



Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça

Psiquiatria, Psicologia & Justiça



SUMÁRIO

- **Editorial**.....4
 Fernando Almeida
- **Homens de quem não se fala: as vítimas esquecidas da violência na intimidade**5
 Andreia Machado/Marlene Matos
- **Riscos associados ao *stalking*: violência, persistência e reincidência**29
 Helena Grangeia/Marlene Matos
- **Internamento Compulsivo**.....49
 Fernando Almeida/Diana Moreira/Vera Silva/Anabela Cardoso
- **“Crime em série” vs. “Ofensor em série”: um paradigma taxonómico no *profiling criminal***.....67
 Tânia Konvalina-Simas
- **A melancolia e o internamento compulsivo**.....82
 João Alcafache Ferreira/António Mesquita Figueiredo/António Ramos
 Marieiro/Máximo Fernández Colón
- **O internamento e o tratamento involuntários na União Europeia**95
 Diana Correia/Fernando Almeida

Corpo Editorial

Diretor da Revista

Prof. Doutor Fernando Almeida

Comissão Científica

Dr. Adrià Gramary

Prof. Doutor Adriano Vaz Serra

Dr. Agostinho Almeida

Prof. Doutor Agostinho Santos

Prof. Doutora Ana Sofia Neves

Dra. Ana Teresa Carneiro

Prof. Doutora Anita Santos

Prof. Doutor António Pacheco Palha

Dr. Bernardo Teixeira Coelho

Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso

Prof. Doutor Costa Santos

Dra. Cristina Ribeiro

Dra. Diana Moreira

Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

Prof. Doutor Eurico Figueiredo

Prof. Doutor Fernando Almeida

Magistrado Ferreira Pinto

Dr. Fernando Vieira

Dra. Helena Grangeia

Dr. Hernâni Vieira

Prof. Doutor João Salgado

Dr. José Adriano Fernandes

Dr. José Morgado

Prof. Doutor José Pinto da Costa

Prof. Doutor Luís Fernandes

Dr. Manuel Cruz

Juiz Conselheiro Manuel Simas Santos

Prof. Doutora Maria José Carneiro de Sousa

Prof. Doutor Mário Simões

Prof. Doutora Marisalva Fávero

Mestre Nivaldo Marins

Prof. Doutora Olga Cruz

Prof. Doutora Rita Conde

Prof. Doutora Teresa Magalhães

Dr. Victor Mota

Secretariado

Mestre Diana Moreira

EDITORIAL

Nos dias 9 e 10 de novembro de 2012, a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça (SPPPJ) realizará o seu V Congresso Internacional. Em conformidade com o objetivo, desde o início definido pela SPPPJ, de publicarmos regularmente a nossa revista, apresentaremos também o quinto número da “Psiquiatria, Psicologia & Justiça”, pela segunda vez em formato *e-book*. No entanto, cumpre-nos assinalar que, com a pretensão de mais facilmente chegarmos aos nossos leitores, disponibilizamos *online* todos os números da “Psiquiatria, Psicologia & Justiça”, de modo a que a nossa publicação se constitua como um instrumento de comunicação mais acessível entre todos os interessados nesta área.

O próximo objetivo será internacionalizar a revista da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça, o que nos obrigará a solicitar a tradução para inglês dos artigos enviados para publicação e a sermos cada vez mais exigentes com a qualidade dos trabalhos publicados. Um esforço que, estamos seguros, será partilhado e incentivado pelos nossos sócios e amigos.

O Diretor da Revista

Fernando Almeida

**HOMENS DE QUEM NÃO SE FALA: AS VÍTIMAS ESQUECIDAS DA
VIOLÊNCIA NA INTIMIDADE**

**UNSEEN MEN: THE FORGOTTEN VICTIMS OF INTIMATE PARTNER
VIOLENCE**

Andreia Machado & Marlene Matos (1)

(1) Universidade do Minho

Resumo

Nas últimas décadas, o foco da investigação e da atenção pública na violência na intimidade centrou-se na violência contra as mulheres, negligenciando outros contextos relacionais e outras dimensões, como é o caso da violência contra os homens. No entanto, o estudo desta problemática tem gerado um enorme debate na comunidade científica. Há defensores da perspectiva de que a violência na intimidade não é um problema homogéneo, no qual os homens são apenas perpetradores e as mulheres apenas vítimas. De facto, são já vários os estudos internacionais que reportam que os homens experienciam níveis significativos de agressões físicas e um impacto psicológico significativo causado pela violência de que são alvo. Em Portugal, este fenómeno ainda não mereceu atenção científica e social. Mais investigação sobre as experiências dos homens vítimas é essencial para estimar a extensão e a severidade deste problema e adotar medidas de prevenção e de intervenção que respondam eficazmente às necessidades destas vítimas.

Palavras-chave: homens; vítimas; violência doméstica.

Abstract

In the last decades, the focus of research and public attention in intimate partner violence (IPV) was on women, neglecting other dimensions and other relational contexts, such as violence against men. However, IPV has been subject of much debate and controversies. Although most report that IPV is perpetrated by men towards women, researchers have increasingly recognized that this experience is not limited to women and that men can also be victims of abuse. Several studies have reported that men experience physical violence and significant psychological symptoms as a result of IPV. In Portugal, this phenomenon has not yet received scientific and social attention. Research into the specific effects of IPV on male victims is, however, in its infancy. Increased understanding of the complex, multifaceted processes and effects of IPV on male victims is vital to the development of services and support systems for this population.

Keywords: men; victims; intimate partner violence.

Introdução

A violência na intimidade configura uma grave violação dos direitos humanos, assumindo-se como “um obstáculo à concretização dos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz e que viola, dificulta ou anula o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais” (Presidência do Conselho de Ministros, 2010, p. 2). Envolve qualquer ato ou conduta abusiva a nível físico, psicológico ou sexual entre adultos que estejam casados, coabitem ou tenham tido um relacionamento íntimo (Sartin, Hansen & Huss, 2006).

Desde a sua construção social – no plano internacional, nos anos setenta, e no plano nacional, sobretudo na década de noventa, – o fenómeno da violência na intimidade tem vindo a assumir progressivamente um lugar de relevo na sociedade em geral (Matos & Machado, 2011; Matos, Machado, Santos & Machado, 2012). No entanto, durante décadas, foi encarado como um problema individual e não como um problema social (Shuler, 2010). Atualmente, é no domínio da esfera pública que a violência na intimidade representa um sério problema social e criminal (Dobash & Dobash, 2004; Dutton & Nicholls, 2005; Matos, 2006; Shuler, 2010).

Ao longo dos últimos trinta anos, o foco da investigação e da atenção pública na área da violência na intimidade centrou-se na violência contra as mulheres, negligenciando outros contextos relacionais e outras dimensões da violência, como é o caso da violência contra os homens. Tal levou à feminização do fenómeno e à consequente invisibilidade da violência contra os homens (Felson, 2010; George, 2003; Lewis & Sarantakos, 2001).

Não obstante a falta de visibilidade da violência contra o sexo masculino, a literatura tem vindo gradualmente a reconhecer que a violência na intimidade não se limita às mulheres e que os homens também podem ser vítimas de abuso (Sousela, 2006). A identificação e o reconhecimento dos homens como vítimas de violência na intimidade desafiam fortemente uma sociedade em que o sexo masculino é encarado como económica, social e politicamente dominante. Historicamente, a assunção tem sido a de que as mulheres sofrem mais lesões físicas e psicológicas do que os homens, como resultado da violência na intimidade. No entanto, um crescente corpo de pesquisa tem documentado a expressão deste tipo de violência sobre os homens, considerando-o um problema social relevante e merecedor de atenção em si mesmo (Randle & Graham, 2011).

O estudo desta problemática tem gerado um enorme debate no seio da comunidade científica (Matos, 2006), tendo-se assistido nos últimos anos a reestruturações significativas não só ao nível dos pressupostos e das metodologias de investigação, como também das ideologias sociais (Randle & Graham, 2011; Sarantakos, 1999).

No entanto, e apesar do crescente interesse internacional sobre a violência contra os homens, em Portugal este fenómeno ainda não mereceu atenção científica e social.

Os homens também são vítimas de violência na intimidade?

Atualmente, duas perspetivas conceptuais dominam a investigação nesta área: a perspetiva feminista (e.g., Pagelow, 1984 as cited in Archer, 2000; Walker, 1990 as cited in Archer, 2000) e a perspetiva da sociologia da família (e.g., Hines & Saudino, 2003 as cited in Archer, 2000; Holtzworth-Munroe, Smutzler & Bates, 1997 as cited in Archer, 2000). Os respetivos investigadores baseiam-se em pressupostos teóricos distintos e tipicamente utilizam diferentes amostras (mulheres vítimas de violência, no primeiro caso, e população em geral, no segundo) e diferentes métodos e técnicas de recolha (entrevistas em profundidade a mulheres vítimas *vs.* sondagens aleatórias realizadas porta a porta, por correio e telefonicamente à população geral) (Archer, 2000; Melton & Belknap, 2003). Estes fatores contribuíram para várias inconsistências na literatura (Matos, 2006; Randle & Graham, 2011).

Os movimentos feministas começaram por influenciar o estudo do fenómeno da violência na intimidade identificando os homens como os agressores primários, sendo as mulheres apenas suas vítimas (Dobash, Dobash, Wilson & Daly, 1992; Dobash & Dobash, 2004; Kurtz, 1993 as cited in Lewis & Sarantakos, 2001; Felson, 2008). A perspetiva feminista está comprometida com a visão de que a violência na intimidade é um produto do modelo patriarcal e, assim sendo, uma atividade exclusivamente masculina (Archer, 2000; Bograd, 1988 as cited in Dutton & Nicholls, 2005), através da qual as mulheres são subordinadas, dominadas e controladas pelos homens. Os/as interlocutores/as da perspetiva feminista argumentam que a violência na intimidade é genderizada e deve ser examinada como um problema social das mulheres (Kelly & Johnson, 2008; Randle & Graham, 2011; Saunders, 2002). No âmbito dos trabalhos de índole feminista, refuta-se perentoriamente a noção de simetria de género na violência

na intimidade. De referir, de forma geral, que os estudos desenvolvidos à luz desta filosofia apoiam-se em abordagens qualitativas e referem-se, essencialmente, a dados recolhidos em casas abrigo, tribunais, relatórios policiais, hospitais e pessoas que solicitaram apoio psicológico (Archer, 2000; Casimiro, 2008; Kelly & Johnson, 2008). Quando as investigações são de pendor quantitativo e recorrem ao uso de inquéritos representativos da população, estes debruçam-se especificamente sobre a mulher vítima ou sobre a criminalidade em geral, salientando que os homens são mais violentos do que as mulheres e que as mulheres são vítimas de agressões mais severas (Anderson, Dial, Ivey & Smith, 2011; Archer, 2000; Casimiro, 2008; Saunders, 2002; Swan, Gambone, Caldwell, Sullivan & Snow, 2005). No que se refere a estes inquéritos nacionais, são de referenciar, nos Estados Unidos da América, o *U. S. National Violence against Women Survey* e o *U. S. National Crime Victimization Survey*, que revelam que os homens são, de forma bastante significativa, fisicamente mais agressivos contra as suas parceiras (Casimiro, 2008). Este tipo de inquérito foi igualmente implementado na Austrália (*Australian National Crime and Safety Survey* e *Violence against Women Survey*), no Canadá (*The Violence Against Women Survey*) e no Reino Unido (*British Crime Survey*), chegando-se a conclusões análogas de que as mulheres são maioritariamente as vítimas de violência na intimidade. Mas não só de inquéritos representativos da população surgem os dados avançados pelo movimento feminista. Estudos realizados com amostras delimitadas destacam igualmente o primado das mulheres enquanto vítimas de violência. A título de exemplo, encontram-se os estudos levados a cabo por Erin Pizzey que, em 1974, fundou a primeira casa abrigo para mulheres vítimas de violência na intimidade (George, 2003) e por Russel (1982 as cited in Casimiro, 2008), que, através de 930 entrevistas a mulheres adultas, concluiu que uma em cada sete mulheres americanas já tinha sido violada pelo marido ou pelo ex-marido.

O postulado dos movimentos feministas gerou uma massiva aposta nas principais políticas sociais pró mulheres, mas também um viés contra os homens vítimas. Estes, por sua vez, ora têm sido ignorados, negligenciados ou desacreditados (Gulas, McKeage & Weinberger, 2010; Lewis & Sarantakos, 2001), ora a sua vitimação tem sido encarada como sendo sua culpa ou trivializada e justificada de diversas formas. A título de exemplo, à luz dos movimentos feministas, entende-se que a mulher apenas agride em auto-defesa ou ao fim de muitos anos em que foi batida (Lewis & Sarantakos, 2001; Dutton & Nicholls, 2005; Hines & Douglas, 2010a; Smith, 2008).

