



**Estudo dos Homicidas no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do
Bispo**

Ana Isabel Ferreira Bento da Rocha

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça

Tese realizada sob orientação do Professor Doutor Fernando Almeida

Setembro de 2014

AGRADECIMENTOS

São várias as pessoas que me ajudaram na concretização deste estudo e que são meritórias do meu explícito agradecimento.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Fernando Almeida, pela disponibilidade, paciência, compreensão, apoio, e orientação dada ao longo de todo este ano e à Dra. Diana Moreira pela preocupação e disponibilidade imediata no esclarecimento das minhas dúvidas, sempre com uma palavra de apoio e um sorriso para dar.

Ao Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, nomeadamente, ao Dr. Hernâni Vieira pela disponibilidade, amabilidade, e por me ter autorizado a consulta de dados processuais.

Um agradecimento especial a todos os meus amigos, pela partilha de carinho, esperança, alegria, e acolhimento.

Marta obrigada pela disponibilidade, pela dedicação, e pela partilha de afeto.

Aos meus pais e ao meu irmão, agradeço a paciência, o carinho, e o apoio ao longo do meu percurso e formação pessoal e académica. Sem vocês não teria o mesmo sentido e significado.

Ao Pedro obrigado pelo companheirismo, apoio incondicional, amor, e paciência ao longo deste percurso.

À minha avó por tudo e para sempre.

RESUMO

Este estudo é de caráter descritivo, exploratório, e transversal. Tem como principal objetivo descrever e explorar os homicidas imputáveis e inimputáveis detidos no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo. Para além dos dados sociodemográficos relativos aos homicidas pretende-se saber quais as patologias mentais mais prevalentes nos homicidas, se os homicidas apresentam antecedentes judiciais, conhecer a distribuição temporal do crime de homicídio ao longo do ano, os antecedentes de consumos de substâncias dos homicidas, saber qual a relação homicida-vítima, verificar se os homicidas atuam de forma impulsiva ou premeditada, conhecer os instrumentos do crime mais utilizados pelos homicidas, a principal motivação para o crime de homicídio, e por fim, os comportamentos dos homicidas posteriores ao crime. Foi elaborado um guião de recolha de dados processuais constituído por 45 itens. Verifica-se que a amostra é constituída por 77 homicidas do sexo masculino, 68.8% são solteiros, os homicidas apresentam frequentemente antecedentes de consumos de substâncias, a motivação do homicida para o crime mais frequente é a discussão/altercação, existem diferenças estatisticamente significativas entre o instrumento do crime e os homicidas, nomeadamente, no que concerne arma à perfurocortante. Os inimputáveis padecem maioritariamente de psicose esquizofrénica e existe uma associação entre o matricídio e a psicose.

Palavras-chave: homicídio, (in)imputabilidade, perigosidade, doença mental, consumo de substâncias

ABSTRAT

This is a descriptive, exploratory, and crosscutting study. Its central objective is to describe and explore the inmates and interned murderers at Santa Cruz do Bispo prison. In addition to the social-demographic data concerning the murderers, we intend to know what are the most prevalent mental disorders in homicidal, if the murderers have previous criminal records, how is the temporal distribution of the crime of murder throughout the year, if the murderers have history of substances consumption, how the relationship between the murderer and his victim works, verify if the homicidal acts impulsively or willfully, find which tools are the mostly used by murderers to commit the crime, what is the mainly motivation for the crime of murder, and ultimately the post-homicidal crime behavior. Through a script to collect process data consisting of 45 items. It is seen that the sample consists of 77 male murderers, 68.8% are single, the killers often have a history of substances consumption, homicidal motivation for crime is more frequently discussion / altercation, and there are statistically significant differences between the instrument of crime and the homicides particularly in what concerns to the perforating weapon. The unimputables are mostly diagnosed with schizophrenic psychosis and there is an association between matricide and psychosis.

Key words: homicide, (un)imputability, hazardousness, mental disorder, substances consumption

LISTA DE ABREVIATURAS

APD – *Antisocial Personality Disorder*

CP – Código Penal

CPP – Código Processo Penal

DGPJ – Direção Geral da Política de Justiça

EP – Estabelecimento Prisional

EPSCB – Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo

HFT – Homicídio na Forma Tentada

HQFT - Homicídio Qualificado na Forma Tentada

HQ - Homicídio Qualificado

HS - Homicídio Simples

MMDS – *Major Mental Disorders*

MST – Medida de Segurança e Tratamento

QI – Quociente de Inteligência

RASI – Relatório Anual de Segurança Interna

SIP – Sistema de Informação Prisional

SUDS – *Substance Use Disorders*

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A

TABELA 1 – IDADE ATUAL

TABELA 2 – RAÇA

TABELA 3 – NATURALIDADE POR DISTRITO

ANEXO B

TABELA 4 – NACIONALIDADE

TABELA 5 – ESTADO CIVIL

ANEXO C

TABELA 6 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

TABELA 7 – SITUAÇÃO PROFISSIONAL

ANEXO D

TABELA 8 – CONSUMOS DE ÁLCOOL

TABELA 9 – CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES

TABELA 10 – CONSULTAS PSICOLOGIA

TABELA 11 – CONSULTAS PSIQUIATRIA

ANEXO E

TABELA 12 – INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

TABELA 13 – MEDICAÇÃO PSICOFARMACOLÓGIC

TABELA 14 – ANTECEDENTES JUDICIAIS ANTERIORES AO CRIME

ANEXO F

TABELA 15 – IDADE QUE ORIGINOU O SEU PRIMEIRO PROCESSO JUDICIAL

TABELA 16 – DETENÇÕES ANTERIORES

TABELA 17 – IDADE DA PRIMEIRA DETENÇÃO

ANEXO G

TABELA 18 – IDADE EM QUE COMETEU O CRIME ATUAL

TABELA 19 – IDADE EM QUE INICIOU A ATUAL DETENÇÃO

TABELA 20 – REGIME APLICADO NA ATUAL DETENÇÃO

ANEXO H

TABELA 21 – MST MÍNIMA

TABELA 22 – MST MÁXIMA

TABELA 23 – REINCIDENCIA EM MST

ANEXO I

TABELA 24 – REVOGAÇÃO DA LIBERDADE PARA PROVA

TABELA 25 – ANOS QUE ESTÁ A CUMPRIR MST

ANEXO J

TABELA 26 – PENA DE PRISÃO APLICADA NA ATUAL DETENÇÃO

TABELA 27 – REINCIDENCIA EM PENA DE PRISÃO

TABELA 28 – REVOGAÇÃO DA LIBERDADE CONDICIONAL

ANEXO K

TABELA 29 – ANOS QUE ESTÁ A CUMPRIR PENA DE PRISÃO

TABELA 30 – IDADE EM DO PRIMEIRO HOMICÍDIO E/OU TENTATIVA

TABELA 31 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE HFT

ANEXO L

TABELA 32 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE HQFT

TABELA 33 – NÚMERO DE VÍTIMAS HFT

TABELA 34 – NÚMERO DE VÍTIMAS HQFT

ANEXO M

TABELA 35 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE HS

TABELA 36 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE HQ

TABELA 37 – NÚMERO DE VÍTIMAS HS

ANEXO N

TABELA 38 – NÚMERO DE VÍTIMAS HQ

TABELA 39 – PATOLOGIA MENTAL MAIS RELEVANTE

ANEXO O

TABELA 40 – COMORBILIDADE COM OUTRAS PATOLOGIAS MENTAIS

TABELA 41 – DELÍRIOS À DATA DO CRIME

TABELA 42 – PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE

ANEXO P

TABELA 43 – TIPOS DE PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE

TABELA 44 – DEFICIÊNCIA MENTAL

TABELA 45 – GRAU DE DEFICIÊNCIA MENTAL

ANEXO Q

TABELA 46 – DIA DO MÊS DO HOMICÍDIO

TABELA 47 – MÊS DO HOMICÍDIO

ANEXO R

TABELA 48 – DIA DA SEMANA DO HOMICIDIO

TABELA 49 – ESTAÇÃO DO ANO DO HOMICIDIO

TABELA 50 – HORA DO HOMICIDIO

ANEXO S

TABELA 51 – ARMA UTILIZADA

TABELA 52 – NÚMERO DE ARMAS UTILIZADAS

TABELA 53 – GÉNERO DA VÍTIMA

ANEXO T

TABELA 54 – IDADE DA VÍTIMA

ANEXO U

TABELA 55 – RELAÇÃO HOMICIDA-VÍTIMA

ANEXO V

TABELA 56 – RELAÇÃO DO HOMICIDA-VÍTIMA QUANDO FAMILIAR

TABELA 57 – CONSANGUINIDADE ENTRE O HOMICIDA E A VÍTIMA

ANEXO W

TABELA 58 – LOCAL DO HOMICÍDIO

TABELA 59 – AGIU PREMEDITADAMENTE OU IMPULSIVAMENTE

ANEXO X

TABELA 60 – QUAL A MOTIVAÇÃO DO HOMICIDA

TABELA 61 – COMPORTAMENTO DO HOMICIDA POSTERIOR AO CRIME

ANEXO Y

TABELA 62 – ANÁLISE INFERENCIAL

ANEXO Z

GUIÃO DE RECOLHA DE DADOS PROCESSUAIS

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO.....	ii
ABSTRAT	iii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	iv
LISTA DE ANEXOS	v
INTRODUÇÃO	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
Capítulo I – Criminalidade e Doença Mental	3
1.1. (In)imputabilidade em Razão de Anomalia Psíquica, Perigosidade Social, e Medidas de Segurança.....	4
Capítulo II – O Crime de Homicídio	6
2.1. Homicídio e Doença Mental	8
2.1.1. Homicídio e Esquizofrenia.....	11
2.1.2. Homicídio e Deficiência Mental	13
2.1.3. Homicídio e Perturbações Orgânicas	14
2.1.4. Homicídio e Perturbação da Personalidade Borderline.....	15
2.1.5. Homicídio e Psicopatia.....	15
2.2. Homicídio e Consumo de Substâncias.....	16
2.3. Homicídio Sexual.....	18
2.4. Tipologias de Homicídio: Segundo a Relação Homicida – Vítima	20
2.4.1. Homicídio Familiar	20
2.4.1.1. Parricídio	20
2.4.1.2. Fratricídio	22
2.4.2. Homicídio Conjugal/ Parceiro Íntimo	22
Parte II – Concetualização do Estudo Empírico	24
Capítulo III – Questões, Objetivos, e Hipóteses de Investigação	24

3.1. Questões de Investigação	24
3.2. Objetivos Gerais e Específicos	24
3.3. Hipóteses de Investigação	25
Capítulo IV – Metodologia	30
4.1. Delineamento da Investigação	30
4.2. Participantes, Critérios de Amostragem, e Recolha da Amostra	30
4.3. Instrumento para a Recolha de Dados.....	31
4.4. Apresentação dos Resultados.....	31
4.5. Discussão dos Resultados	45
Capítulo V – Conclusões	51
Referências Bibliográficas	54
ANEXOS	

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos.....	32
Tabela 2: Consumo de substâncias.....	33
Tabela 3: Antecedentes psiquiátricos	33
Tabela 4: Patologias mentais	34
Tabela 5: Delírios	34
Tabela 6: Perturbação de personalidade e deficiência mental.....	35
Tabela 7: Anterior situação jurídica	35
Tabela 8: Detenções e situação jurídica atual.....	36
Tabela 9: Inimputáveis	37
Tabela 10: Imputáveis	38
Tabela 11: Crime de homicídio	39
Tabela 12: Data e hora dos homicídios	40
Tabela 13: Armas.....	41

INTRODUÇÃO

Esta dissertação surge no âmbito do mestrado em Psicologia da Justiça, no Instituto Universitário da Maia. Intitula-se “Estudo dos Homicidas no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo”.

O estudo propõe efetuar uma análise descritiva e exploratória de todos os homicidas imputáveis que cumprem pena de prisão e dos homicidas inimputáveis que cumprem medida de tratamento e de segurança no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo Masculino (EPSCB).

São diversas as razões que levam à perpetração de um ato homicida. O homicídio pode ser determinado por vários fatores, nomeadamente, biológicos, psicopatológicos, e psicossociais. É considerada a forma mais violenta de crime cuja compreensão é, possivelmente, um dos enigmas das ciências forenses e da justiça criminal.

De acordo com Almeida (1999, p. 17), embora “o acto de matar seja comum a todos os homicidas, estes jamais podem ser perspectivados como um grupo caracterialmente homogéneo”, uma vez que os homicidas poderão ser influenciados pelas adversidades que surgem ao longo das suas vidas, assim como, pelas suas características pessoais que possam ser potenciadoras para despoletar um ato homicida e pelo circunstancialismo do próprio homicídio que inclui o papel da vítima. Ainda segundo Almeida (1999) é pertinente compreender as razões que levaram o homicida a matar outra pessoa e se se tratou de uma atitude premeditada ou não. Desta forma, é importante identificar as motivações (internas e externas ao homicida), avaliar a personalidade dos protagonistas e a interação homicida-vítima, não só respeitante ao crime, mas também anteriormente a este.

Assim, surge a necessidade de produzir conhecimento científico no âmbito do homicídio, de forma a auxiliar o sistema judicial e a comunidade a perceber este fenómeno com conhecimento/aprendizagem sobre as características dos ofensores e das vítimas.

O Relatório Anual de Segurança Interna – RASI (2013) aponta dados disponibilizados pela Direção Geral da Política de Justiça (DGPJ), onde menciona que no ano de 2013 se registaram 116 participações relativas ao crime de homicídio voluntário consumado. Comparativamente ao ano 2012, houve uma diminuição de 33 casos, representando um decréscimo de 22.1%. Este tipo de crime, tendencialmente, tem como autor um ou mais elementos do sexo masculino e as vítimas são também,

predominantemente, do sexo masculino. Ainda segundo o RASI (2013) verifica-se que o homicídio é praticado, maioritariamente, no contexto relacional, evidenciando-se um número considerável (26.7%) de casos de homicídio no seio das relações da intimidade. Em 12,0% dos casos surge o homicídio parental/familiar, 25.3% atingiu mortalmente um vizinho/conhecido, 14.0% eram desconhecidos. O principal instrumento de crime utilizado para a agressão foi a arma de fogo (24.0%), seguindo-se a arma branca (20.7%).

O fenómeno homicida é complexo, bem como a diversidade de características encontradas nos seus protagonistas (homicida e vítima).

Deste modo, será pertinente descrever perspetivas teóricas e empíricas relativas a esta temática. O enquadramento teórico realizado através da revisão da literatura, descrito na primeira parte, está dividido em dois capítulos: o primeiro foca-se na criminalidade e doença mental e explica os termos jurídicos de (in)imputabilidade em razão de anomalia psíquica, perigosidade social, e medidas de segurança e de tratamento; o segundo debruça-se, especificamente, sobre o crime de homicídio, nomeadamente, homicídio e doença mental: esquizofrenia, deficiência mental, perturbações orgânicas, perturbação de personalidade borderline, e por último, homicídio e psicopatia. Também é abordado o contributo do consumo de substâncias para a perpetração de um ato homicida, o homicídio sexual, e a tipologia de homicídio segundo a relação homicida-vítima, designadamente, homicídio familiar, como o parricídio, o fratricídio, e o homicídio do parceiro íntimo.

A segunda parte da investigação, dividida em três capítulos, apresenta a concetualização do estudo empírico. O terceiro capítulo apresenta as questões de investigação, os objetivos a que se propõe tendo por base a revisão da literatura existente neste âmbito, e as hipóteses de investigação. No quarto capítulo procede-se à apresentação dos participantes, dos critérios de amostragem, e da recolha da amostra. Ainda neste capítulo, realiza-se uma análise estatística e a discussão dos resultados obtidos. Por fim, no quinto capítulo, serão apresentadas as conclusões do estudo e as recomendações para futuras investigações, também se salientam as limitações encontradas ao longo deste estudo.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Criminalidade e Doença Mental

A associação entre a doença mental e a criminalidade tem sido debatida desde há séculos. Já na antiga Grécia se acreditava que as pessoas que apresentavam doença mental cometiam mais crimes do que a população geral (Azevedo, 2013).

Nos últimos anos, constata-se um aumento de estudos que associam a violência à doença mental. Os estudos indicam a existência de uma modesta relação entre estas realidades pelo que não se pode afirmar que a doença mental seja a causa do comportamento criminal (Azevedo, 2013; Fazel, Långström, & Hjern, 2009). Contudo, Almeida (comunicação pessoal, 2013) afirma que “doentes mentais graves descompensados funcionam como bombas-relógio com erupção previsível e que a perpetração de comportamentos criminais é de uma inevitabilidade que a lava delirante e, muitas vezes, alucinatória, se encarregará de fazer acontecer”. É indiscutível que estes doentes aquando da descompensação apresentam uma criminalidade muito superior àquela que se verifica quando estão compensados, sendo fundamental não desvalorizar a sua perigosidade (Almeida, 1999).

Cunha (2003) refere um elevado número de estudos acerca da prevalência da esquizofrenia na população reclusa, nos quais menciona que os esquizofrénicos se encontram sobre-representados na população criminal.

Almeida (1999) referencia a obra de Correia (1913) intitulada “Os criminosos portugueses: estudos da antropologia criminal”, onde descreve a situação dos reclusos da Penitenciária de Lisboa, na qual indica que de 1901 a 1903 se encontravam detidos em média 515 reclusos, dos quais, 42 estavam detidos no hospital dos “alienados” correspondendo a 7.50% da população reclusa com distúrbio mental. O autor chama a atenção para o facto de haver reclusos na penitenciária que necessitariam de estar internados no hospital dos alienados. Ainda na sua obra, Correia (1913) descreve, após uma análise de 136 exames psiquiátricos (realizados entre setembro de 1901 e setembro de 1912), que 114 indivíduos apresentavam doença mental, 34 dos examinados eram homicidas, e 28 dos que cometeram homicídio apresentavam como diagnóstico mais frequente a epilepsia, a mania, a paranoia, a imbecilidade, e a fraqueza de espírito.

1.1. (In)imputabilidade em Razão de Anomalia Psíquica, Perigosidade Social, e Medidas de Segurança

A ordem jurídica recorre a medidas que punam a violação de normas, determinada por um sistema de sanções criminais definidas no Código Penal (CP) que nos apresenta um conjunto de penas e de medidas de segurança aplicáveis a imputáveis e inimputáveis maiores de 16 anos.

É considerado inimputável aquele que “1 - por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação; 2 - Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída; 3 - A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior; 4 - A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.” (Art. 20.º, CP (Almeida & Vialonga, 2006).

Para a determinação de uma eventual inimputabilidade é solicitado um exame psiquiátrico forense no âmbito do Código Processo Penal (CPP) (Art. 159.º, CPP). Além disso, o exame pode contemplar também uma “avaliação da personalidade e da perigosidade do arguido...sobre as suas características psíquicas independentes de causas patológicas, bem como o seu grau de socialização. A perícia pode relevar, nomeadamente para a decisão sobre a revogação da prisão preventiva, a culpa do agente e a determinação da sanção.” (Art. 160.º, CPP). Assim, o perito poderá assumir duas funções centrais: a determinação da (in)imputabilidade e inferir sobre a perigosidade social do indivíduo. Entende-se por perigosidade social a propensão para a prática de atos de violência, estando configurada no Código Penal, no artigo 91.º “1- Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie” (Almeida & Vialonga, 2006).

A avaliação da perigosidade é fundamental para auxiliar o juiz a determinar a medida de segurança, pois só desta forma se percebe se o comportamento do ofensor é influenciado, ou não, por um quadro psicopatológico (Carvalho, 2009). Se o indivíduo for considerado inimputável perigoso terá uma medida de segurança detentiva –

internamento de inimputáveis, sendo uma medida privativa da liberdade que se cumpre “em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança” (Art. 20.º, CP) com um período que não exceda o limite máximo da pena correspondente ao crime praticado (Art. 92.º, CP) (Almeida & Vialonga, 2006).

Capítulo II – O Crime de Homicídio

A agressividade ou a violência pode basear-se em diversas manifestações comportamentais, sendo o homicídio a sua forma mais grave e danosa. Contudo, apesar das suas consequências negativas extremas, o homicídio é também uma das formas de conduta antissocial menos estudada e menos compreendida (Woodworth & Porter, 2002), contrariamente à visão de Almeida (1999), como mais adiante teremos oportunidade de discutir.

