

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA

DELÍRIO E DELITO:

Estudo caso-controle de homens delirantes que cometeram atos criminosos com violência comparados com delirantes que não cometeram atos criminosos

CAMPINAS

2007

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA

DELÍRIO E DELITO:

Estudo caso-controle de homens delirantes que cometeram atos criminosos com violência comparados com delirantes que não cometeram atos criminosos

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental

ORIENTADOR: Prof. Dr. Paulo Dalgarrondo

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

T235d Teixeira, Eduardo Henrique
 Delírio e delito: estudo caso-controle de homens delirantes que
 cometeram atos criminosos com violência comparados com delirantes
 que não cometeram atos criminosos / Eduardo Henrique Teixeira.
 Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador: Paulo Dalgalarrondo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicopatologia. 2. Transtornos psicóticos. 3. Crime. I.
Dalgalarrondo, Paulo. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês :

**Delusion and crime: case-control study of
delusional men who have committed criminal acts with violence compared to
delusional men who have not committed criminal acts**

Keywords: • **Psychopathology**
 • **Psychotic disorders**
 • **Crime**

Área de concentração: **Saúde mental**

Titulação: **Mestrado em Ciências Médicas**

Banca examinadora: **Profº. Drº. Paulo Dalgalarrondo**
 Profº. Drº. Cláudio Banzato
 Profº. Drº. Miguel Chalub

Data da defesa: **15-02-2007**

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

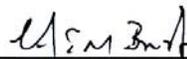
Orientador: Prof. Dr. Paulo Dalgalarro

Membros:

1. Prof. Dr. Paulo Dalgalarro -



2. Prof. Dr. Cláudio Eduardo Muller Banzato -



3. Prof. Dr. Miguel Chalub -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 15/02/2007

DEDICO ESTE TRABALHO...

*e não somente ele, mas todas as minhas conquistas profissionais,
à minha amada esposa Sandra, brilhante como médica, mãe e esposa,
que sempre esteve ao meu lado me apoiando e incentivando.*

Meu amor sincero!

Quero expressar minha gratidão pelas pessoas que compartilharam comigo este trabalho.

Agradeço:

Aos colegas médicos da Casa de Custódia de Franco da Rocha/SP, Dr. Carlos Eduardo Garcia e Dr. Roberto Moscatello, e do Instituto Américo Bairral de Itapira, Dr. Ivan e Dra. Sueli;

Ao mestre da psiquiatria forense, Prof. Dr. Sérgio Paulo Rigonatti, que muito me orientou no início da minha formação forense e que sempre me incentivou e apoiou.

Ao meu amigo médico, Dr. Hélio Amâncio de Camargo Júnior, pelo apoio e paciência nas questões envolvendo as versões para o inglês.

Aos meus filhos, Gabriela e Eduardo, pelo amor e paciência naqueles momentos em que precisei me ausentar e pelo carinho de sempre.

Aos meus pais, Júlio e Cecília, por acreditar, e aos meus irmãos e sogros, pelo apoio e carinho. Em especial ao meu irmão, Prof. Dr. Júlio César Teixeira (CAISM), que me auxiliou nestes anos, com muita paciência e entusiasmo.

Em especial ao meu orientador e mestre, Prof. Dr. Paulo Dalgalarro, parte fundamental desta minha nova conquista, que tanto me ensinou e incentivou com seu carinho, entusiasmo e brilhantismo.

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xvii</i>
ABSTRACT	<i>xxi</i>
1- INTRODUÇÃO	25
2-HIPÓTESES E OBJETIVOS	37
2.1- Hipóteses	39
2.2- Objetivo geral	39
2.3- Objetivos específicos	39
3- SUJEITOS E MÉTODOS	41
3.1- Sujeitos	43
3.1.1- Desenho do estudo.....	43
3.1.2- Tamanho amostral.....	43
3.1.3- Seleção dos sujeitos.....	43
3.1.4- Critérios de exclusão.....	44
3.1.5- Locais da seleção.....	44
3.2- Procedimentos	44
3.2.1- Aspectos éticos.....	44
3.2.2- Coleta de dados.....	45
3.2.3- Perfil da clientela da instituição dos pacientes-caso.....	45
3.3- Instrumentos	45
3.4- Variáveis	49
3.5- Análise estatística	53

4- RESULTADOS	55
4.1- Análise do perfil da clientela da instituição dos pacientes-caso	57
4.2- Avaliação demográfica	59
4.3- Histórico psiquiátrico	63
4.4- Diagnóstico de transtornos delirantes	68
4.5- Histórico da violência	69
4.6- Histórico de uso de substâncias psicoativas (MINI - J e K)	75
4.7- Psicopatologia	76
5- DISCUSSÃO	81
5.1- Limitações da metodologia do estudo	83
5.2- Perfil sócio-demográfico da amostra	85
5.3- Perfil psiquiátrico da amostra	87
5.4- Histórico de uso de substâncias psicoativas	87
5.5- Diagnóstico de transtornos delirantes	90
5.6- Histórico de violência	90
5.6.1- Perfil dos crimes cometidos: nível de violência, bizarrice, perfil das vítima e meios utilizados.....	92
5.7- Psicopatologia	93
6- CONCLUSÕES	97
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
8- ANEXOS	109
Anexo 1- Consentimento Livre e Esclarecido e Parecer do CEP	111
Anexo 2- Questionário Sócio-Demográfico e de Antecedentes	115
Anexo 3- Histórico Psiquiátrico	125

Anexo 4- M.I.N.I. – Módulos J e K.....	131
Anexo 5- PANSS.....	141
Anexo 6- DSM-IV e CID-10.....	143
Anexo 7- MMDAS.....	147
Anexo 8- (Tabelas 3.1 a 13.1).....	167
Anexo 9- (Tabelas 14.1 a 18.2).....	175
Anexo 10- (Tabelas 20.1 a 20.7 e 21.1 a 21.7).....	177
Anexo 11- (Tabelas 23.1 a 23.9).....	179
Anexo 12- (Tabelas 28).....	181

RESUMO



Introdução: Aspectos da psicopatologia do delírio e do perfil dos pacientes delirantes parecem relacionados à ocorrência de crime violento. **Objetivo:** Descrever o perfil sócio-demográfico e psicopatológico de sujeitos delirantes que cometeram crimes violentos. **Métodos:** Estudo retrospectivo do tipo caso-controle, comparando dois grupos de trinta pacientes delirantes. Todos pacientes apresentaram transtorno psicótico com atividade delirante definida. Os pacientes do grupo caso cometeram crimes violentos e foram selecionados da Casa de Custódia do município de Franco da Rocha-SP, nos anos de 2004 a 2006. Os pacientes do grupo controle foram selecionados de enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp, do Hospital e Maternidade Celso Pierro (Puc-Campinas) e do Instituto Américo Bairral do município de Itapira-SP. Foram utilizadas as escalas PANSS (Escala das Síndromes Positiva e Negativa), MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Mini-Internacional) e MMDAS (Escala de Avaliação de Delírio Macarthur-Maudsley). **Resultados:** Os dois grupos foram muito parecidos em relação ao perfil sócio-demográfico, história da doença, comorbidade de substâncias psicoativas e conteúdo do delírio. Os pacientes do grupo caso apresentaram mais antecedentes criminais, embora tenham cometido menos freqüentemente agressões leves. As vítimas dos crimes foram com mais freqüência parentes ou conhecidos. Em relação às dimensões do delírio, o grupo caso teve menor pontuação em “inibição de ação” e “afeto negativo”. **Conclusões:** Fatores intrínsecos do delírio parecem ser mais relevantes do que o perfil sócio-demográfico nos sujeitos delirantes que cometem crimes. Delírios que induzem a inibição de ações aparentemente também reduzem o potencial de ações violentas. Ao contrário do que se afirma correntemente, pacientes delirantes assustados e com outros afetos negativos associados ao delírio parecem cometer menos atos violentos.

ABSTRACT



Delusion and crime: case-control study of delusional men who have committed criminal acts with violence compared to delusional men who have not committed criminal acts

Introduction: Some aspects of the psychopathology of delusion and the profile of the delirious patients seem to be related to the occurrence of violent crime. **Objective:** To describe the social-demographic and psychopathologic profile of delirious patients who have committed violent crimes. **Methods:** Retrospective case-control study, comparing two groups of thirty delusional patients. All patients had presented psychotic disorders with definite delusion activity. The patients of the case group had committed violent crimes and have been selected out of the criminal-psychiatric ward Franco da Rocha-SP, from 2004 to 2006. The patients of the control group have been selected out of psychiatric ward of the Hospital das Clínicas da Unicamp, of the Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas) and of the Instituto Américo Bairral of the city of Itapira-SP. Scales PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) and MMDAS (Macarthur-Maudsley Delusion Assessment Scale) have been used. **Results:** The two groups were very similar as far as social-demographic profile, history of the illnesses, substance abuse and content of the delusion. The patients of the case group had greater criminal records, although a smaller frequency of light aggressions. The victims of the crimes had been more often acquaintances or relatives. In relation to the dimensions of the delusion, the patients in the study group scored less in "action inhibition" and "negative affection". **Conclusions:** Intrinsic factors of the delusion seem to be more relevant than social-demographic profile in the delusional patients who commit crimes. Delusions that induce action inhibition apparently also reduce the potential for violent actions. In contrast to what is commonly said, delusional patients with fear and other negative affection associated to the delusion seem to commit less violent acts.

1- INTRODUÇÃO

A relação entre transtorno mental grave e violência é bastante complexa e, apesar dos avanços da metodologia em pesquisa psiquiátrica, ainda continua gerando muita discussão e dúvidas. A dimensão do debate, envolvendo questões culturais, sociais, éticas e políticas, torna esse campo da psiquiatria forense ainda mais complexo. (Binder, 1999; Mullen, 2000, Arboleda-Florez, 2005)

Até próximo dos anos 1980-1990, o consenso era que pessoas com esquizofrenia não eram mais violentas comparadas com a população geral. Novos estudos epidemiológicos surgiram e tendem a mudar essa visão (Walsh *et al*, 2001). Atualmente aceita-se que pessoas com esquizofrenia, por força de um pequeno subgrupo, têm maior probabilidade de serem violentas que a população geral. Mesmo assim a proporção do total de violência social atribuída a este grupo é bastante pequena, geralmente abaixo de 10% (Walsh *et al*, 2001).

Um ato grave de violência, definido como sendo uma agressão ou ataque que resulte em sérios danos físicos (critério de MacArthur para violência séria), cometido por uma pessoa com transtorno mental grave é um evento relativamente raro (Beck, 2004; Monahan, 1992). Entretanto, quando ocorrem episódios de grande repercussão na mídia, o tema volta a ser foco de atenção e debate (Gattaz, 1998; Josef e Silva 2003).

Essa relação é reforçada por aspectos culturais e históricos, que desde o século XIX associam “loucura” ao crime. Violência e transtorno mental associam-se na mente do público e os profissionais de saúde mental costumam sentir-se compelidos a dizer que esses medos são infundados. Infelizmente, os profissionais não têm evidências claras para justificar suas afirmações e formular suas explicações, pois a maioria dos estudos ainda tem limites metodológicos de valor restrito (Stuart e Arboleda-Florez, 2001; Long, 2000).

A literatura sobre transtorno mental grave e violência está sujeita tanto a dificuldades metodológicas, devidas a avaliações diagnósticas não fidedignas, indiretas, retrospectivas, a ocorrência de comorbidades (especialmente uso/abuso de substâncias psicoativas), a variações culturais importantes na percepção e construção do que é de fato um ato criminoso, bem como a uma falta de precisão na definição abrangente e precisa da própria violência (Marzuk, 1996; Arboleda-Florez, 1998).

Soma-se a isso a dificuldade em abordar o tema violência com receio de reforçar a estigmatização do portador de transtorno mental, sendo isto contrário à exigência ética da profissão e, em certo sentido, ao processo histórico da chamada reforma psiquiátrica (Torrey, 1994)

Para indivíduos com transtornos psicóticos, considera-se que a condição mental por si só possa ser um fator de risco na precipitação de comportamentos disruptivos e atos violentos de forma geral. Há um reconhecimento crescente de sintomas que tornam a pessoa mais vulnerável a possíveis atos violentos (Gunn e Taylor, 1993; Teixeira *et al*, 2005).

Estudos epidemiológicos com populações específicas têm reforçado a associação entre comportamento violento e transtorno psiquiátrico. No caso de população de presidiários, existem muitas evidências indicando considerável aumento da prevalência de transtorno mental quando comparada à população geral (Teplin *et al*, 1996; Cardoso *et al*, 2004; Assadi *et al*, 2006).

Pesquisas realizadas na Inglaterra com presos por crimes violentos encontraram uma prevalência maior de pessoas com esquizofrenia quando comparada à população geral (Taylor e Gunn, 1984; Taylor e Gunn, 1999). Em um estudo retrospectivo com condenados por homicídio na Austrália, nos anos de 1993 a 1995 (n=4.156), esquizofrenia foi o transtorno mais associado positivamente com agressão grave. Esta taxa aumentava quando considerada a comorbidade com uso/abuso de substâncias (Wallace *et al*, 1998). Esses dados são reforçados por estudo semelhante (Shaw *et al*, 2006), que avaliou condenados por homicídio na Inglaterra, durante os anos de 1996 a 1999, num total de 1.594 indivíduos. Foi encontrado 5% (n=85) de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia anterior ao crime e concluiu-se haver uma possível associação entre esquizofrenia e condenação por homicídio (Shaw *et al*, 2006). Outros estudos utilizando metodologia semelhante, ou seja, estimativa de prevalência de esquizofrenia entre condenados por homicídio, encontraram resultados semelhantes (Teplin, 1990; Eronen *et al*, 1996)

Ainda na Inglaterra, Brugha e colaboradores (2005) compararam duas amostras de pacientes com psicose utilizando o questionário semi-estruturado SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). As amostras foram selecionadas de prisões e da

comunidade geral. A prevalência de psicose no ano anterior foi dez vezes maior entre os presidiários quando comparados à comunidade geral. Um entre quatro prisioneiros tiveram os sintomas psicóticos atribuídos à intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas. A sintomatologia delirante e alucinatória não revelou diferenças nas duas amostras (Brugha *et al*, 2005)

Estudo realizado em Vitória (Austrália) avaliou dois grupos de pacientes com esquizofrenia, sendo o primeiro antes do processo de desinstitucionalização (1975) e o segundo quando os serviços comunitários se estabeleceram (1985). Os dois grupos foram comparados com a população geral e ambos revelaram significativamente mais taxas de condenação por qualquer das categorias de ofensa criminal, exceto ofensa sexual. Nos casos nos quais ocorreram comorbidade com abuso de substâncias, os resultados apontaram para um nível desproporcional de agressões. Em relação à mudança no modelo assistencial hospitalar para serviço comunitário, os resultados não revelaram nenhuma mudança significativa dos índices de condenação associados à esquizofrenia (Mullen, 2000).

Veveřa e colaboradores (2005), estudaram retrospectivamente quatro amostras de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em Praga (República Tcheca). Foram examinados os registros de 404 pacientes em amostras dos anos de 1949, 1969, 1989 e 2000 e selecionados para violência utilizando a escala MOAS (Modified Over Aggression Scale). Os resultados associaram violência com esquizofrenia em 41,8% dos homens e 32,7% das mulheres, na ausência de comorbidade com abuso de substâncias. Entre os quatro grupos houve aumento na violência somente na amostra do ano de 2000, a qual poderia ser relacionada com a falta de sucesso nas transformações do modelo de assistência à saúde mental (Veveřa *et al*, 2005). Este último achado também foi observado em estudos realizados nos Estados Unidos e formulou-se a hipótese de estar associado a fragmentação e falta de integração dos serviços de saúde mental no modelo atual (Hogan, 2003).

Brennan e colaboradores (2000) rastrearam todas as prisões por violências e hospitalizações por transtorno mental na Dinamarca, em um estudo de coorte com pessoas até 44 anos de idade. Os sujeitos foram selecionados de todos os nascimentos ocorridos entre 01/01/1944 a 31/12/1947, num total de 358.180 indivíduos. Foi encontrado que a esquizofrenia era o único transtorno mental que estava associado com aumento no risco de

crime violento em ambos os sexos (Brennan *et al*, 2000). Estudo anterior semelhante, que pesquisou a relação de internação psiquiátrica com ofensa criminal, também encontrou achados similares (Hodgins *et al*, 1996). Ainda em outro estudo anterior, utilizando a mesma metodologia, Tiihonen e colaboradores (1997), avaliaram 12.058 indivíduos na Finlândia e encontraram 7% de ofensas violentas cometidas por pacientes esquizofrênicos (Tiihonen *et al*, 1997).

Tuninger e colaboradores (2001), na Suécia, avaliaram pelo período de 14 meses, 257 pacientes admitidos em unidade psiquiátrica de emergência para indivíduos que apresentam risco de violência. A idade média observada foi de 41,3 anos, com predomínio de pacientes do sexo masculino (n=160; 62,2%) e de pacientes psicóticos (n=228; 88,6%). Em relação ao tipo de crime, dividido em crime com e sem violência, os pacientes com psicoses também foi o grupo que mais cometeu crime com violência. Também foi identificado 40% de comorbidade com uso de drogas e 38% dos pacientes tinham antecedente criminal, valores muito superiores aos da população geral.

Segundo revisão realizada por Walsh e colaboradores em 2001, a maioria dos estudos empíricos indica a associação entre violência e esquizofrenia. Tem sido demonstrado repetidamente que esquizofrenia com comorbidade de abuso de substância aumenta o risco de violência consideravelmente quando comparado com esquizofrenia sem essa comorbidade, e que sintomas psicóticos agudos também estão possivelmente relacionados a atos violentos (Walsh *et al*, 2001). Esses achados se tornam ainda mais relevantes se considerado que pesquisas recentes têm mostrado um aumento nas estimativas de abuso de substâncias por pacientes esquizofrênicos (Soyka, 2000).

Na Inglaterra, foram estudadas as populações de três hospitais psiquiátricos “especiais”, caracterizados por serem de alta segurança e oferecerem tratamento a pacientes que foram julgados e tinham risco de violência. Os registros de 1.750 pacientes internados durante o período de 01/01/1993 a 30/06/1993 foram examinados e encontrado um predomínio de esquizofrenia e transtorno delirante (53%). Entre os pacientes psicóticos, os sintomas positivos e negativos estavam significativamente presentes no período da ofensa, assim como sintomas afetivos (principalmente afeto embotado ou incongruente). Nesses pacientes, o principal fator desencadeante da ofensa foram os sintomas delirantes, que

levaram mais a atos violentos do que a atos triviais. Alucinações na ausência de atividade delirante não tiveram o mesmo efeito (Taylor *et al*, 1998).

Segundo Link e colaboradores (1994), em estudo epidemiológico no qual foi pesquisada a história de violência em pacientes psiquiátricos, subgrupos particulares de delírios manifestando características de controle e perseguição estavam fortemente associados com o ato violento. Este achado é reforçado pelo estudo realizado por Beck (2004), que examinou a relação de delírio, abuso de substâncias e violência, em pacientes que foram internados após um crime violento. As informações foram obtidas através de prontuários dos pacientes utilizando os dados referentes ao período logo após a hospitalização. Concluiu-se também que a violência ocorreu pouco frequentemente na ausência de abuso de substâncias (Beck, 2004).

Esses achados foram também encontrados em um estudo conduzido por Cheung e colaboradores (1997), no qual trinta e um pacientes definidos como violentos e satisfazendo critérios para esquizofrenia pelo DSM-III-R foram comparados com trinta e um pacientes com o mesmo diagnóstico não violentos. Ambos os grupos eram constituídos de pacientes de enfermaria psiquiátrica comum e sem comorbidade com uso de substâncias psicoativas. Avaliou-se detalhadamente a fenomenologia de alucinações auditivas utilizando o MHRIUPS (Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule) e os delírios utilizando-se o MDAS (Maudsley Assessment of Delusions Schedule). Os resultados indicaram que pacientes no grupo violento eram mais provavelmente influenciados pelos delírios persecutórios do que aqueles do grupo não violento, enquanto pacientes no grupo não violento eram provavelmente mais influenciados por delírios de grandeza do que aqueles do grupo violento (Cheung *et al*, 1997).

Buchanan e colaboradores (1993), pesquisando a fenomenologia do delírio e comportamento violento, avaliaram setenta e nove pacientes psicóticos admitidos em um presídio psiquiátrico. Quando o comportamento do paciente era descrito por informantes, não se verificava associação entre a fenomenologia do delírio e a atuação do delírio. Quando, entretanto, a ação era descrita pelo próprio paciente, foram identificadas associações do ato violento com o delírio, no sentido do delírio induzir ao ato (Buchanan *et al*, 1993).

Indivíduos com esquizofrenia geralmente têm delírios mais intensos que aqueles em outras categorias diagnósticas. Delírios de grandeza e religioso foram relacionados com aumento na convicção, enquanto que delírios persecutórios foram fortemente marcados por afetos negativos e por uma propensão para agir (Appelbaum *et al*, 1999; Wessely *et al*, 1993). Comportamento desviante parece estar associado tanto ao grau de convicção do delírio, como com a resposta afetiva ao mesmo (Dalgarrondo *et al*, 2003)

Várias escalas foram desenvolvidas nas últimas décadas para avaliar a relação de ato violento com transtorno mental ou para prever o risco de agressão. Steinert e colaboradores compararam quatro instrumentos disponíveis (MOAS, SDAS, SOAS e VS) em um estudo com pacientes psiquiátricos internados. Concluíram que nos transtornos psicóticos, os delírios tem maior valor preditivo de violência em relação às alucinações (Steinert *et al*, 2000)

Vários trabalhos, no entanto, indicaram associação negativa entre psicose e violência. Confrontando pesquisas anteriores que relatavam aumento de comportamento violento entre pacientes com transtornos mentais graves e relacionavam com a desinstitucionalização, Stuart e colaboradores (2001), reanalisaram dados de uma pesquisa realizada no Canadá em 1992, a qual estudou a prevalência de transtorno mental entre presidiários e concluíram que apenas uma pequena parcela de comportamento criminal violento poderia ser atribuída a pacientes psiquiátricos. Alertam para uma percepção pública exagerada que pode reforçar aspectos do estigma (Stuart *et al*, 2001)

Palmstierna e Wistedt (1989), pesquisaram fatores de risco para comportamento violento entre pacientes internados involuntariamente. A agressividade foi avaliada durante o período inicial de internação, entre 8 e 28 dias, e pesquisada através da escala SOAS (Staff Observation Aggression Scale). A amostra foi constituída de 105 pacientes e foi encontrado um predomínio de pacientes psicóticos. Conclui, entretanto, que não houve diferença estatisticamente significativa na proporção ou frequência de agressividade em relação aos diferentes diagnósticos (Palmstierna e Wistedt, 1989).

Para confirmar achados anteriores que relacionavam tipo de delírio com crime violento, Appelbaum e colaboradores, realizaram um estudo prospectivo, onde 1.136 pacientes foram acompanhados após alta hospitalar durante o período de um ano. Utilizando o MMDAS (MacArthur-Maudsley Assessment of Delusions Schedule), não foi encontrada diferença na taxa de violência entre pacientes delirantes e não delirantes. Também a relação de violência com delírios de perseguição e controle, anteriormente encontrada em outras pesquisas, não foi confirmada (Appelbaum *et al*, 2000).

Ainda na tentativa de identificar a relação do delírio com o ato violento, Junginger e colaboradores avaliaram 54 pacientes delirantes internados em hospitais psiquiátricos do estado da Louisiana (Estados Unidos). Todos foram submetidos a duas escalas de 5 pontos, sendo que uma estimava o grau de motivação à violência relacionada ao delírio e a outra a gravidade da violência. Concluíram que a motivação à violência pelo delírio é rara, porém relataram um risco moderado de que isso ocorra durante o curso da doença (Junginger *et al*, 1998)

Estudos descritivos ou do tipo relato de caso, permitiram avaliar também aspectos específicos da relação transtorno mental grave e crime violento. Considerando as diferenças de gênero, Binder e colaboradores, estudaram essa relação em pacientes antes da admissão e durante o período inicial de internação. Foram avaliados 253 (48% de mulheres) indivíduos durante os anos de 1983 e 1984. Concluíram que homens são menos violentos que mulheres nos primeiros dias de internação, independentemente da psicopatologia. Quanto aos pacientes com esquizofrenia, não houve diferença entre os gêneros. Os pacientes neste estudo apresentavam menor risco de violência nos primeiros dias de internação (Binder 1990).

Vários estudos descritivos foram realizados dando-se ênfase às características do crime. Conforme estudo realizado por Hafner e Boker (1982), quando comparada a agressão homicida de pacientes psicóticos em relação a pacientes não-psicóticos, avaliando os registros de todas as tentativas de homicídio por doentes mentais na Alemanha por período de dez anos, foi observada uma taxa elevada de vítimas parentes de psicóticos (Hafner e Boker, 1982; Jozef e Silva, 2003). Este achado também foi observado por Nestor (1992), que estudou pacientes internados em um hospital psiquiátrico de segurança máxima

nos Estados Unidos, entre 1987 e 1989. A amostra foi constituída de 40 pacientes e todos foram submetidos a avaliação neuropsicológica, com testes específicos de nível de inteligência, além do estudo psicopatológico do agressor e perfil das vítimas (Nestor, 1992).

