo amplo e flexível, na medida em que pode assentar sobre um variado leque de psicopatologias.

A doença mental é um tema que tem ganho especial relevo a nível mundial, com a implementação de planos de saúde mental pela OMS, bem como com as diversas investigações sobre os problemas adjacentes a este estado de enfermidade, tendo-se assistido a um crescimento da Psiquiatria. Neste estudo, destacamos a anomalia psíquica e a perigosidade do inimputável, não olvidando o estigma de que é refém o doente mental, o que se agrava sempre que existe comorbilidade com problemas de foro criminal.

Sabendo, também, que algumas perturbações psicóticas associadas à inimputabilidade, como é o exemplo da esquizofrenia e de perturbações delirantes, podem ser muito incapacitantes e que são doenças com evolução crónica, acreditamos que é necessário um olhar sobre o tratamento providenciado aos inimputáveis, procurando entender se estes contribuem para preparar o inimputável para a vida em sociedade. Por exemplo, um estudo (Rose, 1955) sobre a saída dos pacientes em hospitais mentais, entre 1930 e 1948, permitiu que se afirmasse que pessoas divorciadas ou viúvas tinham taxas de admissão altas e a reintegração na sociedade mais desfavorável e que, por outro lado, pessoas casadas apresentam taxas de admissão mais baixas e, por conseguinte, ao prognóstico de reintegração mais favorável, na medida em

¹ A toxicodependência e o alcoolismo não inserem neste termo, existindo exceções quando estes dão origem a psicoses

que, os laços de conjugalidade representam uma conjectura favorável à reintegração, por assumirem um papel preponderante na vida do doente mental, garantindo-lhe apoio, não só emocional, como de cuidados de saúde, aumentando a autoestima e o sentimento de pertença; pessoas solteiras terem taxas de admissão mais altas indica que, depois do início de uma doença mental, se torna mais difícil estabelecer laços de afetividade. Os doentes que não esperaram mais de um ano para serem admitidos no hospital apresentam uma reintegração melhor e têm menor probabilidade de morrer em ambiente hospitalar, ao contrário do que acontece com os doentes que esperam mais tempo, o que enfatiza a necessidade de prevenção e do tratamento atempado nas doenças mentais, havendo uma relação positiva entre as taxas de admissão baixas e a reintegração favorável depois do internamento, o que pode querer dizer que as taxas de admissão representam diferenças na vulnerabilidade da doença mental. Tal reforça que é indispensável a educação da população na identificação dos sintomas das doenças mentais, bem como da aceitação do seu tratamento, o que implica, também, a necessidade de aumentar a oferta de instituições de diagnóstico, tratamento e cuidados. Este estudo permitiu igualmente concluir que as taxas de suicídio altas para ex-pacientes parecem indicar que os pacientes careciam de mais tratamento ou cuidados que não receberam (Rose, 1955).

Assim, na presente dissertação consideramos relevante apreciar a forma como o tratamento como medida de segurança é efetuado em instituições destinadas a inimputáveis em razão de anomalia psíquica, e se será este tratamento realmente eficaz no que concerne a ressocialização do doente. Ter-se-ão, assim, em especial atenção as medidas de segurança de internamento de inimputável concretizadas no Serviço Regional de Psiquiatria Forense (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa). Para este efeito, elaboramos a seguinte pergunta de partida: "Estará a medida de segurança de internamento a contribuir para a reintegração do inimputável em razão de anomalia psíquica?".

Neste sentido e, em primeiro lugar, para uma maior compreensão do tema acreditamos ser imprescindível apresentar, no próximo capítulo, uma visão sobre a saúde mental, mais precisamente da doença mental, e uma reflexão holística da inimputabilidade na doutrina e nos termos da lei, abordando ligeiramente a História da Psiquiatria Forense, bem como os efeitos do estigma nos doentes mentais e na população inimputável.

No segundo capítulo trataremos do enquadramento legal da inimputabilidade em razão da anomalia psíquica, especificando no segundo subcapítulo a medida de segurança de internamento e, no subcapítulo seguinte, a Lei da Saúde Mental, de forma expositiva (LSM). Sendo a perigosidade o pressuposto da medida de segurança, consideramos pertinente abordá-la neste mesmo capítulo.

I. Enquadramento Teórico

1.1. Saúde e Doença Mental

Antes de seguirmos com o conceito de inimizabilidade em razão de anomalia psíquica é indispensável fazer referência à saúde mental e às perturbações do foro psíquico. Estas perturbações integram um dos principais desafios da saúde pública, na medida em que, em 2015, cerca de 12% da população mundial (110 milhões de pessoas) teriam perturbações mentais. Este número sobe para os 15% quando associadas ao consumo de substâncias (CNS, 2019).

A saúde mental e a doença mental são complexas porquanto afetam a individualidade de cada um e a relação com o meio social. A causa, a natureza e o tratamento das perturbações mentais tem sido alterada ao longo do tempo consoante a evolução social (Fazenda et al., 2006), chegando-se a acreditar que “as más paixões” criavam a alienação mental e tornavam o alienado em criminoso: isto porque a parte emocional do espírito, quando alterada ou exagerada, determinaria uma perturbação mental. Em suma, defendia-se que a alienação mental se determinava pelas “desordens da alma” (Bombarda, 1877).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou, em 2001, no seu Relatório Mundial da Saúde, aquilo que se entende por saúde, esta é, para além da ausência de doença ou de enfermidade, um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Assim, o conceito de saúde mental abarca não só o bem-estar, como a autonomia, a competência, a autorrealização do intelecto, entre outras, tornando-se muito difícil defini-la completamente. Também o conceito de doença mental é difícil de definir, tendo em conta que este engloba inúmeras perturbações do foro emocional, social e intelectual (Fazenda et al. 2006). Nesta, há uma alteração com diversos graus de gravidade, que pode ser de curta ou longa duração e, quando verificada uma deterioração das capacidades, esta é resultado da doença e não uma condição inicial (Fazenda, 2008)

Júlio de Matos reconheceu dois grandes grupos de causas da doença mental, sendo estes endógenos e exógenos. As causas endógenas dizem respeito a fatores intrínsecos ao indivíduo, ligados à sua constituição, como é o exemplo do fator biológico; por outro lado, as causas exógenas referem-se a fatores relacionados com o ambiente físico e social atuando como fatores externos (Cruz, 2016).

Também a genética tem sido estudada no que diz respeito às perturbações mentais. Já Bombarda (1877) defendia que a hereditariedade é uma das causas mais importantes, sabendo que “quase todas as perturbações mentais e comportamentais graves comuns estão associadas a um significativo componente de risco genético” (Relatório Mundial da Saúde), na medida em que estas perturbações reconhecem a interação de inúmeros genes de risco com fatores ambientais. Também a predisposição genética para o desenvolvimento de perturbações mentais pode manifestar-se em indivíduos que são submetidos a fatores de stress, que despoletam a doença.

Os fatores psicológicos apresentam também grande relevância no que concerne às perturbações mentais. Uma criança que seja desprovida de afeto, seja por que motivo for, apresenta maior probabilidade de expor perturbações mentais quer durante a infância, quer mais tarde. A Psicologia diz-nos que doenças como a depressão podem dar-se como consequência de não se conseguir fazer face a situações de stress, isto é, indivíduos que ignoram os fatores de stress, ou que não os enfrentam, acabam por ter maior predisposição para manifestar, por exemplo, depressão, enquanto, por outro lado, indivíduos que procuram resolver os seus problemas e comunicam com outros acerca dos mesmos acabam por ter menos problemas.

Acerca dos fatores sociais, exógenos, estudou-se que existe uma relação intensa entre pobreza e saúde mental, na medida em que os indivíduos que sofrem com a pobreza aparentam um prevaletimento de perturbações mentais e comportamentais, podendo esta ser explicada pela suscetibilidade dos mais desfavorecidos face às perturbações mentais (como acontece com o caso da

depressão), ou pelo empobrecimento do doente mental (como acontece com a prevalência de perturbações psicóticas entre os economicamente mais frágeis). “Os dois, porém, não se excluem mutuamente: um indivíduo pode ser predisposto a perturbações mentais devido à sua situação social, enquanto outro, que apresenta perturbações, pode estar a passar por graves carências, pelo facto de estar doente” (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

A definição de patologia não era consensual entre os vários países, sendo dessa forma imprescindível uma linguagem comum através da qual todos se possam entender em matérias de diagnóstico e até mesmo de tratamento. Então produziram-se duas Classificações Internacionais, uma dependente da Organização Mundial da Saúde (e oficial da Europa), a Classificação Internacional das Doenças ICD-10 (a sua décima versão) e outra subordinada à Associação de Psiquiatria Americana, a DSM-5 (Pastor et al., 2016).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), encontramos a definição de perturbação mental, sendo esta uma síndrome que afeta a cognição, a regulação emocional ou comportamental, e que demonstra um mau funcionamento dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento implícitos ao funcionamento da mente. Por norma, associam-se a um mau-estar social ou ocupacional.

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10), que delimita o universo das doenças, perturbações, lesões e outras condições de saúde, caracteriza as perturbações mentais e comportamentais [Capítulo V (F00-F99)] (Figura 1.) como ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com terceiros. Exemplo disso é a esquizofrenia (F20-F29) – nesta, há um processamento incorreto de informações, o qual é gerado por irregularidades na maturação dos circuitos neuronais que podem gerar alterações detetáveis na doença a nível das células e dos tecidos grossos (fator biológico) (Relatório Mundial da Saúde, 2001). A CID-10 simplifica o armazenamento, recolha e análise de informação de saúde para tomadas de decisão baseadas em evidências, permite partilhar e comparar informações no que diz respeito à

saúde entre hospitais e países e possibilita a monitorização da incidência e da prevalência das doenças, da mortalidade e da morbidade e dos fatores que influenciam o estado de saúde.

- **Perturbações mentais orgânicas, inclusive as sintomáticas** – por exemplo, demência na doença de Alzheimer, delírio.
- **Perturbações mentais e comportamentais devidos ao abuso de substância psicoactiva** – por exemplo, consumo prejudicial de álcool, síndrome de dependência de opiáceos.
- **Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações delirantes** – por exemplo, esquizofrenia paranóide, perturbações delirantes, perturbações psicóticas agudas e transitórias.
- **Perturbações do humor (ou afectivas)** – por exemplo, perturbação afectiva bipolar, episódios depressivos.
- **Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stress e perturbações somatoformes** – por exemplo, ansiedade generalizada, perturbações obsessivo-compulsivas.
- **Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a factores físicos** – por exemplo, perturbações da alimentação, perturbações não-orgânicas do sono.
- **Perturbações da personalidade e do comportamento do adulto** – por exemplo, perturbações paranóicas da personalidade, transexualismo.
- **Atraso mental** – por exemplo, atraso mental ligeiro.
- **Perturbações do desenvolvimento psicológico** – por exemplo, perturbações específicas da leitura, autismo infantil.
- **Perturbações do comportamento e perturbações emocionais que aparecem habitualmente na infância e na adolescência** – por exemplo, perturbações hipercinéticas, perturbações do comporta-

Figura 1. . Classificação das perturbações mentais e comportamentais na CID-10. Fonte: Relatório Mundial da Saúde, OMS.

Como vimos, as doenças mentais são influenciadas por diversos fatores, como os biológicos, psicológicos e sociais. Estas não são sinónimos de violência, quer isto dizer que a grande maioria dos portadores de anomalias psíquicas não é violenta: aliás, como defende a OMS, “Só uma pequena proporção destas afecções está associada ao aumento do risco de violência, podendo esta probabilidade ser diminuída por serviços abrangentes de saúde mental”. Ademais, antes de olharmos para as condições exteriores ao indivíduo, intrínsecos ao ambiente físico e social, deveríamos observar o modo de sentir do delinquente, a sua genética, o seu funcionamento psicológico. Isto porque, mesmo reconhecendo a existência de causas extrínsecas às transgressões, estas não ocorreriam sem o fator individual do psíquico, em suma, as causas endógenas podem facilitar a compreensão de que dentro de um determinado número de indivíduos expostos às mesmas causas ambientais (logo, externas ao sujeito), apenas alguns deles delinquam (Mattos, 1893).

Esta é uma questão central, abordada desde os anos 80 do séc. XIX, que tem mostrado não ser consensual entre os estudiosos. Por exemplo, o estudo de Hodgins & Côte (1991) comprova que não há evidências suficientes de que os reclusos titulares de doenças mentais tenham mais detenções do que os reclusos sem estas mesmas doenças. Não obstante, estudos elaborados (Fazel et al., 2009) com base em informações hospitalares comprovam que, numa relação entre a esquizofrenia e a violência, a esquizofrenia estava associada ao risco de crimes violentos, indicando que estas pessoas cometem 1 em 20 crimes violentos (Brink, 2015).

Por outro lado, acreditava-se (Rose, 1955) que o fator que mais se deveria ter em conta no que diz respeito às doenças e aos distúrbios mentais é a sociedade, no sentido em que esta falhou em providenciar os papéis imprescindíveis para saúde mental dos seus cidadãos, sendo, também ela, responsável por criar mitos, cidadãos desajustados que acabam por delinquir e doentes mentais, ou doentes mentais que delinquem. Posto isto, um programa para a saúde mental deveria abordar dois aspetos:

1. Preventivo e positivo, cuja finalidade é lidar com fatores que determinam conflitos mentais;
2. Terapêutico, com o objetivo de restaurar a saúde mental e/ou melhorar a sua condição.

Já a OMS (2000) defende que uma das deficiências no tratamento das doenças mentais é, naturalmente, o apoio prestado às famílias e a educação da sociedade. Isto quer dizer que a família, como suporte direto destas pessoas, precisa, também, de apoio de forma a preservar o seu funcionamento e bem-estar, ajuda esta que pouco tem sido prestada. Não podemos olvidar que as pessoas detentoras de doenças mentais sofrem de grande estigma por parte da sociedade, o que acaba por lhes criar restrições a nível laboral e social. Constituindo uma bola de neve que faz com que estes sujeitos tenham recaídas e voltem a ser hospitalizadas e, sabendo o estigma que daí resulta, muitas vezes não procuram ajuda com medo das consequências sociais adjacentes.

“A saúde mental depende tanto de fatores pessoais como ambientais e pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do stress e outros fatores de risco, e da luta contra o estigma” (Fazenda, 2008:9)

A enfermidade pode influenciar um largo espectro de situações na vida de um indivíduo, não só na individualidade, mas também no que respeita à vida em comunidade, visto que pode afetar a ligação entre os seus membros, diminuindo a aptidão de interpretar e agir em conformidade com os seus papéis sociais (funções que os indivíduos desempenham no seio de uma sociedade) e com as representações que os membros da sociedade têm em relação a pessoas com problemas de doença mental. Neste sentido, a doença mental pode libertar a pessoa das suas responsabilidades sociais (trabalhar, etc.), no entanto, é muitas vezes, vista como uma fraqueza – enquanto a doença física é vista como suscetível de acontecer, “normal”. Então a pessoa é socialmente responsabilizada pela sua doença, acrescentando-se a dificuldade que é a consciencialização da doença por parte do próprio doente que não reconhece a necessidade de tratamento (Alves, 2001). Na atualidade, persistem ainda estereótipos em razão da saúde mental – como se o estigma ancestral permanecesse nas crenças coletivas – o que é consistente com os processos excludentes que vão centrifugando as pessoas.

O papel do doente mental, associado à sua imagem social, fundamenta a noção de estigma que se levanta como uma reação social que destaca certos atributos no espaço e no tempo, colando, às pessoas que os possuem, conceitos de indesejabilidade e desvalorização. Além deste estigma (objetivo), há que considerar aquele que resulta da interiorização desses preconceitos por parte do doente, que se traduz em acreditar que é, efetivamente, incapaz de viver em sociedade (Alves, 2001) e em assumir o fatalismo ou a conformação resignada. Segundo Goffman (1963) a sociedade criou medidas que categorizam as pessoas e o conjunto de atributos que são tidos como naturais nos membros de cada uma dessas categorias. Portanto, o meio social é o que

define as categorias das pessoas que nele se enquadram. Então, quando se encontra uma pessoa tida como “estranha”, logo as primeiras impressões acabam por antecipar a categoria onde essa pessoa se deve inserir e quais os seus atributos (identidade social), culminando esta antecipação em normas expectáveis. Isto é, o diferente surge como menos desejável, deixando-se de o ver como uma pessoa total (fora da norma), transformando-se num ser menosprezado. Um atributo destes é o estigma. Neste sentido, quando transitamos de um meio social para outro, podemos experienciar o estigma, que se pode basear em diversos fatores como por exemplo a religião, a cultura e a etnia.

Quanto à doença mental, o estigma manifesta-se através de estereótipos – que respeitam aos padrões sociais – e de mitos, resultados de preconceitos. Estes mitos, em especial o mito da perigosidade e da incapacidade, são os que mais promovem a exclusão social. Aliás, comprovou-se que o número de doentes mentais perigosos não é superior à percentagem da população geral violenta. A incapacidade, reputada como certa, dos doentes mentais – ou seja, a noção de que um doente mental não é capaz de educar um filho, de gerir os seus bens ou de assumir responsabilidades – perde significado com os resultados dos tratamentos e da reabilitação. Defende-se que classe social e doença mental estão correlacionados, na medida em que utentes das classes mais baixas tendem a permanecer em hospitais ou têm taxas mais altas de reincidência. Tendo em conta a sociedade na qual nos inserimos e a necessidade de trabalho para gerar rendimento, a doença mental apresenta uma forte associação ao desemprego e, conseqüentemente, a dificuldades financeiras, diminuição de autoestima, bem como ao sentimento de incapacidade. Resulta que o trabalho é um elemento fundamental na inclusão social do indivíduo com doença mental, posto que o beneficia com rendimento, sentimento de reconhecimento, dignidade e autoestima, visto que é uma expectativa social que o homem adulto trabalhe (Alves, 2001). Acresce que nem toda a doença do foro mental é incapacitante: com efeito, os

desenvolvimentos terapêuticos têm criado condições para a integração de pessoas com patologia, mesmo em sede laboral.

Geralmente é difícil a reinserção social de indivíduos com patologias mentais, sendo que alguns diagnósticos são mais estigmatizantes que outros (Marques, 2007). Se associarmos à doença mental a criminalidade, o estigma e consequente dificuldade de reinserção social não se tornam menos agudas, pelo contrário. Mesmo antes de uma decisão judicial, indivíduos que cometem comportamentos desviantes são já alvo de condenação social e censura. Portanto, quando o indivíduo é judicialmente privado da sua liberdade, reforça-se a estigmatização social a qual está intimamente ligada à precariedade e vulnerabilidade social. É, em sede desta privação da liberdade, que ocorre um desajustamento da vida em sociedade, porquanto se torna importante a reinserção social cujo objetivo passa por diminuir as consequências dessa desadaptação, reduzindo, consequentemente, os riscos de reincidência de ordem delituosa (Amaro & Costa, 2019).

Quando se trata de indivíduos com anomalias psíquicas que cometeram atos tipificados na lei como crimes e que são sentenciados, estamos perante um estigma com diversas repercussões, pois quando não se conseguem atender as necessidades destes indivíduos, que não deixam de padecer de uma doença mental, eles tendem a exhibir, cada vez mais, problemas comportamentais, não esquecendo que pode potenciar-se o risco de suicídio e vitimação (Termeer & Szeto, 2021). Na realidade, inquéritos mostram que os sentimentos direcionados a indivíduos com doenças mentais e historial de violência passam pelo medo, intolerância e preconceito. Tal resulta em estereótipos que aumentam o estigma, a discriminação e a exclusão social. Assim, torna-se imprescindível a educação da população em relação às consequências do estigma quanto aos doentes mentais e quanto a estes doentes que cometeram atos delituosos (Mezey, *et al.*, 2016). A comorbilidade entre doença mental e crime reforça drasticamente a representação social negativa e a exclusão.

Efetivamente, se a desrazão convoca o estigma e a perpetração de crimes também, quando um e outro se cruzam os efeitos são devastadores.