Segundo o CP (Art. 131.º e 132.º), o homicídio é descrito como um dos crimes contra a vida que resulta na morte de outra pessoa, sendo punido com pena de prisão de oito a 16 anos podendo chegar aos 25 anos conforme a qualificação deste ato ilícito (Almeida & Vialonga, 2006). Além do crime de homicídio consumado é também “autor de crime de homicídio na forma tentada, previsto e punido pelas disposições conjugadas dos artigos 22.º, n.ºs 1 e 2, alínea c), 23.º, 26.º, e 131.º, todos do Código Penal, quem decidiu e planeou a morte de uma pessoa, contactando outrem para a sua concretização, que manifestou aceitar, mediante pagamento de determinada quantia, vindo em consequência o mandante a entregar-lhe parte dessa quantia e a dar-lhe indicações relacionadas com a prática do facto, na convicção e na expectativa dessa efectivação, ainda que esse outro não viesse a praticar qualquer acto de execução do facto” (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 11/2009).

Esta definição legal também é explicada pelos investigadores como o assassinato intencional ou assassinato acidental de outra pessoa que se constitui pela forma mais violenta de manifestação comportamental criminal. O homicídio é uma das condutas associadas aos comportamentos violentos que acarreta maior violência e consequências nefastas, levando a que os homicidas se deparem com as penas mais longas (Roberts, Zgoba, & Shahidullah, 2007).

O homicídio é um fenómeno heterogéneo, que se associa a diferentes contextos, a diferentes motivações, e a diferentes tipos de criminosos. Há homicídios que podem ser excessivamente premeditados, calculados, e instrumentalizados, enquanto outros se caracterizam pela sua aparente falta de premeditação, que ocorrem por uma componente emocional carregada pela disputa ou em resposta a uma provocação situacional (Woodworth & Porter, 2002).

Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007) após analisarem uma amostra aleatória de 336 homicidas libertados (entre 1990 e 2000) nos EUA (New Jersey) verificaram que existem quatro tipos de homicídios: o motivado/precipitado por uma discussão, o que se

desenvolve durante a prática de um crime, o que surge no seio familiar através da violência doméstica, e o homicídio acidental.

Almeida (1999) também apresenta várias tipologias de homicídio dividindo-o, desde logo, entre familiar e extrafamiliar, e quanto à motivação, o que ocorre devido a uma alteração, o homicídio por furto, por lucro sem furto, por encobrimento, por vingança, o homicídio sexual, o passional, o homicídio por doença mental, o infanticídio, o homicídio por autodefesa, por fuga, por sadismo, o homicídio político, e o acidental.

Ainda segundo Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007) , no estudo que realizaram nos EUA indicam que as variáveis demográficas mais frequentes nos estudos do fenómeno do homicídio são: a raça, a etnia, o género, a classe social, e a relação homicida-vítima. Referem que os negros representam 48.4% dos homicidas, que o homicídio é um crime perpetrado essencialmente pelo sexo masculino e em idades relativamente jovens e que, por norma, vivem em cidades com elevada densidade populacional. No que concerne à relação homicida-vítima destaca-se primeiro o homicídio a conhecidos, seguido do homicídio a desconhecidos. O instrumento de crime mais utilizado é a arma de fogo. Indicam que as classes sociais desfavorecidas se encontram sobre-representadas tanto nas vítimas de homicídio como nos homicidas.

Os homicidas que evidenciam um crime desorganizado, por norma, não têm competência social, não têm uma família estável, têm propensão para o precoce abandono escolar, têm um quociente de inteligência (QI) abaixo da média, e demonstram um crime caótico. Contudo, o mesmo não acontece nos homicidas que cometem crime organizado que, pelo contrário, apresentam um crime controlado uma vez que sugerem a presença de personalidades psicopáticas, um QI acima da média, habilidade social, são mais educados, e são sexualmente promíscuos (Roberts, Zgoba, & Shahidullah, 2007).

Nas suas conclusões, Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007), verificaram que as variáveis que contribuem para a alta reincidência de crimes violentos parecem combinar com o abuso/dependência de álcool e de outras substâncias (70.2%), com um baixo nível de escolaridade (76.6%), com longos períodos sem qualquer atividade laboral, e com o facto de serem solteiros. Apontam que um homicida raramente reincide em um segundo homicídio. Por fim, e ainda segundo estes autores, o homicídio não é um comportamento homogéneo, a motivação para a perpetração de um ato homicida difere entre homicidas, e também difere nos fatores ambientais, nos dados demográficos, e nas dinâmicas interpessoais. Um homicídio pode surgir desde um assalto à mão armada até ao assassinio de uma pessoa por motivação de natureza sexual, pela emoção, pelo amor, por fins

lucrativos, ou pelos consumos de drogas e de álcool. Desta forma, podemos perceber que são vários os fatores que podem precipitar um homicídio.

Um estudo realizado na década de 90 por Valença e Moraes (2006) mostra que os homicídios no Brasil constituem uma relevante causa de morte da população brasileira. Em consonância com este estudo, Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007), também nos indicam que nos EUA as armas de fogo constituíram a principal arma de crime e que grande parte das mortes se encontram relacionadas com a criminalidade urbana.

Valença e Moraes (2006) refletem que os países com elevadas taxas de homicídios, designadamente os homicídios considerados normais, são mais frequentes do que os considerados anormais que podem ser perpetrados por pessoas com patologia mental.

Em Portugal, o homicídio tem vindo a ter uma tendência decrescente, pelo menos, desde 2008. Em 2008 verificaram-se 145 homicídios, em 2010 (144) e 2009 (142) verificou-se um pequeno decréscimo, enquanto em 2011 se verificaram 117 homicídios. Os homicídios são, tendencialmente, executados apenas por um indivíduo (68.9%), do sexo masculino (79.9%) com idade compreendida entre os 15 e os 54 anos (63.0%), sendo o instrumento do crime mais utilizado a arma de fogo (27.7%), seguido da arma branca (22.6%) (RASI, 2011).

As vítimas, por seu lado, são também com mais frequência do sexo masculino (68.3%), de idade compreendida entre os 20 e os 54 anos (62.4%). Em 27.1% foi identificada uma relação parental ou familiar entre o autor do crime e a vítima e em 22.6% poderá ter havido motivação passional (22.6%) (RASI, 2011).

2.1. Homicídio e Doença Mental

Desde o final do século XIX e início do século XX, que os psiquiatras portugueses mais famosos, nomeadamente, Miguel Bombarda, Júlio de Matos, e Magalhães Lemos se debruçaram sobre o estudo da relação entre doença mental e homicídio, e com particular atenção na distinção entre doentes mentais delinquentes e delinquentes comuns (Almeida, 1999).

Pedro Polónio (1975) foi dos investigadores que mais se dedicou ao estudo da criminalidade dos doentes mentais (Almeida, 1999). Para o seu estudo analisou 3000 exames mentais na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa e no Hospital Júlio de Matos efetuados entre 1942 e 1972 e dividi-os em dois grupos. O primeiro grupo foi estudado nos primeiros 20 anos e o segundo grupo estudado nos dez anos seguintes.

Constatou que no primeiro grupo houve uma maior prevalência de crimes graves, nomeadamente, o de homicídio e o de homicídio na forma tentada que representavam 15.0% da sua amostra e que as vítimas eram, maioritariamente, a mãe, o pai, a esposa, e outros membros da família, sendo a agressão a progenitores, na sua grande maioria, praticada por esquizofrénicos. Segundo este autor, o elevado número de homicídios surge no seio familiar uma vez que os esquizofrénicos matam com frequência os pais e outros membros da família. Também refere que os alcoólicos matam, frequentemente, as suas esposas com delírio de ciúmes (Polónio, 1975 cited in Azevedo, 2013). No segundo grupo verificou uma diminuição da delinquência, encontrando como resposta a esta diminuição, o maior acompanhamento psiquiátrico e a evolução da psicofarmacologia que veio a ser extremamente útil no tratamento dos pacientes (Almeida, 1999). Nos 3000 casos que analisou, 463 apresentavam esquizofrenia e 523 padeciam de oligofrenia.

Polónio (1975), considerou haver um crescente número de pessoas com patologia mental implicadas em crimes violentos. No entanto, a criminalidade violenta encontra-se mais associada aos delinquentes comuns. (Polónio, 1975 cited in Azevedo, 2013).

A maioria dos estudos que descrevem a relação entre o homicídio e as perturbações mentais utilizam a expressão inglesa traduzida “Transtornos Mentais Maiores” – “*Major Mental Disorders*” (MMDS), nomenclatura que se refere a perturbações mentais graves como a esquizofrenia, a perturbação bipolar, a depressão *major*, e a perturbação delirante (Valença & Moraes, 2006).

Há estudos que indicam que a comorbilidade entre as perturbações derivadas da utilização de substâncias (SUDS – *Substance Use Disorders*) e as principais perturbações mentais (MMDS) aumentam o risco de praticar o crime de homicídio (Shaw et al. 2006; Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004; Woodworth & Porter, 2002).

Pera e Dailliet (2005) fizeram uma análise clínica e criminológica a 99 homicidas doentes mentais na Bélgica que cometeram homicídios tentados e/ou consumados. Na sua amostra tinham 59.6% de pessoas com diagnóstico de psicose (37 com esquizofrenia paranoide, dois com outros tipos de esquizofrenia, sete com distúrbios esquizoafetivos, um com perturbação autista, e 12 com perturbações delirantes). Também identificaram três pessoas com distúrbios intermitentes explosivos, duas com perturbação depressiva *major*, duas com parafilias, e uma com perturbação bipolar. A perturbação de personalidade antissocial estava presente em 17 dos casos, a perturbação de personalidade borderline em oito, a perturbação de personalidade paranoide em quatro dos casos, e a perturbação de personalidade esquizoide em dois dos casos, em 14 dos casos estava

presente a deficiência mental, e cinco apresentavam dano cerebral, e um epilepsia. Dividiram os doentes em cinco grupos. O grupo um era representado pelo grupo da esquizofrenia, o grupo dois pelo grupo das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em comorbidade com perturbação da personalidade, o grupo três com o diagnóstico de perturbação da personalidade sem psicose, o grupo quatro com diagnósticos mistos e residuais, e o grupo cinco com pessoas que apresentavam diagnóstico de perturbação delirante. A violência instrumental esteve mais representada nos grupos dois, três, e quatro. Nos grupos dos psicóticos (grupos um e cinco), as suas vítimas eram maioritariamente familiares, enquanto as vítimas de oportunidade, nomeadamente as desconhecidas ao homicida, estiveram em maior número no grupo misto. No grupo dos psicóticos também eram frequentes os homicídios acidentais. Concluíram que os homicidas que apresentavam perturbação delirante eram os mais velhos, e contrariamente a várias investigações já relatadas, verificaram que os homicidas que apresentavam problemas com substâncias eram os que não apresentavam psicose. Relativamente à motivação para o crime indicam que os psicóticos cometiam o ato ilícito de forma emotiva e as suas vítimas eram predominantemente familiares ou conhecidas. Por fim, não houve diferença significativa nas características de homicídio tentado e de homicídio consumado (Pera & Dailliet, 2005).

Putkonen, Kotilainen, Joyal, e Tiihonen (2004), realizaram um estudo na Finlândia com 90 pessoas do sexo masculino de forma a perceberem o fenómeno do homicídio e a sua relação com a doença mental e, concomitantemente, com o consumo de álcool e abuso de drogas. Neste estudo indicam que a doença mental apresenta o mesmo grau de gravidade quanto à capacidade de um indivíduo para controlar o seu comportamento violento. Descrevem que 78.0% dos homens que perpetraram um homicídio apresentavam o diagnóstico de esquizofrenia, 17.0% foram diagnosticados com psicose esquizoafetiva, 5.00% com outras psicoses, e 51.0% apresentavam um ou mais diagnósticos de perturbação da personalidade, incluindo 47.0% com perturbação antissocial da personalidade, e 72.0% apresentavam história de abuso de álcool.

Categorizaram as pessoas que padecem de perturbação mental que matam ou que tentam matar alguém em três categorias diferentes. Após análise da amostra, compreenderam que metade da população apresentava triplo diagnóstico “MMD: *Major Mental Disorder* + APD: *Antisocial Personality Disorder* + SUD: *Substance Use Disorder*” (Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004, p. 69). Um quarto da população da amostra apresentava duplo diagnóstico de MMD em comorbidade com

SUD e mais um quarto da população com apenas um diagnóstico de MMD. Indicam que pessoas psicóticas com APD em comorbidade com a utilização de substâncias é um importante fator preditor de violência grave, e que as pessoas que apresentam abuso de substâncias, em particular o alcoolismo, têm um dos fatores de risco mais importantes para a existência de violência grave entre homens psicóticos (Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004).

A maioria dos estudos que retratam a situação europeia evidenciam elevadas taxas de comportamento violento ou homicida em pessoas com perturbação mental grave, mas apresentam índices de violência relativamente baixos. O mesmo não acontece em países com elevada taxa de criminalidade e abuso de substâncias. Há uma escassez de literatura com estudos sobre a relação entre o homicídio e a doença mental nos países em desenvolvimento. Provavelmente, a relação homicídio-doença mental nestes países seja baixa, relativamente aos homicídios ditos normais/intencionais (Valença & Moraes, 2006).

2.1.1. Homicídio e Esquizofrenia

No que diz respeito à prática do crime de homicídio, o risco aumenta oito vezes mais em pessoas com esquizofrenia e 5.00% a 20.0% das pessoas que padecem de esquizofrenia já cometeram um ato homicida (Azevedo, 2013; Hanlon, Coda, Cobia, & Rubin, 2012; Fazel & Grann, 2006).

Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, e Grann (2009) indicam que a esquizofrenia e outras psicoses estão associadas a comportamentos violentos, especialmente o homicídio. Contudo, indicam um maior risco com a comorbidade destas patologias com abuso de substâncias.

Taylor e Gunn (1984) (cited in Cunha, 2003), após efetuarem um exame mental e estudarem o estado psíquico de reclusos do sexo masculino de um Estabelecimento Prisional no sul de Londres, confirmaram a existência de diagnóstico de esquizofrenia em 9.00% dos indivíduos que cumpriam pena por crime violento e 11.0% por crime violento fatal (homicídio).

Schanda et al. (2004) investigaram durante 25 anos (de 1975 a 1999) a associação entre os principais transtornos mentais (MMD) e o homicídio com uma amostra de 1087 homicidas austríacos. Verificaram uma maior probabilidade de homicídio nas pessoas que apresentam perturbação mental, nomeadamente, duas vezes mais nos homens e seis vezes mais nas mulheres. Apuraram que 70.8% dos homicidas com patologia mental

tiveram diagnósticos de esquizofrenia e com uma idade inferior a 25 anos. A esquizofrenia foi associada a um aumento da probabilidade de se cometer um ato homicida, seis vezes mais nos homens e 25 vezes mais nas mulheres. Nos homens houve uma predominância do tipo paranoide (63.4%) e dos tipos esquizoafetivos (35.3%). A comorbilidade da esquizofrenia com o abuso/dependência de substâncias estava presente em 46.3% do sexo masculino e em 39.0% do sexo feminino, e a comorbilidade da esquizofrenia com perturbação da personalidade esteve presente em 17.1% dos casos do sexo masculino e em 11.8% do sexo feminino. Também se verificaram outras patologias, designadamente, a perturbação depressiva *major* ou episódio maníaco em 15.1% dos homens e 29.1% das mulheres, e apesar das percentagens elevadas, os autores concluíram que episódios depressivos *major* e maníacos não apresentam uma probabilidade acrescida para se cometer um homicídio. As perturbações delirantes foram encontradas unicamente em homicidas masculinos mais velhos. Nas suas conclusões, referem a existência de uma série de criminosos homicidas do sexo masculino com esquizofrenia e psicoses afetivas. Embora as mulheres apresentem uma menor taxa de prevalência de esquizofrenia, quando diagnosticadas com esta perturbação, apresentam um aumento acentuado do risco de homicídio.

Eronen e Tiihonen (1996) corroboram com Schanda et al. (2004), nos seus dados indicaram claramente o aumento do risco de comportamento homicida entre pacientes com esquizofrenia e uma grande prevalência de alcoolismo nesta população, sendo um fator de risco muito elevado. Também indicam que os tipos de esquizofrenia, paranoide e esquizoafetivo, estão sobre representados nos homicidas. Neste estudo, referem que o papel da droga permaneceu insignificante. Verificaram que a esquizofrenia *per se* está estatisticamente associada ao comportamento homicida. No entanto, salientam que a maioria dos esquizofrénicos podem não ser perigosos, embora o risco de violência homicida seja muito elevado entre alguns grupos de esquizofrénicos. Os sintomas psicóticos que identificaram com mais frequência foram os persecutórios, que podem originar a violência (Eronen & Tiihonen, 1996).

Laajasal e Häkkänen (2006) estudaram a associação entre os sintomas psicóticos e a violência em homicidas esquizofrénicos, mais especificamente, se os diferentes sintomas psicóticos estão ligados à extrema violência perpetrada por esta população. Analisaram 125 homicidas finlandeses esquizofrénicos e verificaram que em um terço dos casos houve extrema violência que incluía sadismo, mutilação, componentes sexuais, e várias facadas. O método mais comum de morte foi o esfaqueamento (57.1%), seguido

do estrangulamento (19.2%), da arma sem corte (19.2%), e da arma de fogo (10.4%). Os sintomas psicóticos no momento do crime estiveram presentes em 110 homicidas, 88.0% teve delírios, sendo os persecutórios os mais comuns (Eronen & Tiihonen, 1996), seguidos dos bizarros. Em 53 (42.4%) dos casos, estiveram presentes alucinações no momento do crime, sendo as auditivas as mais comuns (36.8%) e as de comando (16.0%).

Nas conclusões, os autores indicam que os sintomas psicóticos foram relacionados com a utilização de extrema violência. Contudo, houve uma frequente propensão para uma motivação psicopática nessa violência excessiva. Nas pessoas com psicose, os delírios, nomeadamente, os persecutórios são os mais comuns no momento do homicídio, enquanto as alucinações são raras (Laajasal & Häkkänen, 2006).

2.1.2. Homicídio e Deficiência Mental

Nos últimos anos foi retomada a temática sobre a criminalidade no âmbito da deficiência mental e, não raras vezes, este diagnóstico associa-se a uma exteriorização de comportamentos de desafio, sobretudo agressivos e destrutivos (Oliveira, 2010).

A deficiência mental é também um quadro psicopatológico muito associado ao homicídio, sendo a debilidade ligeira a mais frequente entre os homicidas. Os doentes mentais com atraso mental mais grave poderão cometer homicídios após um roubo ou uma violação, principalmente quando as vítimas são menores ou adultos sem capacidade para se defenderem e, muitas vezes, as próprias vítimas também apresentam deficiência mental (Almeida, 1999).

Männynsalu, Putkonen, Lindberg, e Kotilainen (2009) realizaram um estudo com um grupo de delinquentes finlandeses e 84.0% eram portadores de deficiência mental. Este estudo objetivava expandir e comprovar o conhecimento relativo à associação entre a deficiência mental e a criminalidade. Nos seus resultados identificaram que os elementos da amostra apresentavam histórias prévias de problemas com abuso/dependência de substâncias e eram desintegrados socialmente. Verificaram que o elevado número de elementos no agregado familiar pode associar-se a uma maior ocorrência de problemas escolares e de reincidência criminal. Encontraram na sua amostra perturbação de personalidade antissocial em um quarto dos ofensores com deficiência mental. O abuso/dependência de substâncias (68.0%) foi o diagnóstico em destaque, seguido da perturbação da personalidade borderline (11.0%). No que concerne ao crime cometido, os crimes violentos foram os mais frequentes, cerca de 40.0% dos indivíduos estavam acusados de ofensa à integridade física ou homicídio (consumado

e/ou tentado), 30.0% da população foi indicada pela provocação de incêndios, e 14.0% por crimes de natureza sexual. Concluíram que durante a prática do crime, 45.0% dos indivíduos se encontravam sob o efeito de substâncias, aparecendo o álcool em metade dos casos.

2.1.3. Homicídio e Perturbações Orgânicas

São poucos os estudos que abordam a associação entre perturbações mentais orgânicas e comportamentos violentos ou homicidas. A maioria dos dados acerca desta temática estão agregados em investigações mais amplas sobre perturbações mentais e criminalidade. Por norma, nestes estudos a percentagem de doentes com estas patologias é frequentemente baixa. Entre as pessoas que padecem de lesão cerebral os comportamentos violentos podem variar, nomeadamente, os doentes com lesões frontais apresentam 60.0% de prevalência para perpetração de comportamentos criminais e os demenciados apresentam 18.0%. A maioria dos estudos sobre perturbações orgânicas indicam que estas patologias podem levar alguns indivíduos a cometer crimes, enquanto outros estudos mostram que o comportamento antissocial aparece muito antes de se tornarem doentes (Valença & Moraes, 2006).