Avaliando as características psicopatológicas do quadro psicótico, parece que o tipo de delírio e o grau de convicção têm relação intrínseca com o comportamento violento. Silva e colaboradores (1997), em um estudo descritivo de um paciente com delírio cujo conteúdo era de acreditar ser o “anti-Cristo” e com história de sequestrar e estuprar duas mulheres sob uso de PCP (fenilciclidina), encontrou elevado grau de convicção, complexidade do delírio e baixa resposta farmacológica (Silva *et al*, 1997). Este dado é reforçado pelo estudo realizado por Appelbaum e colaboradores (1999), que estudou pacientes delirantes com história de violência e encontrou elevado grau de convicção nos delírios de grandeza e religioso (Appelbaum *et al*, 1999)

Estudo retrospectivo realizado por Kristine e colaboradores (1997), no qual foram avaliadas diferenças entre agressores psicóticos e não psicóticos submetidos a exame periciais para avaliar responsabilidade criminal, encontrou que os sujeitos psicóticos visitaram a casa da vítima mais frequentemente que os não psicóticos e que os não psicóticos fizeram mais ameaças verbais que os psicóticos (Kristine *et al*, 1997).

Com o processo de desinstitucionalização, os pacientes com transtornos mentais graves passaram com maior frequência a viver na comunidade. A questão da violência em relação a esta nova situação é levantada tanto quando são considerados os riscos que alguns pacientes graves podem oferecer à comunidade, mas também nos riscos de serem vítimas de violência, considerando pessoas com esquizofrenia como uma população potencialmente vulnerável. Neste sentido, Brekke e colaboradores, pesquisaram durante o ano de 1989 e 1991, na cidade de Los Angeles (Estados Unidos), uma população de 172 indivíduos com esquizofrenia. Todos tinham moradia e não apresentavam comorbidade com transtorno por uso de substâncias. Apesar de 48% deles terem tido contato com a polícia durante o período, o grupo pesquisado foi 14 vezes mais vítima de um crime violento do que causadores (Brekke, *et al* 2001). Esses achados foram questionados posteriormente em

relação ao ambiente urbano, muito desfavorável para o paciente esquizofrênico, o qual poderia estar favorecendo a situação de vítima de crime violento (Hume, 2001).

No estudo das possíveis associações entre esquizofrenia e crime, muitas pesquisas foram realizadas através de registros de documentos médicos ou policiais, basicamente retrospectivos e geralmente muito tempo após a ocorrência do ato violento. Este aspecto é ainda mais complexo quando pensamos em crime violento ocorrido no período prodrômico de um quadro de esquizofrenia. Nesta fase classicamente denominada de “período médico-legal” das psicoses, os crimes descritos são geralmente súbitos, aparentemente imotivados ou até bizarros (Oliveira, 2006).

Apesar das limitações metodológicas, alguns aspectos da psicopatologia aguda da psicose, comorbidade com álcool/drogas ou transtorno de personalidade, parecem estar fortemente relacionados à presença de comportamento violento entre pacientes psicóticos.

Alguns trabalhos científicos demonstraram que delírios de controle ou ameaça poderiam estar relacionados com o desencadeamento do comportamento violento, sugerindo que aspectos próprios dos delírios estariam envolvidos na atuação criminosa (Link, 1994; Beck, 2004). Apesar de estes achados terem sido posteriormente questionados em estudos prospectivos (Appelbaum *et al*, 2000), novas pesquisas poderão trazer informações esclarecedoras.

Por fim, propõe-se a realização do presente estudo para avaliar aspectos relevantes da relação do delírio com crime violento, no sentido de permitir futuramente medidas preventivas e terapêuticas seguras apropriadas.

2- HIPÓTESES E OBJETIVOS

2.1- Hipóteses

Indivíduos delirantes com delírios de perseguição e/ou controle cometem mais crimes violentos do que indivíduos delirantes com outros conteúdos ou tipo de delírio.

Indivíduos delirantes que cometem crimes violentos têm maior grau de convicção no conteúdo de seus delírios em relação a indivíduos delirantes sem antecedente de crime violento.

Indivíduos delirantes que cometem crimes violentos tendem a atuar mais o delírio quando comparados a indivíduos delirantes sem antecedente de crime violento.

Indivíduos delirantes que cometem crimes violentos apresentam com menor intensidade certas dimensões do delírio, como “afeto negativo” e “inibição de ação” decorrente do delírio quando comparados a indivíduos delirantes sem antecedente de crime violento.

2.2- Objetivo geral

Descrever o perfil sócio-demográfico e psicopatológico de sujeitos que cometeram crimes violentos e tiveram e tem atividade delirante que se associem com o histórico de violência.

Estudar as diferenças entre pacientes delirantes que cometeram crimes violentos comparados a um grupo controle formado por pacientes delirantes que não cometeram crimes violentos.

2.3- Objetivos específicos

Estudar as diferenças de tipo e conteúdo de delírio entre os pacientes dos grupos caso e controle.

Estudar as diferenças de grau de convicção no conteúdo dos delírios dos pacientes dos grupos caso e controle.

Estudar as diferenças de grau de atuação no conteúdo dos delírios dos pacientes dos grupos caso e controle.

Estudar as diferenças nas dimensões do delírio, “afeto negativo” e “inibição de ação”, em relação aos pacientes dos grupos caso e controle.

3- SUJEITOS E MÉTODOS

3.1- Sujeitos

3.1.1- Desenho do estudo

Trata-se de um estudo clínico retrospectivo do tipo caso-controle, que comparou dois grupos de pacientes delirantes. Os casos são pacientes com transtorno psiquiátrico psicótico com atividade delirante clara, que cometeram crimes violentos. Os controles são pacientes com transtorno psiquiátrico psicótico, com atividade delirante clara, que não cometeram crimes violentos.

3.1.2- Tamanho amostral

O grupo caso e o grupo controle são constituídos de trinta pacientes cada. Este tamanho amostral foi considerado empiricamente adequado, após avaliação de toda a população da instituição, da qual foram selecionados os pacientes do grupo caso.

3.1.3- Seleção dos sujeitos

Os indivíduos foram selecionados em relação ao diagnóstico de transtorno delirante e antecedente de crime violento, após entrevista com os psiquiatras dos locais de pesquisa.

Em relação ao diagnóstico de transtorno delirante, os pacientes tinham seu diagnóstico confirmado no início da entrevista e todos deveriam estar ainda delirantes, mesmo sob tratamento medicamentoso.

O crime violento foi definido como um crime que resultou em morte ou grave dano à vítima, como homicídio ou estupro, ou como uma reiteração de ameaças graves, como ter cometido vários assaltos.

Foram considerados para este estudo somente pacientes com uma história mínima de cinco anos de doença e com evolução inferior a vinte anos. Todos do sexo masculino, sendo este o sexo predominante na instituição onde foram selecionados os pacientes-casos.

3.1.4- Critérios de exclusão

- Presença de retardo mental
- Prejuízo cognitivo que comprometesse a entrevista
- Indivíduos de não desejaram participar do estudo.

3.1.5- Locais de seleção

Os pacientes do grupo caso foram selecionados do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Prof. André Teixeira Lima” do município de Franco da Rocha/SP (Casa de Custódia ou Manicômio Judiciário). Antes do início da entrevistas, foi solicitada autorização ao Juiz Corregedor dos Presídios do Estado de São Paulo/SP.

Os pacientes do grupo controle foram selecionados das enfermarias psiquiátricas do Hospital das Clínicas da Unicamp, do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Puc-Campinas e do Instituto Américo Bairral do município de Itapira/SP.

3.2- Procedimentos

3.2.1 - Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa clínica, este estudo seguiu os princípios éticos enunciados na Declaração de Helsinque (DECLARAÇÃO DE HELSINQUE, 2000). Também foram obedecidas diretrizes e normas contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Todos os pesquisados foram informados a respeito da natureza do trabalho e seus possíveis benefícios, bem como a total garantia de confidencialidade.

Os sujeitos só participaram do estudo após terem dado seu consentimento ao pesquisador. Cada pesquisado recebeu, leu (ou lhe foi lido) e esclareceu suas dúvidas a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp em 17/12/2002, conforme Parecer n ° 506/02 (ANEXO 1).

3.2.2 - Coleta de dados

Os indivíduos pesquisados foram entrevistados nas enfermarias ou consultórios das instituições referidas. Foram solicitados a participar deste estudo após uma entrevista pessoal.

O paciente era informado do caráter anônimo da entrevista, que era realizada por um médico psiquiatra e que em nada iria interferir em questões terapêuticas ou processuais.

Além dos dados colhidos na entrevista com o pesquisado, foram consultados o prontuário psiquiátrico-criminal (casos), os prontuários médicos (controles) e os profissionais de saúde das instituições.

3.2.3- Análise do perfil da clientela da instituição onde foram selecionados os pacientes-caso

Durante a fase inicial das entrevistas dos pacientes do grupo caso, foi realizada uma pesquisa com todos os prontuários da população masculina da Casa de Custódia de Franco da Rocha/SP. Foram colhidos dados psico-sociais, psicopatológicos e criminais, com o objetivo de avaliar a dimensão da amostra selecionada para este estudo caso-controle (Teixeira e Dalgarrondo, 2006).

3.3- Instrumentos

Os instrumentos foram selecionados a partir da revisão da literatura, buscando-se aqueles adequados aos pacientes da amostra, contando que estaríamos trabalhando com o universo de pacientes delirantes e, para o grupo caso que, além de serem

pacientes delirantes, tivessem história de um crime violento. A partir disso, foram selecionados os instrumentos que tivessem estudos de validação e confiabilidade, quando possível.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. **Questionário sócio-demográfico e de antecedentes:** trata-se de questionário semi-estruturado para coleta de dados sócio-demográficos e história psiquiátrica, derivado do roteiro de entrevista de rotina para pacientes admitidos na enfermaria do HC da Unicamp. Foi modificado e questões sobre situações que poderiam envolver violência direta ou indiretamente foram acrescentadas. Este questionário aborda situações de violência na infância, sexualidade e violência sexual, violência no ambiente familiar, história de auto ou heteroagressão, antecedentes de criminalidade e sinais de sociopatia (ANEXO 2).
2. **Histórico Psiquiátrico:** trata-se de questionário semi-estruturado para coleta de dados sócio-demográficos e história psiquiátrica, derivado do roteiro de entrevista de rotina para pacientes admitidos na enfermaria do HC da Unicamp. Foi modificado e questões sobre uso de substâncias psicoativas foram acrescentadas e relacionadas cronologicamente com atos violentos. Inclui questões sobre uso de substâncias psicoativas ao longo da vida, no período que foram internados (pacientes-controle) e no período do ato violento (pacientes-caso)(ANEXO 3)
3. **Mini International Neuropsychiatric Interview - M.I.N.I. 5.0.0** (Lecrubier *et al*, 1997): trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais transtornos psiquiátricos do eixo I do DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos após uma formação breve.

O entrevistado deve ser orientado sobre a forma como lhe serão feitas as perguntas e que se esperam respostas “sim” ou “não”.

O M.I.N.I. é dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

Para a presente pesquisa foram utilizados apenas os módulos J e K, os quais foram modificados permitindo uma relação temporal com o período da internação ou do ato violento. As questões foram modificadas para avaliar o uso de substâncias psicoativas ao longo da vida, no período que foram internados (pacientes-controle) e no período do ato violento (pacientes-caso).

Este instrumento foi validado para a língua portuguesa e contexto brasileiro por P. Amorim (Amorim, 1998) (ANEXO 4).

4. Escalas das Síndromes Negativa e Positiva (Positive and Negative Syndrome Scale) – PANSS (Kay *et al*, 1987): trata-se de uma escala para identificar e quantificar sintomas negativos e positivos da esquizofrenia. Está dividida em três sessões: 1) PANSS-sintomas negativos, com 7 itens; 2) PANSS-sintomas positivos, com 7 itens e 3) PANSS-sintomas gerais, com 16 itens. Cada item é avaliado em pontos de gravidade do sintoma, de 0 (ausente) a 7 (grau máximo). Esta escala traz definição precisa para cada sintoma e para os graus de gravidade, e é aplicada através de entrevista de 35 a 45 minutos.

Esta escala foi validado para a língua portuguesa por Vessoni (1993) e utilizada em vários estudos brasileiros (Chaves e Shirakawa, 1998) (ANEXO 5).

5. Critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Saúde – CID 10 (OMS, 1992) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV) – DSM-IV (APA, 1994): foram utilizados ambos os critérios diagnósticos para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo ou transtorno delirante. São amplamente utilizados na prática clínica (ANEXO 6 e 7).

6. Escala de Avaliação de Delírio Macarthur-Maudsley (MMDAS - Macarthur-Maudsley Delusion Assessment Scale): Trata-se de um instrumento para descrição confiável de crença delirante. Ela leva aproximadamente 15 minutos para um psiquiatra clínico administrar. O MMDAS é designado para descrever a principal crença anormal de uma pessoa, mas pode igualmente ser usada para avaliar crenças secundárias. Antes de administrar o MMDAS, uma variação de crenças anormais deverá já ter sido identificada usando um instrumento compatível, como a seção de delírios da Escala de Entrevista Diagnóstica (DIS – Diagnostic Interview Schedule).

A versão original deste instrumento, MDAS, foi desenvolvida por Pámela Taylor, Philippa Garety, Alec Buchanan, Alison Reed, Simon Wessely, Katarzyna Ray, Graham Dunn e Don Grubin do Instituto de Psiquiatria de Londres, Inglaterra, com apoio da Rede de Pesquisa de Saúde Mental e Lei da Fundação John D. e Catherine T. MacArthur. A versão utilizada nesta pesquisa é uma revisão de Paul Appelbaum, Loren Toth e Pámela Clark Robbin, que foi criada para pesquisa no Estudo de Avaliação do Risco de Violência de MacArthur.

Todas as perguntas em negrito devem ser perguntadas exatamente como foram escritas. Se a pessoa parecer não entender, a frase poderá ser mudada de acordo com o conhecimento cultural e linguístico. Perguntas adicionais destinadas para esclarecer a resposta da pessoa poderão ser perguntadas por decisão do entrevistador. Aparecem caixas na margem direita para lembrar ao entrevistador que é requerido colocar uma nota. O sistema de notas deve ser feitos como indicado no texto. Quando a questão não é aplicável deve-se usar a nota “8”. Para alguns itens a instruções “especifique” aparecem. Nestes exemplos deve-se escrever a resposta dada pelo entrevistado.

Essa ferramenta tem duas partes. A parte 1 investiga o delírio identificado como tendo tido o maior impacto recente na vida da pessoa. A parte 2 investiga o delírio associado com o incidente violento. A parte 2 só deve ser completada para pessoas com delírios associados com violência. A parte 1 e 2 podem ser completadas para o mesmo delírio.

A escala permite a avaliação com escore de seis dimensões em relação ao delírio selecionado. Para cada dimensão existe um grupo de questões e após a aplicação do questionário, os pontos de cada questão devem ser somados. As dimensões são: convicção (escore de 0 a 8) avaliada em quatro questões, afeto negativo (escore de 0 a 4) avaliada em quatro questões, atuação na crença (escore de 0 a 5) avaliada em dez questões, desistir de agir por causa da crença ou inibir ações (escore de 0 a 8) avaliada em (oito questões), preocupação (escore de 0 a 4) avaliada em uma questão e penetração (escore de 0 a 3) avaliada em uma questão.

A autorização do uso da escala nesta pesquisa foi dada ao Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo (orientador) pelo primeiro autor da versão revisada, Paul Appelbaum.

Durante a fase inicial da pesquisa foi realizada a tradução para o português. Em seguida foi feita também uma retro-tradução deste instrumento, a partir da tradução em português (nossa) para o inglês, por um médico psiquiatra cuja língua inglesa é praticamente nativa e com vasta experiência clínica no Brasil. As poucas diferenças entre a versão original em inglês e o retro-traduzido foram cotejadas e ajustadas na versão final do instrumento utilizado.

Num segundo momento foi realizado um teste piloto com oito pacientes da enfermaria psiquiátrica do HC da Unicamp para fins de avaliar o grau de compreensão, que de modo geral, foi considerado satisfatório.

Esta escala ainda não foi utilizada em estudos brasileiros e não foi realizada a validação para o contexto cultural e clínico brasileiro. Foi utilizada em estudos anteriores já citados nesta pesquisa, sobretudo nos Estados Unidos (Appelbaum *et al*, 1999 e 2000; Cheung, 1997; Buchanan *et al*, 1993; Wessely *et al*, 1993). (ANEXO 8)

3.4- Variáveis sócio-demográficas, culturais e clínicas estudadas

- Sócio-demográficas e culturais:

1. Gênero
2. Idade

3. Estado civil
4. Etnia
5. Atividade profissional
6. Escolaridade
7. Religião
8. Intensidade da religiosidade

- Histórico psiquiátrico:

1. Início do transtorno psiquiátrico
2. Aparecimento dos primeiros sintomas negativos
3. Aparecimento dos primeiros sintomas positivos
4. Tempo de uso de anti-psicóticos
5. Número de internações psiquiátricas prévias
6. Tempo decorrido da primeira internação psiquiátrica
7. História de TCE
8. História de epilepsia
9. Comportamento anti-social
10. Vida sexual
11. Uso de bebida alcoólica ao longo da vida
12. Já fez uso diário de bebida alcoólica ao longo da vida

13. Uso de bebida alcoólica na época da internação ou no momento do crime
 14. Uso de maconha ao longo da vida
 15. Já fez uso diário de maconha ao longo da vida
 16. Uso de maconha na época da internação ou no momento do crime
 17. Uso de cocaína ou crack ao longo da vida
 18. Já fez uso diário de cocaína ou crack ao longo da vida
 19. Uso de cocaína ou crack na época da internação ou no momento do crime
 20. Tabagismo ao longo da vida
 21. Tabagismo na época da internação ou no momento do crime
 22. Avaliação de funcionamento global
 23. Antecedente familiar para transtorno psiquiátrico
 24. Antecedente familiar para alcoolismo
 25. Antecedente familiar para drogas ilícitas
- Diagnóstico psiquiátrico (transtornos esquizofrênicos e transtornos delirantes)
1. Critérios segundo a CID 10
 2. Critérios segundo o DSM-IV
- Histórico de violência:
1. História de comportamento violento e agressivo
 2. História de comportamento auto-agressivo

3. Ideação suicida
4. Tentativa de suicídio
5. História de violência sofrida na infância/adolescência
6. História de violência sexual sofrida na infância/adolescência
7. Antecedente criminal (prisão anterior)
8. Motivação do crime violento para os pacientes-caso
9. Resumo descritivo dos crimes cometidos para os pacientes-caso.
10. Relação do criminoso com a vítima
11. Meios utilizados no ato criminoso

- Histórico de uso de substâncias psicoativas: abuso ou dependência de álcool e abuso ou dependência de substâncias.

1. M.I.N.I. (módulos J - álcool) ao longo da vida, no momento do crime ou da internação
2. M.I.N.I. (módulos K - drogas) ao longo da vida, no momento do crime ou da internação

- Psicopatologia

1. Escala PANSS geral
2. Escala MMDAS

3.5- Análise estatística

Para a realização do trabalho estatístico foi criado um banco de dados utilizando o programa estatístico “SPSS for Windows”, versão 7,5.

Os procedimentos estatísticos envolveram:

- a) Análise descritiva (tabelas de frequência, médias, medianas, desvios padrão e intervalos);
- b) Testes comparativos: para verificar a associação entre as variáveis dos grupos caso e controle, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado e, quando necessário, o Teste Exato de Fisher. Em relação à comparação das escalas de avaliação de delírio (MMDAS) entre os grupos foi utilizado o Teste de Mann-Whitney.
- c) O nível de significância adotado foi de 5%.

4- RESULTADOS

4.1- Análise do perfil da clientela da instituição onde foram selecionados os pacientes do grupo caso

Durante a fase inicial das entrevistas dos pacientes do grupo caso, foi realizada uma pesquisa com todos os prontuários da população masculina da Casa de Custódia de Franco da Rocha/SP. Foram colhidos dados psico-sociais, psicopatológicos e criminais, com o objetivo de avaliar a dimensão da amostra selecionada para este estudo caso-controle.

A população total internada na instituição no início da pesquisa era de 498 pacientes, composta por 91 (18%) mulheres e 407 (82%) homens. Destes 407 (82%), 12 (3%) eram de réus transferidos de cadeia apenas para tratamento temporário, 126 (31%) por aqueles internados há poucos meses que ainda não tinham laudo anexado no prontuário e 269 (66%) correspondem a todos os pacientes que puderam ter seus prontuários analisados. Foram estudados apenas os pacientes do gênero masculino por ser a população predominante da instituição e também por ser este o gênero de interesse para a pesquisa principal.

Os 269 casos estudados foram distribuídos segundo faixa etária. A idade mínima foi de 23 anos, a máxima de 75 anos e a média de 40,7 anos (DP= ±9,7). Há um predomínio na faixa etária de 30 a 49 anos, correspondente a 164 (61,6%) pacientes.

Tabela 1- Distribuição da amostra pesquisada quanto à faixa etária (n=269)

Distribuição faixa etária	N	%
20 a 29 anos	35	13,0
30 a 39 anos	97	36,1
40 a 49 anos	69	25,5
50 a 59 anos	31	11,5
60 a 69 anos	12	4,50
> 70 anos	1	0,40
Sem informações	24	9,00
Total	269	100,0

Segundo os prontuários, embora haja muitos casos sem anotações, e pela informação dos profissionais que lá trabalham há muitos anos, parece haver um predomínio de solteiros e de baixa escolaridade, porém estes dados não puderam ser analisados estatisticamente devido ao elevado número de perdas.

O gráfico A apresenta a distribuição dos pacientes pesquisados, segundo o diagnóstico clínico principal do último parecer realizado na instituição e anexado no prontuário estudado, considerando os critérios diagnósticos adotados pela CID 10 (OMS, 1993). Em oito (3%) casos ainda não havia informações sobre o diagnóstico clínico. Observa-se que existe um predomínio de transtornos psicóticos $n=156$ (58%), que incluem as esquizofrenias (F20.x), transtornos delirantes (F22.x), episódio psicótico agudo (F23.x) e transtornos esquizoafetivos (F25.x). Dos 156 pacientes com diagnóstico clínico de transtorno psicótico, $n=44$ (28%) apresentam comorbidade com uso de drogas ou álcool ou tem interrogada a hipótese de psicose induzida.

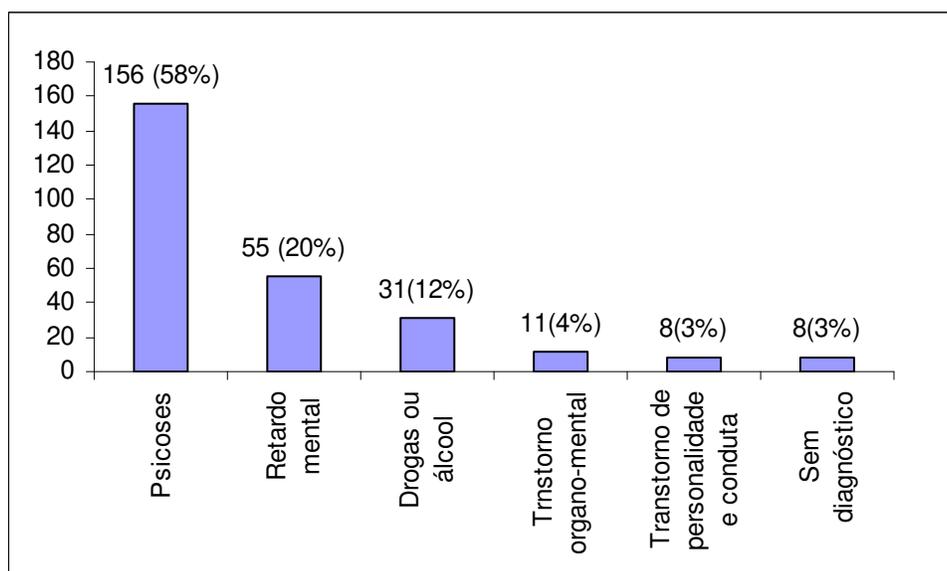


Gráfico A- Distribuição da amostra pesquisada quanto ao diagnóstico clínico ($n=269$)

Os resultados deste estudo preliminar foi publicado como artigo original no Jornal Brasileiro de Psiquiatria: *Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma Casa de Custódia do estado de São Paulo* (Teixeira e Dalgarrondo, 2006).

Os resultados descritivos e comparativos dos grupos caso e controle estão descritos neste capítulo a partir daqui e serão apresentados juntos para melhor caracterizarmos a comparação dos dados entre os grupos.

Para as comparações que revelaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) ou tendências ($p < 0,010$), colocou-se o valor do “p” junto ao texto ou tabela. Para as comparações sem significância estatística, de modo geral, não se colocou o valor de “p”.

4.2- Avaliação demográfica

Gênero: em ambos os grupos, 100% dos pacientes foram do sexo masculino.

Idade: a média da idade para o grupo caso foi de 38,0 (DP= $\pm 9,5$) anos e para o grupo controle foi de 38,9 (DP= $\pm 9,5$) anos de idade (Tabela 1)

Tabela 1- Resumo da variável idade segundo grupo.