Em nota conclusiva, quando se trata de cidadãos que, pela prática de factos tipificados como crimes em virtude de uma anomalia psíquica, existindo fundado receio de que voltem a ser cometidos factos da mesma espécie, sendo esse receio legitimador da privação da liberdade desses cidadãos, encontramos uma vulnerabilidade que decorre, não apenas dessa privação de liberdade – associada a uma dependência administrativa –, mas também da doença mental, do estigma a ela associado, bem como da carência de laços sociais e familiares que, por norma, caminha lado a lado, com os inimputáveis considerados perigosos (Pinto, 2020) . O estigma e a consequente exclusão social direcionada ao inimputável em razão de anomalia psíquica traduzem-se na falta de oportunidades de emprego e, logo está, de rendimento e sustento, na carência de dignidade e na privação de sentimento de reconhecimento, aumentando o risco de comportamentos violentos para consigo e para terceiros ou, como fora mencionado, o risco de suicídio e vitimação. É então urgente, não só a educação da população, como medidas de reinserção social que abatem as consequências de um estigma que perdura há vários séculos.

1.2. Psiquiatria Forense

Com este capítulo não tencionamos percorrer o caminho histórico da Psiquiatria Forense que não caberia na economia deste trabalho; no entanto, sabendo que o contexto é fundamental para a compreensão dos fenómenos, destacamos alguns aspetos que julgamos serem cruciais enquanto expomos como esta se afigura, com maior ênfase, no nosso país.

A Psiquiatria Forense destaca-se como ciência auxiliar do direito, convergindo com outros saberes, que tem vindo a desenvolver-se nas últimas décadas tendo começado por ser uma pequena especialidade da Psiquiatria, sendo que atualmente se assevera como uma área de conhecimento próprio (Vieira et al., 2011) intercontributiva do Direito e, em particular, da justiça, na medida em que, conjuntamente com outras ciências (Sociologia, Psicologia, Antropologia ou Criminologia) aparece instituída em grelha de leitura e análise psicocriminal dos comportamentos lesivos da ordem social e dos direitos de cada cidadão, em geral (Poiares, 1998). O conceito de ciência intercontributiva emerge da ideia, que partilhamos, de não poder considerar-se a confluência de saberes em um plano de superioridade-subalternidade, em especial no que tange aos domínios antropocientíficos (ciências sociais e do comportamento). Apesar do senso comum nos ditar que a Psiquiatria e a Psicologia Forense são entidades que servem para desculpabilizar os transgressores, atenuando as penas (Poiares, 2009), o Grupo Ghent define a Psiquiatria como uma especialidade da Medicina cujo propósito é o tratamento e o cuidado de delinquentes com transtornos mentais, bem como a avaliação e gestão do risco e a prevenção de vitimização, através de áreas do conhecimento como seja a penal, civil, laboral, etc.).

O panorama português foi acompanhando as doutrinas dos países mais desenvolvidos da Europa, e, apesar de haver um conflito entre a Medicina e o Direito, desde o século XVII, para a definição da loucura (Curado, 2007) é no século XIX que a alienação começa a ganhar relevo, com o primeiro hospital

para os loucos em 1848 (Rilhafoles, reformado por Miguel Bombarda). Não obstante, o maior impulsionador é António Maria de Sena, primeiro diretor do Hospital do Conde de Ferreira no Porto (segunda instituição do género criada) (Quintais, 2008). Sena promulgou a primeira lei de assistência aos alienados (1889), que consistia na autorização à construção de quatro novos manicómios, bem como de enfermarias especiais anexas as penitenciárias. Apesar disso, não se pôs em prática esta lei, pelo menos durante 22 anos, visto que tal estava dependente de grandes despesas (Decreto de 11 de maio de 1911).

Consideramos pertinente ressaltar as figuras mais importantes na Psiquiatria Forense, que contribuíram para a institucionalização da Psiquiatria em Portugal. Desde logo, com o primeiro hospital para alienados abre em 1848 (Rilhafoles). Não obstante, um grande propulsor é o Médico António Maria de Sena que esteve à frente da direção do Hospital de Conde de Ferreira do Porto. Sena, para além de fundar este Hospital, promulgou a primeira lei portuguesa de assistência aos enfermos mentais e realizou o primeiro estudo estatístico sobre os doentes mentais em Portugal. Por seu turno, Miguel Bombarda reforma o Hospital de Rilhafoles e cria o Laboratório de Histologia de Rilhafoles em 1887. Outra figura que destacamos é Júlio de Matos, então adjunto de Sena no Hospital Conde de Ferreira e, posteriormente, diretor de Rilhafoles. Por fim, José de Matos Sobral Cid é destacado, a 1911, para Lisboa onde lecionou a recém-criada cadeira de psiquiatria forense e substitui Júlio de Matos na direção de Rilhafoles (Manicómio Bombarda em honra a Miguel Bombarda) após a sua morte (Quintais, 2008).

O século XIX é, em larga medida, marcado pelas questões que concernem à responsabilidade criminal e à loucura. Nesta altura, os psiquiatras europeus iniciaram a sua tentativa de compreender os motivos, independentes da consciência, que controlam comportamentos humanos, existindo uma diferença entre o que deriva da personalidade e o que deriva da doença (Curado, 2007). Portugal, como anteriormente dito, foi acompanhando as temáticas e, já no Código Penal de 1852, no artigo 14º, não se considerava nenhum ato criminoso

quando o seu ator estivesse inteiramente privado da inteligência do mal que cometia, no momento de o cometer. Também nos artigos 22º e 23º assumiam que apenas aqueles que estão na presença de necessária inteligência e liberdade podem ser criminosos, sendo que aqueles que fossem “loucos de qualquer espécie” não o podiam ser. Estes, no Código Penal de 1886 (artigo 47º) deveriam serem entregues às suas famílias para que estas os cuidassem, ou entregues a hospitais de alienados caso haja “mania criminosa” ou “se o seu estado o exigir para maior segurança”.

Apesar disto, Afonso Costa (1895) critica o Estado português na medida em que não se executavam as perícias necessárias para que se pudesse cumprir essas mesmas disposições legais. Defende que o juiz, por muito qualificado que seja, nunca conseguirá admitir, com experiência científica, a existência de um problema mental nos acusados. Posto isto, quando o réu não se mostrasse enfermo através de expressões como o delírio, ele seria condenado como uma pessoa saudável. O mesmo não aconteceria com a assistência de um perito, isto é, de um psiquiatra. Assim, aconselhava a que o perito fizesse uma inspeção aos detidos e, aqueles que despertassem suspeitas de problemas mentais, seriam examinados conforme os termos legais, de forma que se evitasse que réus doentes fossem sujeitos a penas comuns. Finalmente, com a Carta de Lei de 17 de agosto de 1899, decretou-se o primeiro diploma que respeitava à realização das perícias médico-legais, em Lisboa, no Porto e em Coimbra onde se encontravam as sedes médico-legais (Decreto-Lei n. º11/98).

Tudo isto culminou na data de 11 de maio de 1911 quando surge uma lei, elaborada com o apoio de Júlio de Matos, que autoriza que o Governo da República edificasse sete novos manicómios, bem como criasse dez colónias agrícolas para assistência dos enfermos “incuráveis e válidos”. Como se verifica nesta mesma lei, este assunto ganhou (maior) relevo quando um censo da população portuguesa revelou a existência de 6 600 alienados e quando, em 1883, Sena publicou uma estatística onde afirmava que existiam, pelo menos, 8 000 loucos, não estando este número perto da realidade do país. Isto dir-nos-ia

que, mesmo que os números do censo estivessem de acordo com a realidade daquele tempo, nos manicómios de Lisboa e do Porto apenas estavam hospitalizados 1 200 doentes, o que corresponde a cerca de um quinto dos alienados. Desta forma, a restante proporção de doentes mentais estaria deixada ao abandono, promovendo a consecução de crimes e de problemas sociais (Decreto de 11 de maio de 1911). Note-se que, durante o séc. XIX, o estudo do crime foi-se alterando expressivamente, abandonando-se as expectativas criadas pelo Iluminismo, na medida em que, a criminalidade, ao invés de reduzir, aumentou e diversificou-se, verificando-se aumentos nas taxas de reincidência. Neste sentido, questionaram-se as causas e natureza do crime, que convergiram com o domínio das ciências humanas, da filosofia e das ciências empíricas próprias do positivismo. É, aliás, com o surgimento da escola positiva que nasce a criminologia científica como disciplina, através do método experimental, como chave do conhecimento. O positivismo acrescentou a negação do livre-arbítrio e a previsibilidade do ser humano, principalmente através do trabalho de Lombroso e dos seus precursores (Correia, 1956; Schafer, 1960; Quirós, 1898) que tentaram teorizar as causas do crime nos estigmas individuais do criminoso. A partir deste século, as noções da loucura, relacionadas com a mitologia, a religião e a superstição, foram sendo superadas passando de loucura para doença mental. Neste sentido, houve uma mudança na forma do tratamento cruel e desumano, que deixou de estar atribuído a bruxarias e intervenções satânicas, passando a ser competência de hospitais. Consequentemente, tentou explicar-se o crime através da doença mental, reivindicando a importância do tratamento do delinquente (Dias & Andrade, 1997).

Durante e após o declínio do positivismo, a perigosidade surge como elemento central da investigação criminológica, indissociável da defesa social, que contribui para o movimento reformador do Direito Penal no final do séc. XIX. Aqui, importa, antes de saber se o delinquente é responsável ou irresponsável, saber se é ou não perigoso e, se a pena lhe é útil de acordo com os

condicionamentos do comportamento humano, *i.e.*, prever o que rege e condiciona o delinquente. Para tal a criminologia científica debruça-se sobre instrumentos de prognóstico e de tabelas preditivas, bem como através de observação e diagnóstico do criminoso, de forma a investigar o crime e a personalidade do criminoso – procurando-se, deste modo, traços da personalidade do delinquente que expliquem aquele comportamento criminoso: características biológicas, psicopatológicas, psicológicas, psicossociais (Agra, 2001).

Sob o signo da perigosidade criminal e do tratamento do delinquente que padece de doença mental, o Decreto-Lei n.º 70/2019 de 24 maio estabelece as adaptações aplicáveis ao regime do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade. A execução dessas medidas privativas de liberdade destina-se à reabilitação do internado e à sua ressocialização de forma a prevenir outros factos criminosos e servindo a defesa da sociedade e da vítima (nos termos do n.º 1 do artigo 126º do Código da Execução das Penas e das Medidas Privativas de Liberdade). De acordo com estes objetivos, o diploma *estabelece os princípios orientadores da execução das medidas, clarifica o estatuto jurídico do internado, reforça os mecanismos de tutela dos seus direitos e regulamenta a elaboração do plano terapêutico e de reabilitação, instrumento essencial a uma execução individualizada, programada e bem-sucedida deste tipo de medidas.*

As unidades de saúde mental destinadas à execução das medidas de segurança de internamento de inimputável, bem como de internamento de imputável em estabelecimento destinado a inimputáveis e de internamento preventivo, estão determinadas no Despacho n.º 12406/2019 como unidades de internamento de psiquiatria forense integradas nos seguintes hospitais:

- O Hospital Magalhães Lemos, E. P.E, no Porto;
- O Hospital Sobral Cid em Coimbra, integrado no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.;

- O Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, pertencente ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, o qual será objeto de estudo para a presente dissertação.

Posto isto, podemos afirmar que os psiquiatras forenses não existem para dificultar a vida ao doente ou para o punir, existem para evitar que aqueles que, derivado da doença mental, não conseguem distinguir o certo do errado sejam punidos da mesma forma que seria uma pessoa sã (Nedpoil, 2009). De facto, o perito é requisitado inúmeras vezes no sentido de favorecer o decurso de um julgamento, e exerce as suas funções através dos pedidos dos juízes, advogados, da família e, em circunstâncias singulares, do próprio arguido. Concluindo, assim, que a Psiquiatria Forense corresponde, ao cruzamento entre a Psiquiatria e o Direito na medida em que se debruça sobre quaisquer situações que possam levantar dúvidas sobre certas capacidades de uma pessoa, como é o caso da capacidade de compreender a natureza e as consequências de uma ação, podendo considerar-se a imputabilidade que, no entanto, é decidida pelo juiz e não pelo psiquiatra, a capacidade de gestão de bens (esta incapacidade leva à interdição pelo CC), a aptidão de exercer o papel parental e, por fim, a capacidade ou a sua perturbação no que respeita a acidentes de trabalho (Cordeiro, 2011). A Psiquiatria tornou-se parceira de justiça, com elevado peso específico nos anos finais do século XIX – e viram-se os efeitos -, gerando o predomínio da abordagem psiquiátrica sobre a valoração jurídica. As décadas de 1890 e 1930 foram, entre nós, mementos de a justiça despertar para a função social da Psiquiatria e para a vontade de separar os delinquentes com e sem patologia mental.

II. Enquadramento legal

2.1. A inimputabilidade em razão de anomalia psíquica

Importa agora, para compreendermos a relação entre a inimputabilidade e o crime fazer uma breve alusão ao que se considera, efetivamente, como crime. Como defende Poiares (2017) para a compreensão do presente importa conhecer, antes de mais, o passado. Ora, o crime, como hoje o conhecemos, foi alvo de uma epistemologia criminológica decorrente do avanço da ciência nas sociedades modernas. O primeiro período científico acarreta alguma discórdia, havendo quem defenda que se iniciou com a escola clássica e, por outro lado, quem afirme que teve origem na escola positiva. Podemos, então, considerar como as principais escolas teóricas a Criminologia Clássica, a Criminologia Positiva e a Criminologia Moderna. Estas escolas são-nos apresentadas de forma expositiva por Machado (2008) e Agra (2001):

É com o Iluminismo que surgem as primeiras reflexões modernas sobre o crime, a sociedade e as leis nas quais se fundamenta a Criminologia Clássica ou a Escola Clássica (predominante maioritariamente no século XVIII), onde se forma a primeira ciência do crime e da pena, influenciada, em grande parte, por Beccaria (1738 – 1794). Esta Criminologia opõe-se à teoria de que o crime deriva de causas naturais ou divinas e tem como principal apanágio o pressuposto de que o crime resulta da liberdade de escolha, isto é, do livre-arbítrio. Aqui, o crime emerge como um ato racional, onde se calcula a obtenção máxima de prazer e bem-estar em detrimento da dor e do sofrimento.

Hobbes (1588-1679) defendia que o homem, detendo uma natureza egoísta, necessita de uma sociedade organizada, de um pacto entre todos os indivíduos que obriga a que cada um abdique de alguns direitos em proveito de um bem comum – contrato social. Então, o crime resulta do incumprimento deste contrato, o que torna legítima a ação do Estado cuja finalidade é assegurar a

manutenção da ordem social e punir aquele ato que perturba a paz social. Neste sentido, a função da pena não passava pela ressocialização.

No século XIX, negava-se o livre-arbítrio aquando da publicação de estatísticas criminais, as quais demonstraram que o crime era regular e que este não estava a ser socialmente controlado, assistindo-se a um aumento da criminalidade. A Escola Positiva italiana procurou identificar e explicar diferenças a nível psicológico, biológico e social entre o homem delinquente e o homem não delinquente, e propôs a negação do livre-arbítrio, assentando a sua teoria com base em métodos experimentais e no empirismo centralizando os seus estudos no delinquente e não no crime, como acontecia na Escola Clássica. Esta diferenciação decorria também da mudança de referencial filosófico, com a passagem do racionalismo ao positivismo.

Lombroso (1835-1909) é uma das figuras se destacou neste período, através dos seus esforços para encontrar características que distinguiam os criminosos dos não criminosos, isto é, características para a predisposição à delinquência. Estudou reclusos e condenados à pena capital e encontrou anomalias atávicas (reaparição de características de gerações distantes) no crânio dos delinquentes. Deste modo, através de estudos genéticos e evolutivos Lombroso acreditava que os delinquentes, pela hereditariedade, apresentavam traços atávicos físicos, como por exemplo, o crânio de dimensões anormais e assimetrias na face, bem como a instabilidade, a pouca sensibilidade à dor, etc. Posto isto, acreditava-se que o homem cometia o crime sem ter liberdade de escolha, sendo que derivava de características ligadas ao seu organismo. Também os seus contemporâneos, Garófalo (1851-1934) e Ferri (1856-1929), se destacaram por terem estudado, com base no positivismo, a importância dos elementos psicológicos e sociológicos, respetivamente, na ocorrência do crime.

Seguindo em conformidade com Poiares (2019) é, no século XX que a Criminologia Moderna surge com o alargamento do seu campo de análise, que pretende não só explicar como se afigura o fenómeno criminal, mas também preveni-lo, bem como avaliar os modelos de controlo social e intervir, não só no

delinquente, como na vítima, e também analisar as políticas de segurança, criminais e prisionais. Assim, socorre-se de diversos campos do saber como é o caso da Vitimologia, da Criminologia Ambiental e da Criminologia Forense. A Criminologia Moderna, para além de ter uma proximidade com outras disciplinas no que diz respeito ao conhecimento sobre os mesmos objetos, encontra-se perante uma diversidade de objetos de análise e de métodos empíricos no que concerne à investigação, acabando assim, por estar numa “crise de identidade” intensificada por autores como Giddens que exaltam a Criminologia como o estudo do comportamento criminoso e de assuntos paralelos a este: prevenção e explicação do crime, intervenções não só no delinquente, como na vítima e análise dos modelos de controlo social.

Recorreremos, por fim, ao Direito Penal e à teoria Geral da Infração que se fundou tradicionalmente numa teoria sobre a definição de crime. Nesta, também denominada como Teoria do Crime, estabeleceu-se um esquema conceptual onde existem certos passos sucessivos, nos quais verificando-se todos aqueles elementos, pode dizer-se que se está na presença de um crime e que a pessoa é por ele responsável e, assim, lhe seria aplicada uma pena. Por outras palavras, desenvolvem-se, através desta teoria, características que são comuns a todos os crimes. Neste sentido, começou-se por acreditar que os critérios que permitiam concluir a presença de um crime seriam a ação (a sua natureza), a ilicitude do facto e a culpa do agente, sendo que, deste modo, o crime seria uma ação típica ilícita e culposa. No entanto, a estes elementos aglutinou-se a tipicidade que nada mais é do que o preenchimento de um tipo legal de crime. Considerando-se também que a todos os crimes previstos no Código Penal corresponde uma pena, na medida em que são ações dominadas ou domináveis (no caso da negligência) pela vontade (Palma, 2016). Deste modo, para haver crime tem de haver um facto típico ilícito, culposo e punível.

Debrucemo-nos, sucintamente, sobre o elemento “culpa” que, como veremos, será um elemento-chave. Compreendemos que nenhuma pessoa deverá ser punida sem ter culpa, ou seja, a culpa surge como condição *sine qua non* da

sanção criminal. Assume-se, portanto, o juízo de culpabilidade quando o sujeito se podia e devia ter determinado de outra forma. Posto que é necessário que o agente conheça ou pudesse conhecer a ilicitude do facto e que pudesse ter agido de outra forma de acordo com aquela compreensão. Afora isto, o agente, para cumprir o elemento da culpabilidade não poderia estar impedido, aquando do facto, de avaliar a ilicitude da sua conduta e de se comportar de acordo com essa mesma avaliação, quer isto dizer que o sujeito não poderia estar privado dessas capacidades, em razão da idade ou de anomalia psíquica, obedecendo ao requisito da imputabilidade penal (Santos, 1950).

Note-se que a imputabilidade não é consensual sendo por uns encarada como a atribuição de uma infração a um sujeito, por outros, como uma condição que presume a presença de uma lucidez da consciência e da livre vontade inerente a um conceito jurídico-normativo. Igualmente há quem defenda que a imputabilidade se prende com a capacidade para compreender a ilicitude do facto e a sua capacidade de se determinar por esse entendimento. Já a inimputabilidade, de acordo com o n.º 1 do art. 20º do CP, apreende-se como a incapacidade de avaliar a ilicitude do facto e se determinar de outra forma (Almeida, 2000).

Na ótica de Figueiredo Dias (1989), o homem consegue determinar a sua ação através da decisão livre que tem sobre si mesmo; no entanto, essa liberdade é pressuposto, mas não critério para a culpa jurídico-penal, sendo que esta é a necessidade de responder pela personalidade, ético-juridicamente censurável, comprovada num facto típico e ilícito. A corroboração da culpa jurídico-penal supõe um ato de compreensão da personalidade do agente e assim sendo:

“o juízo de culpa jurídico-penal não poderá efectivar-se quando a anomalia mental oculte a personalidade do agente, impedindo que ela se ofereça à contemplação compreensiva do juiz. É a isto que, no fundo, chamamos inimputabilidade.”