A crise de epilepsia não tem mostrado significância para o comportamento violento (Valença & Moraes, 2006), o que contraria a Teoria de Lombroso (1876) quando tentou estabelecer uma relação entre a epilepsia e a criminalidade. Lombroso sustentou que o delito pode ser explicado através de fatores biológicos, isto é, os indivíduos possuem traços inatos para a prática de atos criminais, afirmando que os criminosos podem ser identificados por traços anatómicos, e que são seres biologicamente degenerados ou patológicos. Indica que estas pessoas não se desenvolveram inteiramente como seres humanos e tendencialmente agem a transgredir as normas da sociedade humana (Rainho, 2008). Desta forma, Lombroso (1876) refere que a epilepsia contribui para a falta de controlo do impulso e que origina uma redução das restrições dos instintos para o comportamento criminal. Contudo, as ciências neurológicas comportamentais e criminológicas que analisaram a doutrina deste autor indicam que é controverso que doentes epiléticos sejam propensos a atos violentos e comportamentos agressivos (Granieri & Fazio, 2012).

Almeida e Pinto da Costa (1992), após realizaram perícias psiquiátricas no Distrito Judicial Porto (nos anos de 1988 a 1990), encontraram uma maior prevalência de epiléticos entre os homicidas e associaram o comportamento homicida a características de

personalidade de epiléticos, nomeadamente, a dificuldade de tolerar frustrações, a irritabilidade, a impulsividade, e a hipersensibilidade. No entanto, nenhum dos homicidas tinha matado como consequência de uma crise convulsiva.

A lesão cerebral adquirida na idade adulta pode levar ao cometimento de crimes e o mesmo acontece com a demência quando existem delírios, sendo as principais vítimas, vizinhos e familiares. Nestas patologias é fundamental a realização de uma anamnese completa sobre o passado do dano cerebral e uma boa avaliação neurológica, pois o prejuízo do funcionamento cerebral pode ser um fator de risco para o crime (Valença & Moraes, 2006).

2.1.4. Homicídio e Perturbação da Personalidade Borderline

A perturbação de personalidade borderline também se encontra sobre-representada na maioria dos estudos com população reclusa, embora a sua associação com a criminalidade seja pouco estudada (Randy, Sansone, & Sansone, 2009).

Randy et al. (2009) indicam que, de um modo geral, as mulheres ofensoras são as que parecem apresentar uma maior taxa de prevalência com este diagnóstico que, muitas vezes, se associa a uma história prévia de abuso sexual e de violência doméstica. Ainda segundo estes autores, 90.0% da população reclusa tem pelo menos um diagnóstico de perturbação mental, e a perturbação de personalidade borderline é claramente representada nesta população com elevadas taxas que podem variar entre os 25.0% e os 50.0%. Fazem referência a um estudo britânico com 90 homens acusados de assassinar a companheira, em que 49.0% dos homicidas tinham características de personalidade borderline. Contudo, outro estudo francês verificou que apenas 8.00% de 99 homicidas tinham este diagnóstico. No seu estudo, Randy et al. (2009), indicam que comparativamente à perturbação de personalidade antissocial, os borderline são mais impulsivos e explosivos com tendência a apresentar mais episódios de agressão e violência física, enquanto os antissociais se envolvem mais em crimes contra a propriedade. Nas conclusões mencionam que esta patologia é característica na perpetração de crimes impulsivos e violentos em comorbilidade com traços antissociais. A combinação destas duas patologias funciona como um combustível que inflama o crime.

2.1.5. Homicídio e Psicopatia

Woodworth e Porter (2002) mencionam que existe relação entre o homicídio e a psicopatia. A psicopatia é uma perturbação de personalidade que se caracteriza por uma

alteração profunda e negativa da afetividade, acompanhada pela falta de respeito pelos direitos dos outros, e das regras sociais. As pessoas que apresentam esta perturbação caracterizam-se por serem manipuladoras, cruéis, por apresentarem ausência de remorso, impulsividade, irresponsabilidade, e pelo envolvimento em diversos comportamentos antissociais. Assim, a psicopatia é um importante fator de risco para a reincidência criminal, nomeadamente, para atos violentos e/ou homicidas. Os estudos indicam que os psicopatas apresentam cinco vezes mais probabilidade de reincidir em atos violentos do que a população geral (Serin & Amos, 1995 cited in Woodworth & Porter, 2002).

A conceção de que o psicopata é uma pessoa perigosa e ataca os outros em todo o seu ciclo vital é constante, levando a acreditar que existe uma forte relação entre a psicopatia e algumas formas de homicídio. É notável que o psicopata agrida de uma forma instrumental que se orienta para um objetivo, enquanto os indivíduos que não têm psicopatia podem apresentar uma violência mais reativa e espontânea. No seu estudo, Woodworth e Porter (2002), concluíram que os psicopatas são mais propensos a matar de forma instrumental ou a sangue frio do que os não-psicopatas. Porém, os seus elevados níveis de impulsividade também podem levar a assassinar de forma espontânea e reativa.

2.2. Homicídio e Consumo de Substâncias

Segundo Shaw et al. (2006), após um estudo de três anos (de 1996 a 1999), verificaram que o número de condenações por homicídio no País de Gales e em Inglaterra tem vindo a aumentar, com especial destaque no papel etiológico do álcool e das drogas no homicídio. Anotaram que mais de um terço (42.0%) da população (N=1594) homicida tinha história de abuso ou de dependência de substâncias. O álcool ou o abuso de drogas teve um papel contributivo em dois quintos dos homicídios, e 42 (17.0%) dos homicídios foram cometidos por pessoas com doença mental grave com abuso de substâncias. Concluíram que o abuso de substâncias contribui para a maioria dos homicídios no País de Gales e em Inglaterra, e destacam que o álcool e a droga são um fator de risco muito superior à doença mental para o despoletar de um ato homicida.

Verificaram que a idade média dos homicidas é de 27 anos. Relativamente às vítimas, 32.0% dos agressores mataram um membro da família, ou o conjugue/companheiro, ou ex-companheiro, 33.0% mataram conhecidos, e 22.0% mataram pessoas desconhecidas. Os dados apontam que o álcool contribuiu para 139 homicídios e as drogas para 48, enquanto 152 dos homicídios tiveram a contribuição das

duas substâncias. O diagnóstico duplo da doença mental grave e o abuso de álcool ou utilização indevida de drogas estava presente em 42 homicidas (Shaw et al. 2006).

Para explicar a influência dos consumos de álcool e da utilização indevida de drogas como uma possível causa direta do crime de homicídio, os autores indicam duas explicações. Na primeira aludem ao modelo de necessidade económica que sugere que as pessoas que consomem álcool e drogas necessitam de cometer crimes, principalmente, aquisitivos para financiar os seus consumos. Na segunda explicação apontam para o modelo de intoxicação direta que indica que o consumo de álcool e de drogas pode afetar a atenção, o processamento de informação, o raciocínio, a resolução de problemas, e o controlo do impulso, aumentando assim a probabilidade de se cometer um crime.

São vários os autores que certificam o estudo desenvolvido por Shaw et al. (2006), quando referem que o consumo/dependência de substâncias, com especial enfoque o consumo de álcool, contribuem para se cometer um homicídio (Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004; Schanda et al. 2004; Eronen & Tiihonen, 1996; Rossow, 2004; Pridemore, 2002). Um estudo canadense indica que pode ser estabelecida a associação entre o consumo de álcool e o homicídio. Verificaram que as vendas totais de álcool no Canadá foram positivas e estatisticamente significativas na associação com as taxas de homicídios. Os seus resultados indicam que as vendas de álcool podem ter impacto sobre as taxas de homicídio e ainda mais nos homens (Rossow, 2004).

Pridemore (2002) indica que na Rússia as taxas de consumo de álcool e de violência mortífera estão entre as mais elevadas do mundo. Os seus resultados mostram uma relação positiva e significativa entre o consumo de álcool e o homicídio, e que o grupo com maior taxa de homicídio são homens, com elevados consumos de álcool, e na faixa etária dos 25 aos 54 anos. Verificaram que neste país, cerca de três quartos de toda a população reclusa homicida estava sob a influência de álcool no momento do crime. No entanto, apesar do álcool ser um fator importante na taxa de homicídio, muitas pessoas bebem, e não raras vezes, em excesso mas sem consequências violentas. De uma forma geral, o estudo indica que o álcool e os fatores socioeconómicos contribuem para a violência na Rússia, e que as bebidas destiladas sob a forma de vodka são a forma ideal de álcool que resulta em uma rápida intoxicação que pode originar atos violentos.

Um estudo americano que elaborou uma meta-análise de 23 estudos que incluíam informações de milhares de criminosos homicidas em nove países identificou que, em média, 48.0% dos homicidas pareciam estar sob a influência de álcool no momento do crime e 37.0% estavam intoxicados. Refere que as comunidades que têm elevadas taxas

de homicídio devem organizar-se e trabalhar de forma a reduzir as taxas de consumo de álcool (Kuhns, Exum, Clodfelter, & Bottia, 2014).

Schanda et al. (2004) referem que o abuso/dependência de álcool em indivíduos com depressão *major* e perturbação bipolar levou a uma associação positiva moderada de risco de homicídio, mas a comorbilidade entre a esquizofrenia e o alcoolismo levou a um aumento notável desse risco.

2.3. Homicídio Sexual

O homicídio sexual é a forma de morte intencional que inclui atividade sexual antes, durante, ou após a prática do crime (Porter, Woodworth, Earle, Drugge, & Boer, 2003).

Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos indica que o homicídio sexual é um episódio raro e representa menos de 1,00% dos homicídios anuais ocorridos neste país. Referem que a investigação neste âmbito é muito limitada uma vez que existem poucos estudos comparativos e a inexistência de análises estatísticas que abordem esta temática também é um fator limitador (Meloy, 2000; Beauregard & Martineau, 2013).

Este crime é cometido, maioritariamente, por homens com idade inferior a 30 anos e as vítimas são, preferencialmente, mulheres desconhecidas do agressor ou parceiras esporádicas. Por norma, os homicidas sexuais não são psicóticos, apresentam sadismo sexual, podem padecer de perturbação antissocial da personalidade, e/ou perturbação narcísica, e consomem álcool e drogas (Barros, Telles, Luz, & Santarém, 2010).

Porter, Woodworth, Earle, Drugge, e Boer (2003) indicam que o psicopata criminoso tem sido o foco de vários estudos comportamentais. Os assassinos psicopatas são mais propensos a cometer um crime instrumental e dirigido para um objetivo. Referem que os psicopatas cometem diversas e graves formas de comportamento sexual, incluindo a violência sádica. Nas suas conclusões mostram que não só os psicopatas estão propensos a se envolverem em homicídios sexuais, mas quando o fazem, utilizam uma violência significativa, gratuita, e sádica. É provável que a profunda falta de afeto, de empatia, e de remorso combinada com uma propensão para a busca de emoção promova este tipo de homicídio. O psicopata tende a otimizar o seu prazer e os danos infligidos durante a perpetração de um ato homicida. Pode haver uma verdadeira relação entre o homicida psicopata e a excitação sexual sádica. A comorbilidade da psicopatia com excitação sádica contribui para a previsão de rápida reincidência para atos sexuais criminosos. No entanto, este estudo também indica que os não-psicopatas frequentemente

cometem violência sádica no âmbito do homicídio sexual. Contudo, não parece que a preferência para este comportamento seja tão exacerbada como para os psicopatas. Os autores mencionam que com este tipo de ofensores, no planeamento de uma intervenção, a gestão da raiva pode ser desnecessária, uma vez que, quase todos eles se envolvem em violência sádica que pode estar relacionada com a busca de emoção e com a falta de empatia em vez da raiva e da fúria. Quase metade dos criminosos sexuais não-psicopatas não cometeram violência sádica durante o homicídio sugerindo uma motivação diferente, assim como, diferentes abordagens de intervenção. Delimitaram que determinados padrões de homicídio sexual foram intimamente associados a certas características de personalidade patológica de criminosos psicopatas e não-psicopatas.

O homicídio sexual pode ser organizado ou desorganizado. O sadismo sexual pode ser um preditor deste tipo de homicídio, normalmente encontrado nos indivíduos com o crime organizado (Barros, Telles, Luz, & Santarém, 2010), são compulsivos, hiper reativos, e não apresentam um trauma precoce. O homicídio sexual desorganizado pode ser praticado por pessoas com perturbação de humor, e/ou com perturbação de personalidade, nomeadamente, a esquizoide e a esquiva com história prévia de abuso sexual (Meloy, 2000).

As fantasias sexuais podem promover o homicídio sexual, quando combinado com experiências traumáticas precoces, disfunções sociais e/ou sexuais (Maniglio, 2010).

Grubin (1994) comparou assassinos sexuais com um grupo de homens que haviam violado mas não cometeram assassínio. Verificaram que os homens que mataram se caracterizavam pelo isolamento ao longo de todo o ciclo vital e pela falta de relações heterossexuais indicando que uma melhor compreensão do isolamento social e emocional frequentemente encontrado em homicidas sexuais pode fornecer importantes *insights* que expliquem porque alguns agressores sexuais continuam a matar.

Um estudo realizado no Reino Unido revelou que os assassinos sexuais, comparativamente a violadores, relatam níveis elevados de reclamação/queixas em relação às mulheres na infância, altos níveis de solidão do grupo de pares na adolescência, e elevados níveis de autovitimização na idade adulta (Milsom, Beech, & Webster, 2003).

Beauregard, Stone, Proulx, e Michaud (2008) aludem para a inexistência de estudos que façam uma distinção entre os homicidas sexuais que vitimaram adultos e os homicidas sexuais que vitimaram crianças. Estes autores procuraram identificar estas diferenças e mostram que os assassínios sexuais de crianças parecem ter sofrido de abuso sexual durante a infância e tendem a apresentar mais fantasias sexuais desviantes

relativamente aos que vitimaram mulheres adultas. Os assassinos sexuais de crianças, tendem a utilizar pornografia antes do crime, a ter contacto com a vítima no momento anterior a este, e a cometem um crime que se caracteriza pela premeditação, pelo estrangulamento, pela ocultação do cadáver, e pelo desmembramento do corpo da vítima, sendo que, estas características não estão presentes nos homicidas de mulheres adultas.

2.4. Tipologias de Homicídio: Segundo a Relação Homicida – Vítima

2.4.1. Homicídio Familiar

O homicídio familiar envolve pelo menos dois elementos da família, um como vítima e o outro como agressor. As tipologias mais comuns são o assassinato do pai e/ou da mãe pelo filho que se designa de parricídio, o filicídio que se caracteriza pelo assassinato do filho perpetrado pelo pai e/ou pela mãe, o assassinio do irmão designado de fraticídio, e o homicídio conjugal que ocorre quando um dos parceiros mata o outro (Diem & Pizarro, 2010).

Almeida (1999) no seu estudo para além destes tipos de homicídios familiares acrescenta o infanticídio que corresponde à morte de um filho até ao ano de idade. Também podemos verificar na sua amostra que existem outros tipos de homicídios familiares, nomeadamente, a morte de um primo, enteado, genro, sogro, cunhado, sobrinho, não havendo uma nomenclatura específica para todos os tipos de homicídio familiar. Ainda segundo Almeida (1999) também há o homicídio extrafamiliar que pode ser subdividido em intradoméstico e extradoméstico. O intradoméstico acontece quando a vítima coabita com o homicida embora não seja formalmente um elemento integrante da família do homicida (e.g., empregada doméstica, homicídio da companheira do irmão). Quando o homicida e a vítima não coabitam trata-se de um homicídio extradoméstico.

2.4.1.1. Parricídio

O parricídio é um crime pouco comum. Existe uma deficiência metodológica das investigações, porque o tamanho das amostras é pequeno o que as torna pouco representativas (Baxter, Duggan, Larkin, Cordess, & Page, 2001).

Baxter et al. (2001) descrevem uma série de ofensores com patologia mental, condenados por parricídio em estabelecimentos prisionais de alta segurança. Este estudo comparou parricidas com homicidas que desconheciam as suas vítimas. Identificaram 98 indivíduos com uma única ofensa de parricídio, 57 (58.0%) eram matricidas – homicidas que mataram a mãe, e 41 (42.0%) eram patricidas – homicidas que mataram o pai, em

seis dos casos haviam matado os dois pais – duplo parricídio. Relativamente aos restantes homicidas, 159 pessoas tinham matado alguém desconhecido, 139 mataram uma única vítima estranha, 11 mataram duas vítimas estranhas, três mataram três vítimas estranhas, e seis mataram quatro ou mais vítimas estranhas. No grupo dos parricidas, o diagnóstico mais comum de patologia mental foi a esquizofrenia (78.6%), a mania esteve presente em 1.00% dos casos, e a depressão em 8.20%. No segundo grupo, representado pelas pessoas condenadas pela morte de um estranho, a perturbação de personalidade aparece como diagnóstico mais comum (46.5%), seguida da esquizofrenia (43.4%).

Nas conclusões do estudo sustentaram que aqueles que cometeram parricídio eram os que tinham menos propensão para uma infância perturbada ou para apresentarem antecedentes criminais, têm duas vezes mais probabilidade de padecerem de uma esquizofrenia, e de já terem atacado anteriormente a vítima. Os homicidas que desconheciam as suas vítimas apresentavam uma infância perturbada que contribuiu para a existência de perturbação de personalidade, com longos históricos de antecedentes criminais, e igualmente caracterizados por uma longa história de conduta antissocial, e abandono precoce do lar, contrariamente aos parricidas.

Almeida (1999) indica que “parricídio está um pouco menos (que o matricídio) associado à perturbação mental grave. O parricida pode cometer o seu ato em um contexto de exaustão, por vezes sob a influência explícita ou subliminar de outro familiar, nomeadamente a mãe (a mãe é frequentemente uma mulher batida pelo pai). De facto, não é incomum a vítima ser um indivíduo agressivo, violento, irascível, alcoólico e infernizador da vida do agregado familiar, que devota à futura vítima um desejo de morte (por vezes abertamente acalentado por todo o agregado familiar). A vitimização (do pai) vai ocorrer num contexto de mais uma alteração entre a vítima e o ofensor ou um dos familiares. O crime é quase sempre impulsivo embora em circunstâncias excepcionais (presença de uma fortuna considerável, brutalidade e perversidade incomuns dos protagonistas, etc.) possa ser premeditado” (Almeida, 1999, p.198).

Liettu, Säävälä, Hakko, Räsänen, e Joukamaa (2009) indicam que a recolha de informação relativa a parricidas se concebe em amostras de pacientes hospitalizados. Corroboram com Almeida (1999) quando referem que os matricidas, por norma, apresentam perturbação psicótica e entre os esquizofrénicos, o subtipo paranoide é o mais comum. Relativamente aos parricidas, os autores mencionam que os homicidas que matam o pai apresentam uma maior probabilidade de padecerem de perturbação da personalidade, sendo a borderline a mais identificada. Também indicam que a

inimputabilidade está mais presente nos matricidas do que nos patricidas, uma vez que nos matricidas a motivação para o crime adveio de uma alteração mental grave, enquanto as ofensas dos patricidas foram, na maioria das vezes, motivadas por um conflito de longo prazo. Nas conclusões apontam que os parricidas se caracterizam por um alto nível de psicopatologia. No entanto, os sintomas psicóticos estão mais patentes nos matricidas do que os parricidas. Mencionam que poucos estudos sustentam que a perturbação de personalidade apresenta proporções substanciais para o desenrolar de um patricídio como identificaram neste estudo.

A droga é uma problemática que pode originar uma conflitualidade que se associa à necessidade de o toxicodependente extorquir dinheiro aos pais, sendo provável que surja o conflito devido à exigência, chantagem, e reivindicação para receber dividendos que sustentem o vício da droga que muito facilmente poderá resultar em um patricídio ou mesmo filicídio (Almeida, 1999; Baxter et al. 2001).

2.4.1.2. Fratricídio

O fraticídio é o assassinato de um irmão pelo outro e é um dos tipos de homicídios familiares mais raros. Os poucos estudos que existem acerca deste tema sugerem que estes assassínios são muitas vezes resultado de uma rivalidade entre irmãos, *stress*, conflitos prolongados, doença mental, abuso de álcool e/ou drogas, falta de supervisão parental, e o exercício de poder um sobre o outro. É frequente haver competição entre irmãos, mas com a idade a maioria das rivalidades desaparecem e com o abandono no lar dos pais também diminui, mas quando não as ultrapassam, essa competição intensifica-se e aumenta o risco de fraticídio (Diem & Pizarro, 2010).