<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>Min.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máx.</i>
Caso	30	38,0	9,5	23,0	36,0	59,0
Controle	30	38,9	9,5	23,0	40,5	57,0

Estado civil: em ambos os grupos houve predomínio da situação “não casado”, correspondente a solteiro, separado ou viúvo. O grupo caso teve 27 pacientes “não casados” (90,0%) e 3 casados (10,0%); O grupo controle teve 28 pacientes “não casados” (93,3%) e 2 casados (6,7%). (Tabela 2)

Tabela 2- Resumo da variável estado civil segundo grupo

<u>Estado civil</u>	Caso		Controle	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Casado	3	(10,0)	2	(6,7)
Não casado	27	(90,0)	28	(93,3)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

Etnia: em ambos os grupos foi encontrado predomínio de brancos. No grupo caso 18 pacientes (60,0%) eram de etnia branca, 8 pacientes (26,7%) de etnia parda e 4 pacientes (13,3%) de etnia negra. No grupo controle 22 pacientes (73,3%) eram de etnia branca, 4 pacientes (13,3%) de etnia parda, 3 pacientes (10,0%) de etnia negra e 01 paciente (3,3%) de etnia amarela. (Tabela 3)

Tabela 3- Resumo da variável etnia segundo grupo

<u>Etnia</u>	Caso		Controle	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Branca	18	(60,0)	22	(73,3)
Parda	8	(26,7)	4	(13,3)
Negra	4	(13,3)	3	(10,0)
Oriental	0	(0,00)	1	(3,3)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

Atividade profissional (antes de ser preso ou internado): no grupo caso 16 pacientes (53,3%) era ativos antes de serem presos e 14 pacientes (46,7%) eram inativos. No grupo controle 9 pacientes (30,0%) era ativos antes de serem internados e 21 pacientes (70,0%) eram inativos. Estas diferenças não tiveram valor estatístico significativos. (Tabela 3.1 – Anexo 8)

Escolaridade: para o grupo caso a média de anos de escolaridade foi de 6,4 anos (DP= \pm 4,1) e para o grupo controle a média de anos de escolaridade foi de 8,6 anos (DP= \pm 3,2). (Tabela 4 abaixo e tabela 4.1 no Anexo 8)

Tabela 4- Resumo de anos de escolaridade segundo grupo.

<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>Min.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máx.</i>	<i>p-valor^(*)</i>
Caso	30	6.4	4.1	0.0	6.0	15.0	0.0267
Controle	30	8.6	3.2	4.0	8.0	14.0	

(*) p-valor baseado no teste de Mann-Whitney.

Religião: Os dois grupos tiveram distribuição semelhante em relação às religiões pesquisadas. Para o grupo caso 23 pacientes (76,7%) eram católicos, 3 pacientes (10,0%) eram pentecostais, 1 paciente (3,3%) era protestante, 2 pacientes (6,7%) tinham religião não classificada (“outras”) e 1 paciente (3,3%) não tinha religião. Para o grupo controle 16 pacientes (53,3%) eram católicos, 6 pacientes (20,0%) eram pentecostais, nenhum paciente (0,0%) era protestante, 3 pacientes (10,0%) tinham religião não classificada (“outras”) e 3 pacientes (10,0%) não tinha religião (Tabela 5).

Tabela 5- Resumo das religiões segundo grupo.

<u>Primeira religião</u>	Caso		Controle	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Católico	23	(76,7)	16	(53,3)
Espírita	0	(00,0)	2	(6,7)
Pentecostal	3	(10,0)	6	(20,0)
Protestante	1	(3,3)	0	(00,0)
Outras	2	(6,7)	3	(10,0)
Sem	1	(3,3)	3	(10,0)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

Esta distribuição se manteve sem diferença estatística significativa quando a religião foi classificada como católico e não católico. (Tabela 6)

Tabela 6- Resumo da religião “católico ou não católico” segundo grupo.

<u>Religião</u>	Caso		Controle	
	<i>N</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Católico	23	(76,7)	16	(53,3)
Não católico	6	(20,0)	11	(36,7)
Sem	1	(3,33)	3	(10,0)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

Em relação à religiosidade dos pacientes, foi pesquisada a frequência de oração (Gráfico 1) e participação em culto ou missa (Gráfico 2). Não houve diferença estatística significativa, porém no grupo controle os pacientes tinham uma tendência a freqüentar os cultos ou missas com maior frequência ($0,06 < p < 0,10$).

Gráfico 1

Frequência de oração ou reza.

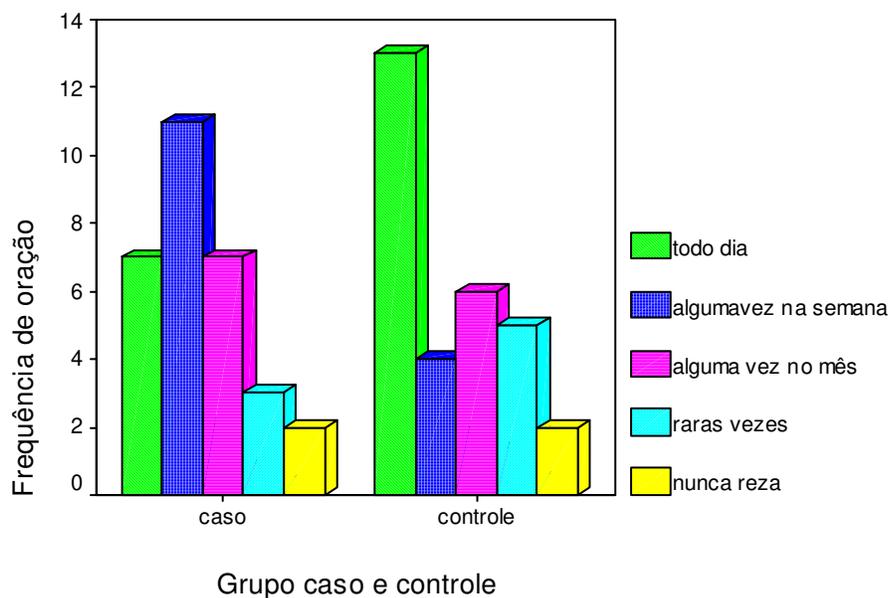
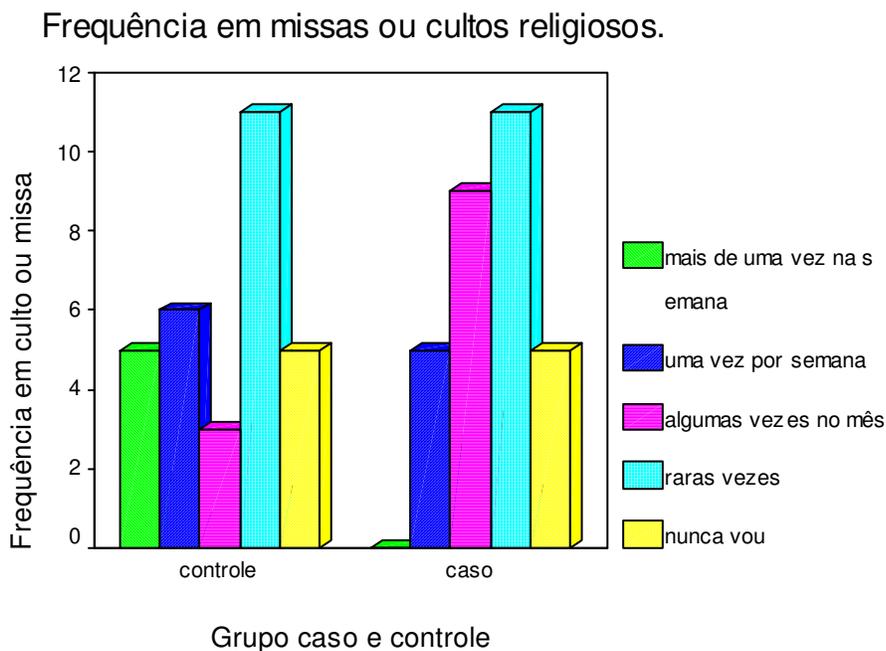


Gráfico 2



4.3- Histórico psiquiátrico

Início do transtorno psiquiátrico (tempo de aparecimento dos primeiros sintomas): A média para o grupo caso foi de 15,8 anos ($DP=\pm 7,5$) e para o grupo controle foi de 16,5 anos ($DP=\pm 9,1$). Sem diferença de valor estatístico. (Tabela 7 – Anexo 8)

Tempo de aparecimento dos sintomas negativos: a média para o grupo caso foi de 13,7 anos ($DP=\pm 7,6$) e para o grupo controle foi de 16,8 anos ($DP=\pm 10,5$). Sem diferença de valor estatístico. (Tabela 7 – Anexo 8)

Tempo de aparecimento dos sintomas positivos: a média para o grupo caso foi de 14,8 anos ($DP=\pm 7,5$) e para o grupo controle foi de 16,3 anos ($DP=\pm 9,0$). Sem diferença de valor estatístico. (Tabela 7 – Anexo 8)

Tempo de início do uso de anti-psicóticos: a média para o grupo caso foi de 12,8 anos ($DP=\pm 7,9$) e para o grupo controle foi de 15,6 anos ($DP=\pm 9,8$). Sem diferença de valor estatístico. (Tabela 7 – Anexo 8)

Número de internações psiquiátricas prévias: a média para o grupo caso foi de 3,6 (DP= \pm 5,9) e para o grupo controle foi de 8,0 (DP= \pm 9,3). Diferença estatística significativa. (Tabela 7 – Anexo 8)

Tempo decorrido desde a primeira internação psiquiátrica: a média para o grupo caso foi de 10,6 anos (DP= \pm 9,9) e para o grupo controle foi de 13,3 anos (DP= \pm 10,3). Sem diferença de valor estatístico. (Tabela 7 – Anexo 8)

Antecedente de TCE (traumatismo crânio-encefálico): no grupo caso 4 pacientes (13,3%) com resposta afirmativa e 25 pacientes (83,3%) com resposta negativa. No grupo controle 2 pacientes (6,7%) com resposta afirmativa e 27 pacientes (90,0%) com resposta negativa. Não houve diferença entre os grupos.

Antecedente de epilepsia: em ambos os grupos houve predomínio de ausência desta comorbidade, com resposta negativa em 28 pacientes (93,3%) do grupo caso e 29 pacientes (96,7%) do grupo controle.

Comportamento anti-social: em ambos os grupos houve predomínio de ausência desta condição na infância e após quinze anos de idade. Em relação a este comportamento na infância houve 100% de negativa para os dois grupos. Em relação a este comportamento após os quinze anos de idade, somente no grupo caso dois pacientes (6,7%) responderam afirmativamente. Não houve diferença entre os grupos.

Vida sexual: Não houve diferença entre os grupos em relação ao início da vida sexual, à condição de ter tido vida sexual regular com parceiro fixo ou à condição de já ter tido relação homossexual. Em ambos os grupos a maioria teve início da vida sexual após os quinze anos e negou já ter tido relação homossexual no passado. Aproximadamente metade de ambos os grupos teve vida sexual regular. (Tabela 8.1 e 8.2 – Anexo 8)

Em relação à orientação da própria sexualidade, ou seja, definir-se como heterossexual ou não (homossexual, bissexual ou outros), a maioria em ambos os grupos orientaram-se como heterossexuais. No grupo caso 28 pacientes (93,3%) orientaram-se como heterossexuais e no grupo controle 23 pacientes (76,7%) orientaram-se como heterossexuais. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 8.2 – Anexo 8)

Uso de bebida alcoólica ao longo da vida: no grupo caso 12 pacientes (40,0%) com resposta afirmativa e 18 pacientes (60,0%) com resposta negativa. No grupo controle 17 pacientes (56,7%) com resposta afirmativa e 13 pacientes (43,3%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 9.1 – Anexo 8)

Já fez uso diário de bebida alcoólica ao longo da vida: no grupo caso 7 pacientes (53,8%) com resposta afirmativa e 6 pacientes (46,2%) com resposta negativa. No grupo controle 8 pacientes (50,0%) com resposta afirmativa e 8 pacientes (50,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos e houve elevada frequência de indivíduos que não responderam (30), pois não se aplicava a questão. (Tabela 9.2 – Anexo 8)

Fazia uso de bebida alcoólica na época da internação ou na época do crime: no grupo caso 7 pacientes (53,8%) com resposta afirmativa e 6 pacientes (46,2%) com resposta negativa. No grupo controle 7 pacientes (43,7%) com resposta afirmativa e 9 pacientes (56,2%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos e houve elevada frequência de indivíduos que não responderam (31), pois não se aplicava a questão. (Tabela 9.3 – Anexo 8)

Uso de maconha ao longo da vida: no grupo caso 10 pacientes (33,3%) com resposta afirmativa e 20 pacientes (66,7%) com resposta negativa. No grupo controle 12 pacientes (40,0%) com resposta afirmativa e 18 pacientes (60,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 10.1 – Anexo 8)

Já fez uso diário de maconha ao longo da vida: no grupo caso 10 pacientes (100,0%) com resposta afirmativa e zero paciente (0,0%) com resposta negativa. No grupo controle 7 pacientes (58,3%) com resposta afirmativa e 5 pacientes (41,7%) com resposta negativa. Houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre os grupos, porém houve elevada frequência de indivíduos que não responderam (38), pois não se aplicava a questão (Tabela 10.2 – Anexo 8).

Fazia uso de maconha na época da internação ou na época do crime: no grupo caso 7 pacientes (70,0%) com resposta afirmativa e 3 pacientes (30,0%) com resposta negativa. No grupo controle 3 pacientes (25,0%) com resposta afirmativa e

9 pacientes (75,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos e houve elevada frequência de indivíduos que não responderam (38), pois não se aplicava a questão (Tabela 10.3 – Anexo 8).

Uso de cocaína ou crack ao longo da vida: no grupo caso 3 pacientes (10,0%) com resposta afirmativa e 27 pacientes (90,0%) com resposta negativa. No grupo controle 4 pacientes (13,3%) com resposta afirmativa e 26 pacientes (86,7%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 11.1 – Anexo 8)

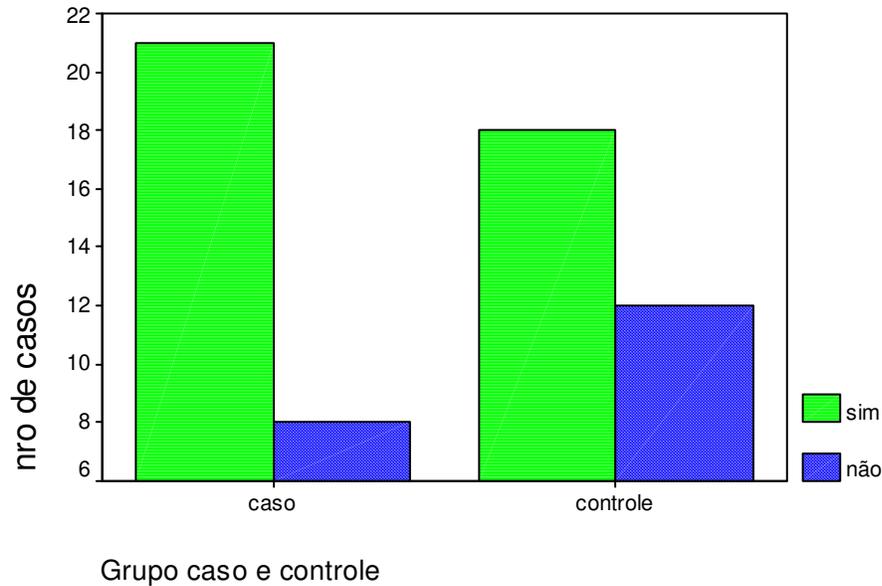
Já fez uso diário de cocaína ou crack ao longo da vida: no grupo caso 1 paciente (3,3%) com resposta afirmativa e 2 pacientes (66,7%) com resposta negativa. No grupo controle 3 pacientes (75,0%) com resposta afirmativa e 1 paciente (25,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos e houve elevada frequência de indivíduos que não responderam (53), pois não se aplicava a questão. (Tabela 11.2 – Anexo 8)

Fazia uso de cocaína ou crack na época da internação ou na época do crime: no grupo caso 1 paciente (33,3%) com resposta afirmativa e 2 pacientes (66,7%) com resposta negativa. No grupo controle 2 pacientes (50,0%) com resposta afirmativa e 2 pacientes (50,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos e houve elevada frequência de indivíduos que não responderam (53), pois não se aplicava a questão (Tabela 11.3 – Anexo 8)

Tabagismo ao longo da vida: no grupo caso 21 pacientes (72,4%) com resposta afirmativa e 8 pacientes (27,6%) com resposta negativa. No grupo controle 18 pacientes (60,0%) com resposta afirmativa e 12 pacientes (40,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Gráfico 3)

Gráfico 3

Tabagismo ao longo da vida



Tabagismo na época da internação ou na época do crime: no grupo caso 13 paciente (65,0%) com resposta afirmativa e 7 pacientes (35,0%) com resposta negativa. No grupo controle 16 pacientes (89,9%) com resposta afirmativa e 2 pacientes (11,1%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos e houve elevada frequência de indivíduos que não responderam (22), pois não se aplicava a questão (Tabela 12 – Anexo 8)

Avaliação de funcionamento global: ambos os grupos, segundo a avaliação do funcionamento global, tiveram 100% de pacientes considerados com nível de inteligência dentro dos limites da normalidade.

Antecedente familiar para transtorno psiquiátrico: no grupo caso 6 pacientes (20,0%) com resposta afirmativa e 23 pacientes (76,7%) com resposta negativa. No grupo controle 10 pacientes (33,3%) com resposta afirmativa e 18 pacientes (60,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 13.1 – Anexo 8)

Antecedente familiar para alcoolismo: no grupo caso 4 pacientes (13,3%) com resposta afirmativa e 26 pacientes (86,7%) com resposta negativa. No grupo controle 5 pacientes (17,2%) com resposta afirmativa e 24 pacientes (82,7%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos.

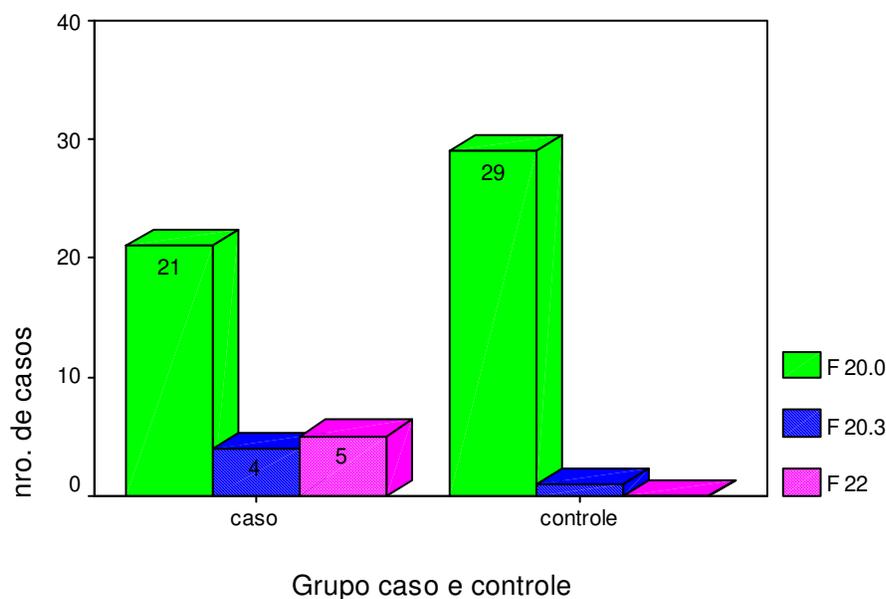
Antecedente familiar para drogas ilícitas: no grupo caso 5 pacientes (16,7%) com resposta afirmativa e 25 pacientes (83,3%) com resposta negativa. No grupo controle zero paciente (0,0%) com resposta afirmativa e 29 pacientes (100,0%) com resposta negativa. Diferença estatística entre os grupos foi próximo do limite de significância ($p=0,0522$ no Teste de Fischer). (Tabela 13.3 – Anexo 8)

4.4- Diagnóstico de transtorno delirante e esquizofrênico

Segundo os critérios diagnósticos da CID 10 e DSM-IV, no grupo caso 21 pacientes (70,0%) com diagnóstico de F 20.0, 4 pacientes (13,3%) com diagnóstico de F 20.3 e 5 pacientes (16,7%) com diagnóstico de F 22. No grupo controle 29 pacientes (96,7%) com diagnóstico de F 20.0, 1 paciente (3,3%) com diagnóstico de F 20.3 e zero paciente (0,0%) com diagnóstico de F 22. (Gráfico 4)

Gráfico 4

Diagnóstico segundo CID 10 e DSM-IV



4.5- Histórico de violência

História de comportamento violento e agressivo prévio: este comportamento foi pesquisado em três níveis de gravidade: leve, moderado e grave. Apenas na agressão leve houve diferença estatística significativa ($p=0,0011$ no Qui-Quadrado). Neste nível de agressão, o grupo caso teve 7 pacientes (23,3%) com resposta afirmativa e 23 pacientes (76,7%) com resposta negativa. O grupo controle teve 19 pacientes (65,5%) com resposta afirmativa e 10 pacientes (34,5%) com resposta negativa. (Tabelas 14 e Tabelas 14.1 e 14.2 – Anexo 9)

Tabela 14- Resumo da variável agressão leve segundo grupo

<u>Agressão leve</u>	Caso		Controle	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Sim	7	(23,3)	19	(65,5)
Não	23	(76,7)	10	(34,5)
Total	30	(100,0)	29	(100,0)

$p = 0,0011$ (Qui-Quadrado).

História de comportamento auto-agressivo (ter se ferido ou se machucado de propósito): no grupo caso 5 pacientes (16,7%) com resposta afirmativa e 25 pacientes (83,3%) com resposta negativa. No grupo controle 1 paciente (3,3%) com resposta afirmativa e 29 pacientes (96,7%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos (Tabela 15).

Tabela 15- Resumo da variável comportamento auto-agressivo segundo grupo

<u>Auto-agressão</u>	Caso		Controle	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Sim	5	(16,7)	1	(6,7)
Não	25	(83,3)	29	(96,7)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

História de pensamentos suicidas (ter pensado em se matar alguma vez na vida): no grupo caso 17 pacientes (56,7%) com resposta afirmativa e 13 pacientes (43,3%) com resposta negativa. No grupo controle 22 paciente (73,3%) com resposta afirmativa e 8 pacientes (26,7%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos (Tabela 16).

Tabela 16- Resumo da variável pensamento suicida segundo grupo

<u>Pensamento suicida</u>	Caso		Controle	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Sim	17	(56,7)	22	(73,3)
Não	13	(43,3)	8	(26,7)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

História de tentativa de suicídio: no grupo caso 14 pacientes (46,7%) com resposta afirmativa e 16 pacientes (53,3%) com resposta negativa. No grupo controle 13 paciente (43,3%) com resposta afirmativa e 17 pacientes (56,7%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos (Tabela 17).

Tabela 17- Resumo da variável tentativa de suicídio segundo grupo

<u>Tentativa de suicídio</u>	Caso		Controle	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Sim	14	(46,7)	13	(43,3)
Não	16	(53,3)	17	(56,7)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

História de ter sido vítima de violência na infância e/ou adolescência: no grupo caso 7 pacientes (23,3%) com resposta afirmativa e 23 pacientes (76,7%) com resposta negativa. No grupo controle 3 pacientes (10,0%) com resposta afirmativa e 27 pacientes (90,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 18.1 – Anexo 9)

História de ter sido vítima de violência sexual na infância e/ou adolescência: no grupo caso 3 pacientes (10,0%) com resposta afirmativa e 26 pacientes (86,7%) com resposta negativa. No grupo controle 6 pacientes (20,0%) com resposta afirmativa e 24 pacientes (80,0%) com resposta negativa. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 18.2 – Anexo 9)

Antecedente criminal (já ter sido preso anteriormente por motivo independente daquele que implicou na internação atual): no grupo caso 11 pacientes (36,7%) com resposta afirmativa e 19 pacientes (63,3%) com resposta negativa. No grupo controle zero paciente (0,0%) com resposta afirmativa e 30 pacientes (100,0%) com resposta negativa. Ocorreu diferença estatística significativas entre os grupos. (Tabela 19)

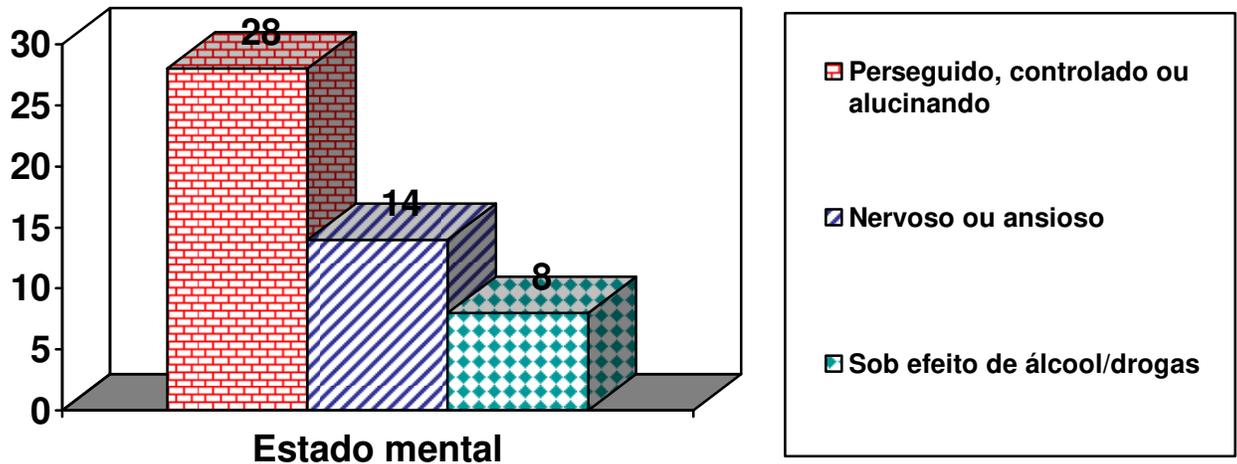
Tabela 19- Resumo da variável prisão prévia segundo grupo

Prisão prévia	Caso		Controle	
	<i>n</i>	(%)	<i>N</i>	(%)
Sim	11	(36,7)	0	(0,0)
Não	19	(63,3)	30	(100,0)
Total	30	(100,0)	30	(100,0)

p = 0,0001 (Fisher).