(Figueiredo Dias, 1989:145)

Como fora mencionado, as penas exigem a existência de culpa e, sendo o inimputável incapaz de culpa, este não poderá ser sujeito à aplicação de uma pena (Cabral et al., 2009). Como refere Roxin (1984:5):

“Se hoje já não punimos crianças, jovens sem capacidade de discernimento ou doentes mentais, e tendemos (...) a reunciar à pena também em casos de perturbações puramente psíquicas (...) é com resultado de uma evolução cujo motor foi o princípio da culpa”

A culpa constitui assim o pressuposto que é necessário à pena. A sua função reside em definir o máximo da pena que seja compatível com a salvaguarda da dignidade do agente, bem como em preservar o desenvolvimento da sua personalidade no panorama próprio de um Estado de Direito democrático (Dias, 2007). Isto quer dizer que a declaração da inimputabilidade é uma declaração de exclusão ou inexistência de culpa jurídico-penal desde que se verifiquem os pressupostos do artigo 20º, n.º 1 do Código Penal (Cabral et al., 2009). Por outras palavras, a inimputabilidade aparece como a inaptidão de avaliar a ilicitude do facto e de responder perante essa avaliação (Palma, 2016).

Os critérios que fundamentam a inimputabilidade variaram, também eles, longitudinalmente. Primeiro, acreditou-se que o critério biológico seria suficiente para excluir a imputabilidade do agente no qual se tinha em consideração o estado mental deste, isto é, bastaria padecer de uma anomalia psíquica para haver um juízo de inimputabilidade, tornando este critério biológico meramente descritivo. Seguiu-se o critério psicológico, cuja perspetiva correspondia a uma visão das consequências do estado mental do agente, isto é, não se analisava a anomalia do sujeito, tentando compreender de que modo aquela impedia o agente de se determinar de outra forma (Lourenço, 2005).

Atualmente estamos perante um paradigma compreensivo do critério biopsicológico, que demanda uma nova conceção através da relação entre a normatividade e a função primeira do Direito Penal – proteção de bens jurídicos, através da pena e de medidas de segurança. Aqui, a culpa acaba por ser limitativa das exigências preventivas. Um agente que seja portador de

anomalia psíquica não poderia ser considerado culpado pela prática de um facto típico e ilícito porque este, nem perante a “visão compreensiva do juiz”, se poderia oferecer. Neste paradigma volta a ganhar sentido o carácter biológico e psicológico da imputabilidade visto que, para analisar a gravidade e a intensidade deste substrato é necessário o olhar dos psicólogos e/ou psiquiatras (Cesário, 2016). No entanto, não bastaria apenas justificar a existência de uma anomalia psíquica mesmo que das mais graves se trate. É imprescindível que se determine até que ponto aquela anomalia torna impossível a compreensão da conexão objetiva entre o agente e o facto praticado. Assim, requer-se que haja uma colaboração entre os peritos, que ditariam a validade daquela anomalia psíquica, e o juiz que comprovaria o elemento normativo, sendo que a última palavra a este pertencerá (Dias, 1989), pois a inimputabilidade é um constructo jurídico.

Anteriormente, o critério decisivo para a inimputabilidade centrava-se nas causas da anomalia, passando a ser esse mesmo critério, as suas consequências, na medida em que se retificou o facto de qualquer anomalia psíquica poder conduzir à inimputabilidade, desde que esta retire ao agente a capacidade de compreender a ilicitude do facto, e/ou de se comportar de acordo com essa compreensão. Neste sentido a definição do elemento psicopatológico da inimputabilidade (anomalia psíquica) permite que se apliquem formulações abertas suscetíveis de análise de outras ciências (Costa, 2011). Assim, segundo Figueiredo Dias, não basta apenas que se dite a existência de uma doença mental porque esta não expõe obrigatoriamente uma inimputabilidade, é antes de mais, necessário que se prove que essa doença mental torna o agente incapaz de fazer uma avaliação do ilícito (Dias, 1983). Está, então, no juízo da inimputabilidade implícita a prova de perigo momentâneo ou permanente que irá ditar uma medida de segurança que deverá ser adaptada à anomalia psíquica do agente “em tempo e medida precisa”, sendo assim urgente, antes de mais, providenciar tratamento e

medidas de segurança que auxiliem o agente impedindo que volte a ser consumido pela impulsividade (Cesário, 2016).

Torna-se importante, então, elucidar os termos da lei, posto que encontramos no Código Penal os pressupostos para a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, estando os mesmos presentes no artigo 20º. O n.º 1 do mesmo artigo refere que é inimputável a pessoa que “por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.” No entanto, Marques & Ribeiro (2013) defendem que, o legislador, no momento da redação do conceituado artigo, permitiu, com os pontos 1 e 2, que se defenda um comportamento criminoso através da inimputabilidade, mesmo quando o agente não é inimputável, abrindo espaço para questionar a avaliação pericial. A inimputabilidade em razão de anomalia psíquica no nosso CP apresenta-nos dois pressupostos a ter em conta. O primeiro incide sobre um fator biopsicológico, isto é, as anomalias mentais que permitem constituir o conceito de anomalia psíquica; o segundo respeita às capacidades intelectivas e volitivas, isto é, à capacidade de o agente avaliar a ilicitude do facto e à capacidade de se determinar por essa avaliação, constituindo o pressuposto psicológico-normativo (Lourenço, 2005).

Neste sentido, Simões (2016) apresenta-nos um conjunto de hipóteses (Tabela I) que deverão ser respondidas na avaliação biopsicológica da responsabilidade criminal:

Estão presentes, no indivíduo, sintomas consistentes com uma perturbação mental?	O estado psicológico do indivíduo, no momento da ofensa, pode atribuir-se a uma intoxicação?	A capacidade do indivíduo compreender os factos estava seriamente comprometida?
O indivíduo reagiu consoante as suas crenças delirantes?	Os sintomas da perturbação mental prejudicaram o controlo do comportamento do sujeito?	

Tabela 1. Hipóteses na avaliação biopsicológica da responsabilidade. Fonte: Simões, 2016

Acresce igualmente que a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica apresenta uma controvérsia que se deve à sua complexidade epistemológica, isto porque se torna difícil conectar o facto típico ilícito, cometido pelo agente, e a anomalia psíquica que o traduz. Tal acontece porque uma mente saudável não se conseguiria colocar no papel de uma mente afetada por uma doença mental a ponto de olhar para as coisas como aquela que não atribui valor as suas ações porque é incapaz de tal, bem como de atribuir uma avaliação de ilicitude a uma ação (Cesário, 2016). Ou seja, um indivíduo psicologicamente saudável, não conseguirá compreender como se processam as informações dentro da mente de um enfermo mental, sobre a ilicitude de uma ação, bem como das suas consequências.

2.2. A medida de segurança de internamento

A função do Direito Penal apreende-se como a proteção dos bens jurídicos através dos meios de controlo social, sendo o seu objeto o crime e o comportamento criminoso, bem como as consequências jurídicas desses atos, isto é: as penas e as medidas de segurança (Dias, 2007). Esta dualidade de sanções indica-nos que o nosso sistema sancionatório é um sistema dualista em que, num polo encontramos a pena cujo pressuposto e limite é a culpa, e no outro a medida de segurança que encontra como o seu pressuposto a perigosidade (Santos, 2017). Ora, as teorias dos fins das penas procuram compreender de que modo a pena deverá atuar para realizar aquela função. Assim, antes de abordarmos a medida de segurança de internamento recorreremos a um breve vislumbre sobre as teorias dos fins das penas.

O estudo sobre os fins das penas, cujo pressuposto reside na culpa, tem sido feito desde a antiguidade clássica. Como vimos, os primeiros estudos relativamente ao crime e à pena surgem com a Escola Clássica da qual Beccaria é protagonista, sobretudo pelas suas propostas de reforma do sistema criminal, cujo grande objetivo seria evitar as crueldades das punições (Machado 2008). Na obra *Dos Delitos e das Penas* (1764) consagra-se que as leis se fundamentam na cedência da liberdade de cada homem livre e independente, em prol de uma sociedade segura e tranquila, e estas cedências, conjuntamente, formam a soberania da nação, sendo legítima a ação do Estado de punir aqueles que quebrassem este contrato social. Contudo, a punição não deveria ser bárbara nem arbitrária e, nesse caso, apenas as leis fixariam as penas correspondentes aos delitos, o que é competência do legislador. É, portanto, neste sentido que se estabelece que a pena tem como finalidade a não reincidência daquele que delinuiu e o exemplo para aqueles que pudessem fazer o mesmo (Beccaria, 1764).

Existem, essencialmente, três teorias sobre os fins das penas, que procuram explicar a imposição desse constrangimento (pena) ao homem – a teoria da

retribuição, a teoria da prevenção especial e a teoria da prevenção geral, brevemente abordadas.

A teoria da retribuição, também denominada como teoria absoluta, encara a pena como a compensação do mal praticado através do comportamento criminoso, defendendo-se que apenas se consegue garantir a sua eficácia bem como cumprir com a expectativa de punição do criminoso por parte dos restantes cidadãos, através da retribuição. Este pensamento teve o seu auge com Kant e Hegel (Palma, 2019).

A conceção da prevenção geral está inserida nas teorias relativas (a pena é um meio para atingir um fim) e divide-se em prevenção geral negativa ou de intimidação e prevenção geral positiva ou de integração. Ambas, utilizam a pena como instrumento psicológico de atuação estatal sobre a maioria das pessoas. A primeira respeita à pena como um exemplo, uma intimidação, que se oferece aos restantes cidadãos aludindo para o sofrimento que com a pena se inflige ao criminoso e, através deste receio, impede-se que venham a praticar comportamentos criminosos. A segunda serve para reforçar a confiança traduzida no Estado pelos seus cidadãos, garantindo-lhes, através da força e da validade das suas normas jurídicas, que não são aceites comportamentos delinquentes que ameacem os bens jurídicos (Dias, 2007).

Por seu turno, a prevenção especial surge como a necessidade da reintegração em sociedade, isto é, de impedir que o agente que cumpre pena, no futuro, volte a cometer crimes, operando, deste modo, de forma preventiva sobre o próprio agente (Acórdão TRC). Posto isto, esta prevenção pode ocorrer de três modos:

- a) Ressocializando (prevenção especial positiva);
- b) Intimidando o que é intimidável (prevenção especial negativa ou de intimidação);
- c) Tornando inofensivos, através da privação da liberdade, aqueles que não são nem corrigíveis nem intimidáveis (Latas et al., 2007)

De forma a dar resposta àqueles factos típicos ilícitos praticados por inimputáveis, surge a medida de segurança cujo objetivo, determinado, no artigo 40º, n.º 1 do CP, é a “proteção de bens jurídicos e a reintegração do agente na sociedade”, passando também por ser o tratamento do doente requerendo a coadjuvação de profissionais de saúde (Santos, 2017). Com efeito, “ou se trate de um asylo ou de um carcere, a perda de liberdade, legalmente imposta em virtude de um acto offensivo, é sempre uma pena que o irresponsavel não deveria soffrer” (Mattos, 1893).

De acordo com o nosso CP, as medidas de segurança distinguem-se naquelas que são privativas de liberdade e nas que, pelo contrário, não são privativas de liberdade. As primeiras são as que dizem respeito ao internamento de inimputáveis, previsto no art. 91º do mesmo código, e, as últimas (não privativas de liberdade), que não aprofundaremos, encontram-se previstas na Secção IV do Capítulo VII do CP:

- interdição de atividades, art. 100º
- cassação do título e interdição da concessão do título de condução de veículo com moto, art. 101º
- aplicação das regras de conduta, art. 102º

As medidas de segurança encontram-se regulamentadas na CRP, no CP, no CPP e no CEPMPL; não obstante, e no que respeita a uma perspetiva médica e às suas intervenções, é igualmente relevante a Lei da Saúde Mental. Estas sanções aplicam-se a pessoas que não podem ser responsabilizadas criminalmente aquando de um facto típico e ilícito, sendo isso justificável por questões de saúde mental havendo probabilidades de reincidência em atos similares, isto culmina em inimputáveis perigosos. Posto isto, sendo o objetivo da medida de segurança a proteção dos bens jurídicos, a sua finalidade passa também pelo tratamento médico e a ressocialização do cidadão cumprindo requisitos da prevenção especial (Rocha; Cruz, 2017). Esta ideia encontra o seu fundamento no n.º 1 do art. 40º do CP, cuja epígrafe é *finalidades das penas e das medidas de segurança* “a aplicação das penas e das medidas de segurança visa a

proteção de bens jurídicos e a reintegração do agente na sociedade”. De igual modo, o n.º 1 do art. 128º da Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, indica-nos que o internamento de inimputáveis se justifica com a reinserção social e familiar do cidadão, bem como a prevenção da prática de factos da mesma natureza, acabando por servir não só a defesa da sociedade, como da vítima em especial.

No Capítulo VII do Código Penal, artigos 91º e seguintes, estipulam-se os pressupostos e a duração mínima da medida. Estes pressupostos respeitam a inimputável por força de anomalia psíquica, que tenha praticado um facto típico e ilícito e do qual haja fundado receio que volte a cometer outros factos da mesma qualidade. Já na Constituição da República Portuguesa, encontramos discriminados, no art. 30º, os limites das medidas de segurança, reforçando, no número 1 do mesmo artigo, que nenhuma medida de segurança privativa ou restritiva da liberdade pode ser perpétua, nem com duração ilimitada ou indefinida. Ressalva-se, de igual modo, que a aplicação destas medidas está subordinada ao princípio da tipicidade, não olvidando o princípio da proporcionalidade, arts. 18º n.º 2 e 30º, n.º 2 da CRP, bem como do art. 92º do CP. “A medida de segurança só pode ser aplicada se for proporcionada à gravidade do facto e à perigosidade do agente” (Cabral et al., 2009). Ainda assim, a aplicação destas medidas de segurança, seguindo a matriz das penas de prisão, não deixa de responder perante o princípio da legalidade (art. 1º, n.º 2 do CP), *nullum crimen, nulla poena sine lege*, portanto, as infrações deverão estar previamente definidas na lei, e de forma acessível a qualquer cidadão, de modo que este possa saber quais os comportamentos criminosos, por ação ou omissão, que culminam em responsabilidade penal, e quais as suas consequências (Acórdão STJ, 28-09-2005). Neste sentido, podemos observar na CRP, o artigo 29º n.º 1, “Ninguém pode (...) sofrer de medida de segurança cujos pressupostos não estejam fixados em lei anterior” e n.º 3, “Não podem ser aplicadas medidas de segurança que não estejam expressamente cominadas em lei anterior”. É competência do legislador fixar, previamente, na

lei os pressupostos para os estados de perigosidade que conduzam a medidas de segurança.

Não obstante, é no Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, no capítulo III, que encontramos os pressupostos para a medida de segurança de internamento e internamento de imputável portador de anomalia psíquica, determinando como objetivo, no seu art.126º n.º 1, a reabilitação do doente, a sua reinserção social e familiar, bem como a prevenção de futuros factos da mesma ordem, que ameacem a proteção tanto do próprio doente como da sociedade. Este Código pressupõe que, tanto a escolha, como a alteração do regime de execução são feitas sob o olhar dos profissionais de saúde (art.127º n.º 2).

Podemos concluir, *grosso modo*, que o pressuposto da perigosidade criminal do agente se encontra com a finalidade de prevenção especial da medida de segurança de internamento, sendo claro que desta sanção resulta a proteção dos bens jurídicos. Justifica-se, dessa forma, quando não havendo fundado receio da prática de factos da mesma natureza, que ao sujeito inimputável não corresponda qualquer medida de segurança (Antunes, 2017). É indiscutível que as medidas de segurança assumem, predominantemente, as finalidades da prevenção especial, no entanto, não podemos excluir as finalidades da prevenção geral de integração (Antunes, 2002), na medida em que, estas cumprem a sua função de forma autónoma, *i.e.*, tendo em conta que a aplicação das medidas de segurança reside no pressuposto de perigosidade e na prática de um facto tipificado como crime, então, esta aplicação, vai ao encontro da função de proteção de bens-jurídicos e de tutela das expectativas comunitárias (Dias, 1993).

2.3. A Lei da Saúde Mental

A Lei da Saúde Mental (LSM) apresenta-se como a lei que estabelece os princípios gerais da política da saúde mental e a regulamentação do internamento compulsivo dos cidadãos portadores de anomalias psíquicas, como consta no artigo 1º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, tendo uma finalidade terapêutica (Cabral et al, 2009).

A definição de internamento compulsivo consta no artigo 7º n.º 1: “internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave” – que se distingue do internamento voluntário, sendo este solicitado pelo doente mental.

No artigo 12º da mesma Lei, apresentam-se os pressupostos para o internamento de doentes mentais sendo estes:

1. “O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.
2. Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.”

Decorre que apenas poderá ser internado compulsivamente quem, por razão de uma anomalia psíquica grave, ameace bens jurídicos e recuse submeter-se a tratamento médico e é, neste sentido que, para Mendes (2000), o internamento compulsivo assume a essência de uma medida de segurança pré-delitual, na medida em que a perigosidade, como pressuposto do internamento, assenta no risco de virem a ser cometidos factos que possam ser qualificados como crimes. Assim, a LSM traça os princípios que orientam o internamento compulsivo,

dentre destes os princípios da necessidade, da proporcionalidade e da subsidiariedade que vão de encontro aqueles segundo os quais as medidas de segurança se norteiam.

Os princípios da necessidade e da proporcionalidade estão consagrados nos n.º 1, 2 e 3 do art. 8º, no que respeita à decisão e à manutenção do internamento compulsivo, de forma que o internamento compulsivo apenas pode ser determinado e mantido quando, não existindo outros meios menos penosos para o cidadão portador de anomalia psíquica, efetivamente seja adequado às finalidades terapêuticas e de proteção dos bens jurídicos, tendo sempre em consideração a proporcionalidade entre o perigo e o bem jurídico em causa (Albergaria, 2006). No âmbito da LSM, a decisão sobre o internamento compulsivo não tem de recair sobre uma sentença, – como consta no Código de Processo Penal – mas deve ser fundamentada, sendo que o seu primeiro pressuposto compreende que o internando possui uma anomalia psíquica grave e que haja uma relação de causalidade entre a anomalia psíquica de que padece o portador e o perigo criado pelo mesmo (Ac. TRE, 14-07-2015).

É neste sentido que o internamento compulsivo se distingue da medida de segurança do Código Penal visto que, a Lei de Saúde Mental não pressupõe, na sua intervenção, a prática de qualquer facto típico e ilícito pelo “portador de anomalia psíquica”, sendo necessário notar o facto de que o internamento compulsivo não cessa na prevenção de futuros factos ilícitos típicos. Assim sendo, os requisitos reconhecidos pela LSM apresentam uma área de intervenção mais vasta do que a medida de segurança estabelecida no Código Penal sendo, desta forma, uma resposta para a perigosidade representada para o doente mental e para terceiros. Assim se conclui, através desta conceção de perigosidade, que o propósito do internamento compulsivo é preponderantemente preventivo (Cabral et al, 2009), sendo a Lei de Saúde Mental autónoma da política criminal.

A medida de segurança de internamento e o internamento compulsivo da LSM distinguem-se tendo em conta que a primeira integra uma resposta a condutas

criminais e, a seguinte, apesar de ser subordinada a autorização judicial, pode considerar-se como uma forma de assistência de índole administrativa. Neste caso, depois da decisão judicial de internamento, os seguintes procedimentos são de responsabilidade médica (Parecer n.º 34/2016). Note-se que é imprescindível ter em consideração que cada situação tem as suas especificidades, devendo ser enquadrada legalmente de forma que se possa apreciar cada caso de forma eficaz. Salienta-se, de acordo com Almeida (2011), que, no âmbito da LSM, não se enquadram problemas como o alcoolismo, a toxicodependência ou até mesmo a demência. Assim, avalia-se cada situação particular de modo que se compreenda onde esta se enquadra. À idiosincrasia de cada personagem no papel que desempenha na trama social requer que os juízos da justiça sejam fundados em laudos e exames científicos – psicológicos, e psiquiátricos com diagnóstico e avaliação de risco.

2.4. Anomalia Psíquica e Perigosidade

Hodiernamente, encaramos um vasto leque de enfermidades psíquicas que fundamentam a inimputabilidade, desde as psicoses exógenas, às psicoses endógenas até às restantes perturbações não psicóticas (como é o caso de algumas perturbações da sexualidade ou da personalidade) (Costa, 2011). Todavia, há que ter em atenção que as inimputabilidades são situações raríssimas no foro judicial. De acordo com Oliveira (2009), a distinção que há entre um portador de anomalia psíquica e um sujeito sem essa anomalia está na capacidade volitiva, de autodeterminação, ou seja, o portador de anomalia psíquica, por carecer de uma capacidade cognitiva, não compreende a situação em que se encontra e, concludentemente, não consegue decidir de que forma deve agir, acabando por não conseguir compreender as consequências que podem advir das suas ações.