Por seu turno, estudos posteriores aos apresentados pelos movimentos feministas (e.g., Archer, 2000; Sarantakos, 1999) que recorreram, igualmente, a extensa evidência empírica – perspectiva dos sociólogos da família –, demonstraram que homens e mulheres podem ser igualmente violentos contra a/o sua/seu parceira/o e que, embora os homens possam provocar mais dano físico nas suas companheiras, a violência contra os homens também pode ser muito destrutiva (Lewis & Sarantakos, 2001; Hines & Douglas, 2010b; Hines & Douglas, 2011).

A perspectiva dos sociólogos da família advoga que quer homens, quer mulheres podem ser perpetradores ou vítimas de violência na intimidade. Os seus interlocutores contemplam a violência como feminina e masculina, colocando o enfoque na dinâmica da família e/ou na conjugalidade (Archer, 2000; Casimiro, 2008). Um olhar atento sobre a investigação nesta área salienta que é nos Estados Unidos da América que surge, nas duas últimas décadas, a controversa questão da simetria de género na adoção de condutas violentas na intimidade. Em seguida, também o Canadá, o Reino Unido, a Finlândia e a Austrália desenvolveram estudos que alimentaram esta questão (Casimiro, 2008). Neste sentido, apesar de a simetria de género ser um construto muito contestado na literatura (e.g., Archer, 2000; Dutton & Nicholls, 2005; Matos, 2006), vários são os estudos que suportam esta noção (e.g., Dutton & Corvo, 2007; Graham-Kevan & Archer, 2009).

Os investigadores da violência na família baseiam-se em amostras nacionais ou da comunidade e usam frequentemente as *Conflict Tactics Scales* (CTS), um inventário de auto-relato que mede a presença e a frequência do comportamento agressivo (Melton & Belknap, 2005; Kelly & Johnson, 2008). No final da década de 70 surge, através de Straus, Gelles e Steinmetz (1975 as cited in Casimiro, 2008), o primeiro estudo que demonstra que nem só as mulheres são vítimas nas quatro paredes do seu lar: o *U. S. National Family Violence Survey* (Straus & Gelles, 1986 as cited in Casimiro, 2008). Este estudo contou com a participação de 2143 americanos casados ou a coabitar e revelou não só que o casamento se constitui como uma licença para agredir, mas também que os homens revelaram ser mais vítimas que as suas companheiras, inclusive no que se refere à violência considerada mais severa (Casimiro, 2008). Outros estudos (Steinmetz, 1977/1978 as cited in Casimiro, 2008; Straus, 1977 as cited in Casimiro, 2008) corroboraram esta teoria, surgindo a ideia de que as mulheres, para fazer face à sua inferioridade física, se socorrem, muitas vezes, de instrumentos e armas para agredir os parceiros. A este respeito, Steinmetz (1977 as cited in Casimiro, 2008) considera

mesmo que o fenómeno da violência na intimidade sobre os homens alcança uma dimensão que permite que se preconize a síndrome do homem espancado. É de referir, também, o *U. S. National Family Resurvey* (1985) (Straus & Gelles, 1990 as cited in Casimiro, 2008), com uma amostra de 3250 cidadãos entrevistados telefonicamente que revelou, uma vez mais, taxas de violência semelhantes entre homens e mulheres. O dado mais surpreendente nestes inquéritos nacionais refere-se à violência severa, na qual os homens surgem, mais frequentemente, como vítimas. Em 1975, 4,6% dos homens *versus* 3,8% de mulheres e, em 1985, 4,4% *versus* 3,0%, respetivamente (Straus & Gelles, 1990 as cited in Casimiro, 2008). Assim, vários estudos que recorrem às *CTS* indicam que as agressões de que os homens são vítimas podem ser equiparadas, na sua natureza e extensão, à das mulheres vítimas (e.g., Archer, 2000; Straus, 2009a).

Outro dado relevante nesta questão são as taxas de homicídio que, uma vez mais, colocam o foco na realidade de que as mulheres são também ou igualmente violentas no âmbito da intimidade (McNeely & Robinson-Simpson, 1992 as cited in Archer, 2000). Assim, na perspetiva dos sociólogos da família, a violência na intimidade deverá ser encarada, no seu limite, como uma questão humana/relacional e como uma componente das relações de intimidade, independentemente de quem assume o papel principal de agressor. Estes investigadores consideram que a visão do género é redutora e pode conduzir a conceções erróneas do que é a violência no domínio das diversas componentes da vida humana (Felson, 2010; McNelly, Cook & Torres, 2001).

Posto isto, e reconhecendo os homens como vítimas de violência na intimidade, os interlocutores desta perspetiva argumentam a necessidade de criar mais respostas para esta população e para prevenir esta forma de violência (Randle & Graham, 2011).

Após uma apresentação sumária destas duas perspetivas, importa refletir criticamente sobre as limitações que ambas apresentam. Por um lado, a perspetiva feminista assenta as suas conclusões, maioritariamente, em amostras de vítimas mulheres já identificadas ou em contacto com os serviços especializados nesta problemática. Inevitavelmente, este facto conduz a uma inflação nos resultados encontrados e na generalização de que a violência na intimidade é quase exclusivamente um ato masculino (Casimiro, 2008). Por outro lado, os sociólogos da família deparam-se com outros enviesamentos, por exemplo, o número de indivíduos que se recusam a responder aos inquéritos, o que pode colocar em causa a representatividade da população; ou a omissão de dados, por exemplo, em entrevistas telefónicas, porque o agressor/a se encontra perto do/a companheiro/a. Além disso, os inquéritos não versam

especificamente sobre a violência exercida sobre as mulheres, pelo que os índices de violência relatados sobre as mesmas serão menores do que os encontrados pelos feministas (Casimiro, 2008).

Outros argumentos a contemplar nesta disputa aparentemente estéril são os elencados pela perspectiva feminista, que colocam em causa todos os dados encontrados pela perspectiva dos sociólogos da família. A teoria feminista argumenta que a violência contra os homens surge de diferentes motivos e resulta em diferentes consequências para homens e para mulheres (e.g., Dobash & Dobash, 2004; Lupri, 2004). Os interlocutores desta perspectiva defendem que o instrumento utilizado pelos sociólogos da família, as *CTS*, não contempla o contexto e ignora as motivações, os significados e as consequências dos atos violentos (Belknap & Melton, 2005). Assim, para a perspectiva feminista, existem várias razões que patrocinam um maior nível de violência dos homens (Hines & Douglas, 2010b): 1) os homens são os primeiros a agredir e as mulheres, quando agredem, é em legítima defesa. A perspectiva feminista argumenta que os dados encontrados pelos sociólogos da família resultam apenas da necessidade da mulher se defender ou da retaliação face às agressões de que é alvo; 2) os homens são fisicamente dominantes; 3) quando os homens são vítimas, essa violência é menor e não tem consequências; 4) os homens têm mais recursos socioeconómicos do que a mulher. Além disso, alguns autores demonstram-se preocupados com a hipótese de os resultados encontrados, através das *CTS*, não serem interpretados corretamente. Ou seja, Dobash e colaboradores (1992) receiam que uma mulher que assume um ato violento contra o parceiro seja interpretada como perpetradora, quando aquele pode ter sido um ato isolado e pode ter sido, por exemplo, em auto-defesa.

Por sua vez, os investigadores da perspectiva da violência na família argumentam que a única razão pela qual os dados recolhidos pelas *CTS* são menosprezados é por produzirem resultados ideologicamente inaceitáveis. Isto é, que as mulheres são frequentemente tão violentas na intimidade quanto os homens (Dutton & Corvo, 2007). Os interlocutores desta perspectiva referenciam vários estudos que indicam que: 1) muitas mulheres não indicam a auto-defesa como o principal motivo para a agressão contra os companheiros. Por sua vez, alguns dos motivos mais citados são: a raiva, os ciúmes e a retaliação contra o dano emocional que lhes foi infligido, o esforço para assumir o controlo e o domínio na relação, e confusão (e.g., Corry, Fiebert & Pizzey, 2002; Follingstad, Wright, Lloyd & Sebastian, 1991 as cited in Hines, Brown & Dunning, 2007; Graham-Kevan & Archer, 2009). De facto, o argumento da auto-defesa,

que é frequentemente a explicação para as elevadas taxas de violência encontradas nas mulheres, explicará apenas uma pequena parte dessa violência (e.g., Straus, 2009a); 2) muitas discussões são iniciadas pelas mulheres (Lupri, 2004); 3) em aproximadamente 50% dos casos a violência é mútua, cerca de 25% é perpetrada apenas por homens, e aproximadamente 25% é perpetrada apenas por mulheres (Hines & Saudino, 2003 as cited in Archer, 2000); 4) no namoro, a percentagem de raparigas agressoras excede a de rapazes (Straus, 2009b); 5) os estudos indicam que a violência continua a ser mais legitimada se o homem for o perpetrador (Shuler, 2010; Straus, 2009a); 6) estudos nacionais indicam uma diminuição da percentagem da violência dos homens contra as mulheres, mas o oposto não se verifica (Straus, 2009a); 7) embora raramente abordadas, investigações realizadas com mulheres em casas abrigo demonstraram que estas relatavam o uso de violência contra os seus parceiros (e.g., Hines & Douglas, 2010a).

Posto isto, coloca-se a seguinte questão: é uma mais-valia que a investigação nesta área se circunscreva a determinar qual dos parceiros do casal é mais agressivo na intimidade? Ou qual dos dois inicia a violência? Serão os motivos de homens e de mulheres diferentes aquando da agressão? Ou será o contexto uma variável fulcral? Não serão redutores estes olhares sobre o fenómeno? Na realidade, os trabalhos científicos publicados até esta data, mesmo aqueles que partem de perspetivas teóricas diferentes e elaboram dissemelhantes explicações para a sua ocorrência, indicam, em menor ou maior número, a possibilidade de considerar a violência na intimidade como um fenómeno praticado tanto por homens, como por mulheres.

Apesar de todas as controvérsias que envolvem esta temática, não pode ser negado que os homens são vítimas de violência perpetrada pelas suas parceiras, ainda que esse abuso seja menos severo que o abuso cometido pelos homens contra as suas companheiras (Carmo, Grams & Magalhães, 2011; Chan, 2011; Johnson, 2011). Assim, a contemporânea troca de argumentos quanto à simetria ou assimetria de género é, na nossa opinião, e de vários outros autores (e.g., George, 2003) uma questão estéril e contra produtora. Mais do que discutir se mulheres e homens podem ser vítimas e perpetradores, importa compreender o fenómeno no seu todo.

Neste sentido, e apesar das várias tentativas para argumentar que nem a perspetiva feminista, nem a perspetiva dos sociólogos da família está correta, há duas posições que se destacam. A posição de Dobash e colaboradores (1992), que argumentam que as medidas usadas pelos investigadores da violência na família, principalmente as *CTS*, consideram esses atos fora do contexto e negligenciam as suas

consequências – que são mais visíveis para as mulheres (Archer, 2000). E, por outro lado, a posição de Johnson (1995) que não se concentra nas medidas, mas no tipo de amostra utilizado pelos dois grupos de investigadores. Os investigadores da violência na família estudam, tipicamente, amostras representativas de casais casados, que coabitam ou são namorados, enquanto os investigadores feministas, tipicamente, estudam amostras de mulheres selecionadas pelos níveis elevados de violência de que foram alvo (Archer, 2000). No entender de Johnson (1995), estes dois formatos de investigação não se sobrepõem e são mutuamente exclusivos. Numa tentativa de interpretar os diferentes resultados encontrados pelas duas perspetivas supracitadas, este autor elaborou duas categorias de violência contra as mulheres: 1) terrorismo íntimo, que é caracterizado pelo uso da violência para exercer controlo sobre a vítima e 2) violência mútua, que é uma consequência da escalada de um ou vários conflitos sem o sistemático controlo do parceiro. De acordo com esta tipologia proposta por Johnson, o terrorismo íntimo é praticado pelos homens sobre as mulheres, enquanto a violência mútua pode ser perpetrada por homens e por mulheres (Johnson, 1995). De referir que, de acordo com Johnson (2011), nos inquéritos a nível nacional, domina a tipologia da violência mútua e que esta forma de violência não é genderizada.

Uma meta análise levada a cabo por Archer concluiu que, quando as medidas são baseadas em atos específicos, as mulheres são significativamente mais propensas a usar mais violência física contra os seus parceiros e a fazê-lo com mais frequência do que os homens; quando as medidas são baseadas nas consequências da agressão (ferimentos visíveis ou ferimentos que necessitem de tratamento médico) os homens infligem ferimentos mais graves às suas companheiras (Archer, 2000). A este respeito, parece consensual que o dimorfismo sexual existente entre homens e mulheres justifica que, quando se considera especificamente a violência física, as consequências dos atos praticados pelos homens sobre as mulheres são mais graves do que no sentido inverso (e.g., Casimiro, 2008). Estes resultados sustentam a visão de que as medidas baseadas nos atos (e.g., tipos de violência) ou nas consequências (e.g., gravidade dos ferimentos) produzem resultados diferentes (Archer, 2000). Outros autores apoiam a visão de que diferentes resultados são encontrados consoante o tipo de amostra utilizada (Archer, 2000). Assim, as amostras provenientes de casas abrigo revelam os homens como agressores, enquanto as amostras representativas da população apontam as mulheres como perpetradoras de violência menos severa.