Freeman, Shaffer, e Smith (1996) analisaram 15 crianças, com idades entre os sete e os 18 anos, cinco meses após cometerem o homicídio de um irmão mais velho. A maioria apresentava sintomatologia significativa de depressão, de ansiedade, e de perturbação de *stress* pós-traumático. Também mostravam comprometimento psicossocial e poucas crianças tinham beneficiado de apoio de serviços comunitários ou de saúde mental.

2.4.2. Homicídio Conjugal/ Parceiro Íntimo

A maioria das investigações que estudaram o homicídio familiar centram-se no homicídio do parceiro íntimo ou homicídio conjugal e muitas vezes, têm especificidades

de género com os homens a cometerem a maioria dos homicídios e as mulheres como vítimas (Diem & Pizarro, 2010).

O homicídio conjugal pode ser o culminar de um abuso anterior ou de ciúme sexual. Por norma, as mulheres quando cometem o homicídio agem em resposta ao medo pela sua segurança, ou seja, muitas vezes são agredidas pelos parceiros conjugais, sentem-se impotentes, e recorrem ao homicídio para acabar com o relacionamento abusivo, enquanto os homicidas no masculino têm mais propensão a cometer por ciúme sexual ou pelo sentimento de propriedade sexual masculina, embora esta característica esteja mais patente nos homens também pode ser aplicável nas mulheres que matam os companheiros (Diem & Pizarro, 2010; Serran & Firestone, 2004; Belknap, Larson, Garcia, & Anderson-Block, 2012).

De acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna – RASI (2013) verifica-se que o homicídio foi, maioritariamente, praticado em contexto relacional, registando-se um número (26.7%) considerável de casos em que foi perpetrado no seio das relações de intimidade.

Parte II – Concetualização do Estudo Empírico

Capítulo III – Questões, Objetivos, e Hipóteses de Investigação

3.1. Questões de Investigação

As questões de investigação foram formuladas de modo a perceber quais as doenças mentais que prevalecem nos homicidas e se estes atuam de forma impulsiva, se apresentam ou não antecedentes judiciais e consumo de substâncias, identificar a distribuição temporal do crime de homicídio ao longo do ano e qual a arma do crime mais utilizada, observar as vítimas mais representativas do crime de homicídio e, desta forma, verificar a associação entre o matricídio e a psicose, bem como a motivação do homicida para o crime.

Após a recolha bibliográfica foram colocadas as seguintes questões de investigação para o estudo dos Homicidas no EPSCB:

- Q1: Os inimputáveis padecem maioritariamente de psicose esquizofrénica?
- Q2: Os homicidas apresentam frequentemente antecedentes judiciais?
- Q3: Os homicídios são mais frequentes no verão?
- Q4: Os homicidas apresentam frequentemente antecedentes de consumo de substâncias?
- Q5: Os homicidas vitimam maioritariamente familiares?
- Q6: Existe uma associação entre o matricídio e a psicose?
- Q7: Os homicidas atuam predominantemente de forma impulsiva?
- Q8: A arma de fogo é o instrumento do crime mais utilizado pelos homicidas?
- Q9: A motivação do homicida para o crime mais frequente é a discussão/altercação?

3.2. Objetivos Gerais e Específicos

O objetivo geral a que esta investigação se propõe é a análise descritiva e exploratória dos homicidas imputáveis e inimputáveis no EPSCB.

Como objetivos específicos pretende-se saber quais as patologias mentais mais prevalentes nos homicidas, assim como os seus antecedentes judiciais, a distribuição temporal do crime de homicídio ao longo do ano, conhecer os antecedentes de consumos de álcool e de droga dos homicidas, a relação homicida-vítima, saber se atuam de forma impulsiva ou premeditada, conhecer os instrumentos do crime mais utilizados, conhecer

a principal motivação para o crime de homicídio, e por fim, conhecer os comportamentos dos homicidas posteriores ao crime.

3.3. Hipóteses de Investigação

Após a elaboração dos objetivos acima enunciados e tendo em conta a revisão da literatura definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Os inimputáveis padecem maioritariamente de psicose esquizofrénica

São vários os estudos que associam a doença mental, designadamente, a psicose esquizofrénica ao homicídio.

Pera e Dailliet (2005) fizeram uma análise clínica e criminológica a 99 homicidas doentes mentais. Na sua amostra tinham 59.6% de pessoas com diagnóstico de psicose.

Schanda et al. (2004) associaram os principais transtornos mentais (MMD) e o homicídio. Verificaram uma maior probabilidade de homicídio nas pessoas que apresentam perturbação mental. Apuraram que 70.8% dos homicidas com patologia mental tiveram diagnósticos de esquizofrenia. Esta patologia foi associada a um aumento da probabilidade de se cometer um ato homicida.

Outro estudo realizado na Finlândia aponta que 86 homens e sete mulheres da sua amostra apresentavam esquizofrenia e que esta aumenta a probabilidade de se cometer um ato homicida em dez vezes mais em ambos os sexos relativamente à população geral. Também indicaram que o risco de comportamento homicida aumenta claramente em pessoas com esquizofrenia e em estado de alcoolemia (Eronen & Tiihonen, 1996).

H2: Os homicidas apresentam frequentemente antecedentes judiciais

Almeida (1999) na sua amostra com 53 homicidas, 21 apresentavam antecedentes delinquentes e/ou criminais. No entanto, destes 21 homicidas, muitos nunca tinham sido julgados em tribunal, justificando que a sociedade lhes tinha perdoado os vários antecedentes delinquentes e/ou criminais. Esteve evidente uma tolerância, especialmente, pelos doentes mentais mais graves e toxicodependentes cujos comportamentos vão sendo camuflados pela família. Também salientou que nenhum homicida da sua amostra tenha sido julgado anteriormente pelo crime de homicídio tentando ou consumado.

Relativamente à história forense da sua amostra, Almeida (1999) menciona que dez homicidas tinham respondido em tribunal uma vez, dois duas vezes, e um três vezes.

H3: Os homicídios são mais frequentes no verão

Não existem muitos estudos relativos à sazonalidade do comportamento homicida. De acordo com Almeida (1999) os meses de verão são, tradicionalmente, os meses em que acontecem mais homicídios, e pode estar relacionado a dias mais longos desta estação, de maior convívio e reencontro entre pessoas, e com uma maior ingestão de álcool.

Rock, Judd, e Hallmayer (2008) abordam estudos relativos à assimetria sazonal do comportamento violento. Mencionam que todos os estudos publicados sobre agressão relatam que este comportamento é sazonal. Contudo, apenas dois estudos, ambos com dados dos EUA, examinaram a variação sazonal do assalto e do homicídio. Um estudo indica que o grupo do assalto foi sazonal, mas o homicídio não foi. No entanto, o outro estudo indica que tanto o homicídio como o assalto eram sazonais.

Mohanty, Kumar, Mohanram, e Palimar (2005) descreveram que a maioria dos crimes de homicídio (52.4%) ocorrem durante a tarde e à noite e é mais comum acontecerem no inverno. Houve um número significativamente maior de homicídios aos fins-de-semana.

Um estudo realizado em São Paulo investigou também a sazonalidade do homicídio nesta cidade e os resultados sugerem que os homicídios ocorrem quando as pessoas têm tempo livre, especialmente durante as férias (meses quentes do ano), noites, e fins-de-semana (Ceccato, 2005).

Outro estudo brasileiro investigou a existência de uma distribuição sazonal para três dimensões da mania: psicose, agressividade, e comportamento suicida. Nos resultados indicam que as taxas de agressão foram significativamente maiores entre janeiro e março (50.0%), o que corresponde ao pico do verão, relativamente aos restantes meses do ano, o suicídio ocorreu com mais frequência em dezembro e janeiro, e a psicose foi positivamente correlacionada com horas de sol e com o aumento de luz de sol (Madalena Volpe, Tavares, & Del Porto, 2008).

H4: Os homicidas apresentam frequentemente antecedentes de consumo de substâncias

Shaw et al. (2006) verificaram no seu estudo que o álcool e o abuso de drogas tiveram um papel contributivo em dois quintos dos homicídios, e 42 (17.0%) dos homicídios foram cometidos por pessoas com doença mental grave em comorbidade com o com abuso de substâncias. Concluíram que o abuso de substâncias contribuiu para a maioria dos homicídios, e destacam que o álcool e a droga são fatores de risco muito superiores à doença mental para o despoletar de um ato homicida.

São vários os autores que certificam o estudo desenvolvido por Shaw et al. (2006), quando referem que o consumo/dependência de substâncias, com especial enfoque o consumo de álcool, contribuem para se cometer um homicídio (Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004; Schanda et al. 2004; Eronen & Tiihonen, 1996; Rossow, 2004; Pridemore, 2002).

Pridemore (2002) indica que na Rússia as taxas de consumo de álcool e de violência mortífera estão entre as mais elevadas do mundo. Os seus resultados mostram uma relação positiva e significativa entre o consumo de álcool e o homicídio.

H5: Os homicidas vitimam maioritariamente familiares

Almeida (1999) menciona que são inúmeros os focos de tensão e de conflito no seio da família que poderão originar ofensas corporais graves, e mesmo, homicídios. Destacou alguns fatores que podem potenciar e agravar as possibilidades de ocorrência de conflitualidade familiar, nomeadamente, personalidade com traços perturbados de algum dos membros da família, disciplina incoerente e inadequada, dificuldades económicas (como indica o velho ditado “casa onde não há pão todos ralham e ninguém tem razão”), eventos negativos (falência económica, doença física ou mental de elementos da família, desemprego), alcoolismo e/ou outras toxicodependências, com a vinda de novos membros para a família com outros valores que não os existentes no seio familiar, habitação em um meio degradado, e antecedentes de comportamentos marginais (e.g., antecedentes prisionais de algum membro da família). O autor menciona que, por norma, a violência na família é secreta e vergonhosa e só os casos mais extremos, como os de homicídio, se tornam públicos.

Polónio (1975) no seu estudo indica que as vítimas de homicídio eram, maioritariamente, a mãe, o pai, a esposa, e outros membros da família, sendo a agressão a progenitores, na sua grande maioria, praticada por esquizofrénicos. Segundo este autor, o elevado número de homicídios surgem no seio familiar uma vez que os esquizofrénicos matam com frequência os pais e outros membros da família, também refere que os alcoólicos matam as suas esposas com delírio de ciúmes (Polónio, 1975 cited in Azevedo, 2013)

H6: Existe uma associação entre o matricídio e a psicose

Liettu et al. (2009) referem que os matricidas, por norma, apresentam perturbação psicótica e, entre os esquizofrénicos, o subtipo paranoide é o mais comum. Relativamente aos patricidas, os autores mencionam que os homicidas que matam o pai apresentam uma maior probabilidade de padecer de perturbação da personalidade, sendo a borderline a mais identificada. Também indicam que a inimputabilidade está mais presente nos matricidas do que nos patricidas, uma vez que nos matricidas, a motivação para o crime adveio de uma alteração mental grave, enquanto as ofensas dos patricidas foram mais motivadas por um conflito de longo prazo. Nas conclusões apontam que os parricidas se caracterizam por um alto nível de psicopatologia. No entanto, os sintomas psicóticos estão mais patentes nos matricidas do que nos parricidas.

Foi realizado um estudo descritivo com 42 homens que cometeram parricídio e em 83.3% dos casos esteve presente o diagnóstico de esquizofrenia (Bihan & Bénézech, 2004).

H7: Os homicidas atuam predominantemente de forma impulsiva

Woodworth e Porter (2002) referem que os psicopatas são mais propensos a matar de forma instrumental ou a sangue frio do que os não-psicopatas. É notável que o psicopata agride de uma forma instrumental que se orienta para um objetivo, enquanto os indivíduos que não têm psicopatia podem apresentar uma violência mais reativa e espontânea. Porém, os seus elevados níveis de impulsividade também podem levar a assassinar de forma espontânea e reativa.

Randy, Sansone, e Sansone (2009) analisaram 99 homicidas e compararam a perturbação de personalidade antissocial com outras patologias. Concluíram que a

perturbação borderline é característica na perpetração de crimes impulsivos e violentos em comorbidade com traços antissociais. A combinação destas duas patologias funciona como um combustível que inflama o crime.

Almeida (1999) menciona que nem sempre é fácil identificar se o homicida atuou premeditadamente ou não. Na sua amostra, em cinco dos casos, apesar de obter as informações que permitiriam optar pela premeditação ou não, preferiu não ser conclusivo, dadas as dúvidas que subsistiram. No entanto, segundo o autor, foi indubitável que a maioria dos homicidas atuou de forma impulsiva e não premeditada.

H8: A arma de fogo é o instrumento do crime mais utilizado pelos homicidas

Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007) referem no seu estudo nos EUA que o instrumento de crime mais utilizado é a arma de fogo.

Valença e Moraes (2006) mostra que os homicídios no Brasil constituem uma relevante causa de morte da população brasileira e indicam que as armas de fogo constituíram a principal arma de crime e que grande parte das mortes se encontram relacionadas com a criminalidade urbana.

Almeida (1999) indica que os homicidas da sua amostra (N=53) utilizaram 34 armas de fogo, 13 armas brancas, cinco armas contundentes, e três o estrangulamento. O somatório de todas as armas utilizadas foi superior ao número de elementos da amostra, uma vez que dois homicidas utilizaram dois instrumentos de crime. A maioria dos indivíduos não tinha a arma de fogo que utilizaram legalizada.

De acordo com o RASI (2013) o principal instrumento de crime utilizado pelos homicidas, nas 116 participações registadas do crime de homicídio, verificaram a utilização da arma de fogo em 24.0% dos casos, seguindo-se a arma branca (20.7%).

H9: A motivação do homicida para o crime mais frequente é a discussão/altercação

Segundo Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007) a motivação para a perpetração de um ato homicida difere entre homicidas. Refere quatro tipos de homicídios: o motivado/precipitado por uma discussão, o que se desenvolve durante a prática de um crime, o que surge no seio familiar através da violência doméstica, e o homicídio accidental.

Almeida (1999) refere que nos homicídios da sua amostra também foram motivados, com mais frequência, pela altercação, seguidos dos passionais, e dos homicídios por vingança.

Capítulo IV – Metodologia

4.1. Delineamento da Investigação

O estudo realizado de carácter descritivo, exploratório, e transversal (Almeida & Freire, 2003) teve como objetivo fulcral descrever e explorar os homicidas reclusos e internados no EPSCB. Para uma melhor compreensão foi efetuada a recolha de dados processuais através de um guião constituído por 45 itens, sendo a primeira parte referente aos dados sociodemográficos, a segunda aos antecedentes do crime, a terceira parte envolve a situação atual do recluso. Na quarta parte do guião encontram-se itens destinados a saber qual a tipologia e a qualificação relativa ao crime de homicídio passados e atuais. No que se refere à quinta parte esta recolhe informação sobre a saúde mental do homicida à data do crime. Por último, a sexta parte pretende recolher informação relativa ao atual crime de homicídio.

O estudo organiza-se em duas partes: no primeiro momento foi efetuada a análise descritiva onde se caracterizou/descreveu os homicidas do EPSCB, nomeadamente, dados sociodemográficos, história de consumos de substâncias e de saúde mental, antecedentes judiciais e prisionais, situação jurídico-penal, o espaço temporal (sazonal) do crime de homicídio, informação relativa à vítima, o instrumento de crime utilizado, a motivação para a perpetração do ato homicida, e o comportamento do homicida posterior ao crime. No que concerne ao segundo estudo, foi realizada uma análise inferencial onde se procurou saber se existem diferenças relativas aos homicidas inimputáveis em função da psicose esquizofrénica, homicidas (imputáveis e inimputáveis) relativamente aos antecedentes judiciais, consumos de substâncias, vítimas de homicídio, formas de atuação do crime, arma utilizada, e motivação do crime, no que se refere aos homicídios em função das estações do ano, e quanto ao matricídio em função da patologia.

4.2. Participantes, Critérios de Amostragem, e Recolha da Amostra

Para a realização deste trabalho, contou-se com a totalidade dos homicidas reclusos no EPSCB. A amostra constitui-se por 77 homicidas com idades compreendidas entre os 25 e os 85 anos.

Antes de se iniciar a recolha de dados foi dada a devida autorização pelo Sr. Diretor do EP para a consulta processual referente aos homicidas.

Para se realizar a recolha de dados, foi feita uma pesquisa pormenorizada na aplicação informática SIP (Sistema de Informação Prisional) com vista à recolha da listagem de todos os indivíduos que cometeram crimes contra as pessoas e, de seguida, selecionar o crime de homicídio. Esta lista mencionava o número mecanográfico do recluso, o nome, o crime, e a tipologia/qualificação do crime (homicídio na forma tentada, homicídio consumado, e se era ou não qualificado). Nesta listagem foram excluídos os indivíduos que já não estavam presentes no EPSCB ou que já haviam saído em liberdade. Após esta recolha foi necessário converter o número mecanográfico do indivíduo para o número interno de recluso que lhe é atribuído na sua entrada para o EP e, assim, conseguir aceder diretamente ao processo/acórdão do recluso.

4.3. Instrumento para a Recolha de Dados

Foi elaborado um Guião de Recolha de Dados Processuais (cf. Anexo Z), tendo em conta os objetivos estipulados e a revisão da literatura.

4.4. Apresentação dos Resultados

Primeiro estudo – Análise Descritiva

A amostra é constituída por 77 homicidas do sexo masculino, 42 (54.5%) são inimputáveis a cumprir medida de tratamento e de segurança, 25 (32.5%) são imputáveis a cumprir pena em regime comum, oito (10.4%) são imputáveis a cumprir pena em estabelecimento destinado a inimputáveis, e dois (2.6%) indivíduos encontram-se preventivos alegadamente pelo crime de homicídio (cf. Anexos A e G).

A idade atual dos homicidas do EPSCB varia entre os 25 e os 85 anos ($M=47.32$, $DP=12.41$) (cf. Anexo A).

Os homicidas são, maioritariamente, de raça caucasiana (72) e cinco (6.50%) são de raça negra. Na população da amostra encontram-se, na sua maioria, indivíduos naturais do Porto (25), os restantes são naturais dos vários distritos e ilhas do país, e sete (9.10%) não são de naturalidade portuguesa. Para além da elevada prevalência da nacionalidade portuguesa (70) verificam-se outras nacionalidades, designadamente, a francesa (1), a russa (1), a ucraniana (1), a angolana (3), e a cabo-verdiana (1) (cf. Anexos A e B).

Tabela 1

Dados sociodemográficos

	N	%	Min	Max	M	DP
Idade atual do homicida	77		25	85	47.32	12.406
Regime Aplicado						
Inimputáveis	42	54.5				
Imputáveis	25	32.5				
Imputáveis em estabelecimento de inimputáveis	8	10.4				
Preventivos	2	2.60				
Raça						
Caucasiana	72	93.5				
Negra	5	6.50				
Naturalidade						
Portuguesa	70	90.9				
Sem naturalidade portuguesa	7	9.10				
Porto	25	32.5				

Tabela 1. Idade, raça, naturalidade do homicida e regime aplicado na atual detenção

Mais de metade dos indivíduos são solteiros (53), seguindo-se os divorciados/separados (12), e os casados/união de facto (10). Apresentam um baixo nível de escolaridade, designadamente, 26 (33.8%) dos homens completaram o 1.º ciclo, onze (14.3%) o 3.º ciclo, quatro (5.20%) são analfabetos, e quatro (5.20%) completaram o ensino superior, enquanto dois (2.60%) não conseguiram concluir este nível de ensino. Relativamente à situação profissional que antecede a atual detenção verifica-se que 24 (31.2%) trabalhavam no setor de atividade secundário, 17 (22.1%) não tinham profissão, e dez (13.0%) eram reformados (cf. Anexos B e C).

No que concerne à história de consumos de substâncias verifica-se em mais de metade dos homicidas a inexistência de consumos, 43 (55.8%) não apresentam consumos de álcool e 55 (71.4%) não consumiam estupefacientes. Contudo, entre os que consomem, está presente uma maior taxa de consumos de álcool (33) do que uso de drogas (21) (cf. Anexo D).

Tabela 2

Consumo de substâncias

	N	%
Consumos de Álcool		
Sim	33	42.9
Não	43	55.8
Consumos de Drogas		
Sim	21	27.3
Não	55	71.4

Tabela 2. Consumos de álcool e drogas

No âmbito da saúde mental, anteriormente ao crime, pode verificar-se pouca adesão a consultas de psicologia (18), sendo que em 19 (24.7%) dos indivíduos não se conseguiu apurar se haviam frequentado consultas de psicologia. Nota-se uma maior adesão a consultas de psiquiatria (37), e 28 (36.4%) já estiveram internados em uma instituição psiquiátrica. Contudo, são poucos os homicidas (11), que cumpriam medicação psiquiátrica antes do ato homicida (cf. Anexos D e E).