Aliás, como podemos observar ao longo deste segundo capítulo, o pressuposto da pena é a culpa, a qual não pode ser atribuída ao inimputável, impondo-se, a este, como disposto no art. 91º do CP, o pressuposto de perigosidade para a medida de segurança. Apesar de haver um estigma relativamente a enfermos mentais e ao crime, estudos sugerem que devemos abandonar a ideia de que a perigosidade criminal está associada a doentes mentais, na medida em que apenas entre 9% a 10% dos doentes mentais graves acabam por ter condutas violentas, sendo que estes são mais prováveis de ser vítimas de crimes do que autores. Para estas pessoas, como para qualquer outra pessoa, há fatores que impulsionam o risco de violência, como é o caso do consumo de drogas e de álcool (Pueya, 2015). Esta perigosidade liga-se, de acordo com Taborda (1969), à violência, à repetição, à premeditação ou, por outro lado, à impulsividade, pelo que determinados critérios terão de ser determinados para considerar certo ato perigoso e grave, na medida em que abala a estrutura social através da violação de uma regra. Na realidade, todo o ser humano tem um potencial violento, carregando em si mesmo impulsos agressivos e sexuais, estando a dificuldade em prever esses atos violentos, pelo que Cordeiro (2011) sugere

que se tente encontrar quais as personalidades que, mais facilmente, incorrem no risco de perder o autodomínio e virem a ser violentas, seja com elas mesmas ou com os outros. Quando se trata de um ato violento, ainda segundo o mesmo autor, torna-se então pertinente compreender se o agente estaria capaz de conhecer a natureza e as consequências do seu comportamento, havendo aqui duas hipóteses:

- a) Se o agente estiver na plena posse das suas capacidades, estamos perante um caso de responsabilidade criminal ou,
- b) Se o agente não estiver na posse dessas mesmas capacidades, estamos perante uma situação de inimputabilidade.

No primeiro caso, a resposta passa pelo cumprimento de uma pena como resposta judicial, da qual resulta, no limite, a reclusão. No que respeita à segunda alínea, essa inimputabilidade terá de ser sempre avaliada por um perito, e, cumprindo o agente os pressupostos da inimputabilidade, é entregue à psiquiatria, em ambiente hospitalar fechado, cabendo aos médicos psiquiatras fazer uma avaliação periódica de forma a garantir a pertinência das medidas de segurança. O psiquiatra basear-se-á constantemente na experiência, conhecimentos e, quando este faz uma prognose de perigosidade, fá-lo através de existir, ou não, probabilidade de o doente mental se tornar agressivo, transmitindo, por fim, esse grau de probabilidade ao juiz.

Remete-se, desta forma, a compreensão do que se trata efetivamente como perigosidade. O art. 20º do CP oferece-nos uma visão sobre aquilo que seria a perigosidade, sendo esta uma previsão do cometimento, por parte do agente inimputável, de factos da mesma natureza. Na realidade, a questão da perigosidade versa sobre quaisquer processos que respeitem à determinação de uma medida da pena sobre um certo crime ou delinquente. Por exemplo, na definição de uma liberdade condicional é igualmente importante um prognóstico. Apesar disso, onde o juízo de perigosidade apresenta um carácter decisivo é na medida de segurança, no sentido em que esta não se dá sem a existência de perigosidade. Ora, em que consiste esta perigosidade? Aqui

englobam-se duas vertentes, uma objetiva e outra subjetiva. Isto é, uma conduta concreta ou uma situação e uma determinada personalidade. Em ambas, o perigo é a ameaça a um bem-jurídico (ou vários); assim, a perigosidade objetiva nasce e esgota-se na própria conduta, porquanto que na perigosidade subjetiva a perigosidade manifesta-se no agora e no depois, acompanhando o próprio agente, fazendo com que continue em perigo o bem jurídico, sendo, neste sentido, necessária a proteção daquele, enquanto esse estado perdurar. Esta apreciação cabe ao tribunal, sabendo que, no que concerne ao perigo objetivo, esse já ocorreu, estando sujeito a validação na fase probatória. Por seu turno, quando se fala da perigosidade subjetiva, o julgador terá de apreciar a eventualidade daquela personalidade poder dar origem a novos factos da mesma ordem (Monteiro, 2019). Cabe, portanto, ao tribunal aferir, de acordo com a avaliação de perigosidade e com base na sua experiência, se o perigo de práticas ilícitas estará projetado no futuro (Martins, 2009).

Como defende Fernandes (1947) aquela função deverá passar pelos peritos, tendo estes a capacidade de prover os elementos através dos quais o tribunal se decidirá, não olvidando uma percepção sobre o bem-estar psicológico dos doentes mentais, bem como das suas reações e comportamentos sociais, nem tão pouco menoscabando a dificuldade em prever a conduta de um doente mental. Assim, o problema da perigosidade prende-se com o facto de não ser sempre um estado constante e inalterável, onnipresente na personalidade do sujeito, acabando por variar de acordo com diversos fatores, sejam eles internos ou externos. Posto isto, a avaliação da perigosidade é uma previsão que implica a apreciação de inúmeras causas como as patológicas, psicológicas, sociológicas e históricas, não devendo circunscrever-se apenas a uma avaliação psiquiátrica. Concluindo-se, deste modo, que deve ser uma análise pluridimensional (Costa, 1994).

A importância de uma previsão de violência ou de perigosidade tomou, grande relevo, porque se compreendeu ser indispensável a prevenção de atos

violentos, particularmente no que diz respeito a sujeitos portadores de anomalias psíquicas. Já em 1981, Monahan considerou cinco estudos sobre a eficácia das previsões do risco de perigosidade sobre doentes mentais diagnosticados e institucionalizados que cometeram atos violentos no passado, concluindo que os profissionais da mente estavam corretos apenas uma em três previsões (Monahan; Steadman, 1994). Desta forma, desde os anos 90 têm-se vindo a desenvolver instrumentos específicos no âmbito da avaliação do risco de violência, sendo estes baseados em métodos estatísticos, de forma a aperfeiçoar a eficácia das avaliações da perigosidade, sendo a esta uma avaliação qualitativa-clínica e a avaliação de risco baseada na evidência através da estatística (Talina, 2005). Quanto a estes instrumentos, os mais utilizados em Portugal são o HCR-20, o SAPROF e o PCL-R.

O *Historical Clinical Risk Management -20* (HCR-20) é um instrumento elaborado por Webster, Douglas, Eaves e Hart que teve a sua primeira versão publicada em 1995, seguindo-se a segunda versão em 1997 e a terceira em 2013. De acordo com Douglas et al. (2005), este instrumento foi desenvolvido, inicialmente, através de estudos empíricos relacionados com a violência cuja finalidade seria desenvolver normas profissionais que respondessem às avaliações de risco de violência, contando, mais tarde, com o contributo de médicos de diversos países. Ora, o HCR-20 tenciona fundir a prática com a ciência, na medida em que se fundamenta no empiricamente testável, podendo ser integrado na prática médica, preservando a sua simplicidade de utilização por parte dos profissionais que avaliam o risco de violência.

Esta nomenclatura traduz o facto deste instrumento ser constituído por 20 itens, ordenados em três categorias distintas (figura 2): 10 fatores históricos (H), alusivas ao passado, 5 itens clínicos (C) referentes ao presente e 5 aspetos respeitantes à gestão do risco (R), incidindo sobre o futuro. Na categoria "H", os itens direcionam-se, não só a episódios de violência prévia, mas também a antecedentes sociais e psicológicos. A categoria (C), por seu turno, engloba comportamentos e sintomas exibidos no presente. Por fim, a categoria (R)

atribui relevância a aspetos futuros, como a falta de apoio pessoal e a não aderência a tentativas de correção ou até mesmo o stress.

Cada um desses itens recebe uma pontuação que varia entre 0 (zero) e 2 (dois) pontos, sendo que: 0 corresponde a ausência desse fator; 1 (um) ponto significa a presença possível/parcial desse fator; 2 pontos traduz-se na presença definitiva desse fator. Quando não se consegue obter a informação sobre um fator, esse item é omitido e a pontuação final é retificada e contabiliza apenas o número de itens avaliados; não obstante, não se aconselha a omissão de mais do que cinco itens no total (Abdalla-Filho, 2004). Acrescenta-se que, para atribuir uma cotação, a utilização deste instrumento prevê uma recolha de dados minuciosa quer através de entrevistas (ao examinado e aos familiares), quer através da consulta dos processos clínicos e judiciais. Posto isto, a soma destas cotações irá variar entre 0 e 40 (quarenta), sendo que se sugere que na avaliação final se estimem três níveis de risco – baixo (ausência de risco), moderado ou alto. Todavia, o resultado obtido deverá funcionar apenas como um indicador, visto que o perito deverá ser capaz de apreender um alto risco de violência, mesmo que o resultado numérico indique o risco moderado ou baixo, ou vice-versa. Assim, é necessária a compreensão de que a avaliação de risco depende, também, da combinação entre os fatores de risco e da sua intensidade. Neste sentido, os autores do HCR-20, não adotam um valor limite através do qual se considere uma pessoa perigosa, atribuindo a pontuação como algo indicativo, impondo sempre uma consideração final consolidando o resultado obtido com a entrevista clínico-pericial (Alves, 2017).

Itens Históricos	Itens Clínicos	Itens de Gestão do Risco
H1: Violência Prévia H2: Idade Precoce no Primeiro Incidente Violento H3: Instabilidade nos Relacionamentos H4: Problemas no âmbito da Ocupação Profissional H5: Problemas com Uso de Substâncias H6: Doença Mental Importante H7: Psicopatia H8: Desajuste Precoce H9: Perturbação de Personalidade H10: Fracasso em Supervisão Prévia	C1: Falta de <i>Insight</i> C2: Atitudes Negativas C3: Sintomas Activos de Doença Mental Importante C4: Impulsividade C5: Ausência de Resposta ao Tratamento	R1: Planos sem Viabilidade R2: Exposição a Factores Desestabilizadores R3: Falta de Apoio Pessoal R4: Não Adesão às Tentativas de Tratamento R5: <i>Stress</i>

Figura 2. Variáveis a considerar. Fonte: Alves, 2017

Note-se que o item H7 implica a aplicação de uma escala, por exemplo, a PCL-R abaixo indicada.

O *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF) foi criado por Viviane de Vogel et al., (2009) na Holanda com o intuito de ser um instrumento direcionado à avaliação estruturada de fatores de proteção para o risco de violência, tornando-se um complemento para instrumentos de avaliação de risco, como é o caso do HCR-20, de forma a obter-se uma avaliação do risco de violência com maior precisão. É agregado por dezassete itens, em três categorias, que respeitam a fatores internos, motivacionais e externos (Figura 3).

Fatores internos	Fatores motivacionais	Fatores externos
1. Inteligência 2. Vinculação segura na infância 3. Empatia 4. Coping 5. Auto-Controlo	6. Trabalho 7. Atividades de lazer 8. Gestão financeira 9. Motivação face ao tratamento 10. Atitudes face à autoridade 11. Objetivos de vida 12. Medicação	13. Rede social 14. Relação íntima 15. Acompanhamento profissional 16. Circunstâncias de vida 17. Controlo externo

Figura 3. Fatores a considerar. Fonte: SAPROF

Os fatores são avaliados com uma pontuação entre 0 a 2 representando a presença do fator de proteção para o risco de violência num determinado

utente em determinada situação. Estes fatores podem ser identificados de duas formas: fator-chave – fatores que oferecem muita proteção – e objetivo – fatores que são potenciais alvos de tratamento. Esta identificação intensifica a importância, a nível clínico, de fatores de proteção específicos a cada indivíduo, podendo vir a ser útil no planeamento e desenvolvimento da gestão do risco e de estratégias de intervenção (Robbé, et al., 2012). Espera-se, com a utilização deste instrumento, que se estabeleçam diretrizes para intervenções mais eficazes e fiáveis. Ademais, investigações na Holanda mostram essa mesma fiabilidade no que respeita à predição da reincidência de violência durante e depois da intervenção.

No que respeita a *Psychopathy Checklist-Revised*, de Hare (PCR-L), seria incorreto afirmarmos que esta é um instrumento de avaliação de risco de violência. Na realidade, foi criada com o objetivo de avaliar o grau de psicopatia (perturbação de personalidade antissocial), primando por ser uma avaliação psicométrica que enfatiza a relação entre a psicopatia e a reincidência criminal, servindo igualmente como preditor de reincidência (Mendes, 2015). Aliás, Poiares et al., (2008) indica este instrumento como promissor no que respeita à avaliação de abusadores sexuais. Por outro lado, aquando da utilização desta ferramenta como avaliação de risco, não se deve ter em atenção apenas a diferença entre psicopatas e não-psicopatas, sendo aconselhada a descrição dos indivíduos em prol de determinadas características que os possam colocar em maior ou menor risco de reincidência, tendo em conta as pontuações obtidas através do PCR-L (Neves, et al., 2011).

Este instrumento é constituído por 20 itens (Fig.4) que, após a segunda edição, se agruparam em quatro facetas divididas em dois fatores: a faceta 1 corresponde ao carácter interpessoal do sujeito, enquanto a faceta 2 aos traços afetivos (fator 1); a faceta 3 respeita ao estilo de vida e a faceta 4 ao lado antissocial (fator 2). A pontuação é atribuída numa escala de 3 pontos (0, 1 ou 2) através de uma entrevista semiestruturada. A pontuação total (através da

soma das cotações) varia entre 0 e 40, sendo que uma pontuação igual ou superior a 30 é indicativa de psicopatia (Abdalla-Filho, 2004).

<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>
Charme superficial	Necessidade de estimulação/Tendência ao tédio
Grandioso senso de autoestima	Estilo de vida parasitário
Mentira patológica	Défice controlo comportamental
Controlo/manipulação	Comportamento sexual precoce
Falta de remorsos ou culpa	Comportamento problemático precoce
Afeto superficial	Ausência de objetivos realistas
Frieza/Falta de empatia	Impulsividade
	Irresponsabilidade
	Não assume responsabilidade pelas suas ações
	Relacionamentos conjugais numerosos e de curta duração
	Delinquência juvenil
	Revogação das medidas de flexibilização (liberdade para prova)
	Versatilidade criminal

Figura 4. Elementos constituintes da PCL-R. Fonte: Abdalla-Filho, 2004

Acresce que este instrumento é muito usado em sede de avaliação psicológica forense, no sentido de despistar situações em que o agressor pode sofrer de perturbação antissocial, sendo um complemento fundamental do estudo psicocriminal de um transgressor.

III. Método

3. Objetivo e delineamento da investigação

Após o levantamento bibliográfico debruçamo-nos sobre a questão de partida basilar desta dissertação. Neste sentido, e de acordo com a problemática: “Estará a medida de segurança de internamento a contribuir para a ressocialização do inimputável em razão de anomalia psíquica?” é necessário o olhar de informadores que lidam todos os dias de perto com esta realidade. Posto isto, e tendo em conta que abordar os pacientes em questão poderia acarretar constrangimentos, tencionamos ter a visão de Profissionais do Serviço Regional de Psiquiatria Forense que abarca o internamento para inimputáveis a cumprirem medidas de segurança por decisão judicial, visando compreender o funcionamento deste. Assim, o objetivo geral passa por compreender como funciona o CHPL, mais especificamente, como é a população inimputável em razão de anomalia psíquica a cumprir medida de segurança de internamento, considerando pertinente caracterizar a população inimputável em razão de anomalia psíquica no Serviço Regional de Psiquiatria Forense, em razão da condição sociodemográfica, isto é: perceber se os indivíduos vivem sozinhos ou se têm familiares diretos, ou até mesmo se têm alguém que os acompanhe quando cumprida a medida de segurança de internamento; qual o estado civil; quais as habilitações literárias e a predominância destas; qual a profissão que desempenhavam antes de iniciarem a medida de segurança de internamento. Recolhemos estes dados na expectativa de compreendermos quais as circunstâncias em que se encontram estes utentes antes do internamento, dando ênfase à situação familiar que acabará por condicionar, não só em matéria afetiva, mas também em sede do cumprimento da medida de segurança.

Inicialmente considerámos importante compreender quando foi a data do diagnóstico da anomalia psíquica, ou seja, se foi antes ou depois do facto, no entanto, considerando a Regulamentação Geral de Proteção de Dados,

percebemos que acarretaria alguns constrangimentos, tendo em conta que seria necessário analisar os processos médico-legais dos utentes e na presença de um Médico Psiquiatra. Não obstante, tentamos compreender se os indivíduos já teriam cumprido outra medida de segurança de internamento como inimputáveis e, penas de prisão como imputáveis.

De forma a responder à pergunta de partida da dissertação, todos os dados recolhidos destinam-se à consolidação com a literatura, na medida em que, através dos mesmos tentamos, não só caracterizar a população em estudo, como compreender a sua forma de ação; tencionamos explicar como se relacionam os factos tipificados como crimes e as patologias de que padecem os utentes; procuramos compreender de que forma o uso de substâncias afeta o comportamento criminoso; indagamos quais as patologias mais comuns no seio da amostra; e qual a média da duração máxima (e mínima) da medida de segurança.

Note-se que todos os Princípios previstos no *Código de Conduta Ética na Investigação* serão cumpridos. Desde já, o Princípio da Responsabilidade (relativamente ao impacto da investigação nos participantes), o Princípio da Honestidade (garantindo a transparência e veracidade tanto dos procedimentos como dos dados, das interpretações e até mesmo das possíveis complicações), o Princípio da Fiabilidade e rigor (na realização da investigação); o Princípio da Objetividade (tanto nas interpretações como nas conclusões) e o Princípio da Integridade (cumprimento de todos os requisitos éticos e legais da investigação). Aqui importa também referir que todos os participantes serão informados do que consta no Consentimento Informado (participação voluntária, livre, esclarecida e anónima) (Anexo 1).

3.1. Enquadramento metodológico

O objetivo da investigação científica passa por descobrir e descrever fenómenos, bem como explicar e compreender porque estes ocorrem (Jesuíno, 1989). Assim sendo, a metodologia é o caminho que se percorre para atingir essas finalidades, abrangendo não só as conceções teóricas de abordagem como o aglomerado de técnicas utilizadas, como forma de construir a realidade, mas depende também da criatividade do investigador (Minayo, 2001). No que respeita à investigação criminal, pressupõe uma “triangulação”, isto é, a combinação de métodos ou dados que conjeturam a consulta de várias fontes, de diferentes metodologias, bem como de diversas perspetivas teóricas de forma a alcançar um objetivo comum (Poiares, 2014). Neste sentido, numa tentativa de compreender quais os métodos que possam faltar à investigação criminal no que diz respeito à inimizabilidade em razão de anomalia psíquica, tencionamos utilizar uma técnica mista, a qual reúne dados qualitativos e quantitativos no mesmo estudo, através da análise documental (bibliografia pertinente, legislação, processos judiciais), da realização de entrevistas exploratórias e da construção de grelhas de análise e do respetivo tratamento de dados.

No que diz respeito à técnica qualitativa, na qual se inscrevem perspetivas participativas orientadas para a mudança, o investigador tenciona obter dados que lhe permitam desenvolver temáticas relativas ao seu objeto de estudo (Creswell, 2007). A pesquisa qualitativa tende a responder a questões particulares que não possam ser mensuráveis, isto é, preocupa-se com uma realidade não quantificável, trabalhando através de motivos, inspirações, valores, atitudes e crenças (Minayo 2001). Assim, o investigador procura estabelecer significados do fenómeno em análise a partir do ponto de vista dos participantes, tornando-se fundamental identificar um grupo que tem em comum o fenómeno estudado e perceber como se desenvolvem certos comportamentos compartilhados pelos participantes (Creswell, 2007).

As entrevistas exploratórias têm a função de completar as leituras feitas pelo investigador, levando-o a encontrar ideias, momentos de reflexão e levantar hipóteses de trabalho, permitindo que o investigador não siga falsos problemas que resultem de pressupostos ou pré-noções. Trata-se de uma forma de entrevista não diretiva, mas flexível, na medida em que a entrevista é solicitada pelo investigador e segue, mais ou menos, o tema por ele definido. Esta entrevista não diretiva leva a que o entrevistado possa exprimir o seu ponto de vista livremente, na medida em que o investigador promove um ambiente propício a tal, fazendo poucas perguntas e intervindo da forma mais aberta possível. Fixa-se apenas o tema (ou temas) que se quer abordar e deixa-se que o entrevistado se exprima de forma livre e dentro do seu próprio vocabulário, refletindo sobre o que pensa e sente (Quivy & Campenhoudt, 1995). No âmbito da dissertação aplicaram-se duas entrevistas exploratórias a profissionais do Serviço Regional de Psiquiatria Forense que foram imprescindíveis para a assimilação do funcionamento do Serviço, bem como para a compreensão, *a priori*, de características que foram corroboradas com o decorrer da investigação.