A explicação “problemas da intimidade” constitui uma alternativa à justificação do género e postula que a violência nas relações íntimas ocorre em ambos os sexos, sendo o seu risco aumentado por determinadas características psicológicas, independentemente do sexo (e.g., Dasgupta, 2002; Dutton, Nicholls & Spidel, 2005). Por isso, Dutton e Nicholls (2005) argumentam que a violência íntima não é específica dos homens e não pode ser explicada apenas com base no género ou nos papéis sociais. Prova disso é o facto de a violência ocorrida num casal não ser específica dos casais heterossexuais, acontecendo também em casais homossexuais (e.g., Archer, 2004; Straus, 2009a,b). Desta forma, é imperioso que a investigação no âmbito da violência na intimidade aborde este fenómeno de uma forma mais abrangente, incluindo todas as formas de violência e todos os seus possíveis perpetradores e vítimas, ao invés de colocar o enfoque, apenas, na questão de género e nas taxas mais elevadas de vitimação feminina. Só desta forma é que será possível dar respostas sociais adequadas a toda a população.

Vítimas no masculino: que tipos de violência íntima vivenciam? Quais são as suas consequências?

A prevalência da violência sobre o masculino na intimidade tem sido captada por um conjunto vasto de investigações internacionais. Estudos nos EUA estimam que, entre todas as vítimas de violência na intimidade, cerca de 25% a 50% são homens (Hines & Douglas, 2011). No Reino Unido, estimou-se que os homens, num ano, constituíam aproximadamente 43% das vítimas de violência na intimidade (Walby & Allen, 2005 as cited in Hines & Douglas, 2010a). Num estudo realizado no Canadá, ao longo de 5 anos, estimou-se que 47% das vítimas fossem homens (Laroche, 2005 as cited in Hines & Douglas, 2010a). No mesmo sentido, a meta análise de Archer (2000) revelou que, em mais de 80 estudos de violência física entre parceiros heterossexuais, 35% das vítimas feridas pelo parceiro e 39% daqueles que necessitaram de tratamento médico eram homens.

Em Portugal, ainda que os estudos nesta área sejam escassos, é possível atestar a relevância social deste fenómeno sobre os homens, recorrendo a alguns indicadores nacionais: em 2010 recorreram à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) 934 homens (APAV, 2010). No que se refere às participações deste crime às forças de segurança, das 31.235 queixas em 2010, 15% foram apresentadas por homens (DGAI,

2010). Os números encontrados na violência no namoro implicam também reflexão, na medida em que não demonstram as disparidades normalmente associadas ao sexo, revelando que as raparigas perpetram, frequentemente, agressões aos parceiros (Caridade, 2008). Outro indicador decorre do estudo de Carmo e colaboradores (2011), o qual revelou que, entre 2007 e 2009, das 535 vítimas de violência na intimidade atendidas no Instituto de Medica Legal (IML) do Porto, 11,5% eram homens.

O impacto desta forma de violência sobre os homens está igualmente documentado em vários estudos a nível internacional. Estes reportam que os homens experienciam níveis significativos de agressões físicas e impacto psicológico causado pela violência de que são alvo pelas parceiras (Finney, 2006; Hines & Douglas, 2011; Watson & Parsons, 2005). A título de exemplo, podemos referir vários estudos quantitativos: Coker et al., 2002; Hines, 2007; Hines & Douglas, 2010a,b; Tjaden & Thoennes, 2000) e qualitativos (e.g., Dansky, Byrne & Brandy, 1999 as cited in Hines & Douglas, 2011; Ehrensaft et al., 2004 as cited in Hines & Douglas, 2010a; Hines et al., 2007).

No que respeita à intervenção, em outubro do ano 2000 surgiu, nos EUA, a primeira linha de apoio a homens vítimas de violência na intimidade – *The domestic abuse helpline for men (DAHM)* – (Hines et al., 2007; Hines & Douglas, 2010b). Esta linha é a única nesta área já que, até então, as informações referentes às dinâmicas do relacionamento íntimo eram recolhidas, apenas, junto de mulheres (Hines et al., 2007). Com os dados recolhidos por Hines e colaboradores (2007) (N=246) é possível afirmar que os homens são, igualmente, vítimas de violência severa na intimidade e que relatam temer pela sua própria vida, que têm medo das suas companheiras, que estas os perseguem e que os tentam controlar (Hines et al., 2007). Estes homens experienciavam diversos comportamentos abusivos por parte das suas companheiras, muitos dos quais estão contemplados na roda do poder e do controlo do modelo Duluth (Pence & Paymar, 1983 as cited in Hines et al., 2007) – um modelo concebido para mulheres vítimas de violência na intimidade. Tais comportamentos, como abuso económico, intimidação, isolamento social, ameaças, abuso emocional e culpa e minimização não são comportamentos exclusivos dos homens perpetradores de violência na intimidade. Além disso, os autores alteraram a categoria da roda “privilégios masculinos” para refletir as experiências de vitimação masculina: muitos destes homens eram vítimas das suas companheiras quando estas usavam o sistema judicial e social a seu favor, na medida em que a sociedade está estruturada para prestar apoio às mulheres (Hines et al.,

2007). No que se refere à violência física, as mulheres usam táticas como bofetadas, pontapés, murros e agarrar os seus companheiros durante o conflito. Além disso, este estudo revelou alguns comportamentos adicionais a que as mulheres recorrem, como por exemplo, atacar a zona genital, arranhões, cuspir sobre eles, comportamentos que não são captados pela escala *CTS*. Por outro lado, muitos dos homens revelaram ter sido vítimas de formas de violência física graves e que colocaram em risco as suas vidas, outros relataram ter necessitado de assistência médica e um homem revelou ter sido vítima de violência sexual (Hines et al., 2007). A mesma equipa de investigação (Hines & Douglas, 2010b; Hines & Douglas, 2011) conduziu, nos EUA, o primeiro estudo em larga escala com homens vítimas de violência (N=302), que revelou um padrão de vitimação consistente com o terrorismo íntimo proposto na categorização de Johnson, já que os homens sustentam ser vítimas de violência física e psicológica pelas suas parceiras. Os dados recolhidos no Canadá, em 1999, indicaram, igualmente, impacto psicológico da violência nos homens. Neste sentido, como resultado do abuso que experienciaram, 29% dos homens agredidos mencionaram sentir-se zangados, confusos ou frustrados, 26% reportaram raiva e 21% relataram sentimentos de dor ou desapontamento. Além disso, há outros indicadores que importa considerar, por exemplo, ao nível do impacto económico, já que o custo para a produtividade é significativo – 11% dos homens vítimas reportaram que faltaram ao trabalho na sequência das agressões de que foram alvo (Canadian Centre for Justice Statistics, 2000). Estudos realizados na Austrália fornecem evidência no mesmo sentido (e.g., Bagshaw & Chung, 2000; Mulrone & Chan, 2005). Além das consequências físicas, a investigação tem apontado consequências psicológicas decorrentes da vitimação masculina. Em particular, foram encontradas associações entre a violência na intimidade e a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) (e.g., Hines, 2007), depressão (Cascardi & O'Leary, 1992 as cited in Hines, 2007) e ideação suicida (Chan et al., 2008 as cited in Hines, 2007). Da mesma forma, análises narrativas também captaram o sofrimento emocional dos homens (e.g., Mulrone & Chan, 2005). Se, por um lado, as mulheres se debatem com os homens violentos e com as normas sociais, as atitudes e as estruturas que lhes retiram poder, por outro, os homens debatem-se com a manutenção de um ideal masculino – um ideal que se espera que sejam auto-confiantes e independentes, bem como mais resistentes e mais fortes que as mulheres (Migliaccio, 2002 as cited in Hines, 2007). Tal como para as mulheres, para os homens a vitimação física está associada a um maior risco de ter uma saúde débil, sintomas depressivos,

abuso de substâncias e ao desenvolvimento de uma doença crónica ou doença mental e ferimentos (Coker et al., 2000). Uma das explicações para que as consequências psicológicas da violência sejam semelhantes para homens e para mulheres é, no caso das mulheres, além de terem de lidar com a violência, lidarem com um discurso social que as enfraquece e as vulnerabiliza. E, no caso dos homens, é por terem de lidar com uma sociedade que os concebe como o sexo forte e que não lhes “permite” o papel de vítimas (Lupri, 2004). A este respeito, de facto, uma parte da norma social de várias sociedades entende que os homens são mais fortes, são o sexo dominante e que exercem esse poder sobre as suas companheiras (Hines & Douglas, 2010a,b). Além disso, tal como já foi supracitado, a violência dos homens contra as mulheres é considerada mais grave do que a violência das mulheres contra os homens (Flood, 2005; Hines & Douglas, 2010a,b).

Vítimas no masculino: com que obstáculos se deparam?

A perceção da sociedade acerca das diferenças de género parece influenciar, também, a procura de ajuda por parte dos homens. Com efeito, esta perceção enfatiza a sua capacidade física para afastar o abuso, bem como as expectativas sociais acerca da capacidade física e económica para resolver os seus próprios problemas (Hines & Douglas, 2010a,b). Consequentemente, os homens vítimas não admitem a sua condição e não procuram ajuda profissional (Barber, 2009 as cited in Shuler, 2010; Flood, 2007; Hines, 2007). Por outro lado, muitos homens receiam procurar ajuda por recearem ser conotados como os agressores, especialmente se se defenderam a si próprios (Hines, 2007). De facto, este duplo critério da sociedade e das entidades responsáveis no tratamento de homens e de mulheres vítimas resulta no facto de inúmeros homens não procurarem ajuda, nem o sistema judicial (Shuler, 2010).

As investigações acerca da saúde e da utilização dos serviços de saúde revelam que os homens apresentam menor probabilidade do que as mulheres de procurar ajuda (Noone & Stephens, 2008 as cited in Tsui, Cheung & Leung, 2010). Desta forma, é notório que, quando os homens são vítimas de violência na intimidade pelas suas parceiras, enfrentam lutas de reconciliação entre a sua vitimização e a perceção acerca da sua masculinidade (Reutoul & Appleboom, 1997 as cited in Tsui et al., 2010). Um estudo qualitativo levado a cabo por Tsui e colaboradores (2010) demonstrou que os

homens não procuram ajuda devido aos obstáculos sociais e à falta de apoio. Os obstáculos incluem a vergonha e o embaraço, o medo, a negação, a estigmatização, e mais importante, o facto de os homens não serem tratados como iguais pelos serviços de apoio. Na sociedade, o homem é percecionado como a vítima “inaceitável” de violência na intimidade, sendo que ser um homem vítima na intimidade é para muitos um tabu (Kimmel, 2002 as cited in Tsui et al., 2010). Outro dado deste estudo é igualmente suportado por Tjaden e Thoennes (2000): a maioria dos homens não reporta os atos de que é alvo, porque não consideram que as outras pessoas os possam ajudar a resolver os seus problemas internos. Como resultado, tendem a minimizar o seu abuso e tentam evitar o estigma social acerca da sua incapacidade de se proteger. Consequentemente, na generalidade escondem ou negam que foram vítimas de violência na intimidade (Tsui et al., 2010). Os dados encontrados por Hines e Douglas (2010b) e Tutty (1999), suportam, igualmente, estas evidências.

Conclusões

A violência, seja de que tipo for, e seja cometida por homens ou por mulheres, é claramente inaceitável. As respostas às questões sobre se os homens e as mulheres são, ou não, igualmente violentos ou sofrem consequências iguais nas suas relações heterossexuais, varia consoante o foco da investigação, a definição de violência utilizada, a amostra e os tipos de investigação e os instrumentos utilizados (Archer, 2000; Bagshaw & Chung, 2000; Kelly & Johnson, 2008; Matos, 2006).

Não obstante, esta revisão revelou um número de distintos e de incontestáveis factos, na medida em que demonstrou que a violência contra os homens na intimidade é um problema real e mais comum do que somos levados a acreditar sob um inicial olhar enviesado (Carney, Buttell & Dutton, 2007; Sarantakos, 1999). De facto, vários estudos documentam que os homens também são vítimas de violência física em relações heterossexuais (e.g., Archer, 2000; Carney et al., 2007; Tjaden & Thoennes, 2000). Além disso, a investigação tem igualmente demonstrado que estes experienciam sintomas psicológicos significativos como resultado da violência na intimidade (e.g., Hines, 2007).

Assim, de uma forma mais geral, a revisão da literatura demonstra que a violência na intimidade não é um problema homogéneo que ocorre de uma forma única, em que os homens são apenas perpetradores e as mulheres apenas vítimas (Graham-

Kevan & Archer, 2005; Dutton, 1994; Sarantakos, 1999). A noção que predominava de que a violência na intimidade acontecia num só sentido é uma falácia conceptual, que é inconsistente com a perspectiva da violência como sendo perpetrada por ambos os sexos ou como sendo bi-direcional (Lupri, 2004; Straus, 2008).