Motivação ao crime violento para os pacientes-caso (como estava se sentindo no momento do crime): os pacientes foram separados em três grupos: 1) estar se sentindo alterado, muito nervoso ou ansioso; 2) estar se sentindo ameaçado, perseguido, controlado ou alucinando e 3) estar sob efeito de álcool e ou drogas. Foi encontrado um predomínio da condição 2 (estar se sentindo ameaçado, perseguido, controlado ou alucinando) e perto de 50% se sentiam nervosos ou ansiosos. Apenas oito (26,7%) relataram estar sob efeito de álcool ou drogas no momento do crime. (Gráfico 5).

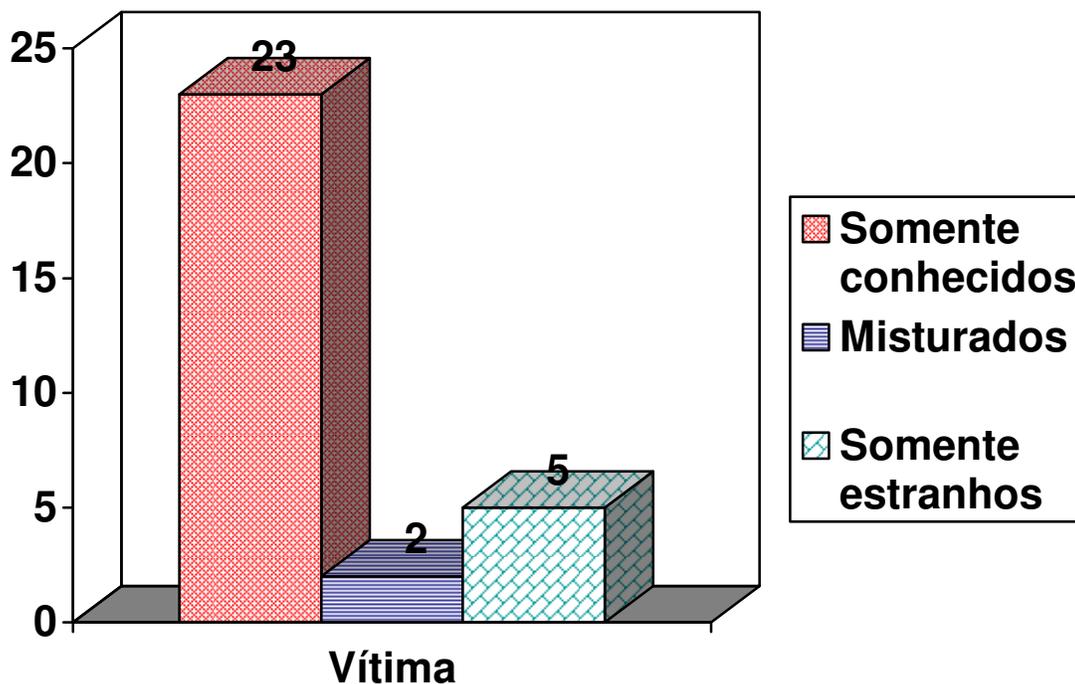
Gráfico 5 - Como estava se sentindo no momento do crime



Resumo descritivo dos crimes cometidos pelos pacientes-caso: foi encontrado um predomínio de crimes graves com elevado grau de violência e na grande maioria ficou clara a motivação delirante. Chama a atenção também o aspecto por vezes bizarro, somente justificado pelo quadro psicótico em que se encontra o paciente. Todos os crimes e os delírios relacionados foram descritos resumidamente na Tabela 28, como também outros aspectos psicopatológicos relevantes (Tabela 28 – Anexo 12).

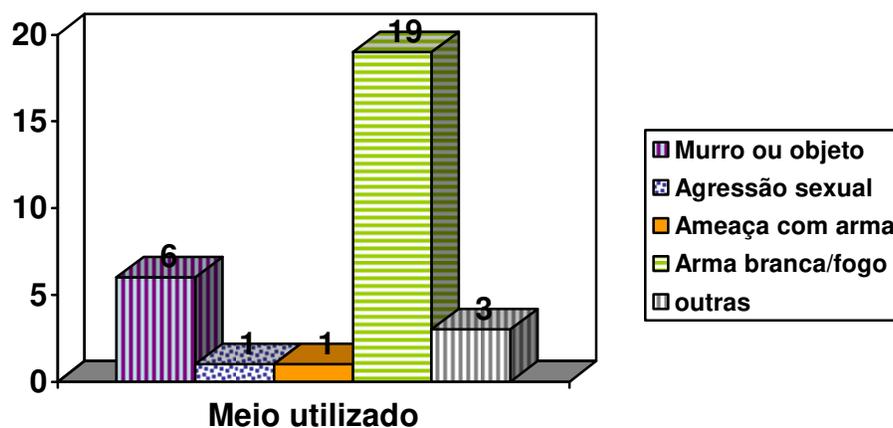
Relação do agressor com a vítima: houve um predomínio de vítimas “conhecidas” (parentes, vizinhos, etc) dos seus agressores. Dos trinta pacientes-caso, em 23 (76,7%) as vítimas eram pessoas conhecidas dos agressores. (Gráfico 6)

Gráfico 6 - Relação do agressor com a vítima



Meios utilizados pelo agressor: houve um predomínio de agressão realizada com arma branca ou de fogo (n=19, 63,3%). (Gráfico 7)

Gráfico 7 - Meios utilizados na agressão



4.6- Histórico de uso de substâncias psicoativas M.I.N.I. (módulos J e K)

M.I.N.I. (módulos J - álcool) ao longo da vida, no momento do crime ou da internação: em relação ao histórico de alcoolismo para ambos os grupos, predominou a ausência de abuso ou dependência desta substância ao longo da vida. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 20.1 e 20.2 – Anexo 10)

Para os pacientes-caso, no momento do crime também predominou a ausência de abuso ou dependência desta substância. No momento do crime apenas 5 pacientes (16,7%) apresentavam dependência ao álcool e 2 pacientes (6,7%) apresentavam abuso ao álcool (Tabela 20.3 e 20.4 – Anexo 10)

Para os pacientes-controle, no momento da internação também predominou a ausência de abuso ou dependência desta substância. No momento da internação apenas 5 pacientes (16,7%) apresentavam dependência ao álcool e 3 pacientes (10,0%) apresentavam abuso ao álcool (Tabela 20.5 e 20.6 – Anexo 10)

Os dois grupos foram comparados considerando abuso de álcool para a época da internação (controle) e para a época do ato criminoso (caso). Não foi encontrada diferença estatística. (Tabela 20.7 – Anexo 10)

M.I.N.I. (módulos K - drogas) ao longo da vida, no momento do crime ou da internação: em relação ao histórico de uso de drogas para ambos os grupos, predominou a ausência de abuso ou dependência destas substâncias ao longo da vida. Não houve diferença estatística entre os grupos. (Tabela 21.1 e 21.2 – Anexo 10)

Para os pacientes-caso, no momento do crime também predominou a ausência de abuso ou dependência destas substâncias. No momento do crime apenas 2 pacientes (6,7%) apresentavam dependência a drogas e 5 pacientes (16,7%) apresentavam abuso a drogas (Tabela 21.3 e 21.4 – Anexo 10)

Para os pacientes-controle, no momento da internação também predominou a ausência de abuso ou dependência destas substâncias. No momento da internação apenas 2 pacientes (6,7%) apresentavam dependência a drogas e 3 pacientes (90,0%) apresentavam abuso a drogas (Tabela 21.5 e 21.6 – Anexo 101)

Os dois grupos foram comparados considerando abuso de drogas para a época da internação (controle) e para a época do ato criminoso (caso). Não foi encontrada diferença estatística. (Tabela 21.7 – Anexo 10)

4.7- Psicopatologia

Escala PANSS: a média do escore para os sintomas gerais foi de 35,8 (DP= \pm 9,4) pontos para o grupo caso e média de escore para os sintomas gerais foi de 34,3 (DP= \pm 8,6) pontos para o grupo controle. Para sintomas positivos a média foi de 18,7 (DP= \pm 6,6) pontos para o grupo caso e média de 18,5 (DP= \pm 6,3) pontos para o grupo controle. Para sintomas negativos a média foi de 17,3 (DP= \pm 6,6) pontos para o grupo caso e média de 15,8 (DP= \pm 5,2) pontos para o grupo controle. (Tabela 22)

Tabela 22- Comparação dos *sintomas psiquiátricos/psicóticos* entre os grupos.

<i>Grupo</i>	<i>Obs</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>Min.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máx.</i>	<i>p-valor^(*)</i>
Caso	30	PANSG	30	35.7	9.4	21.0	35.5	62.0	0.5860
		PANSP	30	18.7	6.5	8.0	17.0	33.0	0.8769
		PANSN	30	17.3	6.6	9.0	16.0	35.0	0.5505
Controle	30	PANSG	30	34.3	8.6	20.0	32.0	55.0	
		PANSP	30	18.5	6.3	7.0	18.0	32.0	
		PANSN	30	15.8	5.2	10.0	14.0	30.0	

(*) p-valor baseado no teste de Mann-Whitney.

PANSG: preocupação. somática, ansiedade, tensão, maneirismo e postura, depressão, retardo motor, falta de cooperação, etc.

PANSP: delírios, desorganização conceitual, comportamento alucinatório, excitação, grandiosidade, desconfiança, etc.

PANSN: embotamento afetivo, retraimento emocional, contato pobre, retraimento social passivo/apático, etc.

Escala MMDAS: em relação ao conteúdo do delírio, o tipo persecutório foi o mais observado em ambos os grupos. No grupo caso 21 pacientes (70,0%) apresentava este tipo de delírios e 9 pacientes (30,0%) não apresentavam. No grupo controle 23 pacientes (76,7%) apresentava este tipo de delírios e 7 pacientes (23,3%) não apresentavam. O segundo tipo de delírio mais observado foi o de “controle ou influência”, seguido pelo delírio de grandeza. Esses achados mantiveram-se na parte 2 da escala, pois foi sempre o mesmo delírio pesquisado nas duas partes da escala. Não houve diferença estatística entre os grupos pesquisados. (Tabela 23.1 a 23.9 – Anexo 11)

Quando foi considerando apenas os três delírios principais (persecutório, “controle ou influência” e grandeza), também não houve diferença estatística entre os grupos pesquisados. (Tabela 23.10)

Tabela 23.10- Tipo de delírio segundo conteúdo

Tipo de delírio	Caso		Controle	
	<i>N</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Persecutório	21	(72,4)	23	(76,7)
Grandeza	3	(10,3)	4	(13,3)
Controle/influência	5	(17,3)	3	(10,0)
Total	29	(100,0)	30	(100,0)

Considerando somente a Parte 1 da escala, das seis dimensões pesquisadas, três tiveram diferença estatística significativa entre os grupos: afeto negativo, atuação e inibição de ação. Para **afeto negativo** a média foi de 1,1 (DP= \pm 1,2) pontos para o grupo caso e média de 2,5 (DP= \pm 3,9) pontos para o grupo controle. Para **atuação** a média foi de 4,6 (DP= \pm 0,9) pontos para o grupo caso e média de 1,7 (DP= \pm 1,3) pontos para o grupo controle. Para **inibição de ação** a média foi de 1,9 (DP= \pm 1,6) pontos para o grupo caso e média de 3,3 (DP= \pm 2,1) pontos para o grupo controle. (Tabela 24)

Tabela 24 - Comparação das 6 dimensões do MMDAS entre os grupos.

<i>Grupo</i>	<i>Obs</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>Min.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máx.</i>	<i>p-valor</i> ^(*)
Caso	29	CONVICÇÃO	29	5.9	1.6	2.0	6.0	8.0	0.2024
		AFETO NEGATIVO	29	1.1	1.2	0.0	1.0	4.0	0.0048
		ATUACAO	29	4.6	0.9	1.0	5.0	5.0	<0.0001
		INIBIÇÃO AÇÃO	29	1.9	1.6	0.0	2.0	8.0	0.0069
		PREOCUPAÇÃO	29	2.4	0.9	1.0	2.0	4.0	0.6191
		PENETRAÇÃO	29	1.9	0.7	1.0	2.0	3.0	0.2598
Controle	30	CONVICÇÃO	30	5.3	1.7	2.0	5.0	8.0	
		AFETO NEGATIVO	30	2.5	3.9	0.0	2.0	4.0	
		ATUAÇÃO	30	1.7	1.3	0.0	1.0	5.0	
		INIBIÇÃO AÇÃO	30	3.3	2.0	0.0	3.0	8.0	
		PREOCUPAÇÃO	30	2.5	0.9	1.0	2.0	4.0	
		PENETRAÇÃO	30	2.2	0.5	1.0	2.0	3.0	

(*) p-valor baseado no teste de Mann-Whitney.

A Parte 1 da escala foi comparada com a Parte 2 nos pacientes do grupo caso e das seis dimensões pesquisadas, a dimensão preocupação teve diferença estatística significativa entre os grupos. Para **preocupação** a média foi de 2,4 (DP= \pm 0,9) pontos para a Parte 1 e média de 3,4 (DP= \pm 0,8) pontos para a Parte 2. (Tabela 25)

Tabela 25- Comparação das 6 dimensões do MMDAS – Parte I e Parte II.

<i>Grupo</i>	<i>Obs</i>	<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>Min.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máx.</i>	<i>p-valor^(*)</i>
Caso	29	CONVICÇÃO	29	5.9	1.6	2.0	6.0	8.0	0.6473
Parte		AFETO	29	1.1	1.2	0.0	1.0	4.0	0.0643
		NEGATIVO							
I		ATUACAO	29	4.6	0.9	1.0	5.0	5.0	0.6720
		INIBIÇÃO	29	1.9	1.6	0.0	2.0	8.0	0.8145
		AÇÃO							
		PREOCUPAÇÃO	29	2.4	0.9	1.0	2.0	4.0	0.0002
		PENETRAÇÃO	29	1.9	0.8	1.0	2.0	3.0	0.4634
Caso	27	CONVICÇÃO	27	5.9	1.7	2.0	7.0	8.0	
Parte		AFETO	27	1.9	1.6	0.0	2.0	4.0	
		NEGATIVO							
II		ATUAÇÃO	27	4.6	0.9	1.0	5.0	5.0	
		INIBIÇÃO	27	1.8	1.6	0.0	2.0	8.0	
		AÇÃO							
		PREOCUPAÇÃO	27	3.4	0.8	1.0	4.0	4.0	
		PENETRAÇÃO	27	2.1	0.7	1.0	2.0	3.0	

(*) p-valor baseado no teste não paramétrico de Wilcoxon para dados pareados.

Utilizando regressão logística univariada, comparando a Parte 1 da escala entre os grupos caso e controle, das seis dimensões pesquisadas, três tiveram diferença estatística significativa entre os grupos: afeto negativo, atuação e inibição de ação. (Tabela 26)

Tabela 26- Regressão logística univariada das 6 dimensões do MMDAS.

Variável	<i>Caso n</i>	<i>Controle n</i>	<i>p-valor</i>	<i>OR</i>	<i>IC (95%)</i>
Convicção	29	30	0,2202	1,224	(0,886-1,690)
Afeto negativo	29	30	0,0124	0,502	(0,292-0,861)
Atuação	29	30	<0,0001	4,091	(2,220-7,539)
Inibição de ação	29	30	0,0076	0,644	(0,466-0,889)
Preocupação	29	30	0,5322	0,841	(0,488-1,449)
Penetração	29	30	0,2282	0,600	(0,261-1,377)

Utilizando regressão logística multivariada para as seis dimensões da Parte 1 da escala, considerando a presença ou não de um ato violento, obteve-se valor estatístico significativo na seleção de *stepwise* na dimensão inibição de ação. (Tabela 27)

Tabela 27- Resultados da seleção *stepwise* do modelo de regressão logística múltipla (caso: n=28, controle: n=25)

Variável	<i>p-valor</i>	<i>OR</i>	<i>IC (95%)</i>
Ato violento: não vs sim	0,0223	4,233	(1,228-14,597)
Inibição de ação	0,0252	0,683	(0,490-0,954)

5- DISCUSSÃO

5.1- Limitações dos métodos

O presente estudo, ao utilizar uma amostra de casos graves e selecionados por conveniência (pacientes internados e sob Medida de Segurança), faz-se não representativo do universo da população geral de pacientes delirantes. Isto coloca este estudo em uma posição modesta em relação ao poder de generalização dos achados. Além disso, o número relativamente pequeno de casos limita o poder estatístico dos testes.

A seleção dos instrumentos utilizados no estudo, com o objetivo de traçar da melhor forma o perfil dos pacientes delirantes, tornou o protocolo da pesquisa muito extenso. Isto dificultou as entrevistas, considerando que os pacientes pesquisados apresentavam quadro clínico grave e ainda apresentavam-se muito sintomáticos na época da entrevista.

A escala MMDAS não pôde ser validada para o contexto brasileiro, não podendo ter sido comparada a um padrão, pois até o período da finalização desta pesquisa não se dispôs de outros instrumentos ou parâmetros para isso e também não foram encontrados trabalhos científicos de outros estudos relatando seu uso no Brasil. Além disso, o número de trabalhos utilizando esta escala na literatura internacional é relativamente pequeno e os desenhos dos estudos foram em parte, diferentes deste (Appelbaum *et al*, 2000). Este fato limitou a comparações dos resultados encontrados.

Os locais de pesquisa tornaram a fase de coleta de dados muito trabalhosa e complexa. Na Casa de Custódia, o acesso aos arquivos e às enfermarias é limitado devido a questões de segurança. Apesar do auxílio dos médicos-peritos da instituição, sempre muito prestativos, o tempo para concluir a avaliação de apenas um paciente foi de pelo menos três horas, e em média de quatro horas. Além disso, após análise prévia do prontuário, alguns pacientes acabavam recusando-se participar da entrevista ou estavam tão gravemente comprometidos que a entrevista ficava inviável (prejuízo cognitivo ou incoerência do pensamento). Os motivos de recusa ativa dos pacientes foram principalmente a falta de interesse, não ver benefício em ser entrevistado e medo das respostas influenciarem no laudo de cessação de periculosidade.

Aproximadamente dez avaliações tiveram que ser interrompidas no decorrer da entrevista e em apenas uma delas o protocolo pôde ser concluído em uma data posterior. O motivo principal da interrupção foi falta de interesse por parte do entrevistado, o qual simplesmente decidia interromper, sem oferecer qualquer justificativa, ou um comportamento extremamente ameaçador.

Em três ocasiões o pesquisador interrompeu a entrevista por pressentir iminente risco de agressão física. A motivação parecia ser decorrente do estado delirante, porém nas três situações não ficou clara essa relação. Como estes protocolos não foram completados, os resultados colhidos parcialmente não foram incluídos no estudo.

Em várias ocasiões, a viagem até o município de Franco da Rocha/SP, em torno de 80 minutos, e a permanência por um dia inteiro na Casa de Custódia, resultava em apenas uma entrevista completa.

Nas entrevistas dos pacientes do grupo controle no Hospital Américo Bairral em Itapira/SP, mesmo contando com a excelente colaboração dos psiquiatras assistentes, as dificuldades eram relativas às rotinas das enfermarias e à seleção do paciente a ser entrevistado. Os pacientes eram selecionados pela presença de delírios e diagnóstico de psicose do espectro das esquizofrenias e transtornos delirantes, sexo, faixa etária e tempo de evolução. No entanto, somente após um contato concreto com o paciente, o pesquisador podia concluir que este era ou não apropriado à pesquisa.

Quando os pacientes-controle eram provenientes das enfermarias psiquiátricas da UNICAMP ou PUC-Campinas, as avaliações eram mais bem sucedidas, pelo fato do pesquisador conhecer suas rotinas e ter fácil acesso aos prontuários e equipe.

Considerando a dificuldade de selecionar os pacientes da Casa de Custódia com perfil para a pesquisa e também a necessidade de conhecer a dimensão da amostra na população geral, foi necessária uma análise prévia de todos os pacientes internados. O pesquisador teve que passar por novas questões burocráticas para conseguir acesso aos prontuários e estes, na maioria das vezes, eram incompletos.

O anseio pela alta influenciava de forma significativa as respostas em ambos os grupos. O paciente sempre que possível tentava esconder ou negar sintomas, pois acreditava que a entrevista indiretamente poderia influenciar em sua alta ou em uma mudança em sua condição penal. O mesmo ocorreu com a questão da comorbidade de uso de substâncias psicoativas e indicadores de sociopatia. Notou-se também que alguns pacientes também tinham uma tendência a diminuir o impacto da comorbidade de uso de substâncias psicoativas em sua vida e a negar indicadores de sociopatia. Sabendo da importância destas comorbidades na indicação da internação ou na ocorrência do crime, este tema foi pesquisado cuidadosamente, inclusive checando-se os prontuários (de qualidade variável). Estas dificuldades são reconhecidas como limitações frequentes em estudos semelhantes com este tipo de população psiquiátrica (Marzuk, 1996; Arboleda-Florez, 1998).

Tais limitações devem ser consideradas na avaliação geral dos resultados, o que não os invalida, mas sim, faz com que a análise e discussão sejam feitas de maneira mais cuidadosa.

5.2- Perfil sócio-demográfico da amostra

Considerando a análise prévia do perfil da clientela da instituição onde foram selecionados os pacientes-caso, a média de idade do grupo caso está muito próxima da medida encontrada neste estudo, que foi de $40,7 \pm 9,7$ anos, dentro da faixa etária mais frequente (30 a 49 anos), a qual corresponde a 164 (61,6%) dos pacientes. Além disso, os pacientes do grupo caso tiveram média de idade muito próxima à dos pacientes dos grupo controle.

Em ambos os grupos há predomínio da condição de “não casados”, fato que pode estar relacionado à condição decorrente do próprio transtorno psiquiátrico, caracterizado pela tendência a dificuldades na esfera social e sociofamiliar, ou também pela privação decorrente do estado de cárcere.

Em relação à escolaridade, o grupo caso teve menor média de anos na (6,4 ± 4,1 anos) comparado ao grupo controle (8,6 ± 3,2 anos), com valor estatístico significativo ($p < 0,05$). Esta diferença pode ser decorrente do longo período de afastamento social em decorrência do crime cometido, já que o paciente controle teve oportunidade de retornar aos estudos entre as internações. No entanto, pode ser considerado também como um indicador de piores condições prévias sócio-econômicas e familiares, assim como possível maior gravidade clínica dos pacientes do grupo caso.

Em relação à condição de estar trabalhando antes de ser preso (caso) ou internado (controle), houve uma tendência dos pacientes do grupo controle de serem mais inativos ($0,06 < p < 0,10$). No grupo caso, 53,3% dos pacientes eram ativos e no grupo controle 30,0% dos pacientes eram ativos. Como a pergunta foi feita em relação à época da internação ou da prisão, esta diferença deve ser decorrente do fato dos pacientes do grupo controle terem sofrido perdas ao longo das internações e, devido à gravidade do caso, antes da última internação provavelmente já não tinham mais condições de manterem-se ativos.

Os dois grupos tiveram distribuição semelhante em relação às religiões pesquisadas, com predomínio da religião católica. Para o grupo caso 76,7% eram católicos e no grupo controle, 53,3%. O pequeno número de casos e controles possivelmente impede que se identifique diferenças significativas concernentes à denominação religiosa.

Em relação à religiosidade dos pacientes, na qual foi avaliada a frequência de oração e participação em culto ou missa, não houve diferença estatística significativa. Entretanto, os pacientes do grupo controle apresentaram uma tendência a frequentar mais cultos ou missas ($0,06 < p < 0,10$). Esta diferença pode ser justificada pela pouca oferta de cultos ou missas dentro da Casa de Custódia, as quais eram oferecidas com baixa frequência e na maioria das vezes pelas igrejas evangélicas.

Os resultados até aqui permitem, em relação aos dados sócio-demográficos pesquisados, considerar que as amostras foram adequadamente pareadas. Os dois grupos se assemelham muito no que concerne ao perfil sociodemográfico, aos diagnósticos clínicos e à história do transtorno mental. Portanto, podem ser comparados em relação à hipótese deste trabalho; a saber, que fatores estariam associados entre ter um delírio e cometer um ato criminoso violento.

5.3- Perfil psiquiátrico da amostra

Ambos os grupos apresentaram tempo de evolução de doença (início dos sintomas psiquiátricos) muito próximo, sendo esta uma condição na seleção dos pacientes. Em relação ao tempo de aparecimento dos sintomas positivos, negativos e tempo de uso de anti-psicóticos, os resultados foram muito semelhantes, não havendo, portanto, diferença estatisticamente significativa.

A média do número de internações psiquiátricas prévias foi maior para o grupo controle, devendo-se ao fato dos pacientes do grupo caso estarem há vários anos internados, ou seja, desde que cometeram o crime.

Em ambos os grupos não se identificou sinais de sociopatia na infância ou após quinze anos de idade. Este resultado pode ser interpretado como decorrente da dificuldade de se avaliar esta comorbidade, como notado em outros estudos (Wallace *et al*, 1998). Em relação aos pacientes do grupo caso, havia a preocupação dos próprios pacientes de que suas respostas poderiam influenciar o resultado do laudo para saída da instituição. Para uma avaliação mais confiável deste item, em ambos os grupos, seria necessária uma entrevista detalhada com familiares.

Os dados sobre sexualidade foram de difícil avaliação e os resultados devem ser considerados de forma criteriosa. Devido à postura predominantemente persecutória, os pacientes aparentemente não ficavam à vontade para falar sobre esse assunto. Além disso, em alguns pacientes este tema fazia parte dos delírios, por exemplo, como acreditar ter sido violentado sexualmente por várias pessoas ou ainda ter várias amantes como resultado de delírio de conteúdo de grandeza.

5.4- Uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas

Utilizando o M.I.N.I. (módulos J - álcool), foi pesquisada história de abuso ou dependência ao álcool, considerando ao longo da vida, no momento do crime ou da internação. Para ambos os grupos predominou a ausência de abuso ou dependência desta substância e não houve diferença estatística entre os grupos.