Para atingir o proposto, recorreremos, também, à metodologia quantitativa que tem como objetivo a generalização dos resultados à população em estudo através da amostra de forma a estabelecer relações de causa-efeito e a previsão de fenómenos. Nesta metodologia a revisão de literatura não deve ser dispensada tendo em conta que é essencial para a definição dos objetivos do trabalho. Assim, utilizamos esta metodologia de forma a fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos (Carmo & Ferreira, 1998). Posto isto, para a nossa investigação analisamos os documentos processuais dos inimputáveis a cumprir medida de segurança no Hospital Júlio de Matos, fazendo uma recolha de dados através de uma grelha de análise elaborada.

3.2. Amostra, Instrumentos e Procedimentos

Na tentativa de respeitar todos os procedimentos necessários à elaboração de uma investigação, entramos, desde logo e numa fase inicial do trabalho, em contacto com o Serviço Regional de Psiquiatria Forense, através da Comissão Científica e Pedagógica (10/06/2020), para indagar se seria uma tarefa exequível realizar o nosso estudo no Hospital Júlio de Matos. A resposta foi desde logo positiva e procedeu-se às restantes formalidades após a elaboração do projeto de estudo. Posto isto, tivemos a oportunidade de nos reunir com o Diretor do Serviço Regional de Psiquiatria Forense (Doutor Manuel Cruz), que apoiou a nossa investigação. A investigação foi aceite pela Comissão e pela Direção, podendo assim prosseguir com o nosso estudo.

Cumpridas todas as formalidades e tendo a nossa investigação sido autorizada, prosseguimos com o trabalho prático. Note-se que, *a priori*, considerou-se importante a elaboração de entrevistas semiestruturadas a médicos psiquiatras e outros profissionais da saúde do respetivo Serviço. No entanto, após algumas conversas com o Diretor, compreendemos que a elaboração de entrevistas exploratórias seriam mais proveitosas em consolidação com os processos judiciais dos utentes. Por motivo da pandemia foi feito um teste ao SARS-CoV2 (COVID-19) antes da realização das entrevistas.

A nossa investigação tem como universo os utentes a cumprir medida de segurança de internamento no Serviço Regional de Psiquiatria Forense, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Polo Júlio de Matos e a nossa amostra é a totalidade do universo, considerando que há 44 inimputáveis em razão de anomalia psíquica a cumprir medida de segurança de internamento naquele Serviço e que a investigação incide sobre todos eles.

Para a recolha de dados destes utentes (processos judiciais), utilizou-se uma grelha de análise (Anexo 3) e recorreu-se a entrevistas exploratórias a profissionais que lidam todos os dias de perto com a realidade em análise.

Ano	Existentes a 31 de janeiro	Entrados	Saídos	Existentes a 31 de dezembro
-----	----------------------------	----------	--------	-----------------------------

Assim, através da grelha de análise foi possível caracterizar a população inimputável em duas dimensões:

1. Dimensão Sociodemográfica: Idade, Nacionalidade, Estado Civil, Habilitações Literárias, Profissão, Residência e Situação Familiar
2. Dimensão Forense: Ilícito Praticado, Ano do ilícito, Medida de Segurança, Outras Condenações, Primário/Reincidente, Diagnósticos, Ano de Admissão no SRPF, Início da Medida de Segurança, Proveniência.

Por cortesia do Diretor do Serviço Regional de Psiquiatria Forense, foi-nos também possível assistir a algumas reuniões semanais da equipa multidisciplinar do Serviço, de forma a compreender como esta interage entre si na tomada de decisões, como por exemplo, para a concessão de saídas administrativas ou para a inscrição em formações profissionais dos utentes.

Recolhemos, igualmente, dados provenientes da Direção Geral de Reinserção e de Serviços Prisionais (tabela 2) dos últimos três anos: 2018-2020, de forma a compreender os movimentos de inimputáveis em estabelecimentos não prisionais, entradas e saídas, sexo masculino e feminino. Como podemos verificar, a esmagadora maioria de inimputáveis em estabelecimentos não prisionais são do sexo masculino; de 2018 para 2020 os inimputáveis existentes a 31 de dezembro subiu de 143 para 159; em 2020 verificou-se um aumento de saídas comparativamente aos anos anteriores. Analogamente aos mesmos dados, provenientes da DGRSP, verificamos que o número de imputáveis a cumprir pena de prisão é muito superior àqueles que dizem respeito a inimputáveis em razão de anomalia psíquica: Em 2018, a 31 de dezembro, existiam 12.724 reclusos; em 2019 existiam 12.634 presos; e, em 2020 contávamos com uma população de 11.253 reclusos.

	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
2018	137	119	24	22	18	9	143	125
2019	143	125	42	40	26	25	159	140
2020	159	140	49	49	49	41	159	138

Tabela 2. Inimputáveis em estabelecimentos não prisionais. Fonte: DGRSP

No que concerne à amostra, ela é constituída maioritariamente por indivíduos com nacionalidade portuguesa (n=40) e de idade compreendida entre os 41 e os 50 anos de idade (Média = 44,75 anos). O utente com idade mais jovem no SRPF é de 21 anos e o utente mais velho tem 80 anos de idade (Fig. 5). Relativamente à nacionalidade (Fig. 6), também encontramos quatro sujeitos com nacionalidades angolana (n=1), brasileira (n=1), cabo-verdiana (n=1) e guineense (n=1).

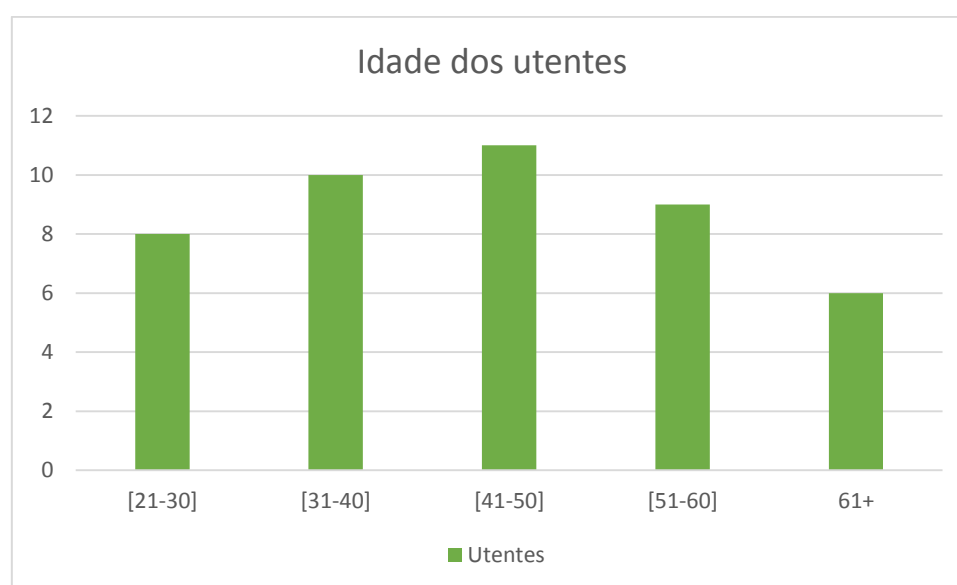


Figura 5. Idades dos sujeitos da amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021



Figura 6. Nacionalidade dos sujeitos da amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Os utentes eram, até à entrada no Hospital Júlio de Matos para cumprimento de medida de segurança, residentes (Fig. 7) do distrito de Lisboa (n=22), Setúbal (n=8), Faro (n=4), Leiria (n=3), Beja (n=2) e Aveiro, Coimbra, Horta, Ponta Delgada e Santarém (n=1). Isto porque o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa recebe inimputáveis de diversas zonas do país (centro sul e ilhas), sendo que para o norte está destacado o Hospital Magalhães Lemos (Porto) e para o centro, também, o Hospital Sobral Cid (Coimbra). Observamos, assim a orientação de utentes da área de Lisboa que relacionamos com a necessidade de inserir os internados perto da sua área de residência de forma a beneficiar a eventual reinserção social.

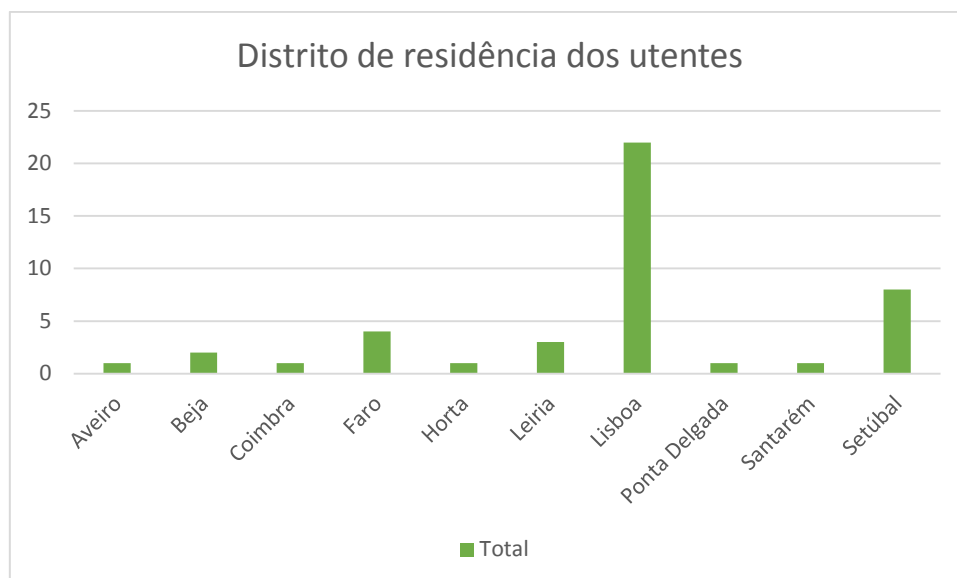


Figura 7. Residência dos utentes por Distrito. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Quanto às habilitações literárias (Fig. 8) a amostra é heterogénea no sentido em que observamos a existência de utentes sem escolaridade ($n=4$) e um utente com grau de mestre. O nível de escolaridade predominante é o 9º ano ($n=10$), sendo que 23% da nossa amostra concluiu o 9º ano de escolaridade. Não obstante, 61% dos internados não concluíram essa mesma escolaridade e apenas 2% seguiu o ensino superior (percentagens aproximadas). Este índice de escolaridade poderá estar relacionado com carências económicas e sociais, correspondendo a pessoas em processos de exclusão (Amaro & Costa, 2019), ou poderão ser influenciadas pela própria doença, acarretando debilidades a nível cognitivo e na aprendizagem.

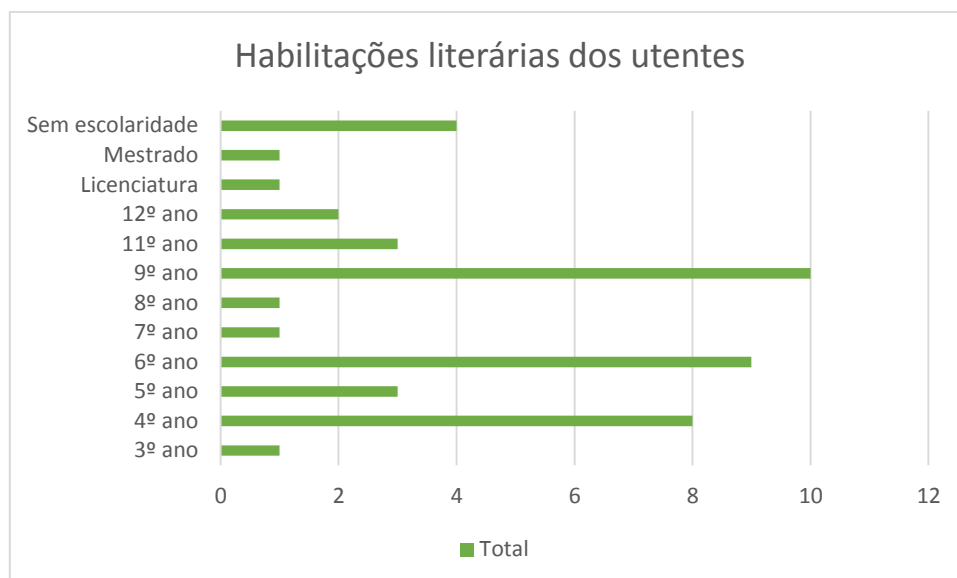


Figura 8. Habilitações literárias dos utentes. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

No gráfico abaixo apresentado (Fig. 9) podemos observar que 30% dos utentes não desempenhava nenhuma profissão à data da medida de segurança (n=13) e 25% estão reformados por invalidez (n=11), logo de seguida constatamos que 23% são desempregados (n=10), sendo que apenas três utentes estavam empregados antes de cumprirem medida de segurança, como eletricista, consultor e vigilante/segurança. As profissões desempenhadas vão ao encontro dos baixos índices de escolaridade e a percentagem de reformas por invalidez confirma que certas patologias mentais possam comprometer o desempenho profissional e, até mesmo, oportunidades de emprego.

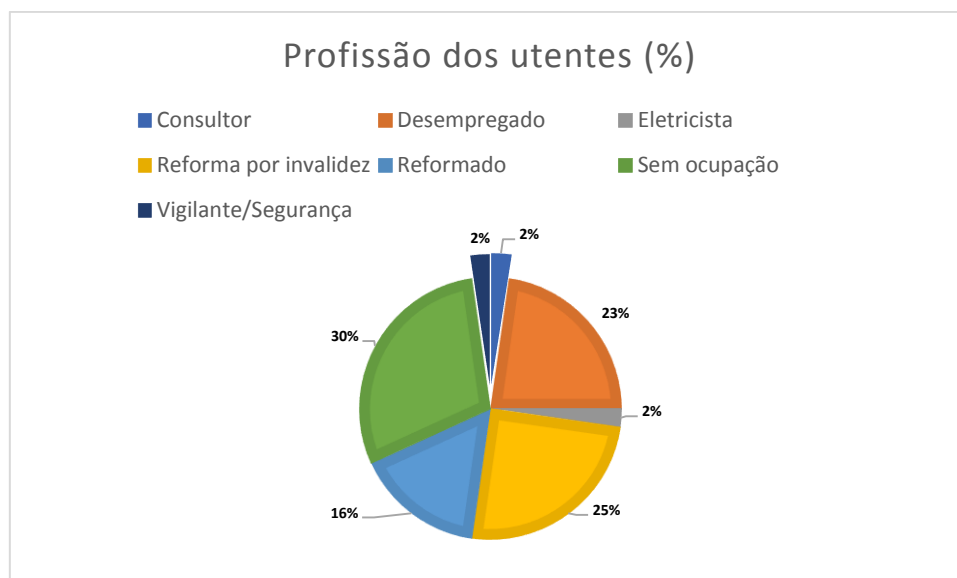


Figura 9. Profissão desempenhada pelos utentes antes do início da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Relativamente aos vínculos de conjugalidade (Fig. 10), os utentes da nossa amostra são predominantemente solteiros (80%), 18% viúvos e 2% divorciados. Podemos, assim, notar que não temos nenhum internado casado. Estes dados podem significar que os indivíduos que padecem de doenças mentais detêm dificuldades em estabelecer relações de afetividade continuas, na medida em que este quadro determina inibições do desenrolar da vida afetiva, quer por falta de preparação do sujeito, quer pelo estigma inerente à doença mental. Esta carência de laços afetivos em pessoas com maior vulnerabilidade pode, assim, acabar por facilitar o aparecimento de comportamentos delituosos, visto que encontram maior resistência ao ajustarem-se à sociedade (Monteiro, 2001; Marques, 2007). Quando confrontados com o dualismo droga-crime, estes indivíduos acabam por revelar dificuldades de cariz afetivo-emocional, que resulta na falta de interesse por relações interpessoais, perda de autonomia, dependência face a outros e autoimagem negativa (Agra, 1998).

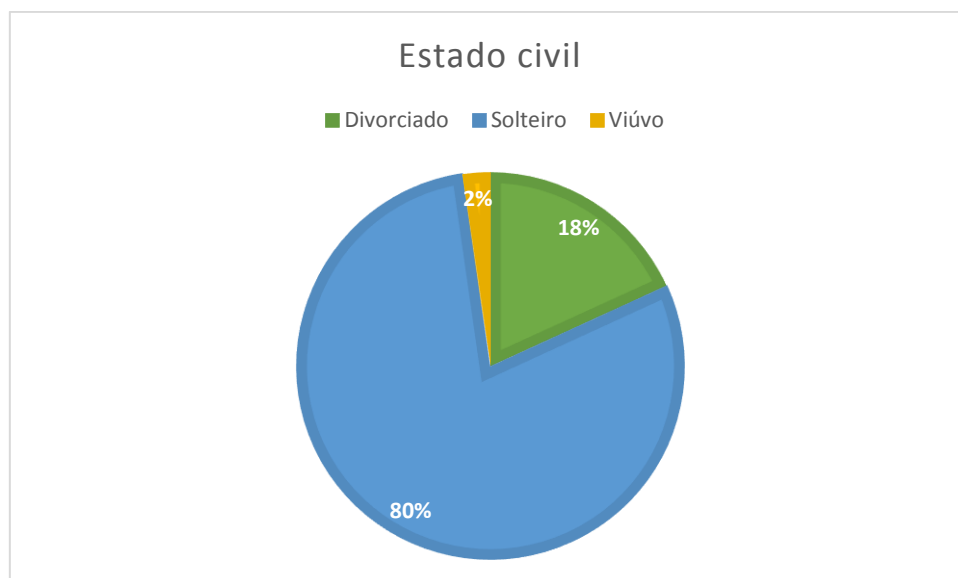


Figura 10. Estado civil da amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

IV. Apresentação e discussão dos resultados

Finda a medida de segurança, o ideal para os utentes seria seguirem para junto das suas famílias. No âmbito da ressocialização, a família desempenha uma função preponderante porquanto é considerada basilar na socialização (onde se transmitem os valores e motivações e na qual se apreendem comportamentos). Quando o individuo cresce, o processo de socialização vai sendo alterado, através das redes de comunicação, de amigos e de educadores, podendo, o sujeito, seguir outros valores, próprios da sua aprendizagem, que o afaste dos padrões ditos normais da sociedade, acabando por incorrer em comportamentos criminosos (Amaro & Costa, 2019). No entanto, as famílias, muitas vezes, não são a resposta, não deixando de ser importante para a ressocialização do utente a construção ou a manutenção dos laços afetivos. Neste sentido, consideramos pertinente verificar a situação familiar dos utentes (Fig. 11).

Logo à entrada dos utentes no Serviço, a equipa multidisciplinar reúne-se de forma a elaborar-se, no espaço de dois meses, um Projeto Terapêutico Reabilitativo, que é homologado, posteriormente, pelo tribunal. Neste PTR, desenvolve-se um diagnóstico social, no qual se enquadra o contexto familiar e social do utente. Então, quanto à situação familiar dos sujeitos, podemos observar que apenas 15 dos 44 têm apoio das suas famílias quando concluída a medida de segurança de internamento, sendo que este apoio pode ser uma resposta de acolhimento ou de cariz monetário e emocional. Quanto aos restantes utentes, 13 contam com suporte durante o internamento, i.e., as suas famílias aceitaram criar ou manter os laços de afetividade com os utentes, mas não os acolhem no final. Neste caso, as famílias podem não ter condições socioeconómicas para acolher o utente ou podem recear recebê-lo. Há ainda um número significativo de utentes sem qualquer tipo de apoio familiar (n=12). Para estes, a resposta pode passar pelo apoio de instituições como a Santa Casa da Misericórdia, a Segurança Social ou lares. O Centro de Apoio Social do

Pisão de Alcabideche é uma instituição que dá apoio aos doentes de foro psiquiátrico, da área de Lisboa e arredores, e que não têm suporte familiar nem se encontram numa faixa etária para serem encaminhados para lares. Noutras situações encaminham-se os utentes para casas de saúde, outros para apartamentos terapêuticos, nos quais há equipas de enfermagem e auxiliares garantindo um acompanhamento profissional. Há também utentes que, verificada uma certa autonomia financeira e estabilidade emocional, são direcionados para quartos de arrendamento. Quanto aos utentes na situação “por avaliar” (n=2), o PTR pode estar a ser (re)formulado. Tal acontece porque o contexto familiar e social destes utentes vai variando ao longo do tempo: a família pode mudar de ideias e as necessidades dos utentes podem não passar por uma resposta familiar a longo prazo. Com efeito, quer do lado da família, quer por parte do sujeito, foram quebrados os laços de vinculação e o rótulo de doente mental não favorece o reagrupamento familiar, sobretudo se o crime cometido revestiu natureza violenta.