Embora muitas mulheres sofram nas mãos dos seus companheiros e tenham maior probabilidade de ser alvo de lesões mais graves, presumir que estas apenas agredem em auto-defesa é inconsistente com a abundante evidência empírica que tem emergido nas últimas duas décadas (Hines & Malley-Morrison, 2001; Medeiros & Straus, 2006). Se é verdade que os homens, tendo mais força física, usam violência física mais vezes do que as mulheres, também parece ser verdade que as mulheres recorrem, mais frequentemente, a armas, de modo a criar uma vantagem (Dutton & Nicholls, 2005; George, 2003; Lewis & Sarantakos, 2001).

Por outro lado, os dados sobre a violência na intimidade nos casais homossexuais e os números encontrados na violência no namoro enfatizam a insuficiência da explicação da violência como um problema de género (e.g., Casimiro, 2008; Dutton, 1994; Holtzworth-Munroe, 2005; Straus, 2008).

As comparações de género – homem-mulher e mulher-homem – devem lembrar que devemos respeitar ambas as partes envolvidas na violência na intimidade. O foco exclusivo na violência dos homens sobre as suas parceiras ignora as complexas dinâmicas deste fenómeno. Assim, a caracterização da violência na intimidade perpetrada contra os homens é importante para melhor entendermos este fenómeno (Carmo et al., 2011; Graham-Kevan & Archer, 2005). Além disso, cria uma barreira para se encontrar uma solução igualitária para um problema social que afeta parceiros de ambos os sexos (Lupri, 2004).

Uma maior compreensão deste complexo e multifacetado processo, bem como dos seus efeitos nos homens vítimas é vital para o desenvolvimento de serviços de apoio e de intervenção junto desta população (McCollum & Sith, 2008; Holtzworth-Munroe, 2005; Randle & Graham, 2011). De resto, continuar a ignorar as especificidades desta problemática inviabilizará o apoio necessário e a proteção devida às vítimas destes comportamentos e impedirá o objetivo último de erradicar a violência na intimidade. É tempo de fazer um esforço para acabar com todos os tipos de violência na intimidade, e não apenas com a violência sobre as mulheres, até porque acabar com todos os tipos de violência é crucial para proteger as mulheres (Straus, 2010).

Interessa, assim, conhecer mais aprofundadamente a violência cometida pelas mulheres sobre os seus parceiros, o que despoleta essa violência, o tipo de atos e as formas de violência praticadas. Essa informação ainda é incipiente na literatura e indicará pistas sobre a intervenção e a prevenção deste fenómeno (e.g., Holtzworth-Munroe, 2005; Kelly & Johnson, 2008). É também importante que os investigadores considerem sub-tipos de mulheres perpetradoras que podem recorrer a esta forma de violência por diversos motivos (Dasgupta, 2002; Graham-Kevan & Archer, 2005).

Por fim, devido às potenciais diferenças entre homens e mulheres nos comportamentos e nas motivações para a agressão, as intervenções têm de ser mais específicas para atingirem uma maior eficácia (Swan et al., 2005; Swan et al., 2002). Além disso, é essencial encorajar os homens vítimas que necessitem de serviços a requerer esse apoio. Apenas dessa forma os profissionais ficarão sensibilizados para as dificuldades que os homens enfrentam e desenvolverão serviços cada vez mais específicos para esta população. Mais investigação sobre as experiências dos homens vítimas é essencial para estimar a extensão e a severidade deste problema (Hines & Douglas, 2010b). A pouca investigação conduzida levanta mais questões do que aquelas a que responde (Tutty, 1999).

Neste sentido, urge desenvolver investigação que permita (re)conhecer este fenómeno como uma problemática social e adotar medidas de prevenção e de intervenção que respondam eficazmente às necessidades destas vítimas. A literatura indica que os aspetos futuros que a investigação neste âmbito deverá incluir são: a) validação de medidas de avaliação desenhadas para avaliar as consequências da violência na intimidade em homens; b) investigação qualitativa sobre as experiências dos homens vítimas de violência na intimidade, dada a ausência de estudos que possam atestar se os homens são, ou não, vítimas, por exemplo, de terrorismo íntimo; c) estudos sistemáticos sobre o efeito da violência na intimidade nos homens e quais os seus custos a nível económico e social.

Diríamos, assim, que a pertinência do estudo que estamos atualmente a desenvolver – centrado na caracterização do fenómeno da violência heterossexual contra os homens, exercida na intimidade, a partir da perspectiva das vítimas – se prende com a sua recente emergência social, aliada ao desconhecimento da sua dimensão e ao impacto nas vítimas. Propomo-nos, por um lado, a identificar o tipo, a natureza, a extensão e os custos da violência contra os homens no contexto das relações íntimas em

Portugal e, por outro, a aceder aos significados e à vivência experiencial dos mesmos, bem como aos motivos que os inibem de procurar ajuda.

Referências

- Anderson, A., Dial, S., Ivey, D. & Smith, D. (2011). Gender and violence in dyadic relationships. *The American Journal of Family Therapy*, 39(3), 42-254.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680.
- Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*, 8(4), 291-322.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2010). *Estatísticas 2010*. Retrieved from <http://www.apav.pt>.
- Bagshaw, D. & Chung, D. (2000). *Women, men and domestic violence*. University of South Australia: Pirie Printers.
- Belknap, J. & Melton, H. (2005). *Are heterosexual men also victims of intimate partner abuse?* Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence. Retrieved from <http://www.vawnet.org>.
- Canadian Centre for Justice Statistics (2000). *Family Violence in Canada: A Statistical Profile*. Ottawa: Statistics Canada.
- Caridade, S. (2008). *Violência nas relações de intimidade: Comportamentos e atitudes dos jovens*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Carmo, R., Grams, A. & Magalhães, T. (2011). Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(8), 355-359. doi: 10.1016/j.jflm.2011.07.006.
- Carney, M., Buttell, F. & Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 108-115. doi: 10.1016/j.avb.2006.05.002.
- Casimiro, C. (2008). Violências na conjugalidade: a questão da simetria do género. *Análise Social*, 43(3), 579-601.

- Chan, K. (2011). Gender differences in self-reports of intimate partner violence: a review. *Aggression and Violent Behavior, 16*(2), 167-175. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.008>.
- Coker, A. et al.. (2000). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine, 24*(4), 260-268.
- Corry, C., Fiebert, M. & Pizzey, E. (2002). *Controlling domestic violence against men*, 1-17. Retrieved from http://www.familytx.org/research/Control_DV_against_men.pdf.
- Dasgupta, S. (2002). Relationships: A Framework for understanding women's use of nonlethal violence in intimate heterosexual. *Violence Against Women, 11*(8), 1364-1389.
- Direcção-Geral de Administração Interna. (2010). *Violência doméstica. Análise das ocorrências participadas às forças de segurança durante o ano de 2010*. Lisboa.
- Dobash, R. & Dobash, R. (2004). Women's violence to men in intimate relationships: Working on a puzzle. *British Journal Criminology, 44*, 324-349.
- Dobash, R., Dobash, R., Wilson, M. & Daly, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems, 39*(1), 71-91.
- Dutton, D. (1994). Patriarchy and wife assault: The ecological fallacy. *Violence and Victims, 9*(2), 167-182.
- Dutton, D. & Nicholls, T. (2005). The gender paradigm in domestic violence: Research and theory. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 680-714. doi: 10.1016/j.avb.2005.02.001.
- Dutton, D., Nicholls, T. & Spidel, A. (2005). Female perpetrators of intimate abuse. *Journal of Offender Rehabilitation, 41*(4), 1-31.
- Dutton, M. & Corvo, K. (2007). The Duluth model: A data-impervious paradigm and a failed strategy. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 658-667. doi: 10.1016/j.avb.2007.03.002.
- Felson, R. (2008). The legal consequences of intimate partner violence for men and women. *Children and Youth Services Review, 30*(6), 639-646.
- Felson, R. (2010). Academic Apartheid: segregation in the study of partner violence. *Partner Abuse, 1*(1), 61-81.
- Finney, A. (2006). *Domestic Violence, sexual assault and stalking: findings from the 2004/2005 British Crime Survey*, Home Office Online Report 12/06. Retrieved from <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs06/rdsolr1206.pdf>.

- Flood, M. (2006). Violence against women and men in Australia: What the personal safety survey can and can't tell us. *Domestic Violence & Incest Resource Centre*, 4, 3-10.
- George, M. (2003). Invisible touch. *Aggression and Violent Behavior*, 8(1), 23-60. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00048-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00048-9).
- Graham-Kevan, N. & Archer, J. (2005). Investigating three explanations of women's relationship aggression. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 270-277. doi: 10.1111/j.1471-6402.2005.00221.x.
- Graham-Kevan, N. & Archer, J. (2009). Control tactics and partner violence in heterosexual relationships. *Evolution and Human Behavior*, 30, 445-452. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2009.06.007.
- Gulas, C., McKeage, K. & Weinberger, M. (2010). It's just a joke: Violence against males in humorous advertising. *Journal of Advertising*, 39, 109-120.
- Hines, D. (2007). Post traumatic stress symptoms among men who sustain partner violence: An international multisite study of university students. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(4), 225-239.
- Hines, D. (2010b). A Closer look at men who sustain intimate terrorism by women. *Partner Abuse*, 1, 286-313.
- Hines, D., Brown, J. & Dunning, E. (2007). Characteristics of callers to the domestic abuse helpline for men. *Journal of Family Violence*, 22, 63-72.
- Hines, D. & Douglas, E. (2010a). Intimate terrorism by women towards men: Does it exist? *Journal of Aggression Conflict and Peace Research*, 2, 36-56.
- Hines, D. & Douglas, E. (2011). Symptoms of post traumatic stress disorder in men who sustain intimate partner violence: A study of help seeking and community samples. *Psychology of Men & Masculinity*, 12, 112-127.
- Holtzworth-Munroe, A. (2005). Male versus female intimate partner violence: Putting controversial findings into context. *Journal of Marriage and Family*, 67(5), 1120-1125. doi: 10.1111/j.1741-3737.2005.00203.x.
- Johnson, M. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2), 283-294.
- Johnson, M. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 289-296. doi: 10.1016/j.avb.2011.04.006.

- Kelly, J. & Johnson, M. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family Court Review*, 46(3), 476-499.
- Lewis, A. & Sarantakos, S. (2001). Domestic violence and the male victim. *Nuance*, 3, 1-15.
- Lupri, E. (2004). *Domestic violence: The case of male abuse – Expanded and revised version of a commissioned document entitled Intimate Partner Violence Against Men*. Ottawa, Ontario: National Clearing house on Family Violence.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em Psicologia pela Universidade do Minho. IEP: Universidade do Minho.
- Matos, M. & Machado, A. (2011). *Violência doméstica: Intervenção em grupo com mulheres vítimas. Manual para profissionais*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Matos, Machado, Santos & Machado (2012). Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: Uma revisão da sua eficácia. *Análise Psicológica*, 1, 79-91.
- McCollum, E. & Stith, S. (2008). Couples treatment for interpersonal violence: A review of *outcome research literature and current clinical practices*. *Violence and Victims*, 23(2), 187-201.
- McNeely, R., Cook, P. & Torres, J. (2001). Is domestic violence a gender issue, or a human issue? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 4(4), 227-251.
- Mulroney, J. & Chan, C. (2005). Men as victims of domestic violence. *Australian Domestic and Family Violence Clearing house*, 1-18.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2010). *Anteprojecto do IV Plano nacional contra a violência doméstica*. Lisboa: Gabinete da Secretária de Estado para a Igualdade.
- Randle, A. & Graham, C. (2011). A Review of the evidence on the effects of intimate partner violence on men. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(2), 97-111. doi: 10.1037/a0021944.
- Sarantakos, S. (1999). Husband abuse: Fact or fiction? *Australian Journal of Social Issues*, 34(3), 231-252.
- Sartin, R., Hansen, D. & Huss, M. (2006). Domestic violence treatment response and recidivism: A review and implications for the study of family violence.

Aggression and Violent Behavior, 11(5), 436-440. doi: 10.1016/j.avb.2005.12.002.

- Saunders, D. (2002). Are physical assaults by wives and girlfriends a major social problem? A review of the literature. *Violence Against Women*, 12(8), 1424-1448.
- Shuler, C. (2010). Male victims of intimate partner violence in the United States: An examination of the review of literature through the critical theoretical perspective. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 5(1), 163-173.
- Smith, M. (2008). Does anybody care if women beat up men? *Editorials*, 14(3), 68-70.
- Sousela, L. (2006). *Violência Conjugal Feminina: Contextos, motivos e consequências*. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Straus, M. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30(3), 252-275. doi: 10.1016/j.chilyouth.2007.10.004.
- Straus, M. (2009a). Gender symmetry in partner violence: Evidence and implications for prevention and treatment. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.). *Preventing Partner Violence: Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 245-271). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Straus, M. (2009b). Why the overwhelming evidence on partner physical violence by women has not been perceived and is often denied. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18, 1-19.
- Straus, M. (2010). Thirty years of denying the evidence on gender symmetry in partner violence: Implications for prevention and treatment. *Partner Abuse*, 3(1), 332-363.
- Swan, S. et al.. (2002). A typology of women's use of violence in intimate relationships. *Violence Against Women*, 8(3), 285-319.
- Swan, S. et al.. (2005). Women who use violence in intimate relationships: The role of anger, victimization, and symptoms of posttraumatic stress and depression. *Violence and Victims*, 20(3), 267-285.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women: Findings from the National Violence against Women Survey*, Washington, D.C.: National Institute of Justice.
- Tsui, V., Cheung, M. & Leung, P. (2010). Help-seeking among male victims of partner abuse: Men's hard times. *Journal of Community Psychology*, 38(6), 769-780.