Resultados semelhantes foram encontrados utilizando o M.I.N.I. (módulos K - drogas), no qual foi pesquisada história de abuso ou dependência para drogas, considerando ao longo da vida, no momento do crime ou da internação. Para ambos os grupos também predominou a ausência de abuso ou dependência para este tipo de substância e não houve diferença estatística entre os grupos.

Esses resultados não estão de acordo com os encontrados na literatura, onde pacientes com esquizofrenia tem maior taxa de condenação por homicídio na presença da comorbidade de substâncias psicoativas (Shaw *et al*, 2006; Wallace *et al*, 1998; Eronen *et al*, 1996; Teplin, 1990), porém devem ser considerados de valor limitado, pois como já foi referido anteriormente, os pacientes tinham uma tendência a negar esta comorbidade visando uma alta hospitalar.

Em relação a já ter feito uso de bebida alcoólica ao longo da vida, de modo significativo, não houve diferença estatística entre os grupos e os resultados ficaram muito próximos da média. No caso de ter feito uso diário de bebida alcoólica na época da internação ou do ato criminoso, os resultados mostraram o mesmo perfil igualitário para esta variável. Esses dados não são de todo confiáveis considerando, como já referido anteriormente, o perfil dos pacientes pesquisados e sua atitude perante a entrevista.

Ao compararmos os grupos em relação ao uso de cocaína ou crack ao longo da vida, em ambos houve predomínio da ausência desta comorbidade (caso=90,0%, controle=86,7%). Não houve diferença estatística entre os grupos e na avaliação de uso diário ou de uso na época da internação ou do ato criminoso, a avaliação ficou comprometida pela elevada frequência de pergunta que não se aplicava. Ao compararmos os grupos em relação ao uso de tabaco ao longo da vida e na época da internação ou do ato criminoso, em ambos houve predomínio desta comorbidade, porém sem diferença estatística entre os grupos.

Portanto, este estudo não confirmou a hipótese de alguns autores (Shaw *et al*, 2006; Wallace *et al*, 1998) sobre um suposto efeito do álcool explicando a relação entre cometer atos criminosos violentes e ter uma psicose (e atividade delirante). A causa da violência, segundo tais autores, em pacientes psicóticos seria o álcool e não a

psicopatologia em si. O presente estudo, como se verá adiante, vai no sentido de associar a psicopatologia do delírio ao ato violento, em boa parte independentemente do uso de álcool e cocaína. Em relação à maconha, os dados sugerem algo um pouco distinto, como veremos a seguir.

Ao longo da vida, os grupos tiveram uma frequência de uso de maconha semelhante. No caso de já ter feito uso diário de maconha, houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre os grupos, porém poucos responderam ($n=22$). No grupo caso, 10 pacientes (100,0% dos respondentes) tiveram resposta afirmativa e nenhum paciente com resposta negativa. No grupo controle sete pacientes (58,3%) com resposta afirmativa e cinco (41,7%) com resposta negativa. Devido à elevada frequência de sujeitos em que a segunda pergunta não se aplicava, a análise destes resultados ficou muito limitada.

Considerando ainda o uso de maconha, agora à época da internação ou à época do crime, 70,0% dos pacientes do grupo caso e 25,0% dos pacientes do grupo controle faziam uso de maconha. Não houve diferença estatística entre os grupos e devido à elevada frequência de respostas cuja pergunta não se aplicava ($n=38$), a análise destes resultados também ficou limitada.

Apesar desta limitação, os dados sugerem uma tendência maior dos pacientes do grupo caso já ter feito uso diário de maconha ou estar usando na época do crime. Repetidamente tem sido demonstrado que esquizofrenia com comorbidade de abuso de substância aumenta o risco de violência consideravelmente quando comparado com esquizofrenia sem essa comorbidade (Walsh *et al*, 2001). O presente estudo de certa forma corrobora tal constatação, entretanto, apenas para o uso de maconha e como tendência.

Em relação aos antecedentes familiares para transtorno psiquiátrico, predominou a ausência desta condição em ambos os grupos, também observado em relação ao antecedente familiar para alcoolismo. Considerando o antecedente familiar para drogas ilícitas, apesar do predomínio em ambos os grupos também da ausência desta condição, houve uma tendência dos pacientes do grupo caso a apresentar esse antecedente ($0,06 < p < 0,10$). A diferença estatística entre os grupos foi próximo do limite de significância ($p=0,052$ no Teste de Fischer).

Este último achado permite aventar que o ambiente familiar desfavorável associado ao uso de drogas ilícitas de alguma forma favoreça o comportamento violento entre os delirantes. Não foi encontrado trabalho na literatura abordando este tema.

5.5- Diagnóstico de transtornos delirantes

Neste estudo foram utilizados os critérios diagnósticos da CID 10 e DSM-IV e em ambos os grupos houve predomínio de esquizofrenia paranóide (caso= 70,0%, controle= 96,7%). O diagnóstico clínico foi estabelecido logo no início da investigação, pois esta era uma condição prévia para seleção dos pacientes. Ao longo das avaliações o pesquisador confirmava a hipótese diagnóstica elaborada na fase inicial de contato com o paciente.

O fato de haver cinco indivíduos com diagnóstico de transtorno delirante somente no grupo caso, e nenhum no grupo controle pode sugerir uma certa heterogeneidade diagnóstica entre os dois grupos. Entretanto, o número absoluto de sujeitos com diagnóstico de transtorno delirante foi bastante reduzido. Pode-se sugerir que no grupo caso, indivíduos com transtorno delirante, por serem menos deteriorados em termos de personalidade e estrutura psíquica geral, teriam também mais propensão a cometer atos violentos, entretanto, os dois grupos não revelaram diferenças no que concerne à psicopatologia geral avaliada pela PANS (de fato, foram muito parecidos). Em efeito, o grupo caso pontuou mais na sub-escala de sintomas negativos (embora não significativamente do ponto de vista estatístico). Assim, é pouco plausível que a presença de pacientes com transtorno delirante no grupo caso represente uma diferença psicopatológica importante entre os grupos.

5.6- História de violência

Foi pesquisado o antecedente de comportamento violento que não resultou em prisão, em três níveis de gravidade: leve, moderado e grave. Em relação aos níveis moderado e grave, em ambos os grupos houve predomínio da ausência deste antecedente.

Apenas para agressão leve houve diferença estatística significativa ($p=0,001$ no teste Qui-Quadrado). Neste nível de agressão, o grupo caso teve sete pacientes (23,3%) com resposta afirmativa e 23 pacientes (76,7%) com resposta negativa e o grupo controle teve 19 pacientes (65,5%) com resposta afirmativa e 10 pacientes (34,5%) com resposta negativa. Com relação ao nível leve, pode-se formular que os pacientes do grupo caso, antes de ter cometido o ato criminoso, mantiveram-se aparentemente contidos. Este dado pode ser considerado relevante para a prática clínica, sugerindo uma preocupação em relação àquele paciente delirante que por vezes se coloca aparentemente bastante “calmo ou tolerante”. Dados semelhantes não foram encontrados na literatura.

Em relação à história de comportamento auto-agressivo (ter se ferido ou se machucado de propósito), em ambos os grupos houve predomínio da ausência desta condição e não houve diferença estatística entre os grupos.

Em relação a pensamentos suicidas (ter pensado em se matar alguma vez na vida), em ambos os grupos houve predomínio desta condição (caso=56,7%, controle=73,3%) e não houve diferença estatística. Tal fato pode estar relacionado às condições impostas pelo próprio transtorno mental. Em ambos os grupos os pacientes são caracterizados por uma enfermidade de maior gravidade, a qual resulta em um sofrimento psíquico crônico.

Em relação à tentativa de suicídio, em ambos os grupos houve predomínio da ausência desta condição (caso=53,3%, controle=56,7%) e não houve diferença estatística.

A condição de ter sido vítima de violência física ou sexual na infância e/ou adolescência, não foi encontrada na maioria dos pacientes em ambos os grupos e não houve diferença estatística entre os grupos. A questão de ser vítima de violência sexual deve ser avaliada com cuidado, pois os pacientes não ficaram à vontade para falar deste tema e na maioria das vezes respondia de forma superficial.

Quanto ao antecedente criminal (já ter sido preso anteriormente), foram consideradas as prisões ocorridas antes da prisão relativa ao crime que resultou na internação na Casa de Custódia. Apesar de ter predominado a ausência deste antecedente

(caso=63,3%, controle=100,0%), houve diferença estatística significativa entre os grupos. Portanto, presença de antecedente criminal parece ter importância preditiva quanto ao risco de comportamento violento grave entre pacientes delirantes e já foi observado em pesquisas anteriores (Tuninger *et al*, 2001).

Quando foi questionado como o paciente do grupo caso estava se sentindo no momento do crime, a grande maioria referiu condições que indicavam ser decorrentes de delírio ou de alucinações. Foi encontrado um predomínio da condição “estar se sentindo perseguido, controlado ou alucinando”. Trata-se de um achado esperado decorrente de uma seleção prévia de pacientes com este perfil e também está de acordo com a literatura. Estudo que comparou esta percepção do paciente com a percepção de familiares ou outros, quando o comportamento do paciente era descrito por informantes, não se verificava associação entre as características do delírio e o crime (Buchanan *et al*, 1993).

5.6.1- Perfil dos crimes cometidos: nível de violência, bizarrice, perfil da vítima e meios utilizados

Foi feita uma descrição resumida dos crimes cometidos pelos pacientes do grupo caso (Tabela 28 – Anexo 12) para se ter uma idéia geral das suas características. Não foi possível comparar com crimes cometidos por criminosos sem transtorno delirante, o que seria de interesse, mas ampliaria muito o escopo deste estudo.

Entretanto, na descrição dos crimes, chama a atenção o elevado grau de violência dos atos desses pacientes delirantes. Também são relevantes os aspectos bizarros e imprevisíveis desses crimes. Eles são, de fato, justificados apenas por serem decorrentes de uma motivação delirante, aspecto já observado por outros autores (Jozef e Silva, 2003; Oliveira, 2006).

Outro dado de interesse foi a relação do agressor com a vítima. Encontrou-se um predomínio de vítimas “conhecidas” (parentes, vizinhos, etc) dos seus agressores. Dos trinta casos, em 23 (76,7%) as vítimas eram pessoas conhecidas dos agressores. Este dado está de acordo com achados anteriores (Hafner e Boker, 1982; Kristine, 1997;

Nestor ,1992) e parece ter importância na prática clínica, contrariando a idéia geral de que pacientes psicóticos oferecem risco a qualquer pessoa da população. Ao que parece, um pequeno sub-grupo de pacientes delirantes oferece risco principalmente à pessoas que convivem mais intimamente com eles. Este aspecto deve ser mais investigado em futuras pesquisas.

O meio utilizado pelo agressor, no momento do ato criminoso, foi na maioria das vezes o uso de arma branca ou de fogo (n=19, 63,3%). Trata-se de achado esperado, de acordo com a literatura (Appelbaum *et al*, 2000). O acesso a arma branca, e também à arma de fogo, é relativamente amplo em nossa sociedade e sua utilização geralmente resulta em atos de muita gravidade.

5.7- Psicopatologia

A avaliação da psicopatologia pela escala PANSS mostrou, como referido anteriormente, que os grupos eram bastante homogêneos. Na avaliação dos sintomas positivos e negativos, observa-se que em ambos os grupos os pacientes estavam sintomáticos. A impressão clínica global é de marcadamente a gravemente doente e o funcionamento global foi compatível com o de pacientes internados, como encontrado em um estudo realizado também utilizando a escala PANSS em pacientes internados, no qual foi avaliado o risco de comportamento violento (Steinert *et al*, 2000).

Na avaliação utilizando a escala MMDAS, em relação ao conteúdo do delírio, o tipo persecutório foi o mais observado em ambos os grupos (caso=70,0%, controle=76,7%). Este achado se repetiu em diversos estudos em que foram pesquisados transtornos delirantes e violência (Appelbaum *et al*, 2000; Walsh, 2001). Para o grupo caso, o segundo tipo de delírio mais observado foi o de “controle ou influência”, seguido pelo delírio de grandeza. Para o grupo controle o segundo tipo de delírio mais observado foi o de grandeza, seguido pelo delírio “controle ou influência”. Não houve diferença estatística entre os grupos pesquisados.

Todos os delírios relatados pelos pacientes-caso foram descritos resumidamente na Tabela 25 – Anexo 12. Pode-se observar um predomínio de delírio de ameaça/perseguição com conteúdo violento.

Em relação às dimensões pesquisadas nesta escala (convicção, atuação, afeto negativo, inibição de ação, penetração e preocupação), os resultados foram muito semelhantes aos resultados encontrados na literatura na avaliação de pacientes delirantes com categorias diagnósticas diversas (Appelbaum *et al*, 1999).

Considerando somente a Parte 1 da escala, das seis dimensões pesquisadas, três tiveram diferença estatística significativa entre os grupos: afeto negativo, atuação e inibição de ação. A pontuação para grau de convicção estiveram muito próximas para ambos os grupos. Para **atuação**, a média foi de 4,59 (DP= $\pm 0,91$) pontos para o grupo caso e média de 1,73 (DP= $\pm 1,28$) pontos para o grupo controle. Para **inibição de ação**, a média foi de 1,90 (DP= $\pm 1,61$) pontos para o grupo caso e média de 3,33 (DP= $\pm 2,02$) pontos para o grupo controle. Para **afeto negativo**, a média foi de 1,07 (DP= $\pm 1,16$) pontos para o grupo caso e média de 2,53 (DP= $\pm 3,97$) pontos para o grupo controle.

A diferença em relação à atuação era esperada, já que os pacientes do grupo caso agiram mais, e este item da escala pontua ações que variam de pequena importância, como deixar de falar com alguém por causa do delírio, até atos graves que possam ocorrer em um episódio de violência.

Em relação à “inibição de ação” (exemplo: deixar de ver TV por causa do delírio, de alimentar-se, de ir ao trabalho ou de não ir ao médico), o grupo controle teve significativamente maior pontuação. Este resultado indica que parece haver uma tendência em pacientes delirantes em que o contexto do delírio inibe suas ações, influenciando paradoxalmente como um elemento protetor de ações lesivas potencialmente associadas ao próprio delírio.

Considerando o “afeto negativo” como estar se sentindo infeliz, assustado, ansioso ou com raiva em decorrência do delírio, também foi encontrada maior pontuação para o grupo controle. Este resultado questiona a idéia difundida e freqüente no meio

médico, psicológico e psiquiátrico de que o paciente delirante quanto mais assustado, ansioso ou aterrorizado estiver se sentindo, maior a probabilidade de cometer um crime violento. Os dados do presente estudo indicam, curiosamente, o oposto.

É possível que o “afeto negativo” seja um indicativo de depressão ou pior auto-estima e que isto, de alguma forma, relaciona-se a menos ações agressivas. Outra possibilidade é a de que o paciente delirante que comete crime violento estaria tão intensamente imerso no seu delírio, sem crítica, que afetos negativos não teriam mais expressão para ele.

Quando a Parte 1 da escala foi comparada com a Parte 2, a dimensão preocupação teve diferença estatística significativa entre os grupos. Para **preocupação**, a média foi de 2,4 (DP= \pm 0,9) pontos para a Parte 1 e média de 3,4 (DP= \pm 0,8) pontos para a Parte 2. Indica que no momento do crime o paciente delirante está realmente muito envolvido com o tema do delírio.

Utilizando regressão logística multivariada para as seis dimensões da Parte 1 da escala, considerando a presença ou não de um ato violento, obteve-se valor estatístico significativo na seleção de *stepwise* na dimensão inibição de ação, ou seja, para cada ponto a mais no item “inibição de ação”, diminui 31% o risco do indivíduo ser um paciente do grupo caso. Este resultado não pôde ser comparado com a literatura. A explicação plausível é a já exposta acima: delírio com “ação inibitória” pode servir como elemento protetor contra ações perpetradas por sujeitos delirantes violentos.

6- CONCLUSÕES

Os dados referentes à demografia, história da doença, história de violência e psicopatologia mostraram que os grupos pareados foram muito parecidos.

Os pacientes do grupo caso tem menor escolaridade e freqüentam menos cultos ou missas, aparentemente em decorrência da situação prisional.

Em relação às comorbidades de uso de substâncias psicoativas e sociopatia, os grupos apresentaram resultados semelhantes. No entanto, foi fortemente influenciada por questões relativas à alta hospitalar e principalmente relativas ao laudo de cessação de periculosidade. Ainda assim, antecedente de uso de maconha teve maior relação com pacientes delirantes que cometeram ato violento.

As vítimas de um crime violento por um paciente delirante são na maioria das vezes pessoas da família ou conhecidas e o meio utilizado geralmente é uma arma branca ou de fogo.

Os pacientes do grupo caso são menos propensos a praticar ato violento de nível leve, como quebrar objetos ou atirá-los contra os outros, sugerindo que um comportamento mais contido de um paciente delirante não é garantia de este não cometa uma ação gravemente violenta.

Não houve diferença entre o conteúdo delirante entre os grupos. O conteúdo de maior frequência foi o paranóide.

Considerando os achados pela utilização da escala MMDAS, não houve diferença no nível de convicção entre os grupos e o nível de atuação foi maior entre os pacientes do grupo caso, resultado induzido pelo desenho da pesquisa.

A dimensão “afeto negativo” parece ter valor preditivo e indica que o paciente do grupo caso tem uma tendência a ficar menos assustado, ansioso, infeliz ou com raiva em decorrência do delírio.

A dimensão “inibição de ação” também parece ter valor preditivo. É possível que delírios que implicam numa maior “inibição das ações” do sujeito no mundo, de alguma forma, também inibam ações gravemente violentas decorrentes do delírio.

O presente estudo, de forma geral, não confirma achados da literatura abordando a temática do delírio e crime violento e ainda acrescenta novos aspectos em relação ao delírio e suas dimensões, que, embora modestas, parecem relevantes.

O prosseguimento desta linha de estudos, visando identificar aspectos da psicopatologia que estejam de alguma forma relacionados a um comportamento violento, poderá fornecer contribuições para entendimento deste fenômeno e também para ações preventivas.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, American Psychiatry Association, 1994.

Amorin P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D – Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview – European Psychiatry 1998; 13: 26-34.

Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J – Violence and delusion: data from the Macarthur Violence Risk Assessment Study. American Journal Psychiatry 2000; 157 (4): 566-72.

Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH – Dimensional approach to delusion: comparison across types and diagnoses. American Journal Psychiatry 1999; 156(12): 1938-43.

Arboleda-Florez J – Contemporary forensic psychiatry: a review – Advances in Psychiatry 2005, Vol II: 173-179.

Arboleda-Florez J – Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence – The Canadian Journal of Psychiatry 1998; 43 (10): 986-996.

Assadi SM, Noroozian M, Avannejad MP, Zadeh OY, Aghayan S, Shariat SV, Fazel S – Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran - British Journal of Psychiatry 2006; 188: 159-164.

Beck JC – Delusions, substance abuse, and serious violence - Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 2001; 32 (2): 169-172.

Binder RL – Are the mentally ill dangerous? – Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 1999; 27: 189-201.

Binder RL, McNiel DE – The relationship of gender to violent behavior in acutely dirturbed psychiatric patients – Journal Clinic of Psychiatry 1990; 51: 110-114.

Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD – Risks for individual with schizophrenia who are living in the community – Psychiatric Services 2001; 52 (10): 1358-1366.

Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S – Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort - Archives of General Psychiatry 2000; 57: 494-500.

Brugha T, Singleton N, Meltzer H, et al – Psychosis in the community and in prisons: a report from the British national survey of psychiatric morbidity – American Journal of Psychiatry 2005; 162 (4): 774-780.

Buchanan A, Reed A, Wessely S, Garety P, Taylor P, Grubin D, Dunn G – Acting on delusion II: the phenomenological correlates of acting on delusions. British Journal of Psychiatry 1993; 163: 71-81.

Cardoso RG, Blank P, Taborda JGV – Exame de superveniência da doença mental – Em Taborda JGV, Chalub M, Abdalla Filho E – Psiquiatria forense. Artmed, p. 153-160, Porto Alegre, 2004.

Chaves AC, Shirakawa I – Escala das síndromes negativas e positiva (PANSS) e seu uso no Brasil – Revista de Psiquiatria Clínica 1998; 25 (60): 337-343.

Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V – Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. Schizophr Res 1997; 26(2-3): 181-90.

Dalgalarondo P, Dantas CR, Banzato CEM, Pereira MEC – Delírio: características psicopatológicas e dimensões comportamentais em amostras clínicas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 2003; 52 (3): 191-199.

Eronen M, Hakola P, Tiihonen J – Mental disorders and homicidal behavior in Finland - Archives of General Psychiatry 1996; 53: 497-501.

Gattaz WF – Violência e doença mental: fato ou ficção? – Revista de Psiquiatria Clínica 1998; 25(4): 145-47.

Gunn J, Taylor PJ – Forensic Psychiatry – Clinical, legal e ethical issues. First Published 1993.

Hafner H, Boker W. Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Cambridge: Cambridge University Press; 1982.

Hodgins S, Mednick S, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M – Mental disorder and crime (evidence from a Danish birth cohort) - Archives of General Psychiatry 1996; 53: 489-496.

Hogan MF – The President’s New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric Services* 2003; 54: 1467-1474.

Hume E – Taking issue – *Psychiatric Services* 2001; 52:1281.

Josef F, Silva JAR – Doença mental e comportamento violento: novas evidências da pesquisa – *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2003; 52 (2): 127-135.

Junginger J, Parks-Levy J, McGuire L – Delusions and symptom-consistent violence – *Psychiatric Services* 1998; 49: 218-220.

Kaplan HI, Sadock BJ - *Tratado de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre, Editora Artmed, 1999, Vol. 1.

Kristine KK, Birmingham DL, Solberg KB, O’Regan JT, Meloy JR – A comparative study of psychotic and nonpsychotic stalking - *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1997; 25 (3): 317-334.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorin P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G – The Mini International Neuropsychiatric Interview, a short diagnostic interview: reliability and validity according to the CIDI – *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.

Link BG, Stueve A – Psychics symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls, in violence and mental disorder: developments in risk assessment – *University of Chicago Press*, 1994: 137-159

Long, PW – Violência e pacientes violentos. *Neuropsiconews* 2000; 18: 07-13.

Marzurk PM – Violence, crime, and mental illness - *Archives of General Psychiatry* 1996; 53: 481-486.

Monahan J – Mental disorder and violent behavior: perceptions and evidence – *American Psychology* – 1992; 47: 511-21.

Mullen PE – Forensic mental health - *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 307-311.

Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D – Community care and criminal offending in schizophrenia – *The Lancet* 2000; 355: 614-617.

Nestor PG – Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population – *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1992; 180: 418-423.

Oliveira LM – Período médico-legal da esquizofrenia – Em: Serafim AP, Barros DM, Rigonatti SP e colaboradores – *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica*. Vetor Editora, p. 33-38, São Paulo, 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS) – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*, Editora Artes Médicas, 1993.

Palmstierna T, Wistedt B – Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 81: 152-155.

Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robison J, Harriet B, Parsons R, Appleby L – Rates of mental disorder in people convicted of homicide - *British Journal of Psychiatry* 2006; 188: 143-147.

Silva JA, Leong GB, Weinstock R – Violent behaviors associated with the antichrist delusion – *Journal of Forensic Sciences* 1997; 42(6): 058-1061.

Soyka M – Substance abuse as a risk factor for violence in major mental disorders - *Archives of General Psychiatry* 1999; 56(6): 582-586.

Soyka, M – Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior - *Archives of General Psychiatry* 2000; 176: 345-350.

Steinert T, Wolfle M, Gebhardt R – Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102: 107-112.

Stuart HL, Arboleda-Florez JE – A public health perspective on violence offenses among persons with mental illness – *Psychiatric Services* 2001; 52: 654-659.

Taylor PJ, Gunn J – Violence and psychosis: risk of violence among psychotic men - *British Medical Journal* 1984; 288: 1945-1949.

Taylor PJ, Leese D, Williams D, Butwell R, Daly R, Larkin E - Mental disorder and violence: a special (high security) hospital study - British Journal of Psychiatry 1998; 172: 218-226.

Taylor PJ, Gunn J – Homicides by people with mental illness: myth and reality - British Journal of Psychiatry 1999; 174: 9-14.

Teixeira EH, Oliveira C, Garcia CE, Moscatello R, Dalgalarondo P – Risco de Violência e precariedade de recursos assistenciais para casos agudos – Jornal Brasileiro de Psiquiatria 2005; 54 (2): 155-156.

Teixeira EH, Dalgalarondo P – Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo – Jornal Brasileiro de Psiquiatria 2006; 55 (3): 190-194.

Teplin LA, Abram KM, McClelland GM – Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women – Archives of General Psychiatry 1996; 53: 505-512.

Teplin LA – The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program – American Journal of Public Health 1990; 80: 663-669.

Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P – Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort – American Journal of Psychiatry 1997; 154: 840-845.

Torrey EF – Violent behavior by individuals with serious mental illness – Hosp Community Psychiatry 1994; 45: 652-662

Tuningger E, Levander S, Bernce R, Johansson G – Criminality and aggression among psychotic in-patients: frequency and clinical correlates: Acta Psychiatrica Scandinavica 2001; 103: 294-300.

Vessoni, AL – Adaptação e estudo de confiabilidade da Escala de Avaliação de Sintomas Positivos e Negativos para esquizofrenia (PANSS) no Brasil – Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1993.

Vevera J, Hubbard A, Vesely A, Papezova H – Violent behavior in schizophrenia: retrospective study in four independent samples from Prague, 1949 to 2000 - *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 426-430.

Wallace C, Mullen P, Burgess P – Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 477-484.