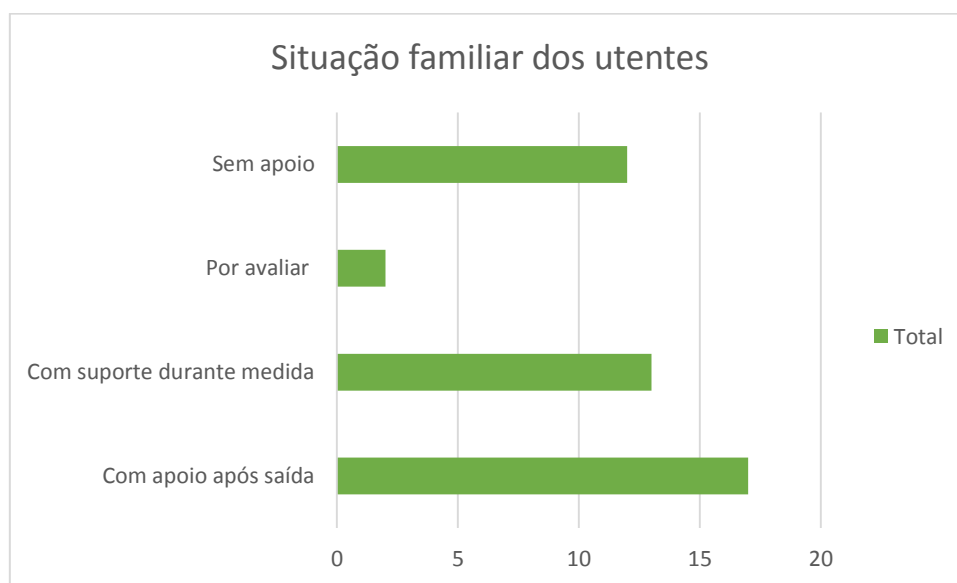


Figura 11. Situação familiar dos utentes. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Quanto aos delitos perpetrados pelos indivíduos da nossa amostra, consideramos relevante fazer uma divisão em três categorias (Fig. 12): crimes contra pessoas, crimes contra o património e outros crimes. Posto isto, notamos que a categoria na qual estamos perante um maior número de

condenações é a categoria de crimes contra pessoas (n=52), seguindo-se os crimes contra o património (n=12) e os outros crimes (n=11).

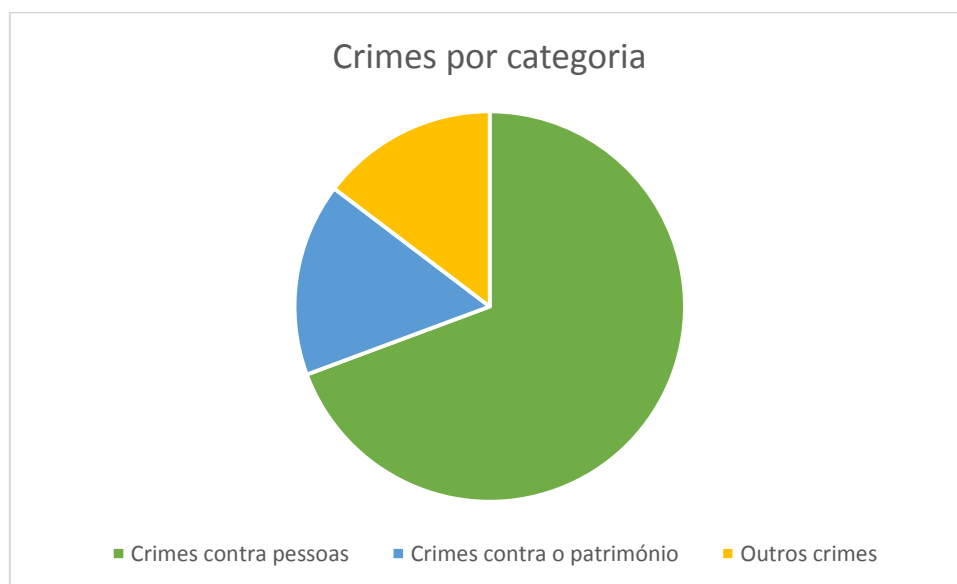


Figura 12. Crimes por categoria. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Nas tabelas presentes no anexo 4, discriminamos os tipos legais de crimes pelos quais os utentes foram sentenciados a cumprimento de medida de segurança de internamento. Na figura 13 destacamos, dentro das categorias de crimes, aqueles que foram perpetrados maior número de vezes. Enfatizamos que o crime de homicídio, sendo o mais gravoso, na medida em que atenta contra o bem jurídico vida e estando consagrado como direito fundamental na CRP, está significativamente representado na amostra. Neste sentido, mais de 50% dos utentes (n=23) praticou o crime de homicídio, na forma tentada ou consumada. 48% dos utentes praticaram crimes contra a integridade física, i.e., ofensa à integridade física simples e qualificada, e violência doméstica. No que respeita aos crimes contra a propriedade, i.e., crimes de roubo, furto na forma tentada e consumada e violência depois de subtração, há uma representação de 25% dos utentes da amostra. Por outro lado, nos crimes contra a liberdade pessoal, i.e., ameaça, coação e sequestro, há uma representação de 20% dos utentes.

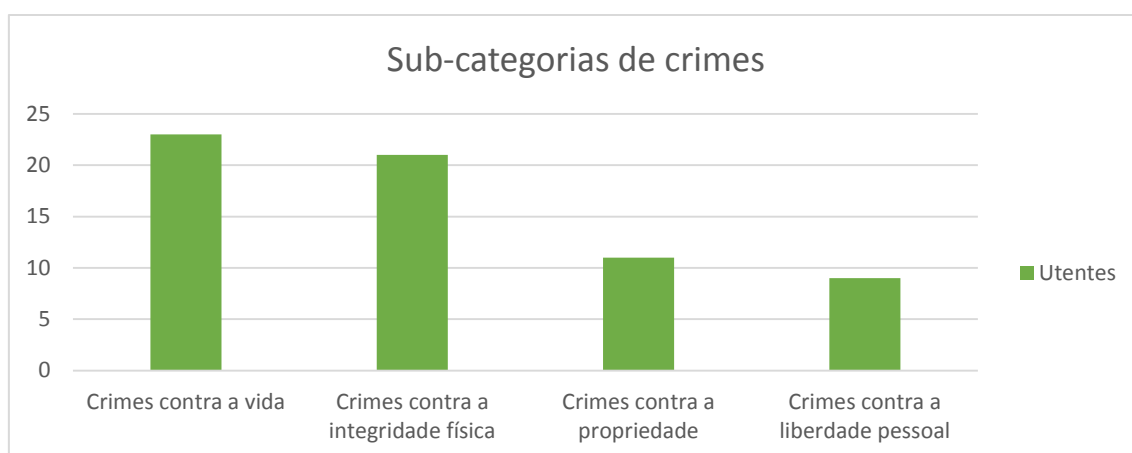


Figura 13. Categorias de crimes predominantes na amostra. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Dos 44 utentes, 16 são reincidentes pela prática de dois ou mais tipos legais de crimes (36%), enquanto os restantes 28 utentes (64%) foram condenados por apenas 1 crime. É importante referir, para a categoria de crimes contra pessoas e crimes contra o património que cinco dos utentes da nossa amostra praticou o mesmo delito duas vezes.

Quando ao ano em que os factos foram cometidos (Fig.14), observamos que entre 1980 e 2012 não há uma alteração significativa do número de ilícitos praticados, no entanto a partir de 2013 verificamos um aumento considerável, tendo o seu pico em 2016, este dado necessita de ser investigado, no entanto, verificamos que os anos da crise corresponderam ao aumento de crimes na nossa amostra. O início do cumprimento da medida de segurança da amostra deu-se maioritariamente entre 2016 e 2018 inclusive (Fig. 15). Não olvidemos que o SRPF era um serviço que acolhia inimputáveis, a cumprir medida de segurança de internamento, do sexo feminino e do sexo masculino (32 camas para homens e 12 camas previstas para mulheres). No entanto, e como a nível nacional o número de mulheres inimputáveis é mais reduzido, em 2018, essas camas destinadas a mulheres passaram para homens, tornando-se um Serviço exclusivamente masculino. Tal justifica-se pela necessidade de abranger um maior número de utentes e a diminuir o tempo de espera de entrada no Serviço. Podemos, assim, fundamentar a entrada em larga escala de utentes no SRPF no ano de 2018.

Acrescenta-se que a proveniência destes utentes, isto é, onde se encontravam a cumprir internamento preventivo, é heterogénea, não obstante a grande maioria da nossa amostra encontrava-se no Hospital Prisional São João de Deus – Caxias (n=25). Tal decorre do art. 126º, n.º 2 do CEPMPL, no qual o internamento preventivo deverá ser executado, preferencialmente, em unidade de saúde mental não prisional e sempre que se justificar, em estabelecimentos prisionais ou unidades especialmente vocacionadas.



Figura 14. Número de ilícitos cometidos por ano. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

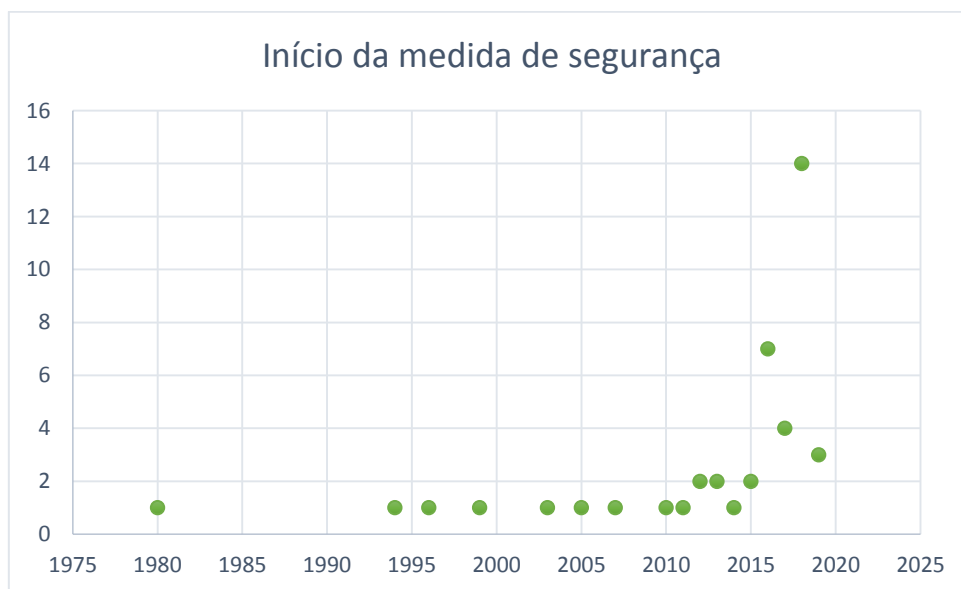


Figura 15. Início da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Relativamente às durações máxima e mínima das medidas de segurança (Fig. 16 e 17), encontramos a maioria dos utentes a cumprir medida de segurança com limite mínimo de 36 meses (3 anos) (n=29), seguindo o disposto no artigo 91º, n.º 2 do CP, na medida em que, quando o crime é contra as pessoas ou de perigo comum e for punível com pena de prisão superior a cinco anos, então o internamento terá a duração mínima de três anos, salvaguardada a

possibilidade de uma libertação anterior, caso esta seja compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social.

Quando ao limite máximo desta medida, predominante na amostra, é de 128 meses (10 anos e 8 meses) (n=12), está relacionada, maioritariamente, a crimes de homicídio, homicídio na forma tentada e homicídio qualificado na forma tentada. A medida de segurança mais alta da amostra (n=1) corresponde a 25 anos (300 meses), relacionada com o crime de homicídio qualificado. Neste sentido, o artigo 91º n.º 1 e n.º 2, parece estabelecer o limite máximo para a medida de segurança de internamento ao dispor que aquela não pode exceder o limite máximo da pena correspondente, terminando a medida de segurança quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal. No entanto, de acordo com o n.º 3 do mesmo artigo, se o facto praticado corresponder a crime punível com pena superior a oito anos, e se mantiver fundado o receio de novos factos da mesma espécie, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos até se verificar que cessou a perigosidade criminal, *i.e.*, em estados de perigosidade mais graves é legitimada a perpetuidade do internamento de inimputáveis em razão de anomalia psíquica.

Correlacionando a duração máxima da medida de segurança de internamento, com a entrada no SRPF (Fig.15), observamos que pelo menos um utente está a cumprir medida de segurança de internamento há 41 anos (entrada em 1980), outro há 27 anos (1994) e outro há 25 anos (1996). Se a pena mais gravosa em Portugal corresponde a 25 anos, este dado indica-nos que há uma indefinição nas durações da medida de segurança de internamento, que vai contra o disposto no artigo 30º, n.º 1 da CRP: "Não pode haver penas nem medidas de segurança privativas ou restritivas da liberdade com carácter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida". No entanto, parece haver uma exceção no que concerne as medidas de segurança, sendo que o legislador salvaguarda, no n.º 2 do conceituado artigo, que em relação à perigosidade baseada em grave anomalia psíquica, as medidas de segurança de

internamento podem ser prorrogadas sucessivamente, enquanto este estado (de perigosidade) se mantiver, mediante decisão judicial.

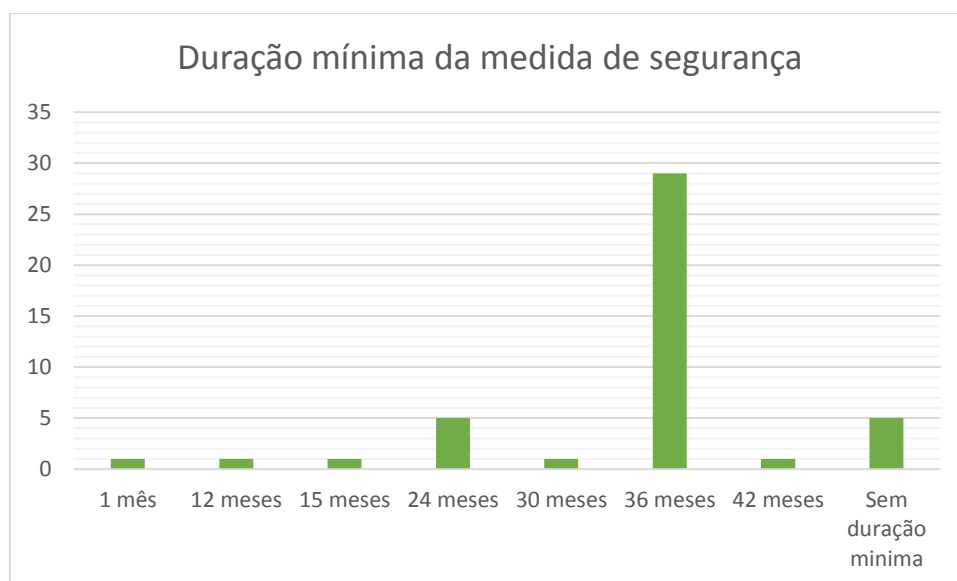


Figura 16. Duração mínima da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

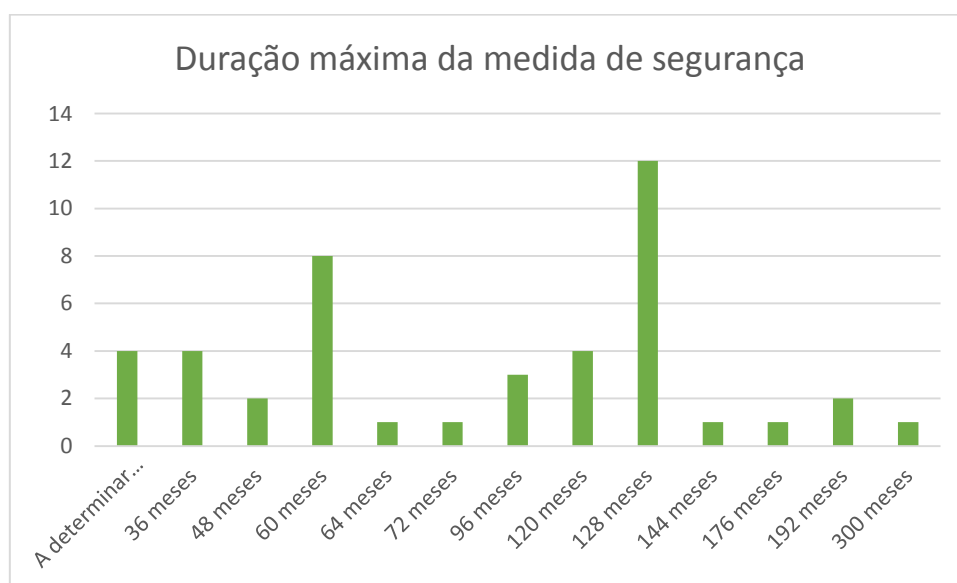


Figura 17. Duração máxima da medida de segurança. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

De acordo com a nossa amostra, 26 indivíduos (59%) não apresentam condenações anteriores na condição de imputáveis e 18 (41%) já foram julgados anteriormente como imputáveis, como demonstra a figura 18, o que sugere que, quanto àqueles cidadãos, poderá ter havido um erro na perícia, que não considerou um estado de perigosidade, ou a anomalia psíquica não

condicionou a culpa do agente no momento da prática do facto. Quanto a medidas de segurança anteriores, a maior parte da nossa amostra está a cumprir a sua primeira medida de segurança, sendo que 25% (n=11) já teriam cumprido outras medidas de segurança. Isto poderá indicar que o tratamento e reintegração social daqueles que haviam cumprido outras medidas de segurança, não teve os resultados expectáveis, voltando a estar ameaçados os bens jurídicos e retomando a considerar-se perigosos indivíduos que teriam sido libertados.