Tutty, L. (1999). *Husband abuse: An overview of research and perspectives*. Ottawa, Ontario: National Clearing house on Family Violence.

Watson, D. & Parsons, S. (2005). *Domestic abuse of women and men in Ireland. Report on the National Study of Domestic Abuse*. Dublin: Stationery Office.

**RISCOS ASSOCIADOS AO *STALKING*:
VIOLÊNCIA, PERSISTÊNCIA E REINCIDÊNCIA**

**STALKING RISKS:
VIOLENCE, PERSISTENCE AND RECIDIVISM**

Helena Grangeia (1, 2) e Marlene Matos (2)

- (1) UICCC/ISMAI – Unidade de Investigação em Criminologia e Ciências do Comportamento do Instituto Superior da Maia
- (2) Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Resumo

O *stalking*, enquanto fenómeno de violência interpessoal, assume a conotação de aviso, perigo e imprevisibilidade, estando a sua experiência relacionada com a perceção de ameaça constante. Qualquer abordagem ao fenómeno do *stalking*, quer seja teórica ou prática, inclui na sua análise a dimensão do risco. Compreender o *stalking* implica a sua conceção enquanto fenómeno associado a múltiplos riscos: o risco de violência, de persistência e, ainda, de reincidência. O *stalking* representa um risco em si mesmo, mas constitui-se também como fator de risco de violência e, nalguns casos, um fator de risco de homicídio.

A avaliação de risco em casos de *stalking* surge como um passo essencial a uma prática ética e informada, servindo como pedra basilar na tomada de decisão relativamente a medidas preventivas dirigidas aos *stalkers*, bem como de proteção às suas vítimas. É fundamental dotar os profissionais de competências e de instrumentos para uma avaliação de risco ponderada e eficaz em casos de *stalking*.

Palavras-chave: *stalking*; avaliação do risco; risco de violência; risco de persistência; risco de reincidência.

Abstract

Stalking involves warning, danger and unpredictability since it entails a permanent perception of threat. Any approach to stalking phenomenon, whether it is theoretical or practical, must include an analysis of the risk dimension. Understanding stalking implies its conception as multiples risks: risk of violence, persistence and recidivism. Stalking represents a risk on itself but also is a risk factor of violence and, in some cases of homicide.

Risk assessment of stalking is an essential step towards an ethical and informed practice, functioning as a key factor for the decision making in what concerns preventive actions towards stalkers and protection measures for its victims. It is essential to provide professionals specific skills, competences and instruments in order to a pondered and effective risk assessment of stalking.

Keywords: stalking; risk assessment; violence risk; risk of persistence; risk of recidivism.

Introdução

Num passado muito recente, escrever sobre *stalking* no contexto português exigia, em primeiro lugar, uma explanação do conceito, das suas dinâmicas e das suas particularidades enquanto fenómeno de violência interpessoal. De facto, a complexidade e as dinâmicas do fenómeno não são facilmente contidas numa só palavra, a menos que se conheça o significado do vocábulo anglo-saxónico. *Stalking* “pode ser definido como um padrão de comportamentos de assédio persistente, que se traduz em formas diversas de comunicação, contacto, vigilância e monitorização de uma pessoa-alvo” (Grangeia & Matos, 2010, p.124). É a constância ao longo do tempo da campanha de assédio, e ao mesmo tempo a sua variedade, que imprime um carácter ameaçador e intimidatório a comportamentos muitas vezes considerados triviais (e.g., deixar presentes, mensagens escritas ou através de telemóvel) ou românticos (e.g., demonstrações públicas de amor, deixar flores para serem encontradas).

No entanto, o *stalking* é ainda um termo amplamente desconhecido e, apesar de muitos profissionais lidarem habitualmente com estas situações na sua prática, as suas especificidades permanecem muitas vezes incógnitas. Por outras palavras, o conhecimento da existência do *stalking* enquanto manifestação de violência interpessoal nem sempre se traduz num saber prático, estritamente relacionado com a atuação junto das vítimas e dos/as *stalkers*. Os dados de prevalência de vitimação por *stalking* no contexto português apontam para que 1 em cada 4 mulheres (25%) e mais de 1 em cada 5 homens (13,3%) foi alvo de *stalking* em algum momento da sua vida (Matos, Grangeia, Ferreira & Azevedo, 2011a). O mesmo estudo indica que ser alvo de *stalking* é tipicamente uma experiência geradora de medo (43,3% das vítimas relataram ter ficado um pouco assustadas e 25% referiram ter ficado muito assustadas) com implicações sobretudo a nível da saúde psicológica e do estilo de vida. Não obstante o nível de impacto experienciado, a procura de ajuda verificou-se apenas em menos de metade dos casos (40,7%), privilegiando-se sobretudo fontes de apoio informal em detrimento das forças policiais, profissionais de saúde mental ou dos serviços de apoio à vítima. A discrepância entre o sentimento subjetivo de medo e de insegurança com a procura efetiva de apoio poderá ser entendida se tivermos em consideração que o *stalking* não é facilmente identificado e reconhecido como uma manifestação de violência interpessoal no seio da sociedade portuguesa. O atual período de progressiva consciencialização social sobre o *stalking*, a par da desocultação do fenómeno, não está ainda suficientemente consolidado para permitir o pleno reconhecimento dessa

experiência pelos alvos de assédio persistente enquanto uma forma de vitimação. O relativo desconhecimento sobre o fenómeno impede as vítimas de reconhecer o seu estatuto e os profissionais de agir tendo em consideração as especificidades do fenómeno. Assim, a procura de apoio e a atuação profissional são proteladas até que os comportamentos de assédio escalem para ações definidas penalmente como crime: por exemplo, atos de violência ou de destruição de propriedade (cf. Grangeia & Matos, 2011). Um conjunto de trabalhos empíricos realizados junto de vários grupos de profissionais (forças de segurança, médicos/as e enfermeiros/as, psicólogos/as, assistentes sociais) revela que, apesar destes reconhecerem a existência de *stalking* e de identificarem casos em concreto na sua experiência profissional, o conhecimento sobre as características e as dinâmicas é difuso e vago e, por vezes, inadequado quando se trata particularmente de medidas de atuação concretas (cf. Matos, Grangeia, Ferreira & Azevedo, 2011b). Consideramos, por isso, prioritária a formação específica de profissionais que estabeleçam contacto direto com vítimas de *stalking*, de forma a maximizar a eficácia das medidas de intervenção e, assim, potenciar a proteção às vítimas e a prevenção da escalada ou de novos episódios de *stalking* (para mais informação sobre boas práticas no apoio a vítimas de *stalking* cf. Matos et al., 2011b).

Neste trabalho debruçamo-nos particularmente sobre uma das dimensões centrais da prática de quem lida diretamente com casos de *stalking*: a avaliação do risco. Este é um dos domínios de investigação na área da psicologia forense e da criminologia que mais se destaca pela sua relevância prática, pelas suas implicações a nível da segurança das vítimas, da gestão do comportamento dos/as ofensores/as e, de uma forma geral, da segurança da sociedade. A avaliação do risco em casos de *stalking* surge como um passo essencial a uma prática ética e informada, servindo como plataforma da tomada de decisão nas diferentes vertentes de ação profissional relativamente a medidas de atuação junto dos/as *stalkers*, bem como de proteção às suas vítimas.

Avaliação do risco

O conceito de risco integra as noções de imprevisibilidade, de possibilidade, de incerteza. Congrega em si uma conotação probabilística, contemplando a probabilidade de ocorrência de algo normalmente negativo. No nosso quotidiano, é possível encontrarmos vários domínios que abordam a noção de risco, como são exemplos a meteorologia, quando faz referência ao risco de precipitação, a segurança rodoviária. No caso do risco de acidentes de viação, ou nos contextos forenses, quando se aplica o

conceito de perigosidade que se traduz no risco de violência ou de reincidência. Ora, em todos estes contextos procura-se uma previsão o mais precisa possível. Não se almeja certezas absolutas mas procuram-se indicadores fiáveis a partir dos quais seja possível diminuir as incertezas, conhecendo as probabilidades de ocorrência (de precipitação, de acidente, de reincidência). Quando o conceito de risco contempla a probabilidade de um acontecimento negativo, aliado à sua previsão associam-se esforços para a diminuição dessa mesma probabilidade, ou seja, a redução do risco (Andrews, Bonta & Wormith, 2006; Doyle & Dolan, 2008).

A avaliação de risco pode ser assim definida como a análise da probabilidade de ocorrência de determinado acontecimento. Em contextos forenses, e decorrentes das implicações dos riscos que são habitualmente considerados, a avaliação do risco deve ser direcionada para a tomada de decisão e, conseqüentemente, para a ação. Deve por isso ter como objetivo último a gestão do risco, ou seja, apontar quais os focos de intervenção que poderão potenciar a diminuição do risco (e.g., Douglas & Lavoie, 2006). A eficácia da avaliação do risco aumenta caso esta seja orientada pela consideração sistemática de fatores associados ao comportamento alvo e se essa associação for empiricamente comprovada (Andrews & Bonta, 2010). Assim, a avaliação do risco deve guiar-se pela identificação de fatores de risco e fatores de proteção. Os fatores de risco definem-se como características pessoais, situacionais ou do contexto social que aumentam a probabilidade do comportamento a que se associam. É importante referir que estes fatores associam-se ao comportamento em análise, mas não o causam. Por exemplo, sabe-se que o abuso de álcool constitui um fator de risco de violência, o que quer dizer que a sua presença aumenta a probabilidade de comportamentos violentos mas não os determinam. Os fatores de proteção, pelo contrário, constituem características pessoais, situacionais ou do contexto social que inibem ou diminuem o comportamento em análise. Como exemplo, apontamos uma relação conjugal estruturante como fator inibidor do comportamento criminal.

Os fatores de risco dividem-se em fatores de risco estáticos e fatores de risco dinâmicos. Esta distinção tem implicações diretas na prática da avaliação e da gestão do risco. Os fatores de risco estáticos dizem respeito a fatores históricos ou passados que não podem ser alterados, como por exemplo a história criminal do sujeito. Assim, uma avaliação centrada nestes fatores é uma avaliação redutora, já que inviabiliza a ação com vista à redução do risco por não contemplar o potencial de mudança do/a ofensor/a. Por outro lado, os fatores de risco dinâmicos referem-se a características do indivíduo

ou circunstâncias passíveis de mudança, como por exemplo, a associação a pares antissociais. São também designados por necessidades criminógenas e da sua identificação depende a gestão do risco (Andrews et al., 2006), ou seja, a redução do risco assenta na identificação dos fatores que se associam ao comportamento em análise e da identificação do seu potencial de mudança.

Por este motivo, a avaliação do risco deve ser um processo contínuo, refletindo assim a sua natureza dinâmica, ou seja, as possíveis alterações ao longo do tempo (cf. McEwan, Pathé & Ogloff, 2011). Deste modo, aconselha-se a avaliação em intervalos regulares de forma a aceder às variações no nível de risco decorrentes da alteração de fatores dinâmicos e à eficácia do plano de gestão, procedendo-se, se necessário, ao ajustamento das estratégias de redução de risco. A atualização regular da avaliação do risco é, pois, fundamental, não devendo, por isso, ser tecidas considerações a longo prazo.

Não obstante a consideração dos fatores de risco indicados pela literatura científica, a eficácia da avaliação depende também da sua individualização e da contextualização. Cada caso deve ser analisado nas suas particularidades e no seu contexto e, portanto, a avaliação deverá adequar-se e ser flexível de acordo com a variabilidade dos casos. Encoraja-se, por isso, uma recolha sistemática de dados e a integração de toda a informação disponível, exigindo o recurso a fontes de informação diversificadas e a metodologias complementares (Gonçalves & Dias, 2010; Gonçalves, Cunha & Dias, 2010).

As avaliações de risco baseadas apenas no relato do/a ofensor/a podem resultar na subestimação do risco. Os relatos são apresentados da forma mais favorável a este/a, para além de ser comum a negação ou a minimização da sua responsabilidade. Daí decorre a importância de informantes colaterais, especialmente da vítima. A vítima pode fornecer informação crucial relativamente ao historial de violência do/a ofensor/a, à sua personalidade, a atitudes e a aspetos de saúde mental. A perceção da vítima sobre o risco que corre deverá, sempre que possível, ser um dos focos da avaliação. A sua perceção sobre a perigosidade do/a ofensor/a e da sua segurança pode ser mais precisa do que a de um instrumento ou avaliador/a e, quando consideradas, aumentam a eficácia da avaliação do risco (cf. Kropp, 2004). No entanto, há que considerar que a perceção das vítimas pode não ser correta, uma vez que há a possibilidade de minimização ou de sobrestimação do risco.