Tabela 3

Antecedentes psiquiátricos

	N	%
Antecedentes Psiquiátricos		
Adesão a consultas de psicologia	18	23.4
Adesão a consultas de psiquiatria	37	48.1
Internamentos psiquiátricos	28	36.4
Adesão a medicação psicofarmacológica	11	14.3

Tabela 3. Consultas de psicologia e psiquiatria, internamentos, e psicofarmacologia

As patologias mentais mais relevantes que os homicidas padeciam à data do crime e que aparecem com mais frequência são: a psicose esquizofrênica (29), a psicose paranoide (13), a perturbação da personalidade (9). Em nove (11.7%) dos homicidas da

amostra não se verificou patologia e em 35 (45.5%) dos indivíduos com anomalia psíquica verifica-se comorbilidade de patologias mentais (cf. Anexos N e O).

Tabela 4

Patologias mentais

	N	%
Patologias Mentais		
Psicose esquizofrénica	29	37.7
Psicose paranoide	13	16.9
Perturbação da personalidade	9	11.7
Sem patologia mental	9	11.7
Comorbilidade de patologias	35	45.5

Tabela 4. Patologias mentais

Entre os indivíduos que apresentavam delírios à data do crime, 18 (23.4%) tinham delírios persecutórios, dois (2.60%) delírios místicos, um (1.30%) delírio de espírito de missão, e um (1.30%) delírio de ciúme.

Tabela 5

Delírios

	N	%
Delírios		
Persecutórios	18	23.4
Místicos	2	2.60
Espírito de missão	1	1.30
Ciúme	1	1.30

Tabela 5. Delírios

A perturbação de personalidade está presente em 24 (31.2%) homicidas, sendo que as perturbações de personalidade paranoide (5) e antissocial (5) se apresentam com

mais frequência, embora oito (10.4%) dos indivíduos apresentem provável perturbação da personalidade não especificada. Em 12 (15.6%) dos indivíduos está presente a deficiência mental, oito (10.4%) apresentam um grau de deficiência ligeiro e quatro (5.20%) apresentam o grau moderado de deficiência mental (cf. Anexos O e P).

Tabela 6

Perturbação de personalidade e deficiência Mental

	N	%
Perturbação de Personalidade	24	31.2
Paranoide	5	6.50
Antissocial	5	6.50
Provável perturbação de personalidade não especificada	8	10.4
Deficiência Mental	12	15.6
Ligeira	8	10.3
Moderada	4	5.20

Tabela 6. Perturbações de personalidade e deficiência mental

É mais prevalente a inexistência de antecedentes judiciais anteriores ao crime (49), e verifica-se essa existência em 27 (35.1%) dos casos. O primeiro processo judicial dos homicidas surgiu mais frequentemente entre os 20 e os 24 anos (21), seguido do grupo dos 30 e aos 39 anos (17) (cf. Anexos E e F).

Tabela 7

Anterior situação jurídica

	N	%
Antecedentes judiciais		
Sim	27	35.1
Primeiro Processo Judicial		
20 – 24 anos	21	27.3
30 – 39 anos	17	22.1

Tabela 7. Anterior situação jurídica

Mais de metade dos reclusos (57), anteriormente à atual detenção, não apresentava uma medida privativa da liberdade em um estabelecimento prisional. As idades mais frequentes de quando surge a primeira detenção estão compreendidas entre os 20 e os 29 anos (34). O crime atual surgiu, maioritariamente, quando os homicidas se encontravam na faixa etária dos 20 aos 49 anos (61) (cf. Anexo A).

A atual detenção teve início para a maioria dos reclusos na faixa etária entre os 25 e os 49 anos (51) sendo que dois (2.60%) iniciaram-na até aos 19 anos, e seis (8.00%) com idade superior ou igual a 60 anos (cf. Anexos F e G).

Tabela 8

Detenções e situação jurídica atual

	N	%
Esteve Privado da Liberdade		
Não	57	74.0
Primeira Detenção		
20 – 24 anos	17	22.1
25 – 29 anos	17	22.1
Idade Crime Atual		
Até aos 19 anos	2	2.60
20 – 24 anos	11	14.5
30 – 39 anos	24	31.6
50 – 59 anos	7	9.20
>= 60 anos	6	7.90
Atual detenção		
Até aos 19 anos	2	2.60
30 – 39 anos	24	31.2
>= 60 anos	6	8.00

Tabela 8. Anteriores detenções e situação jurídica atual

Dos internados que se encontram a cumprir medida de tratamento e de segurança apura-se que a medida mínima aplicada mais frequente é de zero a três anos (34), e a dois (2.60%) dos internados foi aplicada uma medida mínima de 16 a 20 anos.

Relativamente à medida máxima, é mais prevalente 16 a 20 anos de internamento (14), embora a nove (11.7%) lhes tenha sido aplicada uma medida indeterminada, sem limite máximo. Nove indivíduos (11.7%) estão internados no espaço temporal de quatro a seis anos, e outros nove (11.7%) de sete a dez anos, e quatro (5.20%) já estão detidos há mais de 25 anos. Grande parte dos internados não são reincidentes em medida de tratamento e de segurança (36) e também essa maioria nunca sofreu revogação da liberdade para prova (36) (cf. Anexos H e I).

Tabela 9

Inimputáveis

	N	%
Medida de Segurança Mínima		
0 a 3 anos	34	44.2
16 a 20 anos	2	2.60
Medida de Segurança Máxima		
16 a 20	14	18.2
Indeterminada	9	11.7
Tempo que está internado		
4 a 6 anos	9	11.7
7 a 10 anos	9	11.7
>25 anos	4	5.20
Reincidência em M.S		
Sim	3	3.90
Revogação Liberdade Para Prova		
Sim	2	2.60

Tabela 9. Situação jurídico-penal dos inimputáveis

No que concerne aos homicidas imputáveis a cumprir pena de prisão, verifica-se que os anos de pena aplicada se encontram distribuídos, uma vez que oito (10.4%) tiveram uma pena de seis a dez anos, oito (10.4%) de 11 a 15 anos, e oito (10.4%) reclusos uma pena privativa da liberdade de 21 a 25 anos. Da mesma forma, o tempo que se encontram reclusos também é distribuído, maioritariamente, em dois espaços temporais, nove (11.7%) cumprem entre sete a dez anos, e nove (11.7%) entre 11 a 15 anos.

A maioria dos reclusos não são reincidentes em pena de prisão (27), enquanto seis (7.80%) são reincidentes. Todos os imputáveis nunca sofreram revogação da liberdade condicional (33) (cf. Anexo J).

Tabela 10

Imputáveis

	N	%
Pena Aplicada		
6 a 10 anos	8	10.4
11 a 15 anos	8	10.4
21 a 25 anos	8	10.4
Tempo que está recluso		
7 a 10 anos	9	11.7
11 a 15 anos	9	11.7
Reincidência em Pena de Prisão		
Sim	6	7.80
Revogação Liberdade Condicional		
Sim	0	.00

Tabela 10. Situação jurídico-penal dos imputáveis

O primeiro homicídio e/ou tentativa foi cometido com mais frequência na faixa etária dos 30 aos 39 anos (24) e entre os 25 e os 29 anos (14), em quatro (5.30%) dos casos o primeiro homicídio foi cometido em idade igual ou superior a 60 anos.

Relativamente à tipologia/qualificação do crime de homicídio, verifica-se que 13 (16.9%) homicidas já responderam em tribunal por homicídio na forma tentada, 27 (35.1%) por homicídio qualificado na forma tentada, 11 (14.3%) por homicídio simples, e 37 (48.1%) por homicídio qualificado. Evidenciam-se mais condenações de homicídios consumados (48) do que tentados (40). O número de condenações de homicídios (88) é superior ao número de homicidas (77) uma vez que alguns dos homicidas já responderam mais que uma vez nas várias tipologias/qualificações de homicídio (cf. Anexos K, L, M, e N).

Tabela 11

Crime de homicídio

	N	%
Idade do 1.º Homicídio		
25 – 29 anos	14	18.2
30 – 39 anos	24	31.2
>= 60 anos	4	5.20
Homicídio		
Homicídio simples na forma tentada	13	16.9
Homicídio qualificado na forma tentada	27	35.1
Homicídio simples	11	14.3
Homicídio qualificado	37	48.1

Tabela 11. Crime de homicídio

Os dias do mês em que ocorrem os homicídios encontram-se bastante distribuídos, embora se verifique maior prevalência entre o dia 11 e o dia 20 (28) de cada mês. O dia da semana em que aconteceram mais homicídios foi à terça-feira (15), seguida da quarta-feira (14), da sexta-feira (12), e do domingo (12). Os meses mais frequentes no cometimento de um ato homicida foram os meses de junho (9) e julho (9), também o mês de março (8), de maio (8), e de dezembro (7) aparecem com frequência. A primavera (22) é a estação do ano em que aconteceram mais homicídios, seguida do verão (19), inverno (18), e outono (17).

Relativamente à hora, os homicídios, encontram-se divididos, uma vez que 35 (45.5%) homicídios ocorreram durante o dia entre as 08.00 horas da manhã e as 20:00 horas da tarde, e 34 (44.2%) aconteceram entre as 20:01 e as 07:59 horas. No entanto, não foi possível a apurar a hora em que de oito (10.4%) homicidas perpetraram o seu ato (cf. Anexos Q e R).

Tabela 12

Data e hora dos homicídios

	N	%
Dia do mês em que ocorreram os homicídios		
11 a 20	28	36.8
Dia da semana em que ocorreram os homicídios		
Terça	15	19.7
Quarta-Feira	14	18.4
Sexta-Feira	12	15.8
Domingo	12	15.8
Meses que ocorreram os homicídios		
Março	8	10.5
Maio	8	10.5
Junho	9	11.8
Julho	9	11.8
Dezembro	7	9.20
Sazonalidade dos homicídios		
Primavera	22	28.9
Verão	19	25.0
Outono	17	22.4
Inverno	18	23.7
Horas dos homicídios		
08:00 às 20:00	35	45.5
20:01 às 24:00	21	27.3
00:01 às 07:59	13	16.9
Sem informação	8	10.4

Tabela 12. Mês, dia, sazonalidade, e horas dos homicídios

A arma mais utilizada e que atingiu primeiramente a vítima e a colocou em uma situação desvantajosa foi a perfurocortante (33), seguida da arma de fogo (17), e da cortocontundente (8). Os homicidas utilizaram com mais frequência uma arma (56) para atingir a vítima, 14 (18.4%) utilizaram entre duas a três armas, e dois (2.60%) quatro ou mais armas (cf. Anexo S).

Tabela 13

Armas

	N	%
Arma mais utilizada		
Perfurocortante	33	43.4
Arma de fogo	17	22.4
Cortocontundente	8	10.5
Número de armas utilizadas		
1	56	19.7
2 a 3	14	18.4
>=a 4	2	2.60

Tabela 13. Arma mais utilizada e número de armas utilizadas

Quanto ao número de pessoas vitimadas não foi possível apurar concretamente, dado que, em alguns casos, o mesmo homicida vitimou mais do que uma vítima (e.g. mais de 20 vítimas no mesmo homicídio). Desta forma, conseguimos apurar, especificamente, os casos em que o homicida vitimou apenas uma pessoa (cf. Anexos L, M, e N). Verificou-se que 40 (51.9%) homicidas vitimaram mais pessoas do sexo masculino (40) do que do sexo feminino (29). No entanto, 8 (10.4%) homicidas atingiram, no mesmo homicídio, várias pessoas do sexo masculino e várias pessoas do sexo feminino (cf. Anexo V).

Só foi possível apurar a faixa etária de 26 vítimas, sendo que 8 (10.4%) tinham entre 30 e 49 anos, sete (9.10%) tinham entre 70 e 79 anos, e duas crianças foram assassinadas, ambas de homicídio sexual, uma (1.30%) com idade entre os 2 e os 4 anos, e uma com idade compreendida entre 5 e 10 anos (1.30%) (cf. Anexo T).

Verificou-se, quanto à relação homicida-vítima, que 24 (31.2%) homicidas atingiram familiares, 17 (22.1%) atingiram conhecidos, 12 (15.6%) dos homicidas desconheciam as vítimas, e 6 (7.80%) atingiram os/as parceiros/as íntimos/as ou conjugais.

Relativamente ao homicídio familiar, as mães são as mais atingidas mortalmente por 8 (10.4%) homicidas, seguidas das esposas (5), e dos irmãos (5). Também se apurou que 20 (26.0%) dos homicidas têm consanguinidade com as vítimas (cf. Anexos U e V).

O local onde surgem mais homicídios é no domicílio da vítima e do homicida em (23), 15 (19.7%) aconteceram na via pública, nove (11.8%) no domicílio da vítima, oito (10.5%) no domicílio do homicida, e oito (10.5%) no café/bar (cf. Anexo W).

Os homicidas atuam mais premeditadamente (36), 34 (44.2%) atuaram impulsivamente, embora em sete (9.10%) dos casos, durante a recolha dos dados não se conseguiu perceber se o homicida agiu premeditada ou impulsivamente (cf. Anexo W).

A motivação do homicida para o crime foi, maioritariamente, despoletada por uma discussão/altercação (29), 23 (29.9%) foram motivados pela doença mental grave, e sete (9.10%) pela vingança (cf. Anexo X).

Relativamente ao comportamento do ofensor posterior ao crime, desconhece-se em 18 (23.4%) dos casos. No entanto, podemos verificar que 13 (16.9%) homicidas fugiram depois do ato homicida, nove (11.7%) mostraram indiferença perante o crime e/ou perante a vítima, cinco (6.50%) entregaram-se às autoridades, quatro (5.20%) agrediram agentes de autoridade, quatro (5.20%) abandonaram a vítima ferida ou já cadáver, e quatro (5.20%) ocultaram os vestígios do crime (cf. Anexo X).

Segundo estudo – Análise Inferencial

Com a finalidade de testar as hipóteses e dada a natureza das variáveis em questão (qualitativas nominais) foram executados testes de Chi-Quadrado de homogeneidade para verificar diferenças entre grupos e teste Chi-Quadrado de independência com o intuito de analisar a associação entre constructos.

H1: Os inimputáveis padecem maioritariamente de psicose esquizofrénica

Observamos que 54.8% dos homicidas inimputáveis padecem de psicose esquizofrénica, enquanto os restantes sofrem de outras patologias. Assim verifica-se com um nível de significância de 5.00% que existem diferenças estatisticamente significativas $\chi^2(1)=11.508, p=.001$, o que se pode concluir que os inimputáveis padecem maioritariamente de psicose esquizofrénica (cf. Anexo Y).

H2: Os homicidas apresentam frequentemente antecedentes judiciais

Verifica-se que 63.6% dos homicidas não apresentam antecedentes judiciais e 35.1% destes já foram notificados judicialmente. Através do teste *chisquare*

$\chi^2(6)=1.997, p=.897$, não se pode corroborar que os homicidas apresentam, estatisticamente, antecedentes judiciais elevados (cf. Anexo Y).

H3: Os homicídios são mais frequentes no verão

Observa-se que a estação do ano em que os homicídios são mais frequentes é na primavera (28.9%), seguida do verão (25.0%), inverno (23.7%), e por último outono (22.4%). Assim não se pode concluir que os homicídios no verão são estaticamente mais frequentes $\chi^2(6)= 6.116, p=.357$ (cf. Anexo Y).

H4: Os homicidas apresentam frequentemente antecedentes de consumo de substâncias

De acordo com o teste chi-quadrado $\chi^2(6)=39.001, p=.002$ pode-se corroborar que 58.4% dos homicidas apresentam história de consumo de álcool e/ou drogas (cf. Anexo Y).

H5: Os homicidas vitimam maioritariamente familiares

No que concerne à hipótese cinco esta não é corroborada. Observa-se que 33.8% dos homicidas atingiram familiares. No entanto, os restantes homicidas (66.2%) não apresentam um grau de parentesco com as vítimas, assim através do teste chi-quadrado $\chi^2(3)=6.425, p=.075$, conclui-se com um nível de significância de 5% que os homicidas não vitimaram maioritariamente familiares (cf. Anexo Y).

H6: Existe uma associação entre o matricídio e a psicose

Após a análise do teste *chisquare* de independência verifica-se que o matricídio depende da psicose uma vez que 38.4% dos homicidas com esta patologia mataram a mãe, sendo que os indivíduos que apresentam outras patologias não perpetraram este tipo de homicídio. Podemos assim afirmar que existe uma associação estatisticamente significativa entre o matricídio e a psicose $\chi^2(10)=16.703, p=.013$ (cf. Anexo Y).

H7: Os homicidas atuam predominantemente de forma impulsiva

Verifica-se que quanto à forma de atuação do crime 46,8% premedita o crime enquanto 44.2% age de forma impulsiva, é de realçar que 9.10% age de forma duvidosa, ou seja, na nossa amostra não nos foi possível pormenorizar de forma concreta a atuação

do crime por parte dos homicidas. Após a aplicação do teste de *chisquare*, não se pode concluir que os homicidas atuam predominantemente de forma impulsiva $\chi^2(6)=3.022, p=.864$ (cf. Anexo Y).

H8: A arma de fogo é o instrumento do crime mais utilizado pelos homicidas

Quanto à arma mais utilizada pelos homicidas observa-se que 43.4% utiliza a perfurocortante, 22.4% corresponde à arma de fogo sendo esta a segunda arma mais utilizada pelos homicidas. Para concluir e após a utilização do teste *chisquare* de homogeneidade verifica-se que a arma de fogo não é o instrumento do crime mais utilizado pelos homicidas. No entanto, o teste indica que existe uma diferença entre o instrumento do crime e os homicidas, nomeadamente, no que concerne à arma branca perfurocortante $\chi^2(24)=38.274, p=.024$ (cf. Anexo Y).

H9: A motivação do homicida para o crime mais frequente é a discussão/altercação

No que respeita à motivação por parte do homicida para o crime confirma-se que 37.7% perpetuou o ato homicida motivado pela discussão/altercação. Por outro lado, está evidente que 29.9% despoletou este ato através da alteração mental grave de que padece. Com a aplicação do teste *chisquare* a hipótese testada foi corroborada $\chi^2(27)=46.238, p=.001$. Assim, conclui-se que a motivação do homicida para o crime mais frequente é a discussão/altercação (cf. Anexo Y).

4.5. Discussão dos Resultados

Nesta parte serão apresentados e discutidos os resultados obtidos através da análise dos dados recolhidos pelo guião atrás mencionado de forma descritiva e comparativa. O objetivo após a análise dos resultados é corroborar ou não as hipóteses formuladas inicialmente, tendo por base o estado da arte no seu todo.

Apurou-se que mais de metade dos homicidas são solteiros (68.8%) e apresentam um nível baixo de escolaridade (61.1%). De acordo com Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007), as variáveis que parecem combinar com o crime violento são o abuso/dependência de álcool e de outras substâncias, o baixo nível de escolaridade, longos períodos sem qualquer atividade laboral, e serem solteiros.

Constatamos que os homicidas apresentam frequentemente antecedentes de consumos de substâncias ao verificar-se que 58,4% destes apresentam história de consumo de álcool e/ou drogas. No entanto, verificou-se que há uma maior prevalência do consumo de álcool (42.9%).

São vários os autores que mencionam o contributo do consumo de substâncias para a perpetração de um ato homicida. Contudo, referem que o álcool tem um papel mais relevante que a droga e que a comorbilidade com patologias mentais, nomeadamente, a psicose esquizofrénica é um fator de risco muito elevado para este tipo de crime (Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004; Eronen & Tiihonen, 1996; Schanda et al. 2004; Roberts, Zgoba, & Shahidullah, 2007; Bihan & Bénézech, 2004).

No nosso estudo verificamos que 88.4% da amostra apresenta patologia mental e que os homicidas inimputáveis padecem maioritariamente de psicose esquizofrénica (54.8%), enquanto os restantes sofrem de outras patologias.

Richard-Devantoy et al. (2013) indicam que a prevalência de homicidas com diagnóstico de esquizofrenia é de 6.00% nos países ocidentais. Referem que é complexa a relação homicídio-esquizofrenia e que não pode ser reduzida a uma relação de causalidade simples. Nos seus resultados verificaram que o homicídio cometido por uma pessoa esquizofrénica está associado com variáveis sociodemográficas (idade jovem, sexo masculino, baixo nível socioeconómico), história de violência contra outras pessoas, contexto (um evento stressante no ano anterior ao homicídio), e o risco de fatores clínicos (sintomas psicóticos graves, longa duração de psicose sem qualquer tipo de tratamento, e baixa adesão à psicofarmacologia). No entanto, em comparação com a população geral, o risco de homicídio aumenta oito vezes mais em esquizofrénicos com perturbação de abuso de substâncias, principalmente com o abuso de álcool.