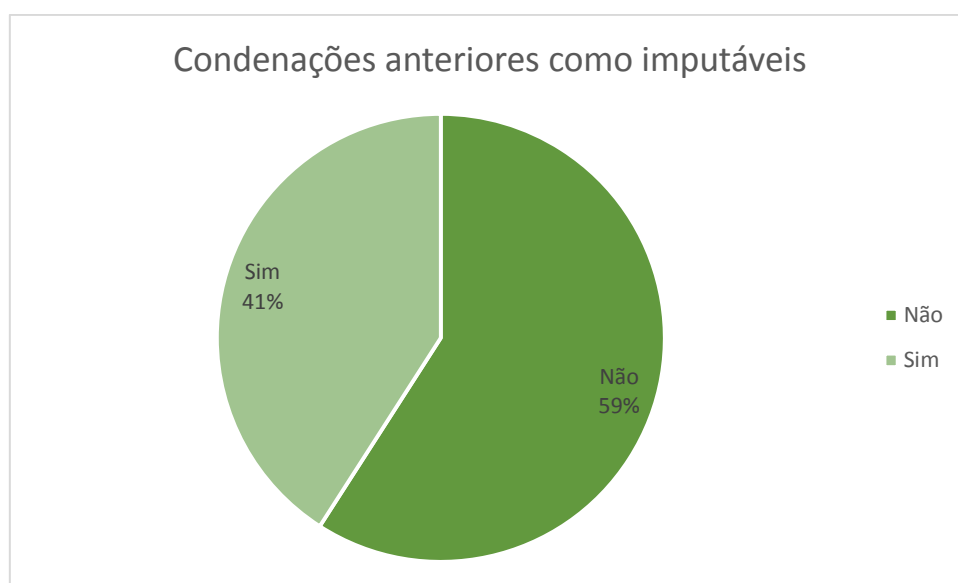


Figura 18. Condenações anteriores como imputáveis Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

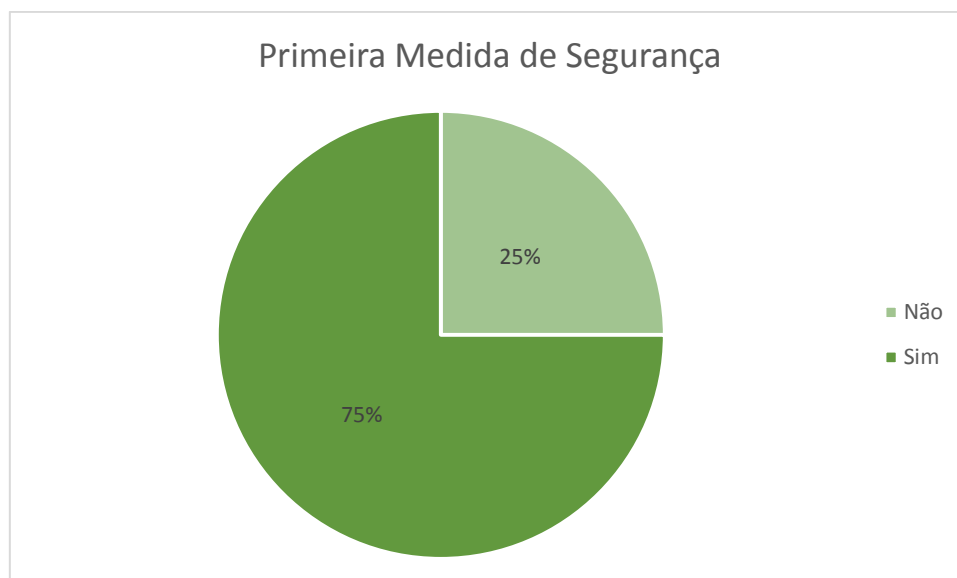


Figura 19. Medidas de segurança anteriores. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

Relativamente ao diagnóstico dos indivíduos da nossa amostra e para uma melhor compreensão, dividimos os diagnósticos por 5 categorias de acordo com o CID-10:

- Perturbação pela utilização de substâncias [F10-F19]
- Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas [F20-F29]
- Perturbações de personalidade [F60.0-F60.9]
- Debilidades intelectuais [F70-F79]
- Outros

Na categoria “outros” estão inseridas perturbações de humor e outros diagnósticos que consideramos pertinente enquadrar nessa categoria.

Ao analisar a figura 18, podemos verificar que a categoria que mais se observa é a “esquizofrenia e outras perturbações psicóticas” com 29 diagnósticos. As “perturbações pelo uso de substâncias” também são significativas, tendo em conta que apresentam 18 diagnósticos.

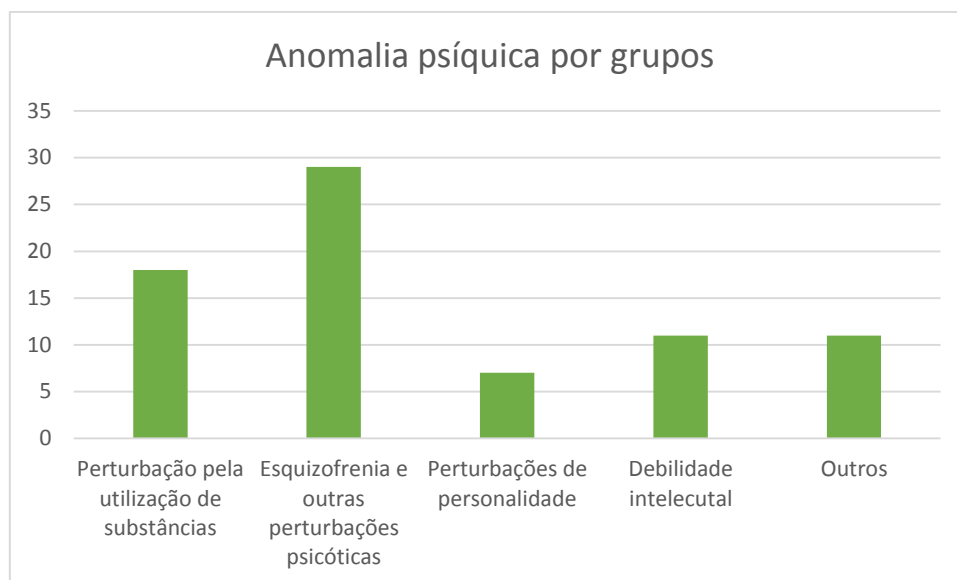


Figura 20. Anomalia psíquica por grupos. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

A partir destes dados, podemos relacionar as patologias com os casos mais graves utilizado no CP (medidas superiores a 5 anos). Neste sentido, para o crime de homicídio, observamos que os diagnósticos predominantes se inserem na perturbação pela utilização de substâncias e na esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, com dois diagnósticos cada. No crime de homicídio na forma tentada observamos oito diagnósticos relativos a esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. Assim, consideramos que a grande maioria dos crimes mais graves estão associados a diagnósticos na categoria esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (n=24) seguindo-se da categoria perturbação pela utilização de substâncias (n=18).

A categoria esquizofrenia e outras perturbações psicóticas é consistente com a prática de crimes graves (Lindqvist & Allebeck, 1990), embora não possa ser considerado que tal patologia determina sempre, ou frequentemente, esse tipo de ilícitos criminais; por outras palavras, trata-se de uma nosologia que aparece em casos de crimes contra as pessoas, homicídios incluídos, mas a associação não pode ser feita de forma linear. Quanto à categoria perturbação pela utilização de substâncias, ainda que não possuamos dados, é de admitir três explicações possíveis: que se trate de crimes cometidos em fase de abstinência; que resulta do poder psicoativo das substâncias, na medida em que se

verificam modificações no comportamento de cariz antissocial, *i.e.*, violência e crimes contra pessoas, por exemplo; e que o ambiente associado ao mercado ilícito está fortemente relacionado com violência (Agra, 1998). Por outro lado, observamos que o diagnóstico relativo a debilidades intelectuais é o menos representado na amostra no que respeita a crimes graves. Nestes quadros os crimes mais comuns são os furtos, roubos, incêndios e ofensas sexuais (Vieira et al., 2017).

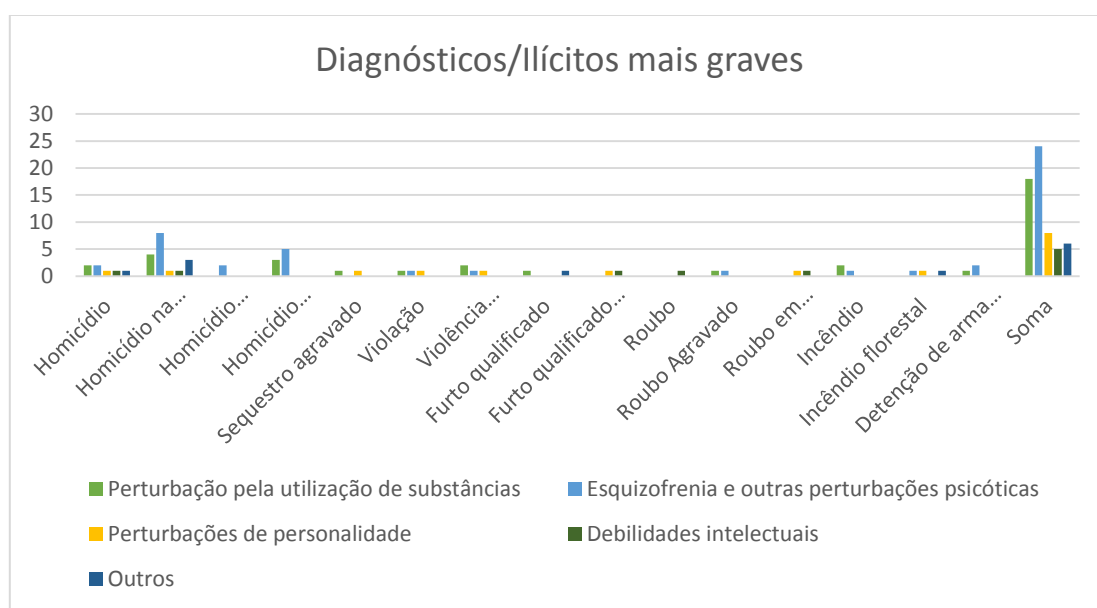


Figura 21. Categorias de diagnósticos nos crimes mais graves. Fonte: Processos Judiciais consultados em 2021

No âmbito destes crimes, consideramos pertinente analisar os que foram praticados por utentes dependência ou consumo (categoria perturbação pela utilização de substâncias). Podemos então constatar que os tipos legais predominantes nestes diagnósticos são os crimes de homicídio na forma tentada ($n=4$) e de homicídio qualificado na forma tentada ($n=3$), seguindo-se a violência doméstica agravada ($n=2$) e o incêndio (2). Recorrendo às tabelas em anexo (anexo 4) é-nos possível concluir que, dos indivíduos da nossa amostra que foram julgados por crime de homicídio, 66% tem antecedentes de dependência ou consumo. Relativamente ao crime de homicídio na forma tentada, 33% tem esse mesmo historial e, no que diz respeito ao homicídio qualificado na forma tentada, 50% dos indivíduos apresentam diagnósticos

associados ao consumo ou dependência de substâncias. Sobre os crimes de violência doméstica agravada e incêndio, verificamos 100% no que diz respeito a este diagnóstico, o que quer dizer que a totalidade dos sujeitos da amostra, julgados por este crime, tem um diagnóstico de perturbação pela utilização de substâncias. Nessa conformidade, e sem prejuízo de não existirem elementos que possam comprová-lo, é de considerar que os casos de perturbação pela utilização de substâncias revestem natureza severa no que concerne à frequência dos consumos.

Estes dados confirmam que o abuso de substâncias, *i.e.*, álcool e drogas ilícitas, está associado a comportamentos violentos e, se isto acontece com pessoas que não têm registo de comorbilidade, por desinibirem os impulsos violentos, então, quando associado a pessoas naturalmente mais vulneráveis em razão de uma patologia psíquica, compreendemos que esta desinibição dos impulsos violentos, juntamente com a exposição a ambientes deste tipo, crie uma maior tendência de pessoas com doenças mentais virem a ter comportamentos violentos. Por exemplo, na nossa amostra, dos três utentes a cumprir medida de segurança por homicídio, dois apresentam diagnósticos de perturbação pela utilização de substâncias e de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, o que poderá ser um indício de que uma única patologia, por si só, não levaria a este comportamento violento, mas quando em comorbilidade há uma maior propensão para essas condutas (Eronen et al., 1998; Angermeyer, 2000; Swanson et al., 2002).

Conclusão

A presente dissertação pretende contribuir para o conhecimento da inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, e da consequente medida de segurança de internamento, assentando na questão: “Estará a medida de segurança de internamento a contribuir para a reintegração do inimputável em razão de anomalia psíquica?”.

Esta questão surge com o facto de algumas doenças mentais terem natureza crónica, estando, para sempre, presentes na vida dos indivíduos que as comportam. Como vimos, a finalidade das medidas de segurança passa, também, pelo tratamento do utente, o que se torna mais complexo quando coexistem comorbilidades. Além disso, estes indivíduos são vítimas de estigmas que os vão segregando da sociedade, em razão da doença mental e da perigosidade que lhes está associada, seja na realidade ou nos receios das pessoas, o que dificulta a sua reintegração na comunidade. Neste sentido, propusemo-nos investigar se esta medida de internamento prepara o indivíduo para a vida em sociedade, de forma que não volte a cometer factos da mesma ordem, deixando de ser um perigo para si mesmo e para os bens juridicamente protegidos. Este problema, científico e ao nível da gestão disciplinar, coloca-se igualmente no que tange às medidas punitivas aplicadas a imputáveis, pois é imperativo legal que toda a pena seja aplicada e executada em condições que favoreçam o primado da ressocialização.

Constatámos, com a revisão de literatura e com os dados provenientes da DGRSP, que, no que respeita à doença mental, não podemos, linearmente, ligá-la à violência, uma vez que há um número reduzido de inimputáveis a cumprir decisão judicial, comparativamente à restante população de reclusos que estão em regime de reclusão penitenciária. Com efeito, desde o ocaso do positivismo, em meados da pregressa centúria, as medidas de segurança para inimputáveis decresceram acentuadamente, dado que o diagnóstico de patologia mental deixou de ser elemento recorrente na valoração judicial, como consequência da

quebra da ideia determinística que acompanhou o paradigma criminológico entre os anos 70 do século XIX e as primeiras décadas do século XX.

Desde logo, na construção da questão basilar e após a revisão da literatura, deparámo-nos com a primeira dificuldade desta investigação: para saber se o tratamento do inimputável a cumprir medida de segurança de internamento é realmente eficaz, necessitaríamos de mais tempo de forma que pudéssemos acompanhar a saída de utentes e abranger o que lhes sucede depois do internamento, ou seja: seria necessário realizar uma pesquisa em registo *follow up*, de modo a indagar da eficácia do regime de internamento em unidade psiquiátrica. A escassez da amostra (44 inimputáveis) também não permite que se façam generalizações, porquanto seria relevante abordar inimputáveis de outros estabelecimentos psiquiátricos não prisionais e fora da região de Lisboa. Outra questão que seria pertinente abordar, mas impossível nesta investigação, pela escassez de tempo, envolveria um conhecimento aprofundado sobre os processos judiciais dos inimputáveis de forma a conhecer melhor os percursos e motivações que os levaram à prática de factos típicos e ilícitos. Não obstante, através dos dados obtidos conseguimos extrair algumas conclusões:

Em primeiro lugar, deparámo-nos com a questão da duração das medidas de segurança. A duração de uma pena ou de uma medida de segurança deve ser pré-avaliada antes de ser decretada, com o recurso a critérios psicológicos e psiquiátricos. No campo dos imputáveis, tal procedimento não é recorrente; quanto aos inimputáveis, e sem embargo de o tempo de aplicação ser de decisão judicial, há uma avaliação médico-psicológica que serve de fundamento ao que for determinado em sede decisória. Dir-se-á, então, que à medida de segurança existe o suporte técnico-científico que falta no caso das penas. Por outras palavras: para que um sujeito seja reputado inimputável é preciso mais que a valoração do juiz, havendo na lei a atribuição de um papel decisivo, embora não decisório, aos técnicos de saúde mental.

Quando um individuo está privado da sua liberdade, em virtude de decisão judicial condenatória, porque cometeu um crime, é de presumir, como o faz a

lei, que estava desajustado da sociedade, ou seja: em rota de colisão com as normatividades e, por conseguinte, apartado dos mínimos de sociabilidade exigidos pela convivência humana, por ter rompido o contrato social. Pensa-se, comumente, que quanto maior for essa privação de liberdade, mais complexa se torna a sua ressocialização. Todavia, também é referido que as penas curtas não promovem a reinserção, por escassez de tempo de tratamento reprogramador (UNODC, 2018). Cumulativamente, uma pena curta de prisão pode revelar-se até desadequada por conduzir à quebra de vínculos fundamentais, por exemplo a ligação ao mundo do trabalho. No que concerne às medidas de segurança, mas por razões clínicas, em primeiro lugar, o indivíduo que as cumpre está também numa situação problemática em termos de inserção social, quer pelo défice de sociabilidade, que cruzou as fronteiras da ilicitude, quer pela representação que dele é feita pela comunidade, atento o estigma e a seriação que a doença mental comporta (Monteiro, 2001). Trata-se, portanto, da sobreposição entre a qualidade de perigoso porque cometeu crimes e a decorrente da doença mental e de toda a panóplia representacional que comporta. Poder-se-á dizer que ocorre a comorbilidade entre crime e doença.

Na amostra, um dos utentes encontrava-se a cumprir medida de segurança de internamento há 41 anos, outro há 27 anos e, ainda, um há 25 anos. Ora, com uma medida de segurança desta amplitude, não podemos esperar que o utente, após a libertação, consiga ter uma reintegração social favorável, de acordo com padrões sociais, por ter estado tanto tempo privado da liberdade e desenquadrado da comunidade. Estando há 41 anos segregado da sociedade, encontrar um emprego, ainda que tenha condições para o desempenhar, afasta-se cada vez mais do núcleo de possibilidades, cerceando as hipóteses de reinserção, incluindo no que respeita ao sentimento de pertença e à autoestima. Doença mental é sinónimo de exclusão; passado criminal também. Quando em uma pessoa se juntam as duas qualificações abre-se espaço à centrifugação excludente.

De seguida, notamos que alguns utentes da amostra já teriam sido condenados como imputáveis (41%) e que 25% já teriam cumprido outra medida de segurança de internamento, como inimputáveis. Este dado indica-nos que, por algum motivo, não foram cumpridas as finalidades de tratamento e de reintegração social, tendo em conta que os indivíduos, quando em liberdade, voltaram a ter novos comportamentos delituosos. Mas a elevada taxa de sujeitos da amostra já condenados como imputáveis permite levantar uma questão: estes atores transgressivos foram devidamente avaliados antes do julgamento? Ou a patologia mental é superveniente à condenação anterior? Em ambos os casos suscitam-se dúvidas. Se já eram, nesse tempo, inimputáveis, o tribunal falhou na função de conhecer para julgar; se a doença mental sobreveio ao julgamento, e consequente execução da pena, tendo existido, também alguma coisa fracassou no processo de reinserção (Monteiro, 2001; Dias, 2007).

Os tipos legais de crimes mais significativos dizem respeito aos crimes contra a vida ($n=23$), seguindo-se os crimes contra a integridade física ($n=21$). As patologias mais frequentes na amostra inserem-se na categoria de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas ($n=29$). Com uma representatividade de 18 utentes, a categoria que sustenta, de seguida, mais diagnósticos é a perturbação pela utilização de substâncias. Ambas estão associadas a crimes mais graves, normalmente crimes contra pessoas, como é o caso do homicídio, na forma tentada e consumada; no entanto, quanto à esquizofrenia, não possuímos dados que sustentem que esta é uma relação linear. Quanto à perturbação pela utilização de substâncias (álcool e drogas ilícitas), há uma relação entre patologia, abuso de substâncias e comportamento violento, na medida em que o uso de álcool e drogas ilícitas pode desencadear, em pessoas mais vulneráveis e em comorbilidade, comportamentos violentos, quer por abstinência, por ausência de crítica face a impulsos violentos, pelo ambiente (cenários e atores) onde se encontram essas mesmas substâncias ou por efeitos da intoxicação e surtos que eventualmente induzidos.

A pesquisa que realizamos levou-nos ao cruzamento, quiçá hibridação, entre justiça penal e saúde mental. A propósito da população inimputável, pudemos observar a realidade das medidas de segurança que àquela são aplicáveis na gestão da quadriculatura social (Foucault, 1975). Tratou-se de uma viagem pelos interstícios da penalidade, num domínio específico, mas que abre amplas perspectivas para futuras investigações.