Walsh E, Buchanan A, Fahy T – Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry* 2001; 180: 490-495.

Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, Taylor P – Acting on delusion I: prevalence. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 69-76.

8- ANEXOS

ANEXO 1

Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do Projeto:

Delírio e delito: estudo caso-controle de delirantes que cometeram atos criminosos com violência com delirantes que não cometeram atos criminosos.

Nome do Pesquisador: Eduardo Henrique Teixeira. Fone: 0xx19-32336990

Nome do Entrevistado: _____

Idade: _____ **RG:** _____

1. Justificativa e objetivos

A pesquisa pretende estudar, do ponto de vista da saúde mental, as relações entre delírio e prática criminosa Serão usadas escalas de avaliação em psiquiatria, padronizadas e validadas, através das quais serão pesquisadas as relações (semelhanças e diferenças) entre os pacientes delirantes que cometeram prática criminosa com violência com os delirantes sem história de antecedente criminal. Se confirmada a existência dessas relações, no futuro essas escalas poderão ser usadas para diagnosticar preventivamente um delirante com potencial de cometer uma prática criminosa com violência.

2. Procedimentos

A pessoa que participar desta pesquisa responderá questionários e escalas com perguntas sobre sua doença, suas crenças, maneiras como viveu diferentes etapas e períodos da vida, uso de drogas, vícios, outras doenças, relacionamento familiar, desempenho ocupacional, questões legais, opiniões e seu estudo emocional no momento da entrevista. Trata-se de uma entrevista muito semelhante àquelas realizadas em uma consulta psiquiátrica comum. Receberá orientação prévia de como responder às perguntas e poderá receber ajuda do pesquisador em qualquer momento no decorrer da entrevista.

3. Implicações

Esta pesquisa não terá qualquer implicação legal para o participante, não interferindo de nenhuma maneira no processo legal ou em qualquer outra questão jurídica que porventura esteja enfrentando.

A pessoa que participar da pesquisa poderá deixá-la a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo pessoal ou para os demais.

4. Compromissos

O participante receberá os esclarecimentos para qualquer dúvida acerca dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos acima mencionados.

Será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações individuais fornecidas, garantindo-se que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações.

5. Comitê de Ética

A Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP poderá ser contatada através do telefone (019) 788.8936.

Campinas, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
(0 19) 3788-8936
fax (0 19) 3788-8925

cep@etica.fcm.unicamp.br

CEP, 17/12/02
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 506/2002

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "DELÍRIO E DELITO: ESTUDO CASO CONTROLE DE DELIRANTES QUE COMETERAM ATOS CRIMINOSOS COM VIOLÊNCIA COM DELIRANTES QUE NÃO COMETERAM ATOS CRIMINOSOS"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Eduardo Henrique Teixeira

INSTITUIÇÃO: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/11/2002

II - OBJETIVOS

Estudar, do ponto de vista da saúde mental, as relações entre delírio e prática criminosa.

III - SUMÁRIO

Estudo clínico retrospectivo do tipo caso-controle com objetivo de comparar pacientes delirantes que cometeram atos criminosos com violência e pacientes delirantes sem antecedentes de criminalidade. Participarão indivíduos com transtornos psicóticos e atividade delirante com história de prática criminosa com violência (caso) e sem história de prática criminosa com violência (controle). Nos casos dos indivíduos delirantes que cometeram atos criminosos violentos, serão avaliados pacientes da enfermagem psiquiátrica do Instituto Américo Bairral do município de Itapira/SP, sentenciados do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico "Prof. André Teixeira de Lima" do município de Franco da Rocha/SP e periciados do Fórum da Comarca de Campinas e região. Nos casos dos indivíduos controle os pacientes avaliados serão provenientes do ambulatório geral de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP e do Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUC Campinas. Serão critérios de exclusão neste estudo: doença física incapacitante; retardo mental moderado a grave; indivíduos que não desejam explicitamente participar do estudo. Este estudo utilizará como instrumento investigativo ficha para coleta de dados sócio demográficos, psico sociais e clínicos, formulada especialmente para este estudo; PANSS (escala para identificar e quantificar sintomas positivos e negativos da esquizofrenia); e MMDAS (instrumento para descrição confiável de crença delirante)

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Protocolo bem estruturado. Para os indivíduos do grupo caso, serão consultados laudos periciais e documentos médicos nos autos processuais de histórico psicopatológico e criminal e para o grupo controle serão consultados os prontuários médicos para identificação de histórico psicopatológico. O aspecto ético está bem definido. Não há detalhamento de custos.

Consideramos as pendências esclarecidas. Sugerimos a aprovação de estudo com o novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2 d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineação no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

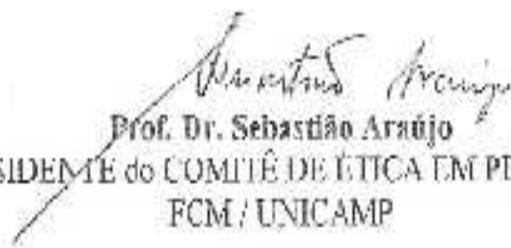
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.c)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer-aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de dezembro


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE ANTECEDENTES

Data: ___/___/___ Número da entrevista: _____

Local da entrevista:

1. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Prof. André Teixeira Lima”, Franco da Rocha/SP
2. Enfermaria Psiquiátrica do HC da Unicamp
3. HMCP – PUC
4. Instituto Américo Bairral – Itapira/SP
5. Fórum de Campinas/SP

As informações foram colhidas com:

1. Paciente apenas
2. Paciente e prontuário
3. Paciente e familiar
4. Paciente e profissional de saúde
5. Paciente, profissional de saúde e prontuário
6. Paciente, profissional de saúde, familiar e prontuário

I – Sócio demográfico e cultural

1. **Nome:** _____
2. **Data Nascimento:** ___/___/___ **Idade:** _____
3. **Naturalidade:** _____ **Estado/País:** _____
4. **Procedência:** _____ **Estado/País:** _____
5. **Estado civil:**
 1. Casado(a)/amasiado(a);
 2. Solteiro(a);
 3. Separado(a) ou divorciado(a)
 4. Viúvo(a)
6. **Filhos:**
 1. Não
 2. Sim (n ° _____)
7. **Raça / Etnia:**
 1. Branca
 2. Parda
 3. Negra
 4. Oriental
 5. Outras: _____
8. **Profissão (antes de ser preso ou internado):** _____

9. **Atividade (antes de ser preso ou internado):** 1. Era ativo 2. Era inativo

10. **Escolaridade:**

1. Não estudou
2. Estudou: Ano ____; Grau _____

11. **Quantos anos foi reprovado na escola?**

1. Não repetiu
2. Repetiu _____ anos

12. **Alfabetização:**

1. Alfabetizado
2. Analfabeto

13. **Primeira religião:**

1. Sem religião
2. Católico
3. Espírita
4. Pentecostal
5. Protestante histórico
6. Outros

Se 4, 5 ou 6, citar qual igreja freqüenta: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

14. **Você reza ou ora?**

1. Todos os dias e é muito importante para mim
2. Algumas vezes por semana e é importante para mim
3. Algumas vezes no mês
4. Raras vezes
5. Nunca rezo ou oro

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

15. **Quantas vezes vai a um culto ou missa?**

1. Mais que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Algumas vezes no mês
4. Raras vezes
5. Nunca vou

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

II – Dados sobre a infância e adolescência

1. **Na infância, você foi criada/o (morava junto, recebia alimentação, roupa, orientação, ordens, etc) por quem?**

1. Pai e mãe
2. Só pela mãe
3. Só pelo pai
4. Outro. Por favor, explique: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

2. **Alguém na sua casa bebia (bebidas alcoólicas)? Caso sim, alguém bebia todos os dias ou quase todos os dias, chegando a grandes quantidades?**

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe
 4. Não quer falar
 5. Dado não colhido
- Se positivo, quem ou quais pessoas? _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

3. **Alguém na sua casa foi internado devido a problemas com bebida alcoólica?**

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe
 4. Não quer falar
 5. Dado não colhido
- Se positivo, quem ou quais pessoas? _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

4. **Alguém na sua casa usava drogas (cocaína, maconha, crack, solventes)?**

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe
 4. Não quer falar
 5. Dado não colhido
- Se positivo, quem ou quais pessoas ? _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

5. **Se positiva resposta anterior, alguém consumia todos os dias ou quase todos os dias, chegando a perder o controle?**

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe
 4. Não quer falar
 5. Dado não colhido
- Se positivo, quem ou quais pessoas ? _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

6. **Alguém na sua casa foi internado devido a problemas com drogas?**

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe
 4. Não quer falar
 5. Dado não colhido
- Se positivo, quem ou quais pessoas ? _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

7. Sofreu violência na infância e ou adolescência (apanhava muito, sofria castigos, punições,etc)?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

Se negativa a resposta anterior, pular para a questão de n ° 10.

8. Se positivo a resposta anterior, chegou a machucar fisicamente?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

9. Ficava muito tempo de castigo (minutos, horas)?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

10. Não recebia alimentos quando fazia algo considerado errado?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

11. Chegou a fugir de casa ou tentou fugir, durante a infância e/ou adolescência?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, motivo e tempo: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

III - Sexualidade

1. Com que idade foi sua primeira relação sexual? _____ anos

1. Menor de dez anos
2. Dez a quinze anos
3. Quinze a dezoito anos
4. Maior de dezoito anos
5. Não sabe
6. Não quer falar
7. Nunca teve

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

Se negativa a resposta anterior, pular para a questão de n ° 5.

2. Teve vida sexual regular no passado?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, com quem? _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

3. Já teve alguma relação homossexual (relação sexual com pessoa do mesmo sexo) durante sua vida?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

4. Para a maior parte da sua vida, você se definiria como:

1. Heterossexual
2. Homossexual
3. Bissexual
4. Não se define

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

5. No passado, foi vítima de agressões sexuais ou algum tipo de violência sexual (foi beijado à força, alguém passou a mão, bolinou, masturbou ou forçou uma relação sexual)?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

Se negativa a resposta anterior, pular para a questão de n° 1 - IV.

6. A violência sexual foi caracterizada por:

1. Toques, “passar a mão”
2. Masturbação
3. Sexo oral
4. Penetração vaginal
5. Penetração anal

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

7. Qual era a sua idade quando aconteceu? _____ anos

1. Menor de dez anos
2. Dez a quinze anos
3. Quinze a dezoito anos
4. Maior de dezoito anos

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

8. Houve uso de força ou violência naquela situação?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

9. Com que frequência ocorreu?

1. Uma única vez
2. Mais de uma vez
3. Aconteceu diversas vezes, se possível, quantas vezes? _____.

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

10. Se aconteceu diversas vezes, foi com que frequência?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Esporadicamente

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

11. Se sofreu violência sexual várias vezes, quanto tempo durou esta situação em sua vida?

1. Entre uma e 4 semanas
2. Entre um a 3 meses
3. Entre 3 a 6 meses
4. Entre 6 meses e um ano
5. Mais de um ano

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

12. Se sofreu violência sexual no passado, quem foi a pessoa que cometeu este ato?

1. Pai
2. Padrasto
3. Outra pessoa da família
4. Conhecido
5. Outro: _____

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

IV – Auto agressão

1. Pensou em se matar, alguma vez em sua vida?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva em que época, quantas vezes tentou e como foi:

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

2. Durante sua vida, já tentou se matar alguma vez?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva em que época, quantas vezes tentou e como foi:

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

3. Durante sua vida, já se feriu ou se machucou de propósito alguma vez?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva em que época, quantas vezes tentou e como foi:

1. resposta bem confiável 2. confiável 3. pouco confiável 4. não confiável

V – Comportamento geral (Sociopatia)

a) Responda às perguntas abaixo, lembrando do tempo em que você tinha menos de 15 anos de idade.

1. Era comum para você faltar a escola ou passar a noite fora de casa?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

2. Costumava mentir, enganar as pessoas ou roubar para se beneficiar?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

3. Em seus relacionamentos, provocou, ameaçou ou intimidou os outros?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

4. Em algum momento, destruiu ou incendiou coisas de propósito?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

5. Em algum momento fez sofrer animais ou pessoas de propósito?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

6. Obrigou alguém a ter relações sexuais com você?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Observações e percepções do entrevistador:

b) Depois dos 15 anos de idade:

1. Costumava ter comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

2. Frequentemente fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso(a) como destruir propriedade alheia, roubar, vender drogas ou cometer um crime ?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

3. Frequentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com a (o) sua (seu) companheira(o) ou filhos?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

4. Frequentemente mentiu, “passou a perna” ou enganou outras pessoas para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

5. Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

6. Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído propriedade alheia?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Observações e percepções do entrevistador:

VI – Comportamento violento ou agressivo no passado

Você já cometeu ato violento ou agressão, como:

1. Quebrar coisas (cadeira, mesa, vaso, copo) ou atirar coisas nos outros?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

Quando você fez isso, você estava: (pode ser mais de uma alternativa)

1. nervoso; 2. muito nervoso; 3. sentindo-se perseguido ou ameaçado;

4. sob efeito de bebida alcoólica; 5. sob efeito de drogas (qual: _____)

6. ouvindo vozes; 7. controlado 8. outros (descrever _____); 9. não colhido

2. Agredir alguma pessoa, como dar um empurrão forte, dar um tapa ou soco ou chutar?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

Quando você fez isso, você estava: (pode ser mais de uma alternativa)

1. nervoso; 2. muito nervoso; 3. sentindo-se perseguido ou ameaçado;
4. sob efeito de bebida alcoólica; 5. sob efeito de drogas (qual: _____)
6. ouvindo vozes; 7. controlado 8. outros (descrever _____); 9. não colhido

3. Agredir ou machucar alguém seriamente produzindo lesões ou machucados?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

Quando você fez isso, você estava: (pode ser mais de uma alternativa)

1. nervoso; 2. muito nervoso; 3. sentindo-se perseguido ou ameaçado;
4. sob efeito de bebida alcoólica; 5. sob efeito de drogas (qual: _____)
6. ouvindo vozes; 7. controlado 8. outros (descrever _____); 9. não colhido

Se nunca cometeu ato violento ou agressivo, **que resultou em processo penal**, pular para o próximo capítulo.

VII – Questões legais:

1. Há quanto tempo está preso? _____ () Não está preso
2. Há quanto tempo está nesta instituição? _____ () Não está internado
3. Qual o delito que você cometeu, que resultou na internação nesta instituição? (considerar o delito mais importante para aquele que não estiver em instituição)

4. Quando você cometeu esse delito? Data _____ Idade _____

5. Quais os motivos que o levaram a cometer esse delito?

6. Quando você cometeu esse delito, você estava? (pode ser mais de uma alternativa)

- 1. nervoso; 2. muito nervoso; 3. sentindo-se perseguido ou ameaçado;
- 4. sob efeito de bebida alcoólica; 5. sob efeito de drogas (qual: _____)
- 6. ouvindo vozes; 7. outros (descrever _____)

7. Já havia sido preso anteriormente?

- 1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido
- Se positivo, quantas vezes e quais os motivos?

8. Dados do prontuário Psiquiátrico Criminal

9. Dados obtidos com os peritos:

Observações e percepções do entrevistador:

ANEXO 3

HISTÓRICO PSQUIÁTRICO

I – Introdução à Anamnese Psiquiátrica (Descrição resumida da história psiquiátrica)

II – Histórico Psiquiátrico

- 1. É primeiro episódio psiquiátrico em sua vida?**
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

- 2. Quantos episódios teve até hoje?**

3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

- 3. É o primeiro contato com serviço de saúde mental?**
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

- 4. Há quanto tempo se iniciaram os primeiros sintomas?**
_____ (meses ou anos)

- 5. Há quanto tempo se iniciaram os sintomas negativos (dar exemplos)?**
_____ (meses ou anos)

- 6. Há quanto tempo se iniciaram os sintomas positivos (dar exemplos)?**
_____ (meses ou anos)

- 7. Há quanto tempo iniciou o uso de antipsicóticos?**
_____ (meses ou anos)

- 8. Qual o número de internações psiquiátricas até o momento?**
_____ () Hosp. psiquiátrico comum; () Casa de Custódia; () Clínica p/ adictos

- 9. Há quanto tempo foi a primeira internação psiquiátrica?**

- 10. Já sofreu algum tipo de T.C.E ? (traumatismo crânio-encefálico)**
1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

11. Se sim, em que época? Teve repercussões e/ou resultou em hospitalização?

12. Já sofreu crise convulsiva? (epiléptica).

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva (tipo e complicações): _____

14. Já fez E.E.G?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva (em que época e qual resultado): _____

15. Antecedente familiar para transtorno psiquiátrico?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

III - Histórico de Uso de Substâncias Psicoativas

16. Ao longo de sua vida, fez uso de bebida alcoólica?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se negativa a resposta anterior, pular para a questão de n º 24.

17. (Para os internados) No período que foi internado, fazia uso de bebida alcoólica?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

18. (Para os custodiados) No período que cometeu o delito, fazia uso de bebida alcoólica?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

19. Ao longo de sua vida, quantas vezes por semana ou por mês usava bebida alcoólica?

_____ em média

_____ período de maior uso (anos ou idade)

_____ período de menor uso (anos ou idade)

20. (Para os internados) No período que foi internado, com que frequência usava bebida alcoólica?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Esporadicamente

21. (Para os custodiados) No período que cometeu o delito, com que frequência usava bebida alcoólica?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Esporadicamente

22. Teve períodos em que ingeria bebida alcoólica diariamente?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

23. Já teve *delirium tremens* ou Síndrome de Abstinência Alcoólica (explicar)?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

24. Ao longo de sua vida, fez uso de maconha?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se negativa a resposta anterior, pular para a questão de n ° 31

25. (Para os internados) No período que foi internado, fazia uso de maconha?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

26. (Para os custodiados) No período que cometeu o delito, fazia uso de maconha?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

27. Ao longo de sua vida, quantas vezes por semana ou por mês usava maconha?

- _____ em média
_____ período de maior uso (anos ou idade)
_____ período de menor uso (anos ou idade)

28. (Para os internados) No período que foi internado, com que frequência usava maconha?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Esporadicamente
5. Não colhido

29. (Para os custodiados) No período que cometeu o delito, com que frequência usava maconha?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Esporadicamente
5. Não colhido

30. Teve períodos em que fumava maconha diariamente?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

31. Ao longo de sua vida, fez uso de cocaína ou crack?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se negativa a resposta anterior, pular para a questão de n ° 38.

32. (Para os internados) No período que foi internado, fazia uso de cocaína ou crack?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

33. (Para os custodiados) No período que cometeu o delito, fazia uso de cocaína ou crack?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

34. Ao longo de sua vida, quantas vezes por semana ou por mês usava cocaína ou crack?

_____ em média
_____ período de maior uso (anos ou idade)
_____ período de menor uso (anos ou idade)

35. (Para os internados) No período que foi internado, com que frequência usava cocaína ou crack?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Esporadicamente
5. Não colhido

36. (Para os custodiados) No período que cometeu o delito, com que frequência usava cocaína ou crack?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Esporadicamente
5. Não colhido

37. Teve períodos em que usava cocaína ou crack diariamente?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

38. Ao longo de sua vida, fez uso de tabaco?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se negativa a resposta anterior, pular para a questão de n ° 42.

39. (Para os internados) No período que foi internado, fazia uso de tabaco?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

40. (Para os custodiados) No período que cometeu o delito, fazia uso de tabaco?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

41. Quantos cigarros por dia?

42. Antecedente familiar para alcoolismo?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

43. Antecedente familiar para uso de drogas ilícitas?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

Se positivo, descreva: _____

IV – Avaliação de funcionamento global

44. O paciente sabe lidar com dinheiro?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

45. O paciente sabe andar sozinho de ônibus?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

46. O paciente sabe vestir-se sozinho?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

47. O paciente entende novelas e/ou filmes na TV?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe 4. Não quer falar 5. Dado não colhido

48. Segundo a sua avaliação global, a inteligência do paciente é:

1. normal
2. rebaixamento limítrofe
3. rebaixamento leve ou moderado
4. rebaixamento grave ou profundo

ANEXO 4

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Módulos J e K (modificados para ao longo da vida e no período em que foi internado ou cometeu o delito)

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

^ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J1	Ao longo da vida, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
J2	Ao longo da vida:			
A	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
B	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
C	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
D	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
E	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
F	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	

J3	Ao longo da vida:			
a	Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR “SIM” SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
C	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
D	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE ÁLCOOL</i>	

J1	No período que ()foi internado ()cometeu o delito, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-----	---

J2	No período que ()foi internado ()cometeu o delito:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	→ SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL</i>	

J3	No período que ()foi internado ()cometeu o delito:			
a	Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
B	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
C	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
D	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE ÁLCOOL</i>	

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

^ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- K Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO)
1 uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, **ao longo da vida**, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?

→
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGENOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ao longo da vida:

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	→ SIM
------------	------------------

**DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIA(S)**

K3 Ao longo da vida:

A	Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	8
B	Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	NÃO	SIM	9
C	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	10
D	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO

SIM

ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

^ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

-
- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, **no período que ()foi internado ()cometeu o delito**, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado(a)”? →
NÃO SIM
-

LER A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS USADA “AO LONGO DA VIDA”

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], no período que () foi internado () cometeu o delito:

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? | NÃO | SIM | 5 |
| F | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	→ SIM
-----	----------

**DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIA(S)**

K3 No período que ()foi internado ()cometeu o delito:

- | | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| A | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| B | Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| C | Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| D | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO SIM

**ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL**

ANEXO 5
Escala das Síndromes Negativa e Positiva em Esquizofrenia
(Positive and Negative Syndromes Scale)
PANSS

1-ausente; 2-mínimo; 3-leve; 4-moderado; 5-moderadamente; 6-grave; 7-extremo; 99-não coletado.

DATA: _____

G1 - Preocupação somática..... (<i>Tem sentido muita preocupação com seu corpo?</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G2 – Ansiedade..... (<i>Tem se sentido muito nervoso ou preocupado?</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G3 – Sentimento de culpa..... (<i>Tem se sentido culpado ou arrependido?</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G4 – Tensão..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G5 – Maneirismo e postura..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G6 – Depressão..... (<i>Tem se sentido triste ou desanimado?</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G7 – Retardo motor..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G8 – Falta de cooperação..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G9 – Conteúdo incomum do pensamento..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G10 – Desorientação..... (<i>Que dia, mês e ano estamos? Onde estamos?</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G11 – Atenção pobre..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G12 – Falta de julgamento e insight..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G13 – Ambivalência volitiva..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G14 – Pobreza no controle dos impulsos..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G15 – Preocupação..... (<i>Tem se sentido muito preocupado?</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G16 – Esquiva social ativa..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
						Subtotal:	_____
P1 – Delírios..... (<i>Sente que alguém quer lhe prejudicar ou lhe fazer algum mal? Sente que está sendo controlado? etc</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P2 – Desorganização conceitual..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P3 - Comportamento alucinatório..... (<i>Ouve vozes? Vê vultos? etc</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P4 – Excitação..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P5 – Grandiosidade..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P6 – Desconfiança / Perseguição..... (<i>Sente-se desconfiado ou ameaçado?</i>).	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P7 – Hostilidade..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
						Subtotal:	_____
N1 – Embotamento afetivo..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N2 – Retraimento emocional..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N3 – Contato pobre..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N4 – Retraimento social passivo / apático..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N5 – Dificuldade no pensamento abstrato..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N6 – Falta de espontaneidade na fluência da conversação..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N7 – Pensamento estereotipado..... (<i>Observação</i>)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
						Subtotal:	_____

ANEXO 6

DSM-IV

CID 10

DSM – IV (Critérios diagnósticos para esquizofrenia)

A- Dois ou mais dos seguintes, durante um período de um mês ou menos, se tratados com sucesso:

- (1. Sim 2. Não) - Delírios
- (1. Sim 2. Não) - Fala desorganizada (ex.: descarilhamento freqüente ou incoerência)
- (1. Sim 2. Não) - Alucinações
- (1. Sim 2. Não) - Comportamento desorganizado ou catatônico
- (1. Sim 2. Não) - Sintomas negativos, ou seja, embotamento afetivo, alogia ou avolição

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

B- Disfunção ocupacional / social

- (1. Sim 2. Não) - Durante um espaço significativo de tempo, uma ou mais áreas do funcionamento como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, encontram-se abaixo do nível atingido antes do início.

C- Duração

- (1. Sim 2. Não) - Sinais contínuos de distúrbio persistem no mínimo durante seis meses

D- Distúrbio Equizoafetivo e de humor foram descartados devido a:

- (1. Sim 2. Não) - Nenhum episódio significativo depressivo ou maníaco ocorreu junto com sintomas da fase ativa, ou
- (1. Sim 2. Não) - Se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual

E- Exclusão de substância / condição clínica geral:

- (1. Sim 2. Não) - A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos e uma substância (por ex.: droga de abuso ou medicamento) ou a uma condição médica geral.

F- Relacionamento a um Distúrbio Global do Desenvolvimento:

- (1. Sim 2. Não) - Se há uma história de distúrbio Autístico ou Distúrbio Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é estabelecido apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos um mês (ou menos se tratados com sucesso).