Nos homicidas da amostra verifica-se que em 29.9% dos casos estiveram presentes, à data do crime, delírios e em 18.0% manifestaram-se delírios persecutórios. A literatura indica que os sintomas psicóticos estão relacionados com a utilização de violência extrema, sendo que nas pessoas com psicose, os delírios persecutórios são os mais comuns no momento do homicídio (Eronen & Tiihonen, 1996; Laajasal & Häkkänen, 2006; Golenkov, Large, Nielssen, & Tsymbalova, 2011; Bihan & Bénézech, 2004).

No que concerne às vítimas colocamos a hipótese de que os homicidas vitimam maioritariamente familiares, sendo que 33.8% dos homicidas atingiram familiares. No entanto, os restantes homicidas (66.2%) não apresentam grau de parentesco com as vítimas, concluindo-se que os homicidas não vitimaram maioritariamente familiares.

Almeida (1999) menciona que o homicida pode perpetrar o seu crime vitimando íntimos, amigos, vizinhos, empregados ou empregadores, colegas de trabalho, e simples conhecidos ou desconhecidos. Segundo o autor, o homicídio a desconhecidos é pouco frequente entre nós e é, sem dúvida, entre as pessoas conhecidas que ocorre a maioria dos homicídios, uma vez que mais de metade dos homicídios voluntários são cometidos contra familiares, vizinhos, ou indivíduos conhecidos dos criminosos. Também menciona que nos indivíduos suspeitos de padecerem de doença mental eram conhecidos dos homicidas, 73.0% eram membros da família.

Verificamos que existe uma associação entre o matricídio e a psicose dado que 38.4% dos homicidas com esta patologia mataram a mãe, e os indivíduos que apresentam outras patologias não perpetraram este tipo de homicídio. Segundo Golenkov, Large, Nielssen, e Tsymbalova (2011) o homicídio foi associado à psicose, e na sua maioria ao subtipo paranoide. As vítimas foram, maioritariamente, membros da família ou conhecidos.

Wick, Mitchell, Gilbert, e Byard (2008) realizaram um estudo na Austrália acerca do matricídio. Os matricídios são formas incomuns de homicídio e têm características semelhantes. Tensões intrafamiliares com doenças mentais subjacentes dos autores, são elementos comuns nos estudos relativos a esta temática. Foram identificadas nos autores do crime várias patologias mentais, nomeadamente, a esquizofrenia, a deficiência mental, e a comorbilidade de patologias. Na nossa investigação, para além do elevado grau de esquizofrenia, 15.6% dos indivíduos apresentam deficiência mental, e em 45.5% dos homicidas com anomalia psíquica verifica-se a existência de comorbilidade de patologias mentais.

Relativamente à idade das vítimas só foi possível apurar a faixa etária de 26 vítimas, sendo que 8 (10.4%) tinham entre 30 e 49 anos e sete (9.10%) tinham entre 70 e 79 anos, enquanto o crime atual dos homicidas surgiu, maioritariamente, quando estes se encontravam na faixa etária dos 20 aos 49 anos (80.3%). Wick, Mitchell, Gilbert, e Byard (2008) apontam no seu estudo que as vítimas tinham idades compreendidas entre os 42 e os 83 anos, e que os autores do homicídio tinha entre 15 e 53 anos.

No nosso estudo colocamos a hipótese que a arma de fogo é o instrumento do crime mais utilizado pelos homicidas e observou-se que 43.3% dos homicidas utilizou a arma perfurocortante e 22.4% utilizou a arma de fogo, sendo a segunda arma mais utilizada. Conclui-se que a arma de fogo não é o instrumento de crime mais utilizado pelos homicidas. No entanto, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o instrumento do crime e os homicidas, nomeadamente, no que concerne à arma perfurocortante. As armas cortocontundentes e contundentes também se apresentam em 18.4% dos casos.

Ainda segundo Wick, Mitchell, Gilbert, e Byard (2008) apuraram que as armas mais utilizadas foram as contundentes e as perfurocortantes, seguidas das armas de fogo. São vários os autores que certificaram, tal como, na nossa amostra que o método mais comum de morte foi o esfaqueamento (Golenkov, Large, Nielssen, & Tsymbalova, 2011, Wick, Mitchell, Gilbert, & Byard, 2008, e Laajasal & Häkkänen, 2006).

Outra hipótese levantada foi que os homicidas apresentam frequentemente antecedentes judiciais. Verificamos que 63.6% dos homicidas não apresentam antecedentes judiciais e 35.1% destes já foram notificados judicialmente. Não se pode corroborar que os homicidas apresentam frequentemente antecedentes judiciais.

Almeida (1999) indica que 21 dos homicidas da sua amostra nunca tinham sido julgados em tribunal, justificando que a sociedade lhes tinha perdoado os vários antecedentes delinquentes e/ou criminais. Também refere uma tolerância manifestada, especialmente, pelos doentes mentais mais graves e toxicodependentes cujos comportamentos vão sendo camuflados pela família. Salientou que nenhum homicida foi julgado anteriormente pelo crime de homicídio tentando ou consumado. Relativamente à história forense da sua amostra, menciona que dez homicidas tinham respondido em tribunal uma vez, dois duas vezes, e um três vezes.

Consideramos também relevante levantar a hipótese de que os homicidas atuam predominantemente de forma impulsiva e verificou-se que quanto à forma de atuação do crime 46,8% premedita o crime, enquanto 44.2% age de forma impulsiva, e é de realçar

que 9.10% age de forma duvidosa, ou seja, na nossa amostra não nos foi possível pormenorizar de forma concreta a atuação do crime por parte dos homicidas, não se podendo concluir que os homicidas atuam predominantemente de forma impulsiva. Uma vez que a nossa investigação se realizou apenas com os dados recolhidos dos processos/acórdãos dos arguidos, não foi possível perceber se, em todos os casos, havia premeditação ou impulsividade.

Almeida (1999) refere que nem sempre é fácil identificar se o homicida atuou ou não premeditadamente. Entende por premeditação a atitude de meditar ou planejar antes da execução de um ato. No seu estudo verificou que a maioria dos homicidas atuam impulsivamente e não premeditadamente, traduzindo que a atuação do crime foi predominantemente emotiva, impulsiva, menos perversa, levando a uma maior desculpabilização do mesmo. No entanto, menciona que 15 homicidas atuaram premeditadamente haviam sido perpetrados por indivíduos mais perversos, mais frios, e mais recrimináveis, que tendiam a não exibir qualquer culpabilidade no momento posterior ao crime. Assim, parece que estes indivíduos apresentam características de personalidade antissocial.

No nosso estudo corroborou-se a hipótese de que a motivação do homicida para o crime mais frequente é a discussão/altercação em 37.7% dos casos, 29.9% foram motivados pela doença mental grave, e 9.10% pela vingança.

Roberts, Zgoba, e Shahidullah (2007) indicam que o homicídio não é um comportamento homogêneo e a motivação para a perpetração de um ato homicida difere entre homicidas. Almeida (1999) refere que nos homicídios da sua amostra também foram motivados, com mais frequência, pela altercação, seguidos dos passionais, e dos homicídios por vingança. O autor indica que a altercação foi frequentemente favorecida pela alcoolemia, e concomitantemente, com uma habitual maior impulsividade dos seus autores, levando a parecer que os homicidas apresentam características menos perversas, em contraponto aos sujeitos mais premeditados e frios. Ainda no seu estudo verifica que apenas quatro homicídios foram motivados pela doença mental grave, e segundo o autor, traduz que a maioria dos homicidas são não psicóticos, mas que não deve ser desprezado o potencial homicida dos doentes mentais graves. Dado que os indivíduos da nossa amostra são maioritariamente inimputáveis, é natural que se reflita uma elevada percentagem de homicídios motivados pela anomalia psíquica. No entanto, é notável que discussão/altercação foi a prevalente.

Verificamos também, que a perturbação de personalidade está presente em 31.2% dos homicidas, sendo que as perturbações de personalidade paranoide e antissocial se apresentam com mais frequência. Dada a prevalência destas perturbações de personalidade e ainda persistir dúvida relativamente a 10.4% dos indivíduos que apresentam provável perturbação da personalidade não especificada, a premeditação aparece ligeiramente superior à impulsividade.

Woodworth e Porter (2002) associam esta premeditação à pessoa perigosa que ataca constantemente os outros em todo o seu ciclo, nomeadamente, ao psicopata e acreditam que existe uma forte relação entre a psicopatia e algumas formas de homicídio.

No entanto, apesar de haver esta relação com a psicopatia, também acreditamos que outros doentes mentais poderão premeditar o crime, nomeadamente, os psicóticos quando dentro dos seus quadros delirantes e alucinatórios, através das vozes de comando e de delírios persecutórios poderão premeditar o crime através da sua doença mental. Dado que na nossa amostra é prevalente a anomalia psíquica e com o levantamento dos dados foi perceptível este fenómeno.

Outra temática que consideramos pertinente abordar foi a sazonalidade do homicídio. Levantamos a hipótese de que os homicídios são mais frequentes no verão e observamos que a estação do ano em que os homicídios são mais frequentes é na primavera (28.9%), seguida do verão (25.0%), inverno (23.7%) e, por último, outono (22.4%). Assim não se concluiu que os homicídios são mais frequentes no verão.

São poucos os estudos que englobam a temática da sazonalidade do homicídio. Rock, Judd, e Hallmayer (2008) abordam estudos relativos à assimetria sazonal do comportamento violento. Mencionam que todos os estudos publicados sobre agressão relatam que este comportamento é sazonal. Contudo, apenas dois estudos efetuados nos EUA examinaram a variação sazonal do assalto e do homicídio. Um estudo indica que o grupo do assalto foi sazonal, mas o homicídio não foi. No entanto, o outro estudo indica que tanto o homicídio como o assalto eram sazonais.

O nosso estudo mostra que os dias do mês em que ocorrem os homicídios encontram-se bastante distribuídos, embora se verifique maior prevalência em 36.4% dos casos que o homicídio tivesse ocorrido entre o dia onze e o dia 20 de cada mês. Relativamente ao dia da semana, apuramos que aconteceram mais homicídios à terça-feira (19.5%), seguida da quarta-feira (18.4%), da sexta-feira (15.8%) e do domingo (15.8%). Relativamente à hora, os homicídios, encontram-se divididos, uma vez que 45.5% homicídios ocorreram durante o dia entre as 08.00 horas da manhã e as 20:00 horas

da tarde, e 44.2% aconteceram entre as 20:01 e as 07:59 horas. No entanto, não foi possível a apurar a hora em que de 10.4% homicidas perpetraram o seu ato.

Mohanty, Kumar, Mohanram, e Palimar (2005) descreveram que a maioria (52.4%) dos crimes de homicídio ocorrem durante a tarde e à noite e é mais comum acontecerem no inverno. Houve um número significativamente maior de homicídios aos fins-de-semana.

Um estudo realizado em São Paulo investigou também a sazonalidade do homicídio nesta cidade e os resultados sugerem que os homicídios ocorrem quando as pessoas têm tempo livre, especialmente durante as férias (meses quentes do ano), noites, e fins-de-semana (Ceccato, 2005).

De acordo com Almeida (1999) os meses de verão como são, tradicionalmente, os meses em que acontecem mais homicídios, com dias mais longos, de maior convívio e reencontro entre pessoas, e com uma maior ingestão de álcool. No entanto, foi curioso constatar que na sua amostra o mês com maior número de homicídios foi o de fevereiro. Segundo o autor poderá ter devido ao acaso ou ter tendência repetitiva.

Capítulo V – Conclusões

Esta investigação pretende contribuir para o estudo do homicídio em Portugal, mostrando características importantes que poderão propiciar um ato homicida.

O fenómeno homicida é complexo, bem como a diversidade de características encontradas nos seus protagonistas (homicida e vítima). Este estudo permitiu-nos fazer uma atualização dos dados portugueses relativos a este tipo de crime e perceber se este fenómeno se mantém com o mesmo padrão ao longo dos anos. Corroboramos com Almeida (1999) ao verificar que os homicidas “jamais podem ser perspectivados como um grupo caracterialmente homogéneo” (p.17), uma vez que este pode ser determinado por vários fatores.

Os resultados permitem identificar, de uma forma geral, os fatores de risco que contribuem para o homicídio. Investigações futuras poderão dar continuidade a este trabalho com elaboração de planos de prevenção com base nestes fatores, nomeadamente, a atuação ao nível da prevenção do consumo de substâncias, uma vez que se verificou que os homicidas apresentam frequentemente antecedentes de consumos de substâncias; a rápida identificação de patologias mentais e subsequente acompanhamento psicológico e psicofarmacológico dos indivíduos também é fundamental dado que os homicidas inimputáveis padecem maioritariamente de psicose esquizofrénica, dotar as famílias dos indivíduos com patologias mentais de conhecimento relativo às suas doenças visto que existe uma associação entre o matricídio e a psicose; também será importante um trabalho de acompanhamento destes indivíduos do ponto de vista educativo e psicossocial, nomeadamente, a promoção de competências sociais e emocionais, uma vez que a motivação do homicida para o crime mais frequente é a discussão/altercação.

No nosso estudo não foi confirmada a hipótese de que os homicidas atuam predominantemente de forma impulsiva. Apesar de a literatura apontar para a impulsividade dos homicidas (Almeida, 1999; Bihan & Bénézech, 2004), em uma futura investigação seria pertinente aprofundar esta temática, de forma a perceber se o homicídio é ponderado ou não. Woodworth e Porter (2002) mencionam que existe uma relação entre o homicídio e a psicopatia e, por norma, estes indivíduos cometem-no de forma premeditada. No entanto, também acreditamos que não só o psicopata poderá atuar premeditadamente, mas também indivíduos com outras patologias mentais poderão premeditar o crime, nomeadamente, os psicóticos quando dentro dos seus quadros

delirantes e alucinatórios, através das vozes de comando e de delírios persecutórios poderão premeditar o crime dentro da sua doença mental.

Na revisão da literatura não foram encontrados estudos que englobassem o comportamento do homicida posterior ao crime. No nosso estudo, achamos pertinente a recolha desta informação e apuramos que 16.9% dos homicidas fugiram depois do ato homicida, 11.7% mostraram indiferença perante o crime e/ou perante a vítima, 6.50% entregaram-se às autoridades, 5.20% agrediram agentes de autoridade, 5.20% abandonaram a vítima ferida ou o cadáver, 5.20% ocultaram os vestígios do crime. Em futuras investigações sobre homicídio seria importante alargar o estudo sobre estes comportamentos e relacioná-los com premeditação ou não do crime.

Verificou-se também uma escassez de bibliografia relativa à sazonalidade do homicídio. No nosso estudo não se confirmou a hipótese de que os homicídios são mais frequentes no verão.

Relativamente ao homicídio sexual, podemos apurar que é pouco frequente este tipo de homicídio (Beauregard & Martineau, 2013; Meloy, 2000). No entanto, seria pertinente alargar os estudos neste âmbito, nomeadamente, na distinção entre os homicídios sexuais de adultos e de crianças. No nosso estudo foram encontrados quatro homicidas sexuais, dois abusaram sexualmente de duas crianças e perpetraram o ato homicida, e dois violaram duas mulheres e conseqüentemente o ato homicida.

O fratricídio esteve presente em oito casos da nossa amostra. Apesar de pouco frequente, este tipo de homicídio também se verificam poucos estudos sobre este fenómeno, podendo ser alargado em futuras investigações.

Para a realização deste estudo foi fundamental o apoio por parte do EPSCB que nos permitiu a recolha dos dados e nos forneceu as listas de homicidas presentes no EP.

Esta investigação teve algumas limitações, designadamente, a nível da recolha da amostra. Dado que no EPSCB os homicidas são, maioritariamente, inimputáveis não nos seria possível realizar uma entrevista com os próprios, porque não nos seria dada a devida autorização. Desta forma, apenas nos foi autorizada a consulta dos dados processuais respeitantes a cada indivíduo, sendo um fator limitador na recolha dos dados, dado que nem toda a informação que gostaríamos de recolher esteve presente. Seria pertinente alargar o conhecimento relativo à história desenvolvimental do indivíduo, ao consumo de substâncias do homicida no momento anterior ao crime, à sua história familiar, a histórias de consumos de substâncias da família, assim como a antecedentes psiquiátricos desta, à

história criminal/judicial familiar, à percepção do indivíduo perante o crime, e o tipo de relação deste com a vítima.

Os acórdãos judiciais não forneceram toda a informação que gostaríamos de obter, a idade e o género da vítima não esteve presente em todos os acórdãos, assim como a premeditação ou não do crime, a história do consumo de substâncias e de antecedentes psiquiátricos de todos os homicidas. Também pelo facto de alguns serem dactilografados manualmente não nos permitiu aceder a alguns dados pela incompreensão da caligrafia.

Referências Bibliográficas

- Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 11 de 21 de julho de 2009. *Diário da República n.º 139 – I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Almeida, C. & Vialonga, J. (2006). *Código Penal*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, C. & Vialonga, J. (2006). *Código Processo Penal*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Maia: Instituto Superior da Maia.
- Almeida, F., & Pinto da Costa, J. (1992). Homicídios e Psiquiatria Forense. *O Médico*, 127(2075), 97-100.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Azevedo, A. (2013). *Esquizofrénicos em Medida de Internamento: Análise Diferencial das Características e do Risco de Violência de Homicidas e Não Homicidas (Dissertação de mestrado não publicada)*. Porto: Universidade do Porto Faculdade de Direito.
- Barros, A., Telles, L., Luz, P., & Santarém, H. (2010). Sexual homicide: case report of a forensic psychiatric evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 466-467.
- Baxter, H., Duggan, C., Larkin, E., Cordess, C., & Page, K. (2001). Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care .1: A descriptive comparison. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12(2), 287-299.
- Beauregard, E. & Martineau, M. (2013). A Descriptive Study of Sexual Homicide in Canada: Implications for Police Investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57, 1454-1476.
- Beauregard, E., Stone, M., Proulx, J., & Michaud, P. (2008). Sexual Murderers of Children: Developmental, Precrime, Crime, and Postcrime Factors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 253-269.
- Belknap, J., Larson, D., Garcia, C., & Anderson-Block, K. (2012). Types of Intimate Partner Homicides Committed by Women - Self-Defense, Proxy/Retaliation, and Sexual Proprietariness. *Homicide Studies*, 16, 359-379.
- Bihan, P. & Bénézech, M. (2004). Degree of organization of pathological parricide: Modus operandi and criminological profile in 42 cases. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(8), 615-625.

- Carvalho, S. (2009). *Criminalidade e Doença Mental - Um Estudo Sobre Ofensores Submetidos a Perícia Forense (Dissertação de mestrado não publicada)*. Maia: Instituto Superior da Maia.
- Ceccato, V. (2005). Homicide in São Paulo, Brazil: Assessing spatial-temporal and weather variations. *Journal of Environmental Psychology*, 25(3), 307-321.
- Cunha, A. (2003). *Esquizofrenia e Crime: Contributo para o estudo da agressividade dos Inimputáveis Perigosos (Dissertação de mestrado não publicada)*. Porto: Universidade do Porto Faculdade de Medicina.
- Diem, C. & Pizarro, J. (2010). Social Structure and Family Homicides. *Springer Science+Business Media*, 521-532.
- Eronen, M. & Tiihonen, H. (1996). Schizophrenia and Homicidal Behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (1), 83-89.
- Fazel, S. & M., G. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*, 163, 1397-1403.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 6(8), 1-15.
- Fazel, S., Långström, N., & Hjern, A. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301, 2016-2023.
- Freeman, L., Shaffer, D., & Smith, H. (1996). Neglected Victims of Homicide: The Needs of Young Siblings of Murder Victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 337-345.
- Golenkov, A., Large, M., Nielssen, O., & Tsymbalova, A. (2011). Characteristics of homicide offenders with Schizophrenia from the Russian Federation. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 232-237.
- Granieri, E. & Fazio, P. (2012). The Lombrosian prejudice in medicine. The case of Epilepsy. Epileptic psychosis. Epilepsy and aggressiveness. *Neurol Sci*, 33, 173-192.
- Grubin, D. (1994). Sexual murder. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 624-629.
- Hanlon, R., Coda, J., Cobia, D., & Rubin, L. (2012). Psychotic Domestic Murder: Neuropsychological Differences Between Homicidal and Nonhomicidal Schizophrenic Men. *Springer Science & Business Media*, 27, 105-113.
- Kuhns, J., Exum, M., Clodfelter, T., & Bottia, M. (2014). The Prevalence of Alcohol-Involved Homicide Offending: A Meta-Analytic Review. *Homicide Studies*, 18, 251-270.