Referências

- Abdalla-Filho, E. (2004). *Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense*. Revista Psiquiatria Clínica, 31 (6). pp. 279-284
- Agra, C. da (2001). *Elementos Para Uma Epistemologia Da Criminologia*. Estudos em comemoração dos cinco anos (1995-2000) da Faculdade de Direito da Universidade do Porto. Coimbra: Coimbra Editora
- Agra, C. da (1998). *Entre Droga e Crime: Actores, Espaços, Trajetórias*. Editorial Notícias, Lisboa
- Albergaria, P. S. de (2006). *A Lei da Saúde Mental*. Edições Almedina, Coimbra. p. 26
- Alves, F. (2001). *Ação social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade Aberta. pp. 19-37.
- Alves, S. M. (2017). *A execução da medida de segurança de internamento: uma reflexão sobre a sua estrutura dogmática e compreensão prática, no contexto do Direito Criminal centrado na perigosidade*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Lisboa. pp. 81-83
- Almeida, C. P. de (2000). *Modelos de Inimputabilidade: Da Teoria à Prática*. Edições Almedina. Coimbra. Orig. tese mestrado, Faculdade de Direito de Lisboa, 1998. p. 72
- Almeida, M.S. (2011). *Internamento compulsivo de doentes portadores de anomalia psíquica grave: dificuldades e constrangimentos do tribunal*. Revista do Ministério Público, Lisboa, Ano 32º, n.º 1. P. 28
- Amaro, F. & Costa, D. (2019) (Coord). *Criminologia e Reinserção Social*. Factor. Lisboa
- Angermeyer, M.C. (2000). *Schizophrenia and violence*. Acta Psychiatrica Scandinavica S407. pp. 63-67
- Antunes, M. J. (2002). *Medida de Segurança de Internamento e Facto Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica*. Tese de doutoramento. Universidade de Coimbra.
- Antunes, M. J. (2017). *Penas e Medidas de segurança*. Edições Almedina, Coimbra. p. 117
- Beccaria, C. (1764). *Dos Delitos e das Penas* (5ª ed.). Trad. de José de Faria Costa (2017), Fundação Calouste Gulbenkian. Pp.55-85
- Bombarda, M. A. (1877). *Do delírio das Perseguições*. These Inaugural, Escola Medico-Cirurgica de Lisboa, Lisboa

- Cabral, A., Macedo, A., & Vieira, D. (2009). *Da Psiquiatria ao Direito*. Julgar, (7).
- Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Universidade Aberta
- Casimiro, C. (2008). *Análise Social* (3ed.). vol. XLIII, 580-582
- Cesário, M. (2016). *Juízo de Inimputabilidade e Negação da Culpa: Valor da Prova Pericial*. Universidade de Coimbra
- Cordeiro, J. C. D. (2011). *Psiquiatria forense: a pessoa como sujeito ético em medicina e em direito* (3ª ed.), Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa
- Costa, A. (1985). *Os Peritos no Processo Criminal: Legislação Portuguesa – Crítica – Reformas*. Coimbra: Manuel de Almeida Cabral Editor, pp.200-202
- Costa, F. M. de C. S. (1994). *Da avaliação da perigosidade em peritagem psiquiátrica médico-legal à aplicação de Medidas de Segurança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Coimbra. Pp.51-69
- Costa, J. (2011). *A Relevância Jurídico-Penal das Perturbações da Personalidade no Contexto da Inimputabilidade*. Julgar, N.º 15, Coimbra Editora.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, pp.184-201.
- Cruz, P. da (2016). *História Da Psiquiatria Forense Em Portugal (1884-1926): A Consistente Originalidade De Júlio De Matos*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra
- Curado, M. (2007). *O Ataque aos Tribunais pelos Psiquiatras Portugueses de Oitocentos*. Conferência apresentada no colóquio O Papel dos Intelectuais, VII Simpósio Galaico-Português de Filosofia, Braga.
- Dias, J. de F. (1993). *Direito Penal Português, Parte Geral II: As Consequências Jurídicas do Crime*. Editorial Notícias.
- Dias, J. de F. (1983). *Liberdade, Culpa, Direito Penal* (2ª ed.). Biblioteca Jurídica, Coimbra Editora, Coimbra
- Dias, J. de F. (1989). *Sobre a inimputabilidade jurídico-penal em razão de anomalia psíquica: a caminho de um novo paradigma?*. Artigo de conferência da Faculdade de Direito da Universidade de Santiago de Compostela, pp. 129-151.
- Dias, J. de F. (2007). *Direito Penal, Parte Geral, Tomo I: Questões Fundamentais A Doutrina Geral do Crime* (2nd ed.). Coimbra Editora. p. 83
- Dias, J. de F. & Andrade, M. da C. (1997). *Criminologia: O Homem Delinquente e a Sociedade Criminógena*. Coimbra Editora, 2ª Reimpressão. pp. 10-19

- Douglas, K. S., Guy, L. S., Reeves, K. A., & Weir, J. (2005). *HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography*. Implementation Science and Practice Advances Research Center Publications. Disponível em: https://escholarship.umassmed.edu/psych_cmhsr/335
- Eronen, M., Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (1998). *The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33. pp. 13-23
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). *Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores. pp. 32-35
- Fazenda, I. & Santos, M. J. H. dos, & Jorge-Monteiro, F., & Oliveira, D. (2006). *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Folhetos SNR, N.º 56, Lisboa
- Fernandes, B. (1947). *A perigosidade na paranóia litigante*. Tip. Mascote. Sep. Rev. A Medicina Contemporânea, a. 65, nº 2, Lisboa. Pp. 35-45
- Foucault, M. (1975). *Vigiar e Punir*. Trad. de Pedro Elói Duarte. Biblioteca de teoria política. ISBN 978-972-44-1809-4
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidade deteriorada*. Trad. de Leonor Guinsberg (2006). 10ª Reimp. Buenos Aires: Amorrortu. Pp- 11-20
- Hodins, S. & Côte, G. (1991). *The Criminality of Mentally Disordered Offenders*. Criminal Justice and Behavior
- Latas, A. J., Duarte, J. D., & Patto, P. V. (2007). *Direito Penal e Processual Penal*. Programa PIR PALOP II, Instituto Nacional de Administração, Oeiras.
- Lindqvist, P. & Allebeck P. (1990). *Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockolm*. British Journal of Psychiatry 157. pp.345-350
- Lourenço, C. S. A. (2005). *A Determinação da Inimputabilidade por Anomalia Psíquica com Base em Perícia Médico-Legal: A Apreciação Vinculativa dos Laudos Psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico-Criminais, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra. Pp.37-40
- Machado, H. (2008). *Manual de Sociologia do Crime*. Porto: Afrontamento. Manuscrito pré-publicação. Pp.81-86

- Marques, E. (2007). *Da loucura à doença mental, da doença mental à inimputabilidade: avaliação de doentes esquizofrénicos internados numa clínica de psiquiatria em meio prisional*. Instituto Superior da Maia, Série "Estudos e Monografias". Org. Tese maestr. (2003) Psicopatologia e Psicologia Clínica, ISPA
- Marques, E., & Ribeiro, J. (2013). *Comportamentos (a) Normais e Recurso à Entrevista Estruturada na Avaliação de (in)Imputáveis Juridicamente Privados de Liberdade*. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, (33 (3), pp. 568-569.
- Martins, M. L. G. (2009). *Medidas de segurança: Breves Considerações*. Dissertação de mestrado em Direito Penal. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra
- Mattos, J. (1893). *Prefácio da obra de Raffaele Garofalo*. Porto
- Mendes, F. M. (2000). *A nova lei de saúde mental*, in *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Biomédico, Instituto de Medicina Legal de Coimbra. Coimbra Editora. Pp. 100-110
- Mendes, R. M. S. (2015). *Avaliação da psicopatia e dos fatores de avaliação do risco de reincidência geral em traficantes de estupefacientes*. Dissertação em Psicologia. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida
- Mezey, G., Youngman, H., & White, S. (2016). *Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients – a comparison with a nonforensic population*. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 27:4. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1172658>
- Minayo, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (18ª ed.) Petrópolis: Vozes, 2001, pp.16-58
- Monahan J., Steadman H. J. (Eds.). (1994). *Toward a Rejuvenation of Risk Assessment Research. In: Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment*. University of Chicago Press, Chicago. pp. 1-17
- Monteiro, A. P. T. de A. (2001). *Vidas invisíveis - doentes inimputáveis perigosos em unidades de Psiquiatria, um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia. Coimbra
- Monteiro, C. L. (2019) *Perigosidade de Inimputáveis e In Dubio Pro Reo*. Almedina, Coimbra.
- Nedopil, N. (2009). *The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe*. Criminal Behaviour and Mental Health. Nº 19. Artigo publicado online a 5 de março de 2009 em Wiley InterScience.

- Neves, A. C., Gonçalves, R. & Palma-Oliveira, J. (2011). *Assessing Risk for Violent and General Recidivism: A Study of the HCR-20 and the PCL-R with a Non-Clinical Sample of Portuguese Offenders*. International Journal of Forensic Mental Health, pp.138-140
- Oliveira, R. F. de (2009). *Consequências Jurídico-criminais relativas aos transtornos mentais: novas propostas para o tratamento dos portadores de anomalia psíquica e psicopatas*. Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico-Criminais, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra. Pp.18-19
- Palma, M. F. (2016). *Direito Penal II*. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.
- Palma, M. F. (2019). *Direito Penal – Conceito material de crime, princípios e fundamentos. Teoria da lei penal: interpretação, aplicação no tempo, no espaço e quanto às pessoas* (4ª ed.), AAFDL, Lisboa. Pp. 53-61
- Pastor, J. M. C., Laporta, E. D., Alba, R. B. A., Tena, E. A., Cartagena-Daudén, I., & Seoane, Á. M. (2016). *Manual de Medicina Legal para Juristas*. Ministério Público.
- Pinto, I. H. (2020). *A Posição Jurídica do Internamento em Estabelecimento Destinado a Inimputáveis*. In M. J. Antunes (Coord.), *Anomalia Psíquica e Direito*. Instituto Jurídico da Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra.
- Poiares, C., Pechorro, P. S., & Vieira, R. X. (2008). *Caracterização psicológica de uma amostra forense de abusadores sexuais*. *Análise Psicológica*, 4.
- Poiares, C. (2009). *A descriminalização do consumo de drogas: Um caso de sucesso*. *Toxicodependências*. 15, n.º 2. Pp. 82-88
- Poiares, C. A. (1998). *Análise psicocriminal das drogas: O discurso do legislador*. Porto: ELCLA
- Poiares, N. (2014). *Políticas de segurança e as dimensões simbólicas da lei: o caso da violência doméstica em Portugal*. Tese de doutoramento em Sociologia. Lisboa: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.
- Poiares, N. (2017). *Revisitando a Galeria de Criminosos Célebres em Portugal História da Criminologia Contemporânea (1896-1908)*. *Politeia – Revista do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna*, p. 406
- Poiares, N. (2019). *A Cibersegurança à Luz da Criminologia Moderna*. Ciberlaw by CIJIC, FDUL, Lisboa.
- Polónio, P. (1975). *Psiquiatria Forense*. Coimbra Editora, Lda. p. 9
- Pueya, A. A. (2015). *Violencia y enfermedad mental*. El Periodico. Disponível em: <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20150423/violencia-y-enfermedad-mental-4127080>

- Quintais, L. (2008). *Torrente de loucos: a linguagem da degeneração na psiquiatria portuguesa da transição do século XIX*. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. Vol.15, nº2, Rio de Janeiro.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trad. João Marques, Maria Mendes e Maria Carvalho (2005). Gradiva, Lisboa.
- Robbé, M. de V., Vogel, V. de, & Stam, J. (2012). *Protective Factors for Violence Risk: The Value for Clinical Practice*. Psychology. Vol.3. No.12A. pp. 1259-1260. Disponível em: <http://www.SciRP.org/journal/psych>
- Rose, A. M. (1955) (Editor) *Mental Health and Mental Disorder: A sociological approach*. Biblioteca Júlio de Matos
- Roxin, C. (1984). *Acerca da Problemática do Direito Penal da Culpa*. Coimbra: Separata do Vol. I.IX do Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, p. 5.
- Santos, D. R. dos (2017). *Psicopatia: A relevância no contexto da (in)imputabilidade penal no ordenamento jurídico português*. Dissertação de Mestrado em Direito Judiciário, Universidade do Minho
- Santos, I. (2012). *Ad eternum: O problema da duração indeterminada da medida de segurança de internamento por anomalia psíquica*. Dissertação em Ciências Jurídicas. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Santos, J. B. dos (1950). *Imputabilidade Penal – Noções Jurídicas Sumárias*. Separata da Revista de Direito e de Estudos Sociais, Ano V – N.º I a 3. Coimbra. pp. 8-16
- Simões, P. N. A. (2016). *Avaliação Psicobiológica da Responsabilidade Criminal em Homicidas Sexuais*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Évora. p.154
- Swanson, J. W., Seartz, M. S., Essock, S. M., Osher, F.C., Wagner, R., Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., & Meador, K. G. (2002). *The Social-Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness*. American Journal of Public Health, Vol. 92, No. 9. pp. 1523-1530
- Taborda, M. (1969). *Perigosidade: A Doença do Encontro*. Sep. Do Jornal do Médico LXIX, Costa Carregal, Porto. p. 7
- Talina, M. (2005). *Previsão do risco de violência nas perturbações mentais*. Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E. Psilogos. pp. 37-42
- Termeer, J., & Szeto, A. (2021). *Mental Illness Stigma in Criminal Justice: An Examination of Stigma on Juror Decision-Making*. Inquiries

Journal, 13(01).

Disponível

em: <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=1865>

Vieira, F., Trancas, B., & Santos, J. (2011). *Contributos para a formação geral e especializada em psiquiatria forense em Portugal*. Hospital Júlio de Matos, 24:1.

Outros Documentos Consultados

Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra n.º 357/14.6 TAMGR.C1, 13-12-2017

Acórdão do Tribunal da Relação de Évora n.º 276/14, 14-07-2015

Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º SJ200509280018313, 28-09-2005

American Psychiatric Association (APA). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5

Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, Diário da República n.º 197/2009, Série I de 2009-10-12, Disponível em: <https://dre.pt/>

Código Penal Português (1852). Imprensa Nacional, Lisboa

Código Penal Português (1886). (7ª ed., Imprensa da Universidade), Coimbra

Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS

Diário do Governo n.º 111/11, Série I, de 13 de maio de 1911, Decreto de 11 de maio de 1911

Decreto-Lei n.º 11/98, Diário da República, Série I-A de 1998-01-24. Disponível em: <https://dre.pt/>

Decreto-Lei n.º 70/2019, Diário da República n.º 100/2019, Série I de 2019-05-24. Disponível em: <https://dre.pt/>

Despacho n.º 12406/2019, Diário da República n.º 249/2019, Série II de 2019-12-27. Disponível em: <https://dre.pt/>

Diário da República, 2.ª série — N.º 152 — 8 de agosto de 2017. Parecer n.º 34/2016. Disponível em: <https://dre.pt/>

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. Estatísticas e Indicadores da DGRSP. Anos 2018-2020

Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders. (2018). United Nations.

Lei n.º 36/98, de 24 de julho, Lei de Saúde Mental

Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro

Relatório Mundial da Saúde (2001) – Organização Mundial da Saúde

Rocha, I. (2019). Códigos Penal e Processo Penal (11th ed.). Porto Editora.

SAPROF. Manual para a Avaliação de Factores de Protecção para o Risco de Violência (Flyer)

World Health Organization (2000) – *Mental Health Around the World: Stop exclusion, Dare to care.*

Anexo 1

Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna



Consentimento Informado

Estudo sobre: “A Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica e a medida de segurança de internamento”

Eu _____ fui informado (a) de que este trabalho de investigação é inserido no âmbito do Mestrado de Ciências Policiais, na especialização de Criminologia e Investigação Criminal, do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.

Fui esclarecido (a) que as informações recolhidas serão efetuadas através da realização de entrevistas, que serão gravadas, para um melhor registo da informação recolhida. Foi-me garantido que será mantido o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida e que servirá apenas para o uso exclusivo ao nível da investigação. Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e a minha participação neste estudo é voluntária, pelo que posso abandoná-la a qualquer momento, sem que sofra consequências por esse ato.

Depois de todas as explicações que me foram transmitidas, aceito participar de livre vontade nesta investigação e autorizo a divulgação dos resultados obtidos em meio científico, garantido o anonimato.

Assinatura do participante em estudo:

Assinatura do investigador:

Lisboa, ____ de fevereiro de 2021

Anexo 2



Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna

Lisboa, __ de dezembro de 2020

Declaração de compromisso de honra

Eu, Elena Cristiana Toader, a concluir a especialização em Criminologia e Investigação Criminal no mestrado em Ciências Policiais, no Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, com o projeto de investigação “A Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica e a medida de segurança de internamento” declaro, em forma de compromisso de honra, que informarei a Comissão Científica e Pedagógica aquando a conclusão do projeto e que apresentarei publicamente o trabalho no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Assinatura investigador

Anexo 3

Grelha de análise (Toader, 2021)

Utente X						
Idade	Nacionalidade	Estado Civil	Habilitações literárias	Profissão	Situação familiar	Residência
Medida de segurança	Outras condenações como imputável	Primário/Reincidente como inimputável	Diagnósticos	Ilícito Praticado	Ano do ilícito	Admissão no SRPF (Ano)
Proveniência						Início MS

Anexo 4

Factos tipificados na lei perpetrados pelos sujeitos da amostra

Crimes contra pessoas	Utentes
Ameaça agravada	6
Ameaça simples	1
Coação agravada sob a forma tentada	1
Difamação agravada	1
Homicídio	3
Homicídio na forma tentada	12
Homicídio qualificado	2
Homicídio qualificado na forma tentada	6
Injúria agravada	1
Injúria qualificada	1
Ofensa à integridade física qualificada	2
Ofensa à integridade física simples	5
Sequestro agravado	1
Violação	2
Violência Doméstica	12
Violência Doméstica agravada	2
Soma	58

Crimes contra património	Utentes
Dano	2
Dano qualificado	1
Extorsão	1
Extorsão na forma tentada	1
Furto qualificado	1
Furto qualificado em coautoria	1
Furto qualificado na forma tentada	1
Roubo	1
Roubo agravado	1
Roubo em coautoria	2
Violência depois de subtração	1
Soma	13

Outros	Utentes
Incêndio	2
Incêndio florestal	2
Detenção de arma proibida	2
Cultivo de estupefacientes para consumo	1
Denúncia caluniosa	1
Resistência e coação sobre funcionário	2
Maus-tratos a animais	1
Soma	11

Anexo 5

Diagnósticos dos utentes:

Utente 1: Síndrome de Dependência de Múltiplas Substâncias; Psicose Esquizofrénica, forma paranoide

Utente 2: Esquizofrenia Paranoide; Perturbação relacionada com o consumo de drogas

Utente 3: Psicose esquizofrénica; Perturbação relacionada com o consumo de cocaína, cannabis e álcool

Utente 4: Epilepsia Rolândica Benigna; Debilidade mental ligeira; Perturbação bipolar tipo I; Perturbação de personalidade

Utente 5: Psicose esquizofrénica, forma paranoide; Politoxicodependência

Utente 6: Psicose paranoide crónica com delírios de ciúme

Utente 7: Transtorno Bipolar II; Transtorno da Personalidade Mista com Traços Borderline e Narcisístico

Utente 8: Atraso Mental Ligeiro; Politoxicodependência

Utente 9: Atraso Mental Ligeiro; Epilepsia

Utente 10: Psicose Esquizofrénica forma paranoide

Utente 11: Transtorno Esquizofrénico tipo depressivo

Utente 12: Psicose de etiologia alcoólica

Utente 13: Perturbação de personalidade; Psicose tóxica em contexto de consumo de canabinóides

Utente 14: Esquizofrenia Simples; Psicoses tóxicas agudas a canabinóides

Utente 15: Esquizofrenia Paranoide

Utente 16: Atraso Mental Moderado

Utente 17: Psicose esquizofrénica forma paranoide

Utente 18: Transtorno Delirante Persistente; Neurosífilis, estado delirante

Utente 19: Esquizofrenia Residual

Utente 20: Deficiência/Atraso Mental Ligeiro; Perturbação de Personalidade; Emocionalmente Instável

Utente 21: Perturbação de personalidade emocionalmente instável; Politoxicod dependência; Atraso Mental Ligeiro

Utente 22: Transtorno delirante persistente do tipo delírio de ciúmes

Utente 23: Esquizofrenia Residual

Utente 24: Psicose esquizofrénica

Utente 25: Perturbação relacionada com consumo de substâncias; Epilepsia não especificada

Utente 26: Psicose esquizofrénica, tipo não especificada

Utente 27: Psicose esquizofrénica, forma paranoide; Toxicod dependência

Utente 28: Psicose Esquizofrénica; Atraso Mental ligeiro a Moderado

Utente 29: Esquizofrenia Residual; Défice cognitivo Moderado de causa vascular

Utente 30: Psicose Paranoide Psicogénica; Politoxicod dependência

Utente 31: Esquizofrenia Residual

Utente 32: Perturbação de Personalidade Antissocial; Toxicodependência; Encefalomielite em doenças infecciosas e parasitárias

Utente 33: Psicose esquizofrénica; Perturbação relacionada com consumo de drogas

Utente 34: Atraso Mental Moderado

Utente 35: Debilidade mental moderada; Perturbação disruptiva do comportamento

Utente 36: Atraso Mental Moderado; Perturbação do uso de álcool, subtipo uso prejudicial

Utente 37: Psicose Esquizofrénica; Atraso Mental Ligeiro a Moderado

Utente 38: Perturbação do desenvolvimento intelectual, grave

Utente 39: Psicose esquizofrénica, forma residual; Síndrome de Dependência Alcoólica

Utente 40: Psicose Esquizofrénica; Perturbação Relacionada com consumo de drogas

Utente 41: Esquizofrenia Latente; Síndrome de Dependência a Múltiplas Substâncias com surto psicótico esquizofrenante

Utente 42: Psicose Esquizofrénica

Utente 43: Perturbação esquizofrénica, tipo paranoide

Utente 44: Oligofrenia; Perturbação de controlo dos impulsos