1. Paranóide (F 20.0)
2. Desorganizado (F 20.1)
3. Catatônico (F 20.2)
4. Indiferenciado (F 20.3)
5. Residual (F 20.5)
6. Simples (F 20.6)

DSM – IV (Critérios diagnósticos para transtorno esquizofreniforme – F 23)

- A- Satisfaz os critérios A, D e E para Esquizofrenia:
(1. Sim 2. Não)
- B- Um episódio do transtorno (incluindo as fases prodrômica, ativa e residual) dura no mínimo 1 mês, mas menos de 6 meses:
(1. Sim 2. Não)

DSM – IV (Critérios diagnósticos para transtorno esquizoafetivo – F 25)

- A- Um período de doença ininterrupto durante o qual, em algum momento, existe um Episódio Depressivo Maior, um Episódio Maníaco ou Episódio Misto, concomitante com sintomas que satisfazem o Critério A para Esquizofrenia:
(1. Sim 2. Não)
- B- Durante o mesmo período de doença, ocorreram delírios ou alucinações por pelo menos 2 semanas, na ausência de sintomas proeminentes de humor:
(1. Sim 2. Não)
- C- Os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor estão presentes por uma porção substancial da duração total dos períodos ativo e residual da doença:
(1. Sim 2. Não)
- D- A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex. , uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral:
(1. Sim 2. Não)

DSM – IV (Critérios diagnósticos para transtorno delirante – F 22)

- A- Delírios não-bizarros (isto é, envolvendo situações que ocorrem na vida real, tais como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distância, traído por cônjuge ou parceiro romântico ou ter uma doença) com duração mínima de 1 mês:
(1. Sim 2. Não)
- B- O critério A para Esquizofrenia jamais foi satisfeito:
(1. Sim 2. Não)
- C- Exceto pelo impacto do(s) ou de suas ramificações, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é visivelmente esquisito ou bizarro:
(1. Sim 2. Não)
- D- Se episódios de humor ocorreram durante os delírios, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos delirantes:
(1. Sim 2. Não)
- E- A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex. , uma droga de abuso, um medicamento) ou de uma condição médica geral:
(1. Sim 2. Não)

CID – 10 (Critérios diagnósticos para esquizofrenia)

- Pelo menos um dos seguintes:

- (1. Sim 2. Não)** - Eco, inserção, bloqueio ou irradiação do pensamento
- (1. Sim 2. Não)** - Delírios de controle, influência ou passividade; percepção delirante
- (1. Sim 2. Não)** - Alucinações fazendo comentários ou discutindo entre si
- (1. Sim 2. Não)** - Delírios persistentes de outros tipos (ex: ser capaz de controlar o tempo)

- Ou pelo menos dois dos seguintes:

- (1. Sim 2. Não)** - Alucinações persistentes de qualquer modalidade
- (1. Sim 2. Não)** - Neologismo, incoerência
- (1. Sim 2. Não)** - Comportamento catatônico
- (1. Sim 2. Não)** - Sintomas negativos.

ANEXO 7

Escala de Avaliação de Delírio Macarthur-Maudsley

(Macarthur-Maudsley Delusion Assessment Scale)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DELÍRIO MACARTHUR-MAUDSLEY (MMDAS)*

* A versão original deste instrumento, MMDAS, foi desenvolvida por Pâmela Taylor, Philippa Garety, Alec Buchanan, Alison Reed, Simon Wessely, Katarzyna Ray, Graham Dunn e Don Grubin do Instituto de Psiquiatria de Londres, Inglaterra, com apoio da Rede de Pesquisa de Saúde Mental e Lei da Fundação John D. e Catherine T. MacArthur. Esta revisão de Paul Appelbaum, Loren Toth e Pâmela Clark Robbin foi criada para pesquisar o uso em pesquisa no Estudo de Avaliação do Risco de Violência de MacArthur. Copyright 1999, John D. e Catherine T. MacArthur, Foundation Research Network on Mental Health and Law, Policy Research Associates, Inc. 262 Delaware Avenue Delmar, New York 12054, (518) 439-7415.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DELÍRIO MACARTHUR-MAUDSLEY (MMDAS)*

A **MMDAS** é um instrumento para uma descrição confiável de crenças delirantes. Leva aproximadamente quinze minutos para um entrevistador treinado clinicamente aplicá-la. A MMDAS é desenhada para descrever as principais crenças anormais de uma pessoa, mas pode igualmente ser usada para avaliar crenças secundárias. Antes de aplicar a MMDAS, um certo número de crenças anormais deverá já ter sido identificada usando um instrumento adequado, como a seção de delírios da Escala de Entrevista Diagnóstica (DIS – Diagnostic Interview Schedule).

Todas as perguntas em **negrito** devem ser perguntadas exatamente como foram escritas; se a pessoa parecer não entender, a frase poderá ser mudada de acordo com o conhecimento cultural e linguístico. Perguntas adicionais destinadas para esclarecer a resposta da pessoa poderá ser perguntada por decisão do entrevistador. Aparecem caixas na margem direita para lembrar ao entrevistador que é requerido colocar uma nota. O sistema de notas deve ser feitos como indicado no texto. Quando a questão não é aplicável deve-se usar a nota “8”. Para alguns itens a instruções “especifique”, aparecem. Nestes exemplos deve-se escrever a resposta dada pelo entrevistado.

Essa ferramenta tem duas partes. A parte 1 investiga o delírio identificado como tendo tido o maior impacto recente na vida da pessoa. A parte 2 investiga o delírio associado com o incidente violento. A parte 2 só deve ser completada para pessoas com delírios associados como violência. A parte 1 e 2 podem ser completadas para o mesmo delírio. Além disso, a página de traz dessa ferramenta, permite pesquisar delírios identificados em entrevistas prévias que não foram procuradas especificamente na escala MMDAS.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DELÍRIO MACARTHUR-MAUDSLEY (MMDAS)

Parte 1.

Escolha de crença para dar nota

1. Reveja a entrevista atual procurando especificamente por referências a pensamento delirante atual e pensamento delirante relacionado a incidentes violentos antes que você tente completar o instrumento MMDAS. A crença a ser examinada deve ser selecionada na seguinte ordem de prioridade:
 - (1) a crença delirante que a pessoa identifica como a que teve o maior impacto recente na sua vida; Faça isso lendo de volta para o paciente todas as suas crenças que foram identificadas como sendo definitivamente ou possivelmente delirantes a partir das perguntas de rastreamento e deixe a pessoa escolher.
 - (2) Se a pessoa não identificar um delírio como tendo um maior impacto recente na sua vida; selecione o delírio que o observador acreditou que responde a esse critério, dando preferência aos delírios de perseguição, de grandiosidade, de ciúme ou qualquer delírio envolvendo outras pessoas.
2. Indique e descreva abaixo o delírio selecionado e circule o número acima que corresponde ao raciocínio através do qual a escolha foi feita.

3. Caracterize o delírio selecionado para as perguntas de acordo com as seguintes categorias (selecione todas que se apliquem):

	Verifique se o delírio envolve outros*	Verifique se o delírio tem conteúdo violento**	Se sim, o delírio envolve violência subjetiva Contra outros*
00. <input type="checkbox"/> SEM DELÍRIO			
01. <input type="checkbox"/> Ciúme delirante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. <input type="checkbox"/> Delírio persecutório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. <input type="checkbox"/> Delírio de grandeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. <input type="checkbox"/> Delírio de controle de corpo ou mente ou de influência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. <input type="checkbox"/> Transmissão de pensamento ou influência pelo paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. <input type="checkbox"/> Delírio de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. <input type="checkbox"/> Delírio somático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. <input type="checkbox"/> Delírio religioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. <input type="checkbox"/> Outros delírios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/> Não sei, sem informações			

* inclui outras pessoas reais ou imaginárias / ** inclui violência contra si próprio, outros, ou propriedades

Por quanto tempo você acreditou que X (ex., a crença selecionada)?

__ anos e __ meses e __ semanas

1. CONVICÇÃO

ATUAL

PIOR JÁ
SENTIDO

**1.1 Você tem certeza sobre X (ex., a crença selecionada)
Você tem qualquer dúvida?**

- 0 – Nunca tem certeza, acredita que provavelmente está imaginando
- 1 – Tem dúvidas; talvez; acredita que seja provavelmente verdade
- 2 – Absolutamente certo
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

*Se a pessoa responde 1 ou 0, pergunte: **Já houve tempo em que você esteve absolutamente seguro (ou acreditou que era provavelmente verdade)?** Codifique na coluna do pior já sentido*

1.2 **O que teria de acontecer para fazer você pensar que pode estar errado a cerca de X?**

- 0 – Percepção de uma evidência e sua consequência logicamente possível
- 1 – Percepção de uma evidência, mas a consequência logicamente impossível
- 2 – Incapaz de perceber uma evidência que poderia contradizer a crença
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

1.3 **Você sente que outras pessoas também acreditam no X – seja abertamente, ou talvez veladamente sem falar sobre isso?**

- 0 – Aceita que é única pessoa que tem essa crença
- 1 – Aceita que outros não falam abertamente sobre a crença, mas sente que eles devem acreditar intimamente
- 2 – Diz que a crença é compartilhada por muitos outros
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

*Se a pessoa responde 1 ou 0, pergunte: **Você alguma vez sentiu que outras pessoas também acreditassem em X (ou poderiam acreditar intimamente)?***
Codifique na coluna do pior jamais sentido

1.4 **Se você contasse a alguém sobre X, você acha que acreditariam em você?**

- 0 – Outra pessoa definitivamente não acreditaria
- 1 – Outra pessoa poderia acreditar
- 2 – Outra pessoa definitivamente acreditaria
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

*Se a pessoa responde 1 ou 0, pergunte: **Você alguma vez pensou que se você contasse para alguma pessoa, ela poderiam definitivamente acreditar em você?***
Codifique na coluna do pior jamais sentido

2. **AFETO NEGATIVO RELACIONAMENTO À CRENÇA ESCOLHIDA -**

Somente dê nota para fatores emocionais que são atribuídos especificamente como dependentes à crença. Dê nota baseada na resposta verbal do paciente, não na impressão do entrevistador. Dê nota para todos que se aplicam.

ATUAL

ALGUMA
ÉPOCA

Como essa crença faz você se sentir? Ela faz você se sentir:

2.1 Infeliz / miserável / deprimido?

- 0 – Não
- 1 – Sim

*Se a pessoa responde não, pergunte: **Você alguma vez se sentiu infeliz, miserável ou deprimido?***
Codifique na coluna alguma época

2.2 Aterrorizado / assustado?

- 0 – Não
1 – Sim

*Se a pessoa responde não, pergunte: **Você alguma vez se sentiu aterrorizado ou assustado?***

Codifique na coluna em alguma época

2.3 Ansioso / tenso / preocupado?

- 0 – Não
1 – Sim

*Se a pessoa responde não, pergunte: **Você alguma vez se sentiu Ansioso, tenso ou preocupado?***

Codifique na coluna em alguma época

2.4 Com raiva?

- 0 – Não
1 – Sim

*Se a pessoa responde não, pergunte: **Você alguma vez se sentiu com raiva?***

Codifique na coluna em alguma época

3. ATUAÇÃO NA CRENÇA - Faça perguntas inicialmente a respeito do comportamento a vida toda (“Você alguma vez ...?”); se o paciente responder afirmativamente, pergunte desde a última entrevista (1) Dê nota aos itens da seguinte forma:

Codificação: 0 – Não
1 – Sim
8 – Não se aplica
9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

ALGUMA
VEZ

3.1 **Você já falou com alguém sobre X?**

3.2 **Você já escreveu a alguém?**

3.3 **Você já tentou fazer parar X ? Você já tentou tirar esse pensamento da sua mente?**

Especifique como: (Alguma vez) _____

3.4 **Você já tentou se proteger de alguma forma por causa dessa crença?**

Especifique como: (Alguma vez) _____

(1) Se a MMDAS está sendo administrada apenas uma vez, substitua então a formatação específica de tempo desse estudo cada vez que as instruções disserem “desde a última entrevista”

3.5 **X faz você perder sua compostura?**

3.6 **Você alguma vez tem discussões por causa de X?**

3.7 **Você alguma vez quebrou ou destruiu alguma coisa por causa desta crença?**

3.8 **Você alguma vez já teve vontade machucar alguém por causa de X?**
(agredindo, usando uma arma, etc)

Codificação: 0 – Não

1 – Sim

9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

Quem você quis machucar?

Especifique o

relacionamento: (Alguma vez) _____

Codificação: 1 – Somente conhecidos

2 – Misturados

3 – Somente estranhos

3.9 **Você alguma vez tentou machucar alguém (fisicamente) por causa de X?** (agredindo, atirando objetos em alguém, etc.)

Codificação: 0 – Não

1 – Sim

9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

Você conhece a pessoa a que você tentou machucar?

Especifique o

relacionamento: (Alguma vez) _____

Como que você machucou essa pessoa?

Codifique o
mais sério:

0 – Sem violência

5 – Atingir com murro/objeto

1 – Atirando objetos

6 – Agressão sexual

2 – Empurrando, agarrando

7 – Ameaça com uma arma

3 – Tapa

8 – Uso de arma branca ou de fogo

4 – Chute/mordida

9 – Outras violências

Especifique (_____)

Codificação: 0 – Não

1 – Sim

9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

3.10 Se afirmativo a resposta 3.9, faça perguntas suficientes para responder:

Houve um ato violento ou agressivo sem causar lesões
e sem uso de armas?

Houve violência séria * (incluindo uso de armas ou ameaça com
arma na mão ou alguma violência com lesão consequente)?

3.11X faz você fazer alguma coisa em particular?

Anote o relato espontâneo do entrevistado _____

* Veja o estudo de MacArthur de Avaliação de Risco de Violência para mais detalhes e definições de atos agressivos e violência.

4. **DESISTIR DE AGIR POR CAUSA DE CRENÇA** - Faça perguntas inicialmente a respeito do comportamento a vida toda (“X alguma vez evitou que você fizesse...?”); se o paciente responder afirmativamente, pergunte desde a última entrevista. Dê nota aos itens da seguinte forma:

Codificação: 0 – Não

1 – Sim

8 – Não se aplica

9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

ALGUMA
VEZ

4.1 X já o impediu de fazer amigos?

4.2 X já o impediu que visse TV ou ouvisse rádio?

4.3 X já o impediu de beber ou comer alguma coisa?

4.4 X já o impediu de usar transporte público?

4.5 **X já o impediu de ir ao trabalho?**

4.6 **X já o impediu de tomar medicação?**

4.7 **X já o impediu de ir ao hospital ou ver seu médico?**

4.8 **Existe alguma outra coisa que X o impediu de fazer?**

Especifique o quê _____

5. PREOCUPAÇÃO COM A CRENÇA ESCOLHIDA – O entrevistador deve dar nota para a extensão na qual a pessoa indica que seus pensamentos focalizam exclusivamente no delírio. *A pergunta inicial diz respeito à preocupação da pessoa no momento da entrevista, não no passado, por exemplo, no momento em que o ato foi cometido. A segunda questão focaliza a ocasião que a pessoa ficou mais preocupada com a sua crença escolhida.*

5.1 Com que frequência você pensa sobre X?

- 0 – Eu nunca penso sobre X
- 1 – Às vezes eu penso sobre essa crença
- 2 – Eu penso sobre essa crença, mas eu também consigo tirar esse pensamento da minha cabeça, de forma que posso pensar em outras coisas
- 3 – Eu tenho dificuldade em tirar esse pensamento da minha cabeça, mesmo quando eu tento
- 4 – Eu mal posso pensar em outra coisa além disso

*Se a pessoa responder alguma outra coisa além de 4, pergunte: **Você alguma vez pensa sobre X mais do que isso? Houve alguma vez que você não conseguia tirar isso da sua cabeça?***

Codifique na coluna alguma vez

1.5. REAVALIAÇÃO DA CONVICÇÃO

Deixe sugerir alguma coisa hipotética para você – alguma coisa que você não pensa que poderia acontecer – e me diga como você reagiria se acontecesse.

Os detalhes da pergunta serão especificados no contexto da entrevista. A pergunta deve demonstrar os resultados de um teste empírico que contradiz diretamente a crença delirante relatada. Por exemplo, se pessoa acredita se está sendo seguida, pergunte “O que aconteceria se uma câmara de vídeo instalada em torno da sua casa mostrasse que não há ninguém lhe seguindo”.

Pergunta e resposta devem ser relatadas.

P: _____

R: _____

- 0 – Elimina a crença
- 1 – Muda o nível de convicção
- 2 – Se acomoda no sistema
- 3 – Ignora ou rejeita a relevância

ENTREVISTADOR: Verifique a nota dada questão 1.1 para confirmar que a resposta é compatível com a resposta na questão 1.5. Se não, redefina a nota de 1.1 para nota apropriada.

6. PENETRAÇÃO DA CRENÇA ESCOLHIDA – A penetração reflete o grau em que a crença delirante interfere em todos os aspectos da vida da pessoa. *Este item se relaciona à penetração do pensamento delirante, não necessariamente com a consequência real no conjunto das suas atividades diárias.*

6.1 *No final da entrevista de nota à penetração da crença escolhida baseada em todas as informações disponíveis a você.*

0 – Nenhuma

1 – Delírios limitados a uma área pequena da vida da pessoa - inclui delírios capsulados

2 – Alguma extensão para vários aspectos da vida da pessoa, mas áreas substanciais de experiências subjetivas não afetadas

3 – A pessoa interpreta praticamente todas as experiências como relacionadas à crença delirante.

7. ENTREVISTADOR: Dê nota à sua percepção do grau que você acredita que as respostas da pessoa foram relatos precisos das suas crenças.

0 – Precisos

1 – Algum questionamento sobre a precisão devido à defesa ou outros fatores

2 – Dúvidas substanciais sobre a precisão

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DELÍRIO MACARTHUR-MAUDSLEY (MMDAS)

Parte 2.

Gradação da crença escolhida de delírio associada a acidentes violentos

1. A crença a ser examinada deve ser selecionada da seguinte maneira:
 - (1) Reveja o conhecimento de violência até essa data. A violência deve ser selecionada por períodos de tempo (desde a última entrevista ou, se o MMDAS está sendo administrado apenas uma vez, na ordem de tempo escolhido)
 - (2) Determine se o paciente foi delirante em associação com (no momento de) o ato violento. Faça isso perguntando sobre o pensamento da pessoa, imediatamente antes de, durante ou depois do ato violento.
 - (3) Selecione a violência mais séria relatada que foi associada com o delírio e use esse delírio para perguntar

Escolha uma caixa:

1. A parte 2 foi completada num delírio diferente da parte 1.
 2. Mesmo delírio na parte 1 e na parte 2.
 3. Não houve delírio relatado em associação com incidente violento. (Vá à grade)
2. Indique e descreva abaixo o delírio selecionado e a base pela qual a escolha foi feita. Pergunte sobre os eventos que antecederam imediatamente o ato violento. Quais eram seus pensamentos?

3. Caracterize o delírio selecionado para as perguntas de acordo com as seguintes categorias (selecione todas que se apliquem):

	Verifique se o delírio envolve outros*	Verifique se o delírio tem conteúdo violento**	Se sim, o delírio envolve violência subjetiva Contra outros*
0. <input type="checkbox"/> SEM DELÍRIO			
1. <input type="checkbox"/> Ciúme delirante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Delírio persecutório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Delírio de grandeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Delírio de controle de corpo ou mente ou de influência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Transmissão de pensamento ou influência pelo paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Delírio de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> Delírio somático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> Delírio religioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> Outros delírios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/> Não sei, sem informações			

* inclui outras pessoas reais ou imaginárias / ** inclui violência contra si próprio, outros, ou propriedades

INTRUÇÕES PARA AQUELAS PESSOAS QUE JÁ COMPLETARAM A PARTE 1 PARA ESSE MESMO DELÍRIO, COMPLETE APENAS SEÇÕES 1,2,5 E 6.

Por quanto tempo você acreditou que X (ex., a crença selecionada)?

__ anos e __ meses e __ semanas

1. CONVICÇÃO (no momento do incidente violento)

1.1 Que certeza você tinha sobre X (ex., a crença selecionada) quando você fez o ato violento? Você tinha alguma dúvida?

- 0 – Nunca tinha certeza, acreditava que provavelmente está imaginando
- 1 – Tinha dúvidas; talvez; acreditava que seja provavelmente verdade
- 2 – Absolutamente certo
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

1.2 O que teria de ter acontecido naquele momento para você pensar que pudesse estar errado a cerca de X?

- 0 – O esboço de uma evidência e essa evidência logicamente possível
- 1 – O esboço de uma evidência, mas essa evidência logicamente impossível
- 2 – Incapaz de esboçar uma evidência capaz de contradizer a crença
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

1.3 Você sentia naquele momento que outras pessoas também acreditam em X – abertamente ou sem falar sobre isso?

- 0 – Aceitava que a crença era apenas sua
- 1 – Aceitava que outros não compartilhavam abertamente da sua a crença, mas poderiam estar acreditam intimamente
- 2 – Diz que a crença era compartilhada por muitos outros
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

1.4 Se você contasse a alguém sobre X, você acha que iriam acreditar?

- 0 – Outra pessoa definitivamente não acreditaria
- 1 – Outra pessoa poderia acreditar
- 2 – Outra pessoa definitivamente acreditaria
- 9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

2. AFETO NEGATIVO RELACIONAMENTO À CRENÇA ESCOLHIDA -
(no momento do incidente violento) Dê nota apenas para fatores emocionais que são atribuídos especificamente como dependentes à crença. Dê nota baseada na resposta verbal do paciente, não na impressão do entrevistador. Dê nota para todos que se aplicam.

Como você sente que essa crença o fazia sentir? Ela o fazia se sentir:

2.1 Infeliz / miserável / deprimido?

- 0 – Não
- 1 – Sim

2.2 Aterrorizado / assustado?

- 0 – Não
- 1 – Sim

2.3 Ansioso / tenso / preocupado?

- 0 – Não
- 1 – Sim

2.4 Com raiva?

- 0 – Não
- 1 – Sim

SE FOR O MESMO DELÍRIO DA PARTE 1, PULE AS SEÇÕES 3 E 4

3. ATUAÇÃO NA CRENÇA - Pergunte sobre o tempo antes do incidente violento, incluindo o momento do incidente. Faça perguntas sobre o comportamento da vida toda (“Você alguma vez ...?”); se o paciente responder afirmativamente, pergunte desde a última entrevista (1) Dê nota aos itens da seguinte forma:

Codificação: 0 – Não

1 – Sim

8 – Não se aplica

9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

ALGUMA
VEZ

3.1 **Você já falou com alguém sobre X?**

3.2 **Você já escreveu a alguém?**

3.3 **Você já tentou fazer parar X ? Você já tentou tirar esse pensamento da sua mente?**

Especifique como: _____

3.4 **Você já tentou se proteger de alguma forma por causa dessa crença?**

Especifique como: _____

3.5 **X faz você perder sua compostura?**

3.6 **Você alguma vez tem discussões por causa de X?**

3.7 **Você alguma vez quebrou ou destruiu alguma coisa por causa desta crença?**

3.8 Você alguma vez já ter vontade machucar alguém por causa de X?
(agredindo, usando uma arma, etc)

Codificação: 0 – Não
1 – Sim
9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

Quem você quis machucar?

Especifique o
relacionamento: _____

Codificação: 1 – Somente conhecidos
2 – Misturados
3 – Somente estranhos

3.9 Você alguma vez tentou machucar alguém (fisicamente) por causa de X? (agredindo, atirando objetos em alguém, etc.)

Codificação: 0 – Não
1 – Sim
9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

Você conhecia a pessoa a que você tentou machucar?

Especifique o
relacionamento: _____

Como que você machucou essa pessoa?

Codifique o
mais sério:

0 – Sem violência	5 – Atingir com murro/objeto
1 – Atirando objetos	6 – Agressão sexual
2 – Empurrando, agarrando	7 – Ameaça com uma arma
3 – Tapa	8 – Uso de arma branca ou de fogo
4 – Chute/mordida	9 – Outras violências
	Especifique (_____)

Codificação: 0 – Não

1 – Sim

9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

3.10 Se afirmativo a resposta 3.9, faça perguntas suficiente para responder:

Houve um ato violento ou agressivo sem causar lesão e sem uso de armas?

Houve violência séria * (incluindo uso de armas ou ameaça com arma na mão ou alguma violência com lesão consequente)?

3.11X faz você fazer alguma coisa em particular?

Anote o relato espontâneo _____

4. DESISTIR DE AGIR POR CAUSA DE CRENÇA - Faça perguntas inicialmente a respeito do comportamento a vida toda (“X alguma vez evitou que você fizesse...?”); se o paciente responder afirmativamente, pergunte desde a última entrevista. Dê nota aos itens da seguinte forma:

Codificação: 0 – Não

1 – Sim

8 – Não se aplica

9 – Não responde, não pode afirmar, se recusa

ALGUMA
VEZ

4.1 X já o impediu de fazer amigos?

4.2 X já o impediu que visse TV ou ouvisse rádio?

4.3 X já o impediu de beber ou comer alguma coisa?

4.4 X já o impediu de usar transporte público?

4.5 X já o impediu de ir ao trabalho?

4.6 X já o impediu de tomar medicação?

4.7 X já o impediu de ir ao hospital ou ver seu médico?

4.8 Existe alguma outra coisa que X o impediu de fazer?

Especifique o quê _____

5. **PREOCUPAÇÃO COM A CRENÇA ESCOLHIDA** – (no momento do incidente) O entrevistador deve dar nota à extensão na qual a pessoa indica que seus pensamentos focalizavam exclusivamente no delírio. *A pergunta inicial diz respeito à preocupação da pessoa no momento do incidente, por exemplo, no momento em que qualquer ato foi cometido.*

5.1 **Com que frequência você pensava sobre X no momento do incidente violento?**

- 0 – Eu nunca pensava sobre X
- 1 – Às vezes eu pensava sobre essa crença
- 2 – Eu pensava sobre essa crença, mas eu conseguia tirar esse pensamento da minha cabeça, de forma que poderia pensar em outras coisas
- 3 – Eu tinha dificuldade em tirar esse pensamento da minha cabeça, mesmo quando eu tentava
- 4 – Eu mal podia pensar em outra coisa além disso

6. **PENETRAÇÃO DA CRENÇA ESCOLHIDA** – (no momento do incidente violento) A penetração reflete o grau em que a crença delirante interfere em todos os aspectos da vida da pessoa. *Este item se relaciona à penetração do pensamento delirante, não necessariamente com a consequência real no conjunto das suas atividades diárias.*

6.1 *No final da entrevista de nota à penetração (no momento do incidente) da crença escolhida baseada em todas as informações disponíveis a você.*

- 0 – Nenhuma
- 1 – Delírios limitados a uma área pequena da vida da pessoa - inclui delírios capsulados
- 2 – Alguma extensão para vários aspectos da vida da pessoa, mas áreas substanciais de experiências subjetivas não afetadas
- 3 – A pessoa interpreta praticamente todas as experiências como relacionadas à crença delirante.