- Laajasal, T. & Häkkänen, H. (2006). Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 242–253.
- Liettu, A., Säävälä, H., Hakko, H., Räsänen, P., & Joukamaa, M. (2009). Mental disorders of male parricidal offenders - A study of offenders in forensic psychiatric examination in Finland during 1973-2004. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 96-103.
- Madalena Volpe, F., Tavares, A., & Del Porto, J. (2008). Seasonality of three dimensions of mania: Psychosis, aggression and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 95-100.
- Maniglio, R. (2010). The role of deviant sexual fantasy in the etiopathogenesis of sexual homicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 294-302.
- Männynsalo, L., Putkonen, H., Lindberg, N., & Kotilainen, I. (2009). (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 279-28.
- Meloy, J. (2000). The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 1-22.
- Milsom, J., Beech, A., & Webster, S. (2003). Emotional Loneliness in Sexual Murderers: A Qualitative Analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 285-296.
- Ministério da Administração Interna (2014). Relatório Anual de Segurança Interna: Ano 2011. Acedido a partir do endereço: http://www.portugal.gov.pt/media/555724/2012-03-30_relato_rio_anual_seguran_a_interna.pdf em setembro de 2014.
- Ministério da Administração Interna (2014). Relatório Anual de Segurança Interna: Ano 2013. Acedido a partir do endereço: <http://www.portugal.gov.pt/media/1391220/RASI%202013.pdf> em setembro de 2014.
- Mohanty, M., Kumar, T., Mohanram, A., & Palimar, V. (2005). Victims of homicidal deaths – An analysis of variables. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12(6), 302-304.
- Oliveira, F. (2010). *Deficiência Intelectual e Crime*. (Arquivos de Medicina). Porto: Universidade do Porto Faculdade de Medicina.

- Pera, S. & Dailliet, A. (2005). Homicide by mentally ill: clinical and criminological analysis. *Encephale*, 31, 539–549.
- Porter, S., Woodworth, M., Earle, J., Drugge, J., & Boer, D. (2003). Characteristics of Sexual Homicides Committed by Psychopathic and Nonpsychopathic Offenders. *Law and Human Behavior*, 27(5), 459-470.
- Pridemore, W. (2002). Vodka and violence: Alcohol consumption and homicide rates in Russia. *American Journal of Public Health*, 92(12), 1921-1930.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders of Mentally Ill Homicide Offenders: A Structured Clinical Study on Dual and Triple Diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 59-72.
- Rainho, L. (2008). *Homicídios em Portugal, Contributo para o Estudo do Crime Violento*. (Dissertação de mestrado não publicada). Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Randy, A., Sansone, M., & Sansone, L. (2009). Borderline Personality and Criminality. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(10), 16-20.
- Richard-Devantoy, S., Bouyer-Richard, A., Jollant, F., Mondoloni, A., Voyer, M., & Senon, J. (2013). Homicide, schizophrenia and substance abuse: A complex interaction. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(4), 339-350.
- Roberts, A., Zgoba, K., & Shahidullah, S. (2007). Recidivism among four types of homicide offenders: An exploratory analysis of 336 homicide offenders in New Jersey. *Aggressive and Violent Behavior*, 12, 493-507.
- Rock, D., Judd, K., & Hallmayer, J. (2008). The seasonal relationship between assault and homicide in England and Wales. *Injury*, 39(9), 1047-1053.
- Rossow, I. (2004). Alcohol consumption and homicides in Canada, 1950-1999. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*, 31(3), 541-559.
- Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scand*, 110, 98-107.
- Serran, G. & Firestone, P. (2004). Intimate Partner Homicide: A Review of the Male Proprietariness and the Self-defense Theories. *Aggression and Violent Behavior*, 9(1), 1-15. Obtido em 17 de Janeiro de 2014, de <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abst>
- Shaw, J., Hunt, I., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., Parsons,

- R., McCann, K., Burns, J., Kapur, N., & Appleby, L. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction, 101*, 1117-1124.
- Valença, A. & Moraes, T. (2006). Relationship between homicide and mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(3), 62-68.
- Wick, R., Mitchell, E., Gilbert, J., & Byard, R. (2008). Matricides in South Australia – A 20-year retrospective review. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 15*(3), 168-171.
- Woodworth, M. & Porter, S. (2002). In Cold Blood: Characteristics of Criminal Homicides as a Function. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(3), 436-445.

ANEXOS

ANEXO A

TABELA 1 – IDADE ATUAL

TABELA 2 – RAÇA

TABELA 3 – NATURALIDADE POR DISTRITO

Tabela 1

Idade atual do homicida

	N	Mín	Máx	M	DP
Idade atual do homicida	77	25	85	47.32	12.406

Tabela 2

Raça do homicida

	N	%
Caucasiana	72	93.5
Negra	5	6.5
Total	77	100.0

Tabela 3

Naturalidade por distrito do recluso

	N	%
Aveiro	5	6.5
Beja	1	1.3
Braga	6	7.8
Bragança	3	3.9
Castelo Branco	3	3.9
Coimbra	1	1.3
Guarda	3	3.9
Leiria	4	5.2
Lisboa	7	9.1
Santarém	2	2.6
Viana do Castelo	2	2.6
Vila Real	3	3.9
Viseu	1	1.3
Porto	25	32.5
Açores	4	5.2
Sem naturalidade portuguesa	7	9.1
Total	77	100.0

ANEXO B

TABELA 4 – NACIONALIDADE

TABELA 5 – ESTADO CIVIL

Tabela 4

Nacionalidade do homicida

	N	%
Portuguesa	70	90.9
Francesa	1	1.3
Russa	1	1.3
Ucraniana	1	1.3
Angolana	3	3.9
Cabo Verdiana	1	1.3
Total	77	100.0

Tabela 5

Estado civil do homicida

	N	%
Solteiro	53	68.8
Casado/união de facto	10	13.0
Viúvo	2	2.6
Divorciado/separado	12	15.6
Total	77	100.0

ANEXO C

TABELA 6 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

TABELA 7 – SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Tabela 6

Habilitações literárias do homicida

	N	%
Analfabeto	4	5.2
1º ciclo incompleto	6	7.8
1º ciclo	26	33.8
2º ciclo incompleto	1	1.3
2º ciclo	10	13.0
3º ciclo incompleto	4	5.2
3º ciclo	11	14.3
Ensino secundário incompleto	4	5.2
Ensino secundário	5	6.5
Ensino superior incompleto	2	2.6
Ensino superior	4	5.2
Total	77	100.0

Tabela 7

Situação profissional do homicida

	N	%
Setor primário	12	15.6
Setor secundário	24	31.2
Setor terciário	11	14.3
Sem profissão	17	22.1
Desempregado	3	3.9
Reformado	10	13.0
Total	77	100.0

ANEXO D

TABELA 8 – CONSUMOS DE ÁLCOOL

TABELA 9 – CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES

TABELA 10 – CONSULTAS PSICOLOGIA

TABELA 11 – CONSULTAS PSIQUIATRIA

Tabela 8

Apresenta história de consumos de álcool?

	N	%
Sim	33	42.9
Não	43	55.8
Duvidoso	1	1.3
Total	77	100.0

Tabela 9

Apresenta história de consumo de estupefacientes?

	N	%
Sim	21	27.3
Não	55	71.4
Duvidoso	1	1.3
Total	77	100.0

Tabela 10

Alguma vez consultou algum/a psicólogo/a anteriormente ao crime?

	N	%
Sim	18	23.4
Não	40	51.9
Duvidoso	19	24.7
Total	77	100.0

Tabela 11

Alguma vez consultou algum/a psiquiatra anteriormente ao crime?

	N	%
Sim	37	48.1
Não	34	44.2
Duvidoso	6	7.8
Total	77	100.0

ANEXO E

TABELA 12 – INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

TABELA 13 – MEDICAÇÃO PSICOFARMACOLÓGICA

TABELA 14 – ANTECEDENTES JUDICIAIS ANTERIORES AO CRIME

Tabela 12

Foi internado em alguma instituição psiquiátrica anteriormente ao crime?

	N	%
Sim	28	36.4
Não	45	58.4
Duvidoso	4	5.2
Total	77	100.0

Tabela 13

Anteriormente ao crime cumpria medicação psiquiátrica?

	N	%
Sim	11	14.3
Não	57	74.0
Duvidoso	9	11.7
Total	77	100.0

Tabela 14

Tem antecedentes judiciais anteriores ao crime?

	N	%
Sim	27	35.1
Não	49	63.6
Duvidoso	1	1.3
Total	77	100.0

ANEXO F

**TABELA 15 – IDADE QUE ORIGINOU O SEU PRIMEIRO PROCESSO
JUDICIAL**

TABELA 16 – DETENÇÕES ANTERIORES

TABELA 17 – IDADE DA PRIMEIRA DETENÇÃO

Tabela 15

Qual a idade que originou o seu primeiro processo judicial?

	N	%
Até aos 19 anos	4	5.2
20 - 24 anos	21	27.3
25 - 29 anos	14	18.2
30 - 39 anos	17	22.1
40 - 49 anos	10	13.0
50 - 59 anos	8	10.4
> = 60 anos	3	3.9
Total	77	100.0

Tabela 16

Anteriormente à atual detenção, já alguma vez esteve privado da liberdade em um EP?

	N	%
Sim	19	24.7
Não	57	74.0
Duvidoso	1	1.3
Total	77	100.0

Tabela 17

Qual a idade em que esteve detido pela primeira vez?

	N	%
Até aos 19 anos	4	5.2
20 - 24 anos	17	22.1
25 - 29 anos	17	22.1
30 - 39 anos	16	20.8
40 - 49 anos	12	15.6
50 - 59 anos	8	10.4
> = 60 anos	3	3.9
Total	77	100.0

ANEXO G

TABELA 18 – IDADE EM QUE COMETEU O CRIME ATUAL

TABELA 19 – IDADE EM QUE INICIOU A ATUAL DETENÇÃO

TABELA 20 – REGIME APLICADO NA ATUAL DETENÇÃO

Tabela 18

Qual a idade em que cometeu o crime atual?

	N	%
Até aos 19 anos	2	2.6
20 - 24 anos	11	14.5
25 - 29 anos	14	18.4
30 - 39 anos	24	31.6
40 - 49 anos	12	15.8
50 - 59 anos	7	9.2
> = 60 anos	6	7.9
Total	77	100.0

Tabela 19

Qual a idade em que iniciou a atual detenção?

	N	%
Até aos 19 anos	2	2.7
20 - 24 anos	8	10.7
25 - 29 anos	14	18.7
30 - 39 anos	24	32.0
40 - 49 anos	13	17.3
50 - 59 anos	8	10.7
> = 60 anos	6	8.0
Total	77	100.0

Tabela 20

Qual o regime aplicado na atual detenção?

	N	%
Cumprer medida de tratamento e segurança	42	54.5
Cumprer pena em regime comum	25	32.5
Cumprer pena em estabelecimento de inimizáveis	8	10.4
Preventivo	2	2.6
Total	77	100.0

ANEXO H

TABELA 21 – MST MÍNIMA

TABELA 22 – MST MÁXIMA

TABELA 23 – REINCIDENCIA EM MST

Tabela 21

Qual a medida de tratamento e segurança mínima aplicada na atual detenção?

	N	%
0 a 3 anos	34	44.2
4 a 6 anos	2	2.6
7 a 10 anos	3	3.9
11 a 15 anos	1	1.3
16 a 20 anos	2	2.6
Total	42	54.5
Regime comum/pena em est. De inimputáveis/ preventivos	35	45.5
Total	77	100.0

Tabela 22

Qual a medida de tratamento e segurança máxima aplicada na atual detenção?

	N	%
7 a 10 anos	4	5.2
11 a 15 anos	7	9.1
16 a 20 anos	14	18.2
21 a 25 anos	8	10.4
Sem máxima	9	11.7
Total	42	54.5
Regime comum/pena em est. de inimputáveis/ preventivos	35	45.5
Total	77	100.0

Tabela 23

É reincidente em medida de tratamento e de segurança?

	N	%
Sim	3	3.9
Não	36	46.8
Duvidoso	3	3.9
Total	42	54.5
Regime comum/pena em est. de inimputáveis/ preventivos	35	45.5
Total	77	100.0

ANEXO I

TABELA 24 – REVOGAÇÃO DA LIBERDADE PARA PROVA

TABELA 25 – ANOS QUE ESTÁ A CUMPRIR MST

Tabela 24

Alguma vez sofreu revogação da liberdade para prova?

	N	%
Sim	2	2.6
Não	36	48.1
Duvidoso	3	3.9
Total	42	54.5
Regime comum/pena em est. de inimputáveis/ preventivos	35	45.5
Total	77	100.0

Tabela 25

Há quantos anos está a cumprir medida de tratamento e de segurança?

	N	%
0 a 3 anos	5	6.5
4 a 6 anos	9	11.7
7 a 10 anos	9	11.7
11 a 15 anos	5	6.5
16 a 20 anos	3	3.9
21 a 25 anos	7	9.1
> 25 anos	4	5.2
Total	42	54.5
Regime comum/pena em est. de inimputáveis/ preventivos	35	45.5
Total	77	100.0

ANEXO J

TABELA 26 – PENA DE PRISÃO APLICADA NA ATUAL DETENÇÃO

TABELA 27 – REINCIDENCIA EM PENA DE PRISÃO

TABELA 28 – REVOGAÇÃO DA LIBERDADE CONDICIONAL

Tabela 26

Qual a pena de prisão aplicada na atual detenção?

	N	%
Até 5 anos	3	3.9
6 a 10 anos	8	10.4
11 a 15 anos	8	10.4
16 a 20 anos	6	7.8
21 a 25 anos	8	10.4
Total	33	42.9
MS e preventivos	44	57.1
Total	77	100.0

Tabela 27

É reincidente em pena de prisão?

	N	%
Sim	6	7.8
Não	27	35.1
Total	33	42.9
MS e preventivos	44	57.1
Total	77	100.0

Tabela 28

Alguma vez sofreu revogação da liberdade condicional?

	N	%
Não	33	42.9
MS e preventivos	44	57.1
Total	77	100.0

ANEXO K

TABELA 29 – ANOS QUE ESTÁ A CUMPRIR PENA DE PRISÃO

TABELA 30 – IDADE EM DO PRIMEIRO HOMICÍDIO E/OU TENTATIVA

**TABELA 31 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE
HFT**

Tabela 29

Há quantos anos está a cumprir pena de prisão?

	N	%
0 a 3 anos	6	7.8
4 a 6 anos	8	10.4
7 a 10 anos	9	11.7
11 a 15 anos	9	11.7
16 a 20 anos	1	1.3
Total	33	42.9
MS e preventivos	44	57.1
Total	77	100.0

Tabela 30

Qual a idade em que cometeu o primeiro homicídio/tentativa de homicídio?

	N	%
Até aos 19 anos	2	2.6
20 - 24 anos	13	17.1
25 - 29 anos	14	18.4
30 - 39 anos	24	31.6
40 - 49 anos	11	14.5
50 - 59 anos	8	10.5
> = 60 anos	4	5.3
Total	77	100.0

Tabela 31

Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de homicídio na forma tentada?

	N	%
1 vez	12	15.6
2 vezes	1	1.3
Total	13	16.9
Não aplicável	64	83.1
Total	77	100.0

ANEXO L

TABELA 32 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE HQFT

TABELA 33 – NÚMERO DE VÍTIMAS HFT

TABELA 34 – NÚMERO DE VÍTIMAS HQFT

Tabela 32

Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de homicídio qualificado na forma tentada?

	N	%
1 vez	24	31.2
2 vezes	3	3.9
Total	27	35.1
Não aplicável	50	64.9
Total	77	100.0

Tabela 33

Qual o número de vítimas que atingiu, que o levaram acusação de homicídio na forma tentada?

	N	%
1	9	11.7
2	1	1.3
3	3	3.9
Total	13	16.9
Não aplicável	64	83.1
Total	77	100.0

Tabela 34

Qual o número de vítimas que atingiu, que o levaram acusação de homicídio qualificado na forma tentada?

	N	%
1	13	16.9
2	7	9.1
3	2	2.6
5	1	1.3
6 a 10	1	1.3
> a 20	3	3.9
Total	27	35.1
Não aplicável	50	64.9
Total	77	100.0

ANEXO M

TABELA 35 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE HS

TABELA 36 – VEZES QUE RESPONDEU EM TRIBUNAL PELO CRIME DE HQ

TABELA 37 – NÚMERO DE VÍTIMAS HS

Tabela 35

Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de homicídio simples?

	N	%
1 vez	10	13.0
2 vezes	1	1.3
Total	11	14.3
Não aplicável	66	85.7
Total	77	100.0

Tabela 36

Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de homicídio qualificado?

	N	%
1 vez	35	45.5
2 vezes	2	2.6
Total	37	48.1
Não aplicável	40	51.9
Total	77	100.0

Tabela 37

Qual o número de vítimas que atingiu, que o levaram acusação de homicídio simples?

	N	%
1	9	11.7
2	2	2.6
Total	11	14.3
Não aplicável	66	85.7
Total	77	100.0

ANEXO N

TABELA 38 – NÚMERO DE VÍTIMAS HQ

TABELA 39 – PATOLOGIA MENTAL MAIS RELEVANTE

Tabela 38

Qual o número de vítimas que atingiu, que o levaram acusação de homicídio qualificado?

	N	%
1	30	39.0
2	4	5.2
11 a 20	3	3.9
Total	37	48.1
Não aplicável	40	51.9
Total	77	100.0

Tabela 39

Qual a patologia mental mais relevante de que padecia à data do crime?

	N	%
1º Demência	1	1.3
2º Psicose esquizofrénica	29	37.7
3º Psicose paranoide	13	16.9
4º Outras psicoses	2	2.6
5º Deficiência mental	5	6.5
6º Perturbação bipolar	2	2.6
7º Perturbação unipolar afetiva major	2	2.6
9º Perturbação de personalidade	9	11.7
10º Estado tóxico	3	3.9
11º Síndrome cerebral orgânico	1	1.3
13º Perturbação pós-stress traumático	1	1.3
15º Não apresenta patologia	9	11.7
Total	77	100.0

ANEXO O

TABELA 40 – COMORBILIDADE COM OUTRAS PATOLOGIAS MENTAIS

TABELA 41 – DELÍRIOS À DATA DO CRIME

TABELA 42 – PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE

Tabela 40

Apresenta comorbilidade com outras patologias mentais?

	N	%
Sim	35	45.5
Não	33	42.9
Não apresenta patologia	9	11.7
Total	77	100.0

Tabela 41

Presença de delírios à data do crime?

	N	%
Delírio místico	2	2.6
Delírio persecutório	18	23.4
Delírio de ciúme	1	1.3
Delírio de espírito de missão	1	1.3
Outro delírio	1	1.3
Não apresentava delírios	54	70.1
Total	77	100.0

Tabela 42

Apresenta perturbação da personalidade?

	N	%
Sim	24	31.2
Não	53	68.8
Total	77	100.0

ANEXO P

TABELA 43 – TIPOS DE PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE

TABELA 44 – DEFICIÊNCIA MENTAL

TABELA 45 – GRAU DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Tabela 43

Qual a perturbação da personalidade que apresenta?

	N	%
Perturbação paranoide da personalidade	5	6.5
Perturbação esquizoide da personalidade	2	2.6
Perturbação esquizotípica da personalidade	2	2.6
Perturbação antissocial da personalidade	5	6.5
Perturbação estado-limite da personalidade	1	1.3
Perturbação histriónica da personalidade	1	1.3
Provável perturbação da personalidade não especificada	8	10.4
Não apresenta perturbação da personalidade	53	68.8
Total	77	100.0

Tabela 44

Apresenta deficiência mental?

	N	%
Sim	12	15.6
Não	65	84.4
Total	77	100.0

Tabela 45

Qual o grau de deficiência mental que apresenta?

	N	%
Ligeiro	8	10.4
Moderado	4	5.2
Total	12	15.6
Não aplicável	65	84.4
Total	77	100.0

ANEXO Q

TABELA 46 – DIA DO MÊS DO HOMICÍDIO

TABELA 47 – MÊS DO HOMICÍDIO

Tabela 46

Qual o dia do mês em que cometeu o homicídio/tentativa de homicídio?

	N	%
1 a 10	22	28.9
11 a 20	28	36.8
21 a 31	26	34.2
Total	77	100.0

Tabela 47

Qual o mês em que cometeu o homicídio/tentativa de homicídio?