Risco em casos de *stalking*

Particularmente no que diz respeito ao *stalking*, o conceito de risco confunde-se com a própria noção de *stalking*. Senão vejamos: o *stalking* assume a conotação de aviso de violência futura, de perigo e de imprevisibilidade, ou seja, a sua experiência relaciona-se com a percepção de ameaça constante (Mullen, Pathé & Purcell, 2001). De facto, o *stalking* constitui-se simultaneamente enquanto fator de risco, assim como congrega em si diferentes tipos de risco (McEwan et al., 2007; Mullen et al., 2006).

Enquanto fator de risco, o *stalking* revela-se através do processo de escalada e da associação a outras formas de violência, tais como a violência física ou a violência sexual. O inquérito de vitimação por *stalking* na população nacional (Matos et al., 2011a) revela que esta experiência surge associada a violência física e a violência sexual em 7,2% dos casos. No entanto, é como fator de risco de homicídio que o *stalking* adquire notória relevância, especialmente se associado a violência relacional prévia (McFarlane et al., 1999). Embora apenas uma pequena percentagem de casos de *stalking* culmine no homicídio da vítima, verificam-se habitualmente comportamentos de *stalking* precedentes a casos de homicídio, em particular quando o/a *stalker* é ex-parceiro/a íntimo da vítima. Um estudo de McFarlane, Campbell e Watson (2002) destaca que em 69% dos casos de tentativas de femicídio ou femicídio concretizado, as vítimas foram alvo de *stalking* nos 12 meses anteriores. Os comportamentos de *stalking* surgem, portanto, como ameaças ou indicadores que devem ser seriamente considerados devido à probabilidade de se concretizarem e à severidade das suas consequências. Estes dados são especialmente relevantes no contexto português que, caracterizado por um amplo desconhecimento do fenómeno e das suas dinâmicas, contribui para a desvalorização dos sinais de perigo e, inevitavelmente, para uma maior vulnerabilidade da vítima (Grangeia & Matos, 2011). Refira-se, por isso, que a escassa consciencialização social relativamente ao *stalking* concorre para um risco acrescido por parte das vítimas.

De forma a compreender os diferentes tipos de riscos e os fatores associados que o *stalking* agrega, torna-se inevitável debruçarmo-nos primeiramente sobre algumas especificidades do fenómeno de forma a uma correta avaliação e a uma gestão do risco. Importar modelos de avaliação do risco construídos para outros fenómenos (e.g., violência conjugal) pode revelar-se ineficaz e imprudente. Kropp, Hart e Lyon (2002) salientam três particularidades deste fenómeno que devem informar uma abordagem diferenciada relativamente a outros tipos de violência:

- o foco primordial num só alvo. Ou seja, ao conhecer-se a identidade da vítima, torna-se possível e prioritário a sua proteção e a sua segurança, assim como se possibilita a integração no processo de avaliação das suas perceções sobre o risco que corre;
- a natureza implícita das ameaças, muitas vezes através de comportamentos que, num outro contexto, poderão ser considerados inócuos (e.g., encontros “casuais”, telefonemas indesejados);
- o carácter persistente dos comportamentos.

A avaliação do risco em casos de *stalking* deve por isso ter em consideração a complexidade do fenómeno. Pensar um conceito de risco único e singular quando aplicado às situações de *stalking* não resulta na prática, uma vez que o *stalking* parece conter em si mesmo diferentes tipos de risco que refletem as preocupações frequentes das vítimas (McEwan, Mullen & Purcell, 2007; Mullen et al., 2006), nomeadamente:

- risco de violência: probabilidade de o/a *stalker* causar dano físico a um terceiro, seja este uma vítima primária ou um alvo secundário;
- risco de persistência: probabilidade de o/a *stalker* não parar de assediar/perseguir a vítima ou os alvos secundários;
- risco de reincidência: probabilidade de o/a *stalker* retomar o seu comportamento dirigido à vítima primária ou a outra pessoa, neste caso direcionando o comportamento de assédio para um novo alvo.

Sabe-se também que um/a *stalker* pode apresentar alto risco num domínio e baixo risco noutra. Para além do mais, os fatores e o tipo de risco mais relevantes dependem das motivações dos/as *stalkers* (MacKenzie, 2009; McEwan et al., 2011; Mullen et al., 2006). Assim, a avaliação do risco em casos de *stalking* deverá contemplar a identificação e a avaliação de diferentes tipos de risco de forma independente. Concomitantemente deve-se aceder às motivações subjacentes ao comportamento dos/as *stalkers*. Estes dois passos constituem-se como necessários para a garantia de uma avaliação e de uma gestão de risco eficazes.

Tipologia de *stalkers*

Já foi referido que as motivações que sustentam o comportamento do/a *stalker* são de fundamental consideração na avaliação do risco em casos de *stalking* (Mackenzie et al., 2009; McEwan et al., 2011; Mullen et al., 2006). Importa, por isso, identificar numa fase inicial qual o tipo de *stalker* presente à avaliação. Utiliza-se para este intuito

a tipologia de *stalkers* desenvolvida por Mullen e colaboradores (Mullen, Pathé & Purcell, 2000; Mullen, Pathé, Purcell & Stuart, 1999), baseada em dois eixos – o tipo de relação vítima-*stalker* e as motivações primárias do/a *stalker*, – sendo que cada categoria está diferentemente associada aos tipos de risco (Mullen et al., 2006, cf. Tabela 1). Salienta-se que estas categorias não são necessariamente exclusivas, uma vez que poderá existir uma evolução nas motivações do/a *stalker*.

Tabela 1

Tipologia de stalker e tipos de risco

(Mackenzie et al., 2009; Mullen et al., 2000; Mullen et al., 1999; Mullen et al., 2006)

TIPO DE <i>STALKER</i>	RELAÇÃO VÍTIMA- <i>STALKER</i>	MOTIVAÇÃO PRIMÁRIA	TIPO DE RISCO
Rejeitado/a (mais comum)	Ex-parceiros/as íntimos/as, familiares, amigos/a, contactos profissionais.	Reestabelecer relacionamento e/ou desejo de vingança pela relação terminada.	Risco elevado em todas as áreas.
Ressentido/a	Qualquer pessoa que tenha atraído a inimizade do/a <i>stalker</i> (ex. contexto profissional).	Desejo de vingança.	Ameaças, mas raramente violento. Risco elevado de persistência.
Em busca de intimidade	Habitualmente as vítimas não mantêm qualquer relação com o/a <i>stalker</i> (e.g., celebridades, contactos ocasionais, contextos profissionais).	Estabelecer uma relação de intimidade, que é fantasiada ou idealizada (fixação patológica num alvo).	Risco elevado de persistência e de reincidência. Raramente são violentos (vítimas mais prováveis são terceiros, percebidos como obstáculos ao

			relacionamento idealizado).
Cortejador/a inadequado	Habitualmente, pessoas desconhecidas ou com quem mantém contactos ocasionais.	Estabelecer uma relação de intimidade (abordagens inadequadas resultantes de dificuldades interpessoais).	Ameaças, mas raramente violento. Perseguições de curta duração. Risco elevado de reincidência num novo alvo.
Predador/a (mais raro)	Habitualmente pessoas desconhecidas.	Recolher informação sobre a potencial vítima – fase preparatória de agressão sexual.	Risco elevado de violência.

Risco de violência

Começando pela identificação dos tipos de risco e pelos respectivos fatores de risco, no que diz respeito à violência, deve referir-se que nem todos os/as *stalkers* se tornam violentos/a. É, no entanto, compreensível o medo de sofrer um ataque violento, uma vez que os comportamentos de *stalking* poderão preceder atos de violência extrema, inclusive o homicídio.

Na avaliação do risco de violência em casos de *stalking* destacamos duas premissas que devem informar o juízo profissional:

- 1) quanto mais próxima for a relação vítima-*stalker*, maior o risco de violência (Purcell, Pathé & Mullen, 2002), o que não significa que o *stalking* por desconhecidos/as não envolva risco de violência;
- 2) embora a maioria dos indivíduos que faz ameaças não chegue a atacar as vítimas, a maioria dos que são fisicamente violentos ameaçou-as previamente. A ocorrência de violência física triplica no grupo de vítimas que foi ameaçada, comparativamente às aquelas que não relatam ameaças prévias (cf. McEwan et al., 2007).

Mackenzie e colaboradores (2009) referem cinco fatores críticos cuja presença aponta para a iminência ou para um significativo aumento da severidade de violência. Estes fatores são tipicamente pouco frequentes mas, quando presentes, indicam um risco elevado de violência e são transversais aos diferentes tipos de *stalkers*. Paralelamente, estes autores enumeram vários outros fatores de risco de violência mais comuns entre os diferentes tipos de *stalkers* que neste contexto designamos por fatores de risco de violência gerais (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Fatores de risco de violência em casos de stalking

(Mackenzie et al., 2009; McEwan et al., 2007)

FATORES DE RISCO		DESCRIÇÃO
FATORES CRÍTICOS	Ideação suicida	Tentativa ou concretização de suicídio do/a <i>stalker</i> . Enquanto estratégia de manipulação e de coação da vítima. Enquanto estratégia de último recurso de forma a assegurar que a vítima jamais se esqueça dele/a. Situações de homicídio (vítima ou terceiros significativos a esta) seguido de suicídio do/a <i>stalker</i> .
	Ideação homicida	<i>Stalking</i> como fator precursor de homicídio em particular se o/a <i>stalker</i> é ex-parceiro/a da vítima.
	Pensamento de último recurso	Indicativo de que o/a <i>stalker</i> passa a percecionar os seus esforços como infrutíferos. Passagem ao ato.
	Sintomatologia psicótica	Convicção patológica da infidelidade do/a parceiro/a. Sintomas de ameaça e de perda de controlo (ex. delírios persecutórios, alucinações de comando, despersonalização).
	Psicopatia	Apesar de rara, os traços de psicopatia são críticos na consideração do risco de violência.

FATORES GERAIS	História de violência anterior	Premissa de que o comportamento passado é o melhor preditor do comportamento futuro. Algumas inconsistências empíricas sobre o valor preditivo da violência geral no processo de escalada do <i>stalking</i> .
	Destruição de propriedade	Intenção de causar dano físico, psicológico ou perda financeira.
	Acesso ou afinidade com armas	Posse de armas ou interesse demonstrado em adquiri-las.
	Comportamentos de aproximação	Ações que visam aumentar a proximidade física com a vítima. Sinal de escalada dos comportamentos.
	Impulsividade	Tendência para agir sem pensar. Dificuldade em adiar a gratificação.
	Pobre controlo emocional	Dificuldade ou incapacidade de controlar as suas emoções. Reação exagerada a críticas ou a posições contrárias à sua. Rapidamente passam para estados de raiva, fazendo ameaças, destruindo bens ou envolvendo-se em comportamentos agressivos.
	Abuso de substâncias	Efeito de desinibição comportamental. Maior relevância se conjugado com outros fatores de risco.

Relativamente aos fatores de risco específicos aos diferentes tipos de *stalkers* (cf. Mackenzie et al., 2006), começamos por identificar aqueles que contribuem para uma elevação do risco de violência dos/as *stalkers* rejeitados: a presença de ameaças; a violação de ordem judicial de afastamento; o conhecimento da localização ou a acessibilidade à vítima; disputas sobre a custódia dos/as filhos/as ou sobre propriedade

comum; níveis elevados de raiva ou de pensamentos de vingança veiculados pelo/a *stalker*.

O/a *stalker* ressentido apresenta como fatores de risco de violência específicos o término de uma ordem judicial de afastamento, esforços infrutíferos para resolver o motivo da sua queixa, níveis elevados de raiva e ideação paranóide.

No caso do/a *stalker* em busca de intimidade destacam-se os seguintes fatores potenciadores de violência: níveis elevados de raiva; ideação paranóide e reconhecimento de que a perseguição falhou quanto ao objetivo relacional, procurando novas formas de atingir o seu objetivo ou atribuindo culpas a terceiros. Este último fator de risco poderá estar associado à possibilidade de ideação ou a tentativas de suicídio.

Os indivíduos mais novos do tipo cortejador inadequado (menos de trinta anos) têm tendência a ser mais agressivos. O risco de violência aumenta também com a percepção de legitimidade dos seus comportamentos, que pode passar pela adoção de uma postura de superioridade desempenhando muitas vezes estereótipos de masculinidade dominante sem que se apercebam que o seu comportamento é inadequado. Acrescem ainda níveis elevados de raiva como fator de risco de violência.

Quanto ao *stalker* predador, o risco de violência é elevado e poderá ser exacerbado pela presença de história prévia de violência sexual e pela presença de intenção explícita ou implícita (fantasia) de incorrer em práticas de agressão sexual.