7. **ENTREVISTADOR:** Dê nota à sua percepção do grau que você acredita que as respostas da pessoa foram relatos precisos das suas crenças.

- 0 – Precisos
- 1 – Algum questionamento sobre a precisão devido à defesa ou outros fatores
- 2 – Dúvidas substanciais sobre a precisão

RESUMO DAS NOTAS DO MMDAS

As seis dimensões são listadas abaixo com as questões usadas para dar notas a essas dimensões (use as notas atuais)

		I	II
1. Convicção			
(1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4)	escala de 0 – 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Afeto negativo			
Número total das emoções negativas listadas (2.1 + 2.2 + 2.3 + 2.4)	escala de 0 – 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Atuação na crença			
Dê nota às categorias seguintes de 3.1 a 3.11) 0=sem ação, 1=apenas ações não agressivas, 2=pensamentos agressivos, 3=ações agressivas sem lesão, 4=ações agressivas sem conhecimento de lesão, 5=violência com lesão	escala de 0 – 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Desistir de agir por causa da crença			
(escore resumido do 4.1 a 4.8)	escala de 0 – 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Preocupação			
(5.1)	escala de 0 – 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Penetração			
(6.1)	escala de 0 – 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO 8

Tabela 3.1

Condição de ser ativo ou inativo antes da internação ou prisão.

Atividade (antes de ser preso ou internado)

ATIVIDADE	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Era ativo	16 53.33	9 30.00	25
Era inativo	14 46.67	21 70.00	35
Total	30	30	60

• Qui-Quadrado: p-valor = 0.0688

Tabela 4.1

Grau de escolaridade por anos concluídos.

Escolaridade

ESCOLA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
< 5 anos	11 36.67	3 10.00	14
5 a 10 anos	13 43.33	15 50.00	28
> 10 anos	6 20.00	12 40.00	18
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 0.0363

Tabela 7
Resumo dos tempos (histórico psiquiátrico).

Grupo	Obs	Variável	N	Média	D.P.	Min.	Mediana	Máx.	p-valor^(*)
Caso	30	TPSINTOM	26	15.77	7.36	5.00	19.00	30.00	0.9460
		TPSNEGAT	14	13.71	7.64	0.00	16.50	25.00	0.5205
		TPSPOSIT	25	14.76	7.46	2.00	17.00	30.00	0.6382
		TPANTIPS	25	12.80	7.86	0.00	10.00	30.00	0.4059
		NROINTER	29	3.62	5.86	0.00	2.00	30.00	0.0014
		PRIMINTE	29	10.59	9.89	0.00	7.00	30.00	0.2999
Controle	30	TPSINTOM	29	16.45	9.14	5.00	16.00	35.00	
		TPSNEGAT	21	16.81	10.51	3.00	16.00	35.00	
		TPSPOSIT	29	16.31	9.04	5.00	16.00	35.00	
		TPANTIPS	28	15.57	9.83	1.00	15.50	35.00	
		NROINTER	30	8.03	9.29	1.00	5.00	40.00	
		PRIMINTE	30	13.27	10.34	0.00	11.00	35.00	

(*) p-valor baseado no teste de Mann-Whitney.
 TPSINTOM: há qto tempo se iniciaram os primeiros sintomas
 TPSNEGAT: há qto tempo se iniciaram os sintomas negativos
 TPSPOSIT: há qto tempo se iniciaram os sintomas positivos
 TPANTIPS: há qto tempo se iniciou o uso de anti-psicóticos
 NROINTER: número de internações até o momento
 PRIMINTE: há qto tempo foi a 1ª internação psiquiátrica

Tabela 8.1 e 8.2
Vida sexual

Tabela 8.1 – Início e vida sexual regular.

<i>Com que idade foi sua primeira relação sexual?</i>				<i>Teve vida sexual regular no passado?</i>			
FX. ETARIA	GRUPOS		Total	VIDA SEXUAL	GRUPOS		Total
	caso	controle			caso	controle	
< 10 anos	1 3.33	2 6.67	3	Sim	15 50.00	14 46.67	29
10 a 15 anos	8 26.67	4 13.33	12	Não	15 50.00	15 50.00	30
15 a 18 anos	7 23.33	12 40.00	19	Não quer falar	0 0.00	1 3.33	1
> 18 anos	11 36.67	8 26.67	19	Total	30	30	60
Nunca teve	3 10.00	4 13.33	7				
Total	30	30	60				

Tabela 8.1. Relação homossexual e orientação sexual.

Já teve alguma relação homossexual durante a sua vida? Para maior parte de sua vida, você se definiria como:

RELAÇÃO HOMOSSEXUAL	GRUPOS		Total	ORIENTAÇÃO	GRUPOS		Total
	caso	controle			caso	controle	
Sim	16 53.33	10 34.48	26	Hetero	28 93.33	23 76.67	51
Nao	14 46.67	19 65.52	33	Outros	2 6.67	7 23.33	9
Total	30	29	59	Total	30	30	60

Frequency Missing = 1

Qui-Quadrado: p-valor = 0.1448

Fisher: p-valor = 0.1455

Tabela 9.1, 9.2 e 9.3
Uso de bebida alcoólica

Tabela 9.1 - Uso de bebida alcoólica ao longo da vida

Ao longo de sua vida, fez uso de bebidas alcoólicas?

ETILICOS	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	12 40.00	17 56.67	29
Não	18 60.00	13 43.33	31
Total	30	30	60

Qui-Quadrado: p-valor = 0.1965

Tabela 9.2 - Uso diário de bebida alcoólica ao longo da vida

Teve período em que ingeria bebida alcoólica diariamente?

BEBER DIARIAMENTE	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	7 53.85	8 50.00	15
Não	6 46.15	8 50.00	14
Total	13	16	29

Frequency Missing = 31

Qui-Quadrado: p-valor = 0.8367

Tabela 9.3 - Uso de bebida alcoólica na época da internação ou do crime

Uso de bebida alcoólica

BEBIDA NA EPOCA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	7 53.85	7 43.75	14
Nao	6 46.15	9 56.25	15
Total	13	16	29

Frequency Missing = 31

Qui-Quadrado: p-valor = 0.5884

Tabela 10.1, 10.2 e 10.3
Uso de maconha

Tabela 10.1 - Uso de maconha ao longo da vida

Ao longo de sua vida, fez uso de maconha?

MACONHA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	10 33.33	12 40.00	22
Não	20 66.67	18 60.00	38
Total	30	30	60

Qui-Quadrado: p-valor = 0.5921

Tabela 10.2 - Uso diário de maconha ao longo da vida

Teve períodos que fumava maconha diariamente?

MACONHA DIÁRIA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	10 100.00	7 58.33	17
Não	0 0.00	5 41.67	5
Total	10	12	22

Frequency Missing = 38

Fisher: p-valor = 0.0396

Tabela 10.3 - Uso de maconha na época da internação ou do crime

Uso de maconha

MACONHA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	7 70.00	3 25.00	10
Não	3 30.00	9 75.00	12
Total	10	12	22

Frequency Missing = 38

Fisher: p-valor = 0.0836

Tabela 11.1, 11.2 e 11.3 Uso de cocaína ou crack

Tabela 10.1 - Uso de cocaína ou crack ao longo da vida

Ao longo de sua vida, fez uso de cocaína ou crack?

COCAÍNA CRACK	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	3 10.00	4 13.33	7
Não	27 90.00	26 86.67	53
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 0.6876

Tabela 11.2 - Uso diário de cocaína ou crack ao longo da vida

Teve períodos que usava cocaína ou crack diariamente?

COCAÍNA OU CRACK DIARIAMENTE	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	1 33.33	3 75.00	4
Não	2 66.67	1 25.00	3
Total	3	4	7

Frequency Missing = 53

Fisher: p-valor = 0.6876

Tabela 11.3 - Uso de cocaína ou crack na época da internação ou do crime

Uso de cocaína ou crack

COCAÍNA CRACK	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	1 33.33	2 50.00	3
Nao	2 66.67	2 50.00	4
Total	3	4	7

Frequency Missing = 53

Tabela 12

Tabagismo na época da internação ou do crime

Uso de tabaco

TABACO	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	13 65.00	16 88.89	29
Nao	7 35.00	2 11.11	9
Total	20	18	38

Frequency Missing = 22

Fisher: p-valor = 0.1305

Tabela 13.1, 13.2 e 13.3
Antecedentes familiares

Tabela 13.1 - Antecedente familiar para transtorno psiquiátrico

Antecedente familiar para transtorno psiquiátrico

ANTECEDENTE FAMILIAR	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	6 20.00	10 33.33	16
Não	23 76.67	18 60.00	41
Não sabe	1 3.33	2 6.67	3
Total	30	30	60

Tabela 13.2 - Antecedente familiar para alcoolismo

Antecedente familiar para alcoolismo

ANTECEDENTE FAMILIAR	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	4 13.33	5 17.24	9
Não	26 86.67	24 82.76	50
Total	30	29	59

Frequency Missing = 1

Fisher: p-valor = 0.7306

Tabela 13.3 - Antecedente familiar para drogas ilícitas

Antecedente familiar para uso de drogas ilícitas

ANTECEDENTE FAMILIAR	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	5 16.67	0 0.00	5
Não	25 83.33	29 100.00	54
Total	30	29	59

Frequency Missing = 1

Fisher: p-valor = 0.0522

ANEXO 9

Tabela 14.1 e 14.2
Comportamento agressivo e violento

Tabela 14.1 – Agressão moderada
Agredir alguma pessoa, como dar um empurrão forte, dar um tapa ou soco ou chutar.

AGRESSÃO MODERADA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	8 26.67	9 31.03	17
Não	22 73.33	20 68.97	42
Total	30	29	59

Frequency Missing = 1

Qui-Quadrado: p-valor = 0.7111

Tabela 14.2 – Agressão grave
Agredir ou machucar alguém seriamente produzindo lesões ou machucados.

AGRESSÃO MODERADA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	7 23.33	3 10.71	10
Não	23 76.67	25 89.29	48
Total	30	28	58

Frequency Missing = 2

Fisher: p-valor = 0.3007

Tabela 18.1 e 18.2
Ser vítima de violência na infância e/ou adolescência

Tabela 18.1 – Sofreu violência na infância e/ou adolescência?

VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	7 23.33	3 10.00	10
Não	23 76.67	27 90.00	50
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 0.2990

Tabela 18.2 - No passado, foi vítima de agressões sexuais ou algum tipo de violência sexual?

VÍTIMA SEXUAL	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	3 10.00	6 20.00	9
Não	26 86.67	24 80.00	50
Não sabe	1 3.33	0 0.00	1
Total	30	30	60

ANEXO 10

Tabela 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.5, 20.6 e 20.7 Histórico de alcoolismo utilizando o MINI

Tabela 20.1 - Dep. de álcool ao longo da vida

DEPENDÊNCIA ÁLCOOL	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	6 20.00	7 23.33	13
Não	24 80.00	23 76.67	47
Total	30	30	60

Qui-Quadrado: p-valor = 0.7540

Tabela 20.2 - Abuso de álcool ao longo da vida

ABUSO ÁLCOOL	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	3 10.00	5 16.67	8
Não	27 90.00	25 83.33	52
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 0.7065

Tabela 20.3 - Dependência de álcool quando cometeu o delito

NO ATO	Frequência	%
Sim	5	16.67
Não	25	83.33

Tabela 20.4 - Dependência de álcool quando foi internado

DELITO	Frequência	%
Sim	5	16.67
Não	25	83.33

Tabela 20.5 - Abuso de álcool quando cometeu o delito

NO ATO	Frequência	%
Sim	2	6.67
Não	28	93.33

Tabela 20.6 - Abuso de álcool quando cometeu o delito

DELITO	Frequência	%
Sim	3	10.00
Não	27	90.00

Tabela 20.7 - Abuso de álcool

ABUSO ÁLCOOL	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	2 6.67	3 10.00	5
Nao	28 93.33	27 90.00	55
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 1.000

Tabela 21.1, 21.2, 21.3, 21.4, 21.5, 21.6 e 21.7
Histórico de drogas utilizando o MINI

Tabela 21.1 - Dep. de drogas ao longo da vida

DEPENDÊNCIA DROGAS	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	5 16.67	4 13.33	9
Não	25 83.33	26 86.67	51
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 1.000

Tabela 21.2 - Abuso de drogas ao longo da vida

ABUSO DROIGAS	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	4 13.33	5 16.67	9
Não	26 86.67	25 83.33	51
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 1.000

Tabela 21.3 – Dependência de drogas quando cometeu o delito

DEPENDÊNCIA DROGAS	Frequência	%
Sim	2	6.67
Não	28	93.33

Tabela 21.4 – Dependência de drogas quando foi internado

DEPENDÊNCIA DROGAS	Frequência	%
Sim	2	6.67
Não	28	93.33

Tabela 21.5 – Abuso de drogas quando foi internado

ABUSO DROGAS	Frequência	%
Sim	3	10.00
Não	27	90.00

Tabela 21.6 – Abuso de drogas quando cometeu o delito

ABUSO DROGAS	Frequência	%
Sim	5	16.67
Não	25	83.33

Tabela 21.7 - Abuso de drogas

ABUSO DROGAS	GRUPOS		Total
	caso	controle	
Sim	5 16.67	3 10.00	8
Não	25 83.33	27 90.00	52
Total	30	30	60

Fisher: p-valor = 0.7065

ANEXO 11

Tabela 23.1 a 23.9 Tipos de delírios na escala MMDAS (parte 1)

Tabela 23.1 – Ciúme

CIUME	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	26 89.66	28 93.33	54
Sim	0 0.00	2 6.67	2
C/conteúdo viol.	3 10.34	0 0.00	3
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Fisher: p-valor = 0.0839

Tabela 23.2 - Persecutório

PERSECUT	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	8 27.59	7 23.33	15
Sim	3 10.34	11 36.67	14
Envolve outros	6 20.69	6 20.00	12
C/conteúdo viol.	12 41.38	6 20.00	18
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Fisher: p-valor = 0.0853

Tabela 23.3 - Grandeza

GRANDEZA	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	21 72.41	28 93.33	49
Sim	6 20.69	2 6.67	8
Envolve outros	2 6.90	0 0.00	2
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Tabela 23.4 - Controle e influência

CONTROLE	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	20 68.97	19 63.33	39
Sim	6 20.69	8 26.67	14
Envolve outros	1 3.45	1 3.33	2
C/conteúdo viol.	2 6.90	2 6.67	4
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Tabela 23.5 - Transmissão do pensamento (pelo paciente)

INFLUENC	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	25 86.21	29 96.67	54
Sim	3 10.34	1 3.33	4
C/conteúdo viol.	1 3.45	0 0.00	1
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Tabela 23.6 - Culpa

CULPA	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	29 100.00	30 100.00	59
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Tabela 23.7 – Somático

SOMATICO	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	29 100.00	29 96.67	58
Sim	0 0.00	1 3.33	1
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Tabela 23.8 - Religioso

RELIGIOS	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	24 82.76	28 93.33	52
Sim	5 17.24	2 6.67	7
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

Fisher: p-valor = 0.2542

Tabela 2.9 - Outros

OUTROS	GRUPO		Total
	caso	controle	
Não	27 93.10	29 96.67	56
Sim	1 3.45	1 3.33	2
Envolve outros	1 3.45	0 0.00	1
Total	29	30	59

Frequency Missing = 1

ANEXO 12

Tabela 28

Descrição do crime, dos delírios e outros aspectos psicopatológicos dos pacientes-caso

	Idade	Descrição do Crime	Delírio relacionado ao crime	Outros aspectos psicopatológicos relevantes
1)	41 anos	Matou sua mãe com uma faca de cozinha porque estava muito “perturbado”.	Sentia-se muito perturbado da cabeça e não queria mais ser internado ou tomar remédio. Acreditava que poderia ressuscitá-la depois.	Ouvia vozes de artistas famosos que diziam que ele era um “homem azul” e que deveria parar de se masturbar. Recebia mensagens pela TV e rádio.
2)	34 anos	Tentou matar o pretendente da sua ex-esposa com socos.	Sentia-se traído mesmo já tendo se separado da esposa. Não aceitava a separação e a “traição” dela.	Em outra época fugia de policiais por acreditar estar sempre sendo perseguido. Em uma dessas ocasiões, ficou trancado dentro de casa vários dias lendo a bíblia. Os policiais o perseguiram a mando de um político famoso.
3)	58 anos	Matou sua amásia, decapitou, esquartejou e escondeu o cadáver no quintal de sua casa.	Sabia que ela o estava traindo, que era uma “piranha” e tinha intenção de matá-lo em conluio com outros homens.	Já havia matado sua primeira esposa da mesma forma, vinte anos atrás.
4)	29 anos	Tentou matar seu cunhado e sogra a golpes de faca.	As vítimas tinham intenção de separá-lo da sua esposa. Sua sogra estava “armando” para separá-lo da sua esposa.	Relato de delírios persecutórios relacionados aos seus parentes com eventuais alucinações auditivas.
5)	30 anos	Tentou abusar sexualmente de um moço de 15 anos.	Sentia um espírito ruim controlando sua mente e mandando fazer coisas.	Delírios de controle e de conteúdo místico de aparecimento após a morte da mãe por câncer.
6)	24 anos	Quebrou duas costelas da sua mãe agredindo-a com socos.	Acredita que lhe fizeram macumba e que sua mente é controlada, mas não sabe por quem.	Alteração de comportamento desde 18 anos caracterizado por delírios de controle, alucinações e uso de substâncias.

7)	35 anos	Rendeu toda uma família e os matou. Antes estuprou a mulher do casal e deflorou a filha menor de idade.	Sentia-se controlado e “invadido” pela família que foi vítima e via o homem do casal lhe fazer caretas. Via a vítima fazer “expressões rancorosas” e ouvia “ataques de sinos nos ouvidos com imagens mentais”. A vítima fazia parte da hierarquia do mal comandada pelo A-ha (grupo musical europeu).	Com 19 anos, na faculdade, iniciou alucinações auditivas e delírio de controle (era controlado pelo vocalista do A-ha). Acredita também que vai desenvolver uma “religião mundial” e que vai ser o “maitrea-buda” (termo utilizado pelo paciente). Já escreveu para o Papa sobre a nova religião.
8)	23 anos	Cometeu vários furtos.	Sentia necessidade de ter outros bens e que tinha esse direito por ser “especial”.	Acredita que vive numa realidade paralela, está vivo há mais de dez mil anos e tem dons especiais.
9)	46 anos	Comeu o coração de sobrinho de três meses, usando uma faca para “agir”.	Relaciona com mensagens que recebeu na bíblia.	Desde próximo dos 20 anos tem necessidade de comer coração ainda quente para aquecer seu sangue. Sente seu sangue gelado, talvez por “influência de espírito mal”, e que seu coração vai congelar. Antes do crime comia coração de pombos e passarinhos.
10)	42 anos	Matou um bispo da igreja Deus é Amor com três tiros.	Acredita que estavam armando contra ele. O bispo que lhe prejudicar e interferir no seu namoro com uma seguidora da mesma igreja.	Acredita ter poder de se comunicar com espíritos desde sua infância. Passou a ter problemas quando fez um “trato” com o Espírito Santo.
11)	32 anos	Tentou matar sua irmã, a qual tinha o corpo possuído por um ET e que dizia que iria esquartejá-lo.	A vítima tinha o corpo possuído por um ET, que desceu até sua casa e invadiu o corpo da sua irmã. O ET queria matá-lo através do corpo dela e esquartejá-lo.	Refere que tem vida eterna e poderes desde sua infância, portanto, corre risco constante. Com 20 anos da idade “tirou” seus olhos como sacrifício.
12)	37 anos	Tentou matar um paquera da sua irmã.	Estava “incorporado” pelo seu cunhado e acreditava que ele se sentia traído pela suposta paquera. Sentia também que a vítima queria lhe matar e ouvia vozes que lhe informavam disso.	Desde 18 anos de idade com delírios de conteúdo paranóide, de controle, de grandeza e místico. Via “hábitos diabólicos” e ouvia por “radiodifusão”.
13)	32 anos	Matou seu tio.	Seu espírito tinha saído do seu corpo e entrado no corpo da vítima. Queria seu espírito de volta, mas não conseguia tê-lo. Atualmente está dentro de uma garrafa de wisk no porão da “casa San”.	Desde 18 anos de idade com delírios de conteúdo paranóide, de controle, de grandeza e místico. Via “hábitos diabólicos” e ouvia por “radiodifusão”.
14)	48 anos	Matou sua amásia.	Acredita que ela tinha um amante e que ele pretendia lhe matar com a colaboração dela.	No seu primeiro casamento acreditava que sua sogra tinha lhe feito macumba.
15)	31 anos	Ameaça e assédio a uma delegada de polícia.	Acredita que a delegada gostava e ainda gosta dele. Para ficar perto dele forjou vários assaltos e estupros.	Antes do crime, procurou advogados e promotores para provar sua relação com a delegada.

16)	28 anos	Matou seu sobrinho de 3 anos com marteladas, após introduzir um ferro no seu ânus, cortar seu saco e perfurar seu olho.	Estava com a cabeça muito perturbada. Acreditava que a vítima era um cabrito que o atacaria e via ele se transformando no animal. Sua inquilina tinha feito macumba e transformado seu sobrinho num cabrito.	Sente que tem uma missão na terra e por isso é perseguido. Tem uma marca no ombro que só seu irmão e a Xuxa têm.
17)	34 anos	Tentou incendiar um caminhão de gás com o motorista dentro.	Acredita que o dono do caminhão há algum tempo estava desviando dinheiro da sua conta junto ao INSS.	Sem outras alterações.
18)	34 anos	Matou seu vizinho.	Acredita que seu vizinho estava sempre lhe ameaçando, inclusive ouvia os gritos de ameaça. Ele também roubava peças da sua oficina. Ficava acordado por toda a madrugada vigiando a oficina.	Delírios paranóides e alucinações auditivas depreciativas e de comando.
19)	38 anos	Matou seu pai por esganadura.	Acredita que seu pai há anos queria lhe prejudicar e teria pagado para pessoas lhe espancar.	Relato de comportamento alucinatório apesar de negar.
20)	59 anos	Matou sua esposa e a família dela (5 pessoas) na noite de natal, após vê-la conversando supostamente com seu ex-noivo pelo telefone.	Acredita que ela o traía com seu ex-noivo e com um primo, porque não conseguia fazer sexo com ela. Matou também a família dela porque sabiam das traições.	Sem outras alterações.
21)	42 anos	Tentou matar sua sobrinha durante uma discussão.	A vítima queria envenená-lo e colocou fezes de galinha escondidas na sua comida.	Desde o início da doença acredita que sua mãe e uma irmã lhe fizeram macumba, fato que era confirmado por vozes. Outros familiares também estavam envolvidos.
22)	48 anos	Matou sua irmã.	A vítima o xingava de veado. Ela queria dominá-lo porque tem um "capacinho" na cabeça.	Diz ser controlado pelo "capacinho do céu", porque é uma pessoa especial.
23)	31 anos	Matou uma pessoa desconhecida.	Sentia ser corpo e mente controlados e hipnotizados.	Sem outras alterações. Antecedente de vários assaltos com violência.
24)	38 anos	Acusado de assaltar um bar.	Acredita que o diabo lhe persegue e disfarça na forma de humano, mas foi a necessidade por drogas que o fez roubar.	Alucinações auditivas e delírios paranóides. Acredita ser ameaçado perseguido pelo diabo
25)	32 anos	Matou um colega de trabalho (outro PM).	Há algum tempo sentia que a vítima estava lhe perseguindo e queria matá-lo.	Com 26 anos iniciou depressão, vozes e delírio paranóide. Isolava-se em casa e dormia junto da sua arma embaixo do travesseiro.

26)	54 anos	Matou seus pais a martelada.	Acredita que seus pais eram controlados por mensagens “subliminares” e que sua mente também era controlada.	Acredita que existe uma forma de controle através de mensagens subliminares e que tudo é controlado.
27)	28 anos	Cometeu vários furtos.	Sentia vozes perturbando sua mente e necessidade de comprar drogas.	Acreditava que poderia ser morto por ele mesmo ou por outras pessoas. Chegou a enfiar uma faca na própria barriga, sem conseguir explicar o motivo.
28)	46 anos	Tentou matar um morador próximo.	Sentia-se ameaçado pela vítima. Acredita que a vítima estava fazendo armadilhas contra ele e ouvia as vozes quando estava preparando.	História psiquiátrica desde 20 anos com delírios paranóide e alucinações auditivas com vozes acusatórias.
29)	48 anos	Matou seu pai com um chute no peito.	Estava com a mente muito perturbada e tinha vozes de comando.	Relato de vozes de conteúdo depreciativo e de comando. Sem explicações delirantes.
30)	48 anos	Atingiu um padre pelas costas com uma faca. Tinha a intenção de “aliviar um trauma de guerra” que acreditava que o padre tinha.	Acredita ter um dom especial e que a facada foi apenas um procedimento de alívio.	Relata que aos 18 anos viu um arcanjo que lhe falou. Desde então passou a acreditar que é um enviado e que pode curar as pessoas.