	N	%
Janeiro	6	7.9
Fevereiro	6	7.9
Março	8	10.5
Abril	5	6.6
Mai	8	10.5
Junho	9	11.8
Julho	9	11.8
Agosto	5	6.6
Setembro	3	3.9
Outubro	6	7.9
Novembro	4	5.3
Dezembro	7	9.2
Total	77	100.0

ANEXO R

TABELA 48 – DIA DA SEMANA DO HOMICIDIO

TABELA 49 – ESTAÇÃO DO ANO DO HOMICIDIO

TABELA 50 – HORA DO HOMICIDIO

Tabela 48

Qual o dia da semana em que cometeu o homicídio/tentativa de homicídio?

	N	%
Segunda - feira	9	11.8
Terça - feira	15	19.7
Quarta - feira	14	18.4
Quinta - feira	10	13.2
Sexta - feira	12	15.8
Sábado	4	5.3
Domingo	12	15.8
Total	77	100.0

Tabela 49

Qual a estação do ano em que cometeu o homicídio/tentativa de homicídio?

	N	%
Primavera (21/03 a 20/06)	22	28.9
Verão (21/06/ a 20/09)	19	25.0
Outono (21/09 a 20/12)	17	22.4
Inverno (21/12 a 20/03)	18	23.7
Total	77	100.0

Tabela 50

Hora do/s homicídio/s consumado/s e/ou tentado/s (atual detenção)?

	N	%
08:00 às 20:00	35	45.5
20:01 às 24:00	21	27.3
00:01 às 07:59	13	16.9
Total	69	89.6
Sem informação	8	10.4
Total	77	100.0

ANEXO S

TABELA 51 – ARMA UTILIZADA

TABELA 52 – NÚMERO DE ARMAS UTILIZADAS

TABELA 53 – GÊNERO DA VÍTIMA

Tabela 51

Com que arma atingiu primeiramente a vítima que a colocou numa situação muito desvantajosa?

	N	%
Arma contundente (atua pela pressão de choque)	6	7.9
Arma cortocontundente (corta e atua pela pressão de choque)	8	10.5
Arma perfurocortante (perfura e corta)	33	43.4
Arma de fogo	17	22.4
Estrangulamento	1	1.3
Asfixia	2	2.6
Atropelamento de automóvel	2	2.6
Agressão física sem arma	2	2.6
Fogo/explosivos/combustível	5	6.6
Total	77	100.0

Tabela 52

Número de armas utilizadas

	N	%
0	4	5.3
1	56	73.7
2 a 3	14	18.4
> = a 4	2	2.6
Total	77	100.0

Tabela 53

Género da vítima

	N	%
Masculino	40	51.9
Feminino	29	37.7
Ambos os sexos	8	10.4
Total	77	100.0

ANEXO T

TABELA 54 – IDADE DA VÍTIMA

Tabela 54

Idade da vítima

	N	%
2 a 4 anos	1	1.3
5 a 10 anos	1	1.3
20 a 24 anos	2	2.6
25 a 29 anos	3	3.9
30 a 39 anos	4	5.2
40 a 49 anos	4	5.2
50 a 59 anos	1	1.3
60 a 69 anos	2	2.6
70 a 79 anos	7	9.1
> = a 80 anos	1	1.3
Total	26	33.8
Sem informação	51	66.2
Total	77	100.0

ANEXO U

TABELA 55 – RELAÇÃO HOMICIDA-VÍTIMA

Tabela 55

Relação homicida-vítima

	N	%
Desconhecido/a(s)	12	15.6
Vizinho/a(s)	6	7.8
Conhecido/a(s)	17	22.1
Amigo/a(s)	2	2.6
Familiar(es)	24	31.2
Colega(s) de trabalho	4	5.2
Funcionário/a(s) de instituição	1	1.3
Companheira(o) / namorada(o) / amante / ex-mulher(marido)	6	7.8
Agente de autoridade	1	1.3
Empregador	1	1.3
Conhecido e familiar	1	1.3
Familiar e agente de autoridade	1	1.3
Desconhecido e companheiro de cela	1	1.3
Total	77	100.0

ANEXO V

TABELA 56 – RELAÇÃO DA HOMICIDA-VÍTIMA QUANDO FAMILIAR

TABELA 57 – CONSANGUINIDADE ENTRE O HOMICIDA E A VÍTIMA

Tabela 56

Se familiar, qual a relação homicida-vítima?

	N	%
Esposa	5	6.5
Filho	1	1.3
Pai	2	2.6
Mãe	8	10.4
Padrasto	1	1.3
Irmão	4	5.2
Irmãos	1	1.3
Outro	1	1.3
Irmão e mãe	1	1.3
Mãe, irmão, cunhada e sobrinho	1	1.3
Pai e irmã	1	1.3
Total	26	33.8
Outras vítimas	51	66.2
Total	77	100.0

Tabela 57

Há consanguinidade entre o homicida e a vítima?

	N	%
Sim	20	26.0
Não	6	7.8
Total	26	33.8
Outras vítimas	51	66.2
Total	77	100.0

ANEXO W

TABELA 58 – LOCAL DO HOMICÍDIO

TABELA 59 – AGIU PREMEDITADAMENTE OU IMPULSIVAMENTE?

Tabela 58

Local do homicídio

	N	%
Café/bar	8	10.5
Campos agrícolas	6	7.9
Via pública	15	19.7
Lar	2	2.6
Hospital psiquiátrico	1	1.3
Estabelecimento prisional	1	1.3
Empresa	2	2.6
Repartição pública	1	1.3
Domicílio da vítima	9	11.8
Domicílio do homicida	8	10.5
Domicílio da vítima e do homicida	23	30.3
Total	77	100.0

Tabela 59

O homicida agiu premeditadamente ou impulsivamente?

	N	%
Premeditadamente	36	46.8
Impulsivamente	34	44.2
Duvidoso	7	9.1
Total	77	100.0

ANEXO X

TABELA 60 – QUAL A MOTIVAÇÃO DO HOMICIDA

TABELA 61 – COMPORTAMENTO DO HOMICIDA POSTERIOR AO CRIME

Tabela 60

Qual a motivação do homicida para o crime?

	N	%
Passional	5	6.5
Sexual	4	5.2
Roubo/furto	2	2.6
Discussão/altercação	29	37.7
Vingança	7	9.1
Alteração mental grave	23	29.9
Assassínio em massa	1	1.3
Sadomasoquismo	1	1.3
Por dinheiro (homicídio encomendado)	3	3.9
Outra	2	2.6
Total	77	100.0

Tabela 61

Comportamento do homicida posterior ao crime

	N	%
Agressão a outrem	2	2.6
Agressão à vítima já cadáver	1	1.3
Fuga	13	16.9
Ocultação dos vestígios do crime	4	5.2
Roubo à vítima/cadáver	3	3.9
Preocupação para com a vítima	2	2.6
Ocultação do cadáver no local do crime	1	1.3
Ocultação do cadáver distante do local do crime	2	2.6
Autoagressão	2	2.6
Agressão sexual à vítima já cadáver	1	1.3
Indiferença face à vítima/crime	9	11.7
Vandalização do domicílio/bens da vítima	3	3.9
Eliminação dos vestígios do crime	2	2.6
Abandono da vítima/cadáver	4	5.2
Agressão a agentes de autoridade	4	5.2

Desconhecido	18	23.4
Simulação de <i>carjaking</i>	1	1.3
Entregar-se às autoridades	5	6.5
Total	77	100.0

ANEXO Y

TABELA 62 – ANÁLISE INFERENCIAL

Tabela 62

Análise Inferencial

Inimputáveis	H1			Não	Sim	X²	df	p
Psicose esquizofrénica	-	-		17.1%	54.8%	11.508	1	.001*
Homicidas	H2			Não	Sim	X²	df	p
Antecedentes judiciais	-	-		63.6%	35.1%	4.284	6	.969
Homicídios	H3	Primavera	Verão	Outono	Inverno	X²	df	p
Estações do ano		28.9%	25.0%	22.4%	23.7%	6.116	6	.357
Homicidas	H4			Com	Sem	X²	df	p
Consumo substâncias	-	-		58.4%	40.3%	39.001	6	.002**
	H5			Familiares	Outros			
Vítimas de homicídio	-	-		33.8%	66,2%	6.425	3	.075
Matricídio	H6			Outra patologia	Psicose	X²	df	p
Patologia	-	-		.00%	38.4%	16.703	10	.013**
Homicidas	H7			Premeditadamente	Impulsivamente	X²	df	p
Forma de atuação crime	-	-		46.8%	44.2%	3.022	6	.864
	H8			Arma fogo	Perfurocortante	X²	df	p
Arma utilizada	-	-		22.4%	43.4%	38.277	24	.024**
	H9			Discussão	Alteração mental grave	X²	df	p
Motivação Crime	-	-		37.7%	29.9%	45.916	27	.001**

*p<.05 Fisher (celulas com valores esperados abaixo 1e df =1)

**p<.05 Monte Carlo (+ 20.0% celulas com valores esperados abaixo 5)

ANEXO Z

GUIÃO DE RECOLHA DE DADOS PROCESSUAIS

Nome:	Idade:	Data: / /
Número Interno:	Número Mecanográfico:	

1. Raça:

- Caucasiana Negra Cigana Outra

2. Naturalidade:

- Aveiro Beja Braga Bragança Castelo Branco
 Coimbra Évora Faro Guarda Leiria
 Lisboa Portalegre Santarém Setúbal Viana do Castelo
 Vila Real Viseu Porto Madeira Açores
 Sem naturalidade portuguesa

3. Nacionalidade:

- Portuguesa Francesa Russa Ucraniana
 Angolana Cabo Verdiana Inglesa Outra

4. Estado Civil:

- Solteiro Casado/União de Facto Viúvo Divorciado/Separado

5. Habilitações Literárias:

- Analfabeto
 1º Ciclo Incompleto 1º Clico Ensino Secundário Ensino Secundário
 2º Ciclo Incompleto 2º Clico Incompleto
 3º Clico Incompleto 3º Ciclo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior

6. Profissão:

- Setor Primário Setor Secundário Setor Terciário
 Sem Profissão Desempregado Reformado

7. Apresenta história de consumos de álcool?

- Sim Não Duvidoso

8. Apresenta história de consumo de estupefacientes?

- Sim Não Duvidoso

9. Alguma vez consultou algum/a psicólogo/a anteriormente ao crime?

- Sim Não Duvidoso

10. Alguma vez consultou algum/a psiquiatra anteriormente ao crime?

- Sim Não Duvidoso

11. Foi internado em alguma instituição psiquiátrica anteriormente ao crime?

- Sim Não Duvidoso

12. Anteriormente ao crime cumpria medicação psiquiátrica?

- Sim Não Duvidoso

13. Tem antecedentes judiciais anteriores ao crime?

- Sim Não Duvidoso

14. Qual a idade em que ocorreu o seu primeiro processo judicial?

- Até aos 19 anos 20 – 24 anos 25 – 29 anos 30 – 39 anos
 40 – 49 anos 50 – 59 anos ≥ 60 anos

15. Anteriormente à atual detenção, já alguma vez esteve privado da liberdade num Estabelecimento Prisional?

- Sim Não Duvidoso

16. Qual a idade em que esteve detido pela primeira vez?

- Até aos 19 anos 20 – 24 anos 25 – 29 anos 30 – 39 anos
 40 – 49 anos 50 – 59 anos ≥ 60 anos

17. Qual a idade em que cometeu o crime atual?

- Até aos 19 anos 20 – 24 anos 25 – 29 anos 30 – 39 anos
 40 – 49 anos 50 – 59 anos ≥ 60 anos

18. Qual a idade em que iniciou a atual detenção?

- Até aos 19 anos 20 – 24 anos 25 – 29 anos 30 – 39 anos
 40 – 49 anos 50 – 59 anos ≥ 60 anos

19. Qual o regime aplicado na atual detenção?

- Cumpre medida de tratamento e segurança Cumpre pena em regime comum
 Cumpre pena em estabelecimento de inimputáveis Preventivo

20. Inimputáveis

a. Qual a medida de tratamento e segurança mínima aplicada na atual detenção?

- 0 a 3 anos 4 a 6 anos 7 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 25 anos > 25 anos

b. Qual a medida de tratamento e segurança máxima aplicada na atual detenção?

- 0 a 3 anos 4 a 6 anos 7 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 25 anos > 25 anos

c. É reincidente em medida de tratamento e segurança?

- Sim Não Duvidoso

d. Alguma vez sofreu revogação da Liberdade para Prova?

- Sim Não Duvidoso

e. Há quantos anos está a cumprir medida de tratamento e segurança?

- 0 a 3 anos 4 a 6 anos 7 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 25 anos > 25 anos

21. Imputáveis

a. Qual a pena de prisão aplicada na atual detenção?

- Até 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos 16 a 20 anos 21 a 25 anos

b. É reincidente em pena de prisão?

- Sim Não Duvidoso

c. Alguma vez sofreu revogação da Liberdade Condicional?

- Sim Não Duvidoso

d. Há quantos anos está a cumprir pena de prisão?

- 0 a 3 anos 4 a 6 anos 7 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 25 anos

22. Qual a idade em que cometeu o primeiro homicídio/tentativa de homicídio?

- Até aos 19 anos 20 – 24 anos 25 – 29 anos 30 – 39 anos
 40 – 49 anos 50 – 59 anos ≥ 60 anos

23. Homicídio na Forma Tentada

a. Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de Homicídio na Forma Tentada?

- 1 2 3 4 5 ≥ 6

b. Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de Homicídio Qualificado na Forma Tentada?

- 1 2 3 4 5 ≥ 6

c. Qual o número de vítimas pelas quais foi acusado de Homicídio na Forma Tentada?

- 1 2 3 4 5 6 a 10 11 a 20 > a 20

d. Qual o número de vítimas pelas quais foi acusado de Homicídio Qualificado na Forma Tentada?

- 1 2 3 4 5 6 a 10 11 a 20 > a 20

24. Homicídio

a. Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de Homicídio Simples?

- 1 2 3 4 5 ≥ 6

b. Até à atualidade quantas vezes respondeu em tribunal pelo crime de Homicídio Qualificado?

- 1 2 3 4 5 ≥ 6

c. Qual o número de vítimas pelas quais foi acusado de Homicídio Simples?

- 1 2 3 4 5 6 a 10 11 a 20 > a 20

d. Qual o número de vítimas pelas quais foi acusado de Homicídio Qualificado?

- 1 2 3 4 5 6 a 10 11 a 20 > a 20

25. Qual a patologia mental mais relevante de que padecia à data do crime?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1º - Demência | <input type="checkbox"/> 8º Outras Depressões |
| <input type="checkbox"/> 2º - Psicose Esquizofrénica | <input type="checkbox"/> 9º Perturbação da Personalidade |
| <input type="checkbox"/> 3º - Psicose Paranóide | <input type="checkbox"/> 10º Estado Tóxico |
| <input type="checkbox"/> 4º Outras Psicoses | <input type="checkbox"/> 11º Síndrome Cerebral Orgânico |
| <input type="checkbox"/> 5º Deficiência Mental | <input type="checkbox"/> 12º Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> 6º Perturbação Bipolar | <input type="checkbox"/> 13º Perturbação Pós-Stress Traumático |
| <input type="checkbox"/> 7º Perturbação Unipolar Afetiva Major | <input type="checkbox"/> 14º Outra patologia |
| <input type="checkbox"/> Não Apresenta Patologia | |

26. Apresenta co-morbilidade com outras patologias mentais?

- Sim Não Duvidoso

27. Presença de delírios à data do crime:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Delírio Místico | <input type="checkbox"/> Delírio Persecutório | <input type="checkbox"/> Delírio de Ciúme |
| <input type="checkbox"/> Delírio de Espírito de Missão não Místico | <input type="checkbox"/> Outro delírio | <input type="checkbox"/> Não apresentava delírio(s) |

28. Apresenta perturbação da personalidade?

- Sim Não Duvidoso

29. Qual a perturbação da personalidade que apresenta?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perturbação Paranóide da Personalidade | <input type="checkbox"/> Perturbação Narcísica da Personalidade |
| <input type="checkbox"/> Perturbação Esquizóide da Personalidade | <input type="checkbox"/> Perturbação Evitante da Personalidade |
| <input type="checkbox"/> Perturbação Esquizotípica da Personalidade | <input type="checkbox"/> Perturbação Dependente da Personalidade |
| <input type="checkbox"/> Perturbação Antissocial da Personalidade | <input type="checkbox"/> Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade |
| <input type="checkbox"/> Perturbação Estado – Limite da Personalidade | <input type="checkbox"/> Provável perturbação da personalidade não especificada |
| <input type="checkbox"/> Perturbação Histriónica da Personalidade | <input type="checkbox"/> Não Apresenta Perturbação de Personalidade |

30. Apresenta deficiência mental?

- Sim Não Duvidoso

31. Qual o grau de deficiência mental que apresenta?

- Ligeiro Moderado Grave

32. Data do/s homicídio/s consumado/s e/ou tentado/s (atual detenção):

- a. Dia: 1 a 10 11 a 20 21 a 31

- b. Mês:
- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Janeiro | <input type="checkbox"/> Fevereiro | <input type="checkbox"/> Março |
| <input type="checkbox"/> Abril | <input type="checkbox"/> Maio | <input type="checkbox"/> Junho |
| <input type="checkbox"/> Julho | <input type="checkbox"/> Agosto | <input type="checkbox"/> Setembro |
| <input type="checkbox"/> Outubro | <input type="checkbox"/> Novembro | <input type="checkbox"/> Dezembro |

c. Dia da Semana:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Segunda – Feira | <input type="checkbox"/> Sexta - Feira |
| <input type="checkbox"/> Terça – Feira | <input type="checkbox"/> Sábado |
| <input type="checkbox"/> Quarta – feira | <input type="checkbox"/> Domingo |
| <input type="checkbox"/> Quinta – Feira | |

d. Estação do ano:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primavera (21/03 a 20/06) | <input type="checkbox"/> Verão (21/06 a 20/09) |
| <input type="checkbox"/> Outono (21/09 a 20/12) | <input type="checkbox"/> Inverno (21/12 a 20/03) |

33. Hora do/s homicídio/s consumado/s e/ou tentados/s (atual detenção):

- 08:00 às 20:00 20:01 às 24:00 00:01 às 07:59

34. Com que arma atingiu primeiramente a vítima e que colocou a vítima numa situação muito desvantajosa (atual detenção)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arma Contundente (atua pela pressão de choque) | <input type="checkbox"/> Arma Cortocontundente (corta e atua pela pressão de choque) |
| <input type="checkbox"/> Arma Perfurocortante (perfura e corta) | <input type="checkbox"/> Arma de Fogo |
| <input type="checkbox"/> Estrangulamento | <input type="checkbox"/> Asfixia |
| <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Atropelamento de automóvel |
| <input type="checkbox"/> Agressão física sem arma | <input type="checkbox"/> Fogo/Explosivos/Combustível |
| <input type="checkbox"/> Outra | |

35. Número de armas utilizadas:

- 0 1 2 a 3 > a 4

44. Qual a motivação do homicida para o crime?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Passional | <input type="checkbox"/> Sexual |
| <input type="checkbox"/> Roubo / Furto | <input type="checkbox"/> Discussão / Altercação |
| <input type="checkbox"/> Vingança | <input type="checkbox"/> Alteração Mental Grave |
| <input type="checkbox"/> Assassínio em Massa | <input type="checkbox"/> Sadomasoquismo |
| <input type="checkbox"/> Por dinheiro (homicídio encomendado) | <input type="checkbox"/> Outra |

45. Comportamento do ofensor posterior ao crime:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agressão a outrem | <input type="checkbox"/> Autoagressão |
| <input type="checkbox"/> Agressão à vítima já cadáver | <input type="checkbox"/> Agressão sexual à vítima já cadáver |
| <input type="checkbox"/> Fuga | <input type="checkbox"/> Indiferença face à vítima/crime |
| <input type="checkbox"/> Ingestão de álcool | <input type="checkbox"/> Vandalização do domicílio/bens da vítima |
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Eliminação dos vestígios do crime |
| <input type="checkbox"/> Ocultação dos vestígios do crime | <input type="checkbox"/> Abandono da vítima/cadáver |
| <input type="checkbox"/> Roubo à vítima/cadáver | <input type="checkbox"/> Agressão a agentes de autoridade |
| <input type="checkbox"/> Preocupação para com a vítima | <input type="checkbox"/> Desconhecido |
| <input type="checkbox"/> Ocultação do cadáver no local do crime | <input type="checkbox"/> Simulação de <i>Carjacking</i> |
| <input type="checkbox"/> Ocultação do cadáver distante do local do crime | <input type="checkbox"/> Entregar-se às autoridades |
| <input type="checkbox"/> Outro | |