Risco de persistência

Relativamente ao risco do *stalking* persistir ao longo do tempo, importa ter presente que quanto maior a sua duração até então, mais tempo deverá persistir. O limite para além de duas semanas de duração foi empiricamente estabelecido como preditor de o *stalking* se estender durante vários meses ou anos. Purcell, Pathé e Mullen (2004) sustentam, a partir de dados empíricos, que muitas das situações de *stalking* duram apenas alguns dias, não se prolongando para além de duas semanas, sendo este o caso predominante do *stalking* por desconhecidos. No entanto, estes autores alertam para o facto de o *stalking* que se estende para lá das duas semanas (“ponto de corte”) apresentar elevada probabilidade de persistir no tempo, durante meses ou anos.

O tipo de relação entre o *stalker* e a vítima surge igualmente associado à persistência do *stalking*, mantendo-se a premissa de maior persistência, quanto mais próxima for a relação (McEwan, Mullen & MacKenzie, 2009, Mullen et al., 2006).

Os fatores de risco de persistência são transversais aos diferentes tipos de *stalkers*, não existindo, portanto, diferenciação de acordo com a motivação. Destacam-se na Tabela 3, aqueles que são apontados por Mackenzie e colaboradores como os mais relevantes.

Tabela 3

Fatores de risco de persistência em casos de stalking
(Mackenzie et al., 2009)

FATORES DE RISCO	DESCRIÇÃO
Envio de materiais ou de mensagens escritas não solicitados	Mensagens de amor ou claramente intimidatórias. Traduzem um investimento na relação por parte do/a <i>stalker</i> . Excluem-se as <i>sms</i> pelo seu caráter imediato.
Perturbação da personalidade	Traços de personalidade obsessiva, dependente ou instável.
Psicose	Psicopatologia associada a significativa alteração do pensamento ou do comportamento, associado a delírios ou a alucinações.
Distorções cognitivas	Desculpabilização, justificações ou racionalizações para o comportamento de <i>stalking</i> , minimização da conduta e/ou culpabilização da vítima.
Não acatamento de ordens judiciais	Recusar ou procurar contornar essas ordens, por exemplo, pedindo a outro para assediar a vítima.
Recusa de tratamento	Ausência de <i>insight</i> sobre o problema. Ausência de desejo/motivação para a mudança.
Isolamento social	Concentração exclusiva no <i>stalking</i> . Ausência de influências sociais positivas.
Ausência de empatia	Não reconhece o impacto do seu comportamento na vítima.

com a vítima	Muitas vezes acredita que a vítima aprecia as suas ações.
Abuso de substâncias	Efeito de desinibição comportamental.
Perceção de legitimidade	Perceção de que os seus comportamentos são justos e adequados, independentemente de ações pessoais ou legais contrárias. Age por vingança.
Continuação dos contactos vítima- <i>stalker</i>	Partilha da custódia de filhos comuns, do mesmo local de trabalho ou da mesma vizinhança.
Conhecimento da localização da vítima	Avaliar a vontade de se deslocar para junto dela. Avaliar se os planos são realistas e se tem capacidade para o fazer.

Risco de reincidência

Importa analisar o risco de reincidência em situações de recorrência dos comportamentos, depois de um período em que o/a *stalker* interrompe a campanha de assédio (Mackenzie et al., 2009). O estudo da reincidência dos/as *stalkers* é ainda limitado, até porque em muitos casos em que o/a *stalker* já cessou os seus comportamentos, as vítimas não têm essa perceção, continuando em estado hipervigilante face à possibilidade de uma nova investida ou da eventualidade de estarem a ser alvo de um comportamento coberto, por exemplo, sob vigilância coberta, eletrónica ou através de terceiros. Não obstante, um estudo de Rosenfeld (2003) sobre a reincidência dos/as *stalkers* alerta para este risco: em aproximadamente 50% dos casos analisados, os/as *stalkers* retomaram a perseguição; destes, cerca de 80% reincidiram no primeiro ano. É importante notar que a reincidência do/a *stalker* poderá ter como alvo a mesma vítima ou focar-se numa outra pessoa. Na tabela seguinte (cf. Tabela 4) encontram-se descritos os fatores de risco de reincidência considerados no trabalho de Mackenzie e colaboradores.

Tabela 4

Fatores de risco de reincidência em casos de stalking
(Mackenzie et al., 2009)

FATORES DE RISCO	DESCRIÇÃO
História de <i>stalking</i>	Padrão comportamental prévio de <i>stalking</i> (reincidência dos comportamentos).
Ausência de planos viáveis	Ausência de estratégias viáveis para cessar o <i>stalking</i> . Estratégias irrealistas para cessar o <i>stalking</i> .
Abuso de substâncias	Efeitos de desinibição comportamental.
Não adesão ao tratamento	Ausência de <i>insight</i> sobre o problema. Ausência de desejo/motivação para a mudança.

Relativamente aos fatores de risco de reincidência específicos para cada tipo de *stalker* (cf. Mackenzie et al., 2006), sabe-se que a reincidência geral nos/as *stalkers* rejeitados é potenciada pela presença de perturbação da personalidade e pela perceção de legitimidade dos atos por parte do/a *stalker*. A reincidência com a mesma vítima apresenta como fatores de risco: o término de ordem judicial de afastamento, alterações do estatuto conjugal da vítima ou do/a *stalker*, reencontro com a vítima, redução ou negação de visitas a filhos comuns.

Relativamente aos *stalkers* ressentidos, encontramos essencialmente fatores de ordem clínica que devem ser alvo de avaliação por técnicos de saúde mental, tais como: perturbação psicopatológica (caracterizada por delírios de grandiosidade ou persecutórios); deterioração do estado mental (e.g., paranóia, isolamento social) e perturbação da personalidade. Nestes casos a reincidência com a mesma vítima é potenciada pelo término de ordem judicial de afastamento e pela ineficácia (percebida) dos procedimentos de queixa formal para a resolução do problema que é apontado como razão do *stalking*.

Relativamente ao risco de reincidência, o estado mental do/a *stalker* em busca de intimidade parece ser um fator decisivo na análise do risco. Estes/as *stalkers* normalmente apresentam perturbações psiquiátricas, por vezes com sintomas delirantes, que poderão potenciar este tipo de comportamentos e exacerbar a fixação patológica por um alvo. O contacto accidental ou deliberado é também um fator de risco para estes/as *stalkers* reincidirem.

Como fatores de risco de reincidência específicos para o/a *stalker* cortejador inadequado encontram-se: limitações cognitivas, nomeadamente, défices na apreciação da adequação dos seus comportamentos; isolamento social, não apresentando um contexto social alternativo e deixando mais espaço para a fixação no mesmo ou nouro alvo; competências sociais deficitárias e estilo de pensamento rígido; défices de competências interpessoais que concorrem para a replicação sucessiva dos comportamentos com novas vítimas.

Por fim, o risco de reincidência eleva-se no caso de *stalkers* predadores que escolhem alvos desconhecidos, não colaboram com procedimentos de supervisão ou de tratamento e apresentam comportamentos de tipo parafilico.

Considerações finais

À medida que as múltiplas facetas e dinâmicas do *stalking* são desvendadas na sociedade portuguesa, é também reconhecido o seu potencial nocivo para a vida das vítimas. O impacto devastador associado à manifestação desta forma de violência interpessoal pressiona a adoção de medidas de intervenção certas e eficazes de modo a promover uma efetiva proteção das vítimas e da sociedade em geral, ao reduzir as possibilidades de novos episódios. Um dos pontos de partida para uma prática informada e, por isso, eficaz é o conhecimento dos fatores que promovem este comportamento. No entanto, este é apenas o primeiro passo que deverá servir de plataforma para a gestão do risco baseada no desenvolvimento e na potenciação de fatores de proteção e na redução dos fatores de risco (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 2006). Da avaliação do risco deve partir e estruturar-se a intervenção. Apesar de a avaliação do risco em casos de *stalking* estar ainda em estágio embrionário, mesmo em países onde há muito o *stalking* é reconhecido (Mullen et al., 2006), esperamos que este trabalho permita desbravar terreno em direção à efetivação de medidas interventivas especificamente desenvolvidas para fazer face ao *stalking* em contexto nacional.

Referências

- Andrews, D. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. (5ª ed.). New Providence, NJ: Lexis Nexis Matthew Bender.
- Andrews, D., Bonta, J. & Wormith, J. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment, *Crime and Delinquency*, 52, 7-27.

- Douglas, K. & Lavoie, J. (2006). Avaliação e gestão do risco de violência: modelos de utilização e princípios orientadores. In A. C. Fonseca (Ed.), *Psicologia forense* (pp. 203-226). Coimbra: Almedina.
- Doyle, M. & Dolan, M. (2008). Understanding and managing risk. In K. Soothill, P. Rogers, & M. Dolan (Eds.), *Handbook of Forensic Mental Health* (pp. 244-266). Devon, UK: Willan Publishing.
- Gonçalves, R. & Dias, A. (2011). Avaliação psicológica de agressores sexuais. In M. Matos, R. Gonçalves & C. Machado (Coord.), *Manual de Psicologia Forense: Contextos, práticas e desafios* (pp. 247-270). Braga: Psiquilíbrios.
- Gonçalves, R., Cunha, O. & Dias, A. (2011). Avaliação psicológica de agressores conjugais. In M. Matos, R. Gonçalves & C. Machado (Coord.), *Manual de Psicologia Forense: Contextos, práticas e desafios* (pp. 223-245). Braga: Psiquilíbrios.
- Grangeia, H. & Matos, M. (2010). *Stalking: Consensos e Controvérsias*. In C. Machado (Coord.), *Novos olhares sobre a vitimação criminal: teorias, impacto e intervenção* (pp. 121-166). Braga: Psiquilíbrios.
- Grangeia, H. & Matos, M. (2011). Da invisibilidade ao reconhecimento do stalking. In A. I. Sani, (Coord.), *Temas em Vitimologia* (pp. 61-84). Coimbra: Almedina.
- Kropp, P. (2004). Some questions regarding spousal assault risk assessment. *Violence Against Women, 10*(6), 676-697.
- Kropp, P., Hart, S. & Lyon, D. (2002). Risk assessment of stalkers. Some problems and possible solutions. *Criminal Justice and Behavior, 29*(5), 590-616.
- MacKenzie, R. et al.. (2009). *The Stalking Risk Profile. Guidelines for assessing and managing stalkers*. Stalk Inc. & the Centre for Forensic Behavioural Science, Monash University.
- Matos, M., Grangeia, H., Ferreira, C. & Azevedo, V. (2011a). *Inquérito de vitimação por stalking: Relatório de investigação*. Porto: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Matos, M., Grangeia, H., Ferreira, C. & Azevedo, V. (2011b). *Stalking: Boas práticas no apoio à vítima. Manual para profissionais*. Porto: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- McEwan, T., Pathé, M. & Ogloff, J. (2011). Advances in stalking risk assessment. *Behavioral Sciences and the Law, 29*, 180-201.

- McEwan, T., Mullen, P. & MacKenzie, R. (2009). A Study of the Predictors of Persistence in Stalking Situations. *Law & Human Behavior*, 33, 149-158.
- McEwan, T., Mullen, P. & Purcell, R. (2007). Identifying risk factors in stalking: A review of current research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 1-9.
- McFarlane, J., Campbell, J. & Watson, K. (2002). Intimate partner stalking and femicide: urgent implications for women's safety. *Behavioral Sciences & the Law*, 20, 51-68.
- McFarlane, J. et al.. (1999). Stalking and Intimate Partner Femicide. *Homicide Studies*, 3(4), 300-16.
- Mullen, P. et al.. (2006). Assessing and managing the risks in the stalking situation. *The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 34, 439-450.
- Mullen, P., Pathé, M. & Purcell, R. (2000). *Stalkers and their victims*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mullen, P., Pathé, M. & Purcell, R. (2001). Stalking: New constructions of human behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 9-16.
- Mullen, P., Pathé, M., Purcell, R. & Stuart, G. (1999). Study of stalkers. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1244-1249.
- Purcell, R., Pathé, M. & Mullen, P. (2002). The prevalence and nature of stalking in the Australian community. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 114-120.
- Purcell, R., Pathé, M. & Mullen, P. (2004). When do repeated intrusions become stalking? *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15(4), 571-573.
- Rosenfeld, B. (2003). Recidivism in stalking and obsessional harassment. *Law and Human Behavior*, 27(3), 251-265.

INTERNAMENTO COMPULSIVO

INVOLUNTARY COMMITMENT

Fernando Almeida, Diana Moreira, Vera Silva & Anabela Cardoso (1)

(1) ISMAI – Instituto Superior da Maia

Resumo

O internamento compulsivo (IC) em psiquiatria é uma medida judicial utilizada como último recurso em indivíduos que padecem de uma anomalia psíquica grave e que criem, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, e recusem submeter-se ao necessário tratamento médico ou que não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

A investigação decorreu entre 2008 e 2010, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) – Pólo Hospital Júlio de Matos (HJM), no Hospital de Magalhães Lemos (HML) e no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHGE). A amostra é constituída por cinquenta e nove indivíduos internados compulsivamente.

Apurámos que os doentes internados compulsivamente nos hospitais em estudo são, maioritariamente, portugueses, caucasianos, do sexo masculino, solteiros e estão distribuídos por todas as faixas etárias, com ligeiro predomínio na terceira, quarta e quinta décadas de vida e o 3.º ciclo e o ensino secundário são os níveis de escolaridade mais comuns e provêm, predominantemente, do concelho de Vila Nova de Gaia.

Os IC são operados, sobretudo, no âmbito dos artigos 22.º e seguintes da Lei 36/98, de 24 de julho, referentes ao internamento de urgência.

O diagnóstico de psicose esquizofrénica é o mais frequente nos doentes internados compulsivamente, tanto na admissão, como na alta do IC.

Antecedentes de tratamento psiquiátrico estão presentes em mais de metade dos doentes internados compulsivamente, assim como a prescrição de medicação psiquiátrica previamente ao IC e a administração de antipsicóticos.

As alterações comportamentais encontram-se presentes na maioria da amostra.

Contactos anteriores com o sistema judicial estão presentes na maioria dos doentes internados compulsivamente e ocorrem, sobretudo, no âmbito do internamento compulsivo.

O estudo com o HCR-20 revela que 46,5% da amostra apresenta um risco de perigosidade moderado; 39,7% um risco de perigosidade baixo e 13,8% um risco de perigosidade elevado.

Há ausência de psicopatia na maioria dos doentes internados compulsivamente.

Podemos confirmar com este estudo que a Lei de Saúde Mental é um instrumento essencial que permite o IC daqueles que não possuem o discernimento para avaliar a necessidade de tratamento.

Palavras-chave: internamento; internamento compulsivo; internamento involuntário; psicose esquizofrénica.

Abstract

Involuntary commitment (IC) in psychiatry is a judicial measure used as a last resort for individuals who suffer from a serious mental disorder and who, by reason of it, create a dangerous situation for their own and other's valuable legal properties. These individuals refuse to submit to the necessary medical treatment or do not have the required insight to assess the meaning and scope of consent when the absence of treatment sharply deteriorates their status.

This study ran in various hospitals in the country from 2008 to 2010: Lisbon Psychiatric Hospital Center (CHPL) – Júlio de Matos Hospital (HJM), – Magalhães Lemos Hospital (HML) and the Psychiatry Department of the Vila Nova de Gaia/Espinho Hospital Center (CHGE). The sample consists of fifty-nine individuals hospitalized compulsively.

We found the patients compulsively admitted to the hospitals in study are mostly Portuguese, caucasian, male, single and are spread across all age groups, with a slight predominance in the third, fourth and fifth decades of life. The most common education levels were basic education and high school and patients lived predominantly in the municipality of Vila Nova de Gaia.

The IC is operated mainly under Articles 22.º and following of Law 36/98 of 24 July, concerning the emergency admission.

The diagnosis of schizophrenic psychosis is more common in compulsively hospitalized patients, both at admission, and at discharge of the IC.

Histories of psychiatric treatment are present in over half of patients admitted compulsorily, as well as the prescription of psychiatric medication prior to IC and administration of antipsychotics.

Behavioral changes are present on most of the sample. Previous contacts with the judicial system are present in the majority of patients admitted compulsorily and occur mainly within the involuntary commitment.

The study with the HCR-20 reveals that 46.5% of the sample has a moderate risk of dangerousness and 39.7% a low risk of dangerousness and 13.8% a high risk of dangerousness.

There is absence of psychopathy in most patients admitted compulsorily.

We can confirm this study the Mental Health Act is an essential tool which enables the IC to those who lack the insight to assess the need for treatment.

Keywords: admission; involuntary admission; involuntary commitment; schizophrenic psychosis.

Introdução

Em 1997, a Assembleia da República procedeu à revisão da Constituição da República Portuguesa, abrindo caminho à possibilidade de internamento de doentes portadores de doenças mentais sem o seu consentimento, ao aditar às exceções da privação da liberdade consagradas no artigo 27.º “o internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente” (Talina, 2004).

Um ano depois, foi aprovada em Assembleia da República uma lei que enquadra os internamentos involuntários na legalidade: a Lei 36/98 de 24 de julho, a designada Lei de Saúde Mental (Talina, 2004). Em vigor desde 1999, é composta por dois capítulos: o primeiro enuncia os objetivos, a proteção e a promoção da saúde mental, os princípios gerais da política, a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental e os direitos e os deveres do utente; o segundo capítulo regulamenta o IC.

Estabelece como princípios gerais (artigo 8.º) que o IC só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram origem. Só pode ser determinado se for proporcional ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa e é, sempre que possível, substituído por tratamento em regime de ambulatório. As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do IC são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e à normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento interno.

O IC ordinário é regulado pelo artigo 12.º, o qual postula que pode ser internado sem consentimento em estabelecimento adequado: 1) “o portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico” e/ou 2) “o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.

Refere Andrade (2000, as cited in Talina, 2004) que o primeiro pressuposto representa o fundamento do “internamento de perigo, uma vez que, por estarem em causa valores comunitários, se pode ultrapassar a falta de acordo do internando” e o segundo configura o “internamento tutelar, já que, independentemente da perigosidade, se pretende defender a saúde de quem, estando em risco de ruína, não esteja em condições de se determinar pelo tratamento”.

Tem legitimidade para requerer o IC (artigo 13.º) “o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público”; todavia, “sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º, pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior” e “se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário tem também legitimidade para requerer o IC o diretor clínico do estabelecimento”.

Além do IC ordinário, é possível também pelo seu artigo 22.º o IC de urgência “sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado”. Neste caso, “o internado é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária (artigo 24.º)”. Dispõe o artigo 25.º que se esta avaliação clínico-psiquiátrica “concluir pela necessidade de internamento e o internado a ele se opuser, o estabelecimento comunica de imediato ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação”, mas caso “a avaliação clínico-psiquiátrica não confirme a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução”.

O internamento pode ser substituído por tratamento compulsivo em regime de ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade (artigo 33.º). Esta substituição “depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatorio” e “é comunicada ao tribunal competente”. Sempre que “o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento” e se necessário “o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais”. O internamento

finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem e a cessação ocorre por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do Serviço de Saúde onde decorreu o

internamento, ou por decisão judicial”, sendo “a alta imediatamente comunicada ao tribunal competente (artigo 34.º).

Na opinião de Dantas (2002), a preocupação principal desta lei é a necessidade de tratamento médico a quem dele careça, adotando, segundo Andrade (2000, as cited in Talina, 2004), um modelo misto de decisão médica e judicial no sentido de encontrar um consenso entre dois saberes: o saber técnico-científico do psiquiatra e o saber jurídico do juiz. O equilíbrio destes saberes e poderes traduz-se nas normas que obrigam a uma avaliação clínico-psiquiátrica prévia ao internamento, de forma a não ocorrer um IC sem que dois psiquiatras dos serviços oficiais de assistência o considerem adequado. Por outro lado, após a avaliação clínico-psiquiátrica favorável e ouvidos os interessados e o Ministério Público, o juiz decretará o IC se considerar que se verificam os restantes pressupostos legais. Deste modo, procura-se salvaguardar o direito ao tratamento das perturbações mentais e a aplicação correta da lei. Para o autor, “a lei relega a intervenção judiciária para uma função de garantia e de legitimação social das restrições de direitos que o internamento (compulsivo) encerra”.

Para Albergaria (2003), o legislador, ao configurar o IC como um internamento por decisão judicial, optou por um modelo judicial como os casos das leis belga, holandesa e alemã dos distritos de Berlim e Bremen.

O desenvolvimento dos cuidados de saúde mental tem evoluído progressivamente, no sentido de substituir a institucionalização dos doentes por uma integração comunitária.

A aplicação da Lei evidencia números crescentes de IC desde a sua implementação. No ano de 1999 existiam 513 pacientes internados compulsivamente, correspondendo a uma percentagem de 2,8%; em 2000 esse número aumentou para os 618 (3,2%) e, posteriormente, em 2001, para os 874 (4,98%). Embora não existam números fidedignos, estima-se que atualmente os IC correspondam, a nível nacional, a uma percentagem aproximada de 9-10% do total dos doentes psiquiátricos internados (Almeida et al., 2008).

Objetivos do estudo

O presente trabalho resulta de um projeto mais amplo levado a cabo por diferentes investigadores, em diferentes instituições, ao longo de vários anos. Tem como objetivos: o levantamento epidemiológico dos IC, a caracterização

sociodemográfica dos pacientes e o conhecimento das características mais relevantes associadas aos IC tais como, as entidades que os promoveram, a anomalia psíquica grave de que padecem, os artigos da Lei 36/98, de 24 de julho, à luz dos quais foram internados, a eventual presença de tratamento psiquiátrico prévio, alterações comportamentais perpetradas, alterações psicopatológicas apresentadas, índice do risco de violência e índice de psicopatia.

Estudo empírico

O presente estudo é de caráter descritivo e exploratório, dada a escassez de dados acerca dos IC em Portugal.

Participantes

Os 59 doentes internados compulsivamente eram predominantemente do sexo masculino (34), ou seja, 57,6%, e solteiros (31), o que corresponde a uma percentagem de 52,5% da nossa amostra. Em relação à idade, encontravam-se distribuídos por todas as faixas etárias, com uma predominância na terceira, quarta e quinta décadas de vida (43 doentes, perfazendo uma percentagem acumulada de 74,5%). Eram os 3.º ciclo e o ensino secundário os níveis de escolaridade mais comuns (25, ou seja, 42,3% da amostra). Os dados são congruentes com as conclusões do estudo realizado por Almeida et al. (2008), como consequência de um maior grau de escolaridade dos doentes.

Os doentes residentes no concelho de Vila Nova de Gaia eram os mais representados, com 20 doentes (33,9%); a raça era maioritariamente caucasiana (56, o que corresponde a 94,9% da nossa amostra).

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semi-estruturada aos doentes participantes com um questionário previamente elaborado; entrevista aos psiquiatras responsáveis pelos doentes; reuniões com a equipa clínica; estudo dos processos clínicos; estudo do percurso clínico; observação clínica; pedido de informação aos familiares ou acompanhantes dos doentes (apenas quando necessário); questionário de caracterização do IC, elaborado pelos investigadores. Foram também aplicados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

- **PCL-SV** (*Psychopathy Checklist – Screening Version*) – trata-se de uma versão compacta da PCL-R, elaborada por Hart, Cox e Hare, em 1995, e traduzida para o português europeu por Cristina Soeiro e Rui Gonçalves, em 2001. É composta por 12 itens e mostrou-se válida para a previsão da violência institucional e comunitária. A pontuação varia de 0 (zero) a 24 (vinte e quatro). A PCL-SV é composta pelos seguintes elementos: superficialidade, grandiosidade, manipulação, falta de remorso, falta de empatia, falha na assunção de responsabilidade, impulsividade, frágil controlo comportamental, falta de objetivos, irresponsabilidade, comportamento antissocial na adolescência e comportamento antissocial na vida adulta (Abdalla-Filho, 2004).

- **HCR-20** (avaliação do risco de violência) – elaborada por Webster et al., em 1995, é uma *checklist* de fatores de risco de violência, constituída por 20 itens, sendo que 10 se referem a fatores passados, da história de vida do sujeito (“históricos”), 5 correspondem a fatores presentes, do ponto de vista clínico (“clínicos”) e 5 relacionados com fatores do futuro (“manejo do risco”). Cada um dos 20 itens da HCR-20 recebe, na avaliação, uma pontuação que oscila entre 0 (zero) e 2 (dois), da seguinte forma: ausente (0), possivelmente/parcialmente presente (1) ou definitivamente presente (2). Quando a informação não está disponível, o item é omitido e o valor total de pontos é obtido entre o número de itens avaliados. No entanto, não é recomendado que se omita mais de cinco itens no total. Os autores da HCR-20 sugerem que a avaliação final seja estimada em um de três níveis de risco: baixo (que inclui a ausência de risco), moderado ou alto (Abdalla-Filho, 2004).

Procedimentos

De modo a apurar os dados que nos propusemos obter, efetuámos a recolha das bases de dados provenientes das seguintes investigações:

- Moreira, outubro de 2008 a maio de 2009, no Hospital de Magalhães Lemos, EPE, nos seguintes serviços: Porto, Santo Tirso/Trofa, Psicogeriatrics e Matosinhos;
- Pires e Quelhas, fevereiro a julho de 2009, no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;
- Lopes e Couto, último trimestre de 2009 e primeiro de 2010, no Centro Hospitalar de Lisboa – Pólo Hospital Júlio de Matos, nas seis clínicas psiquiátricas aí disponíveis, em que cada uma assegurava tratamento psiquiátrico a um ou a dois concelhos do distrito de Lisboa.

Os investigadores anteriormente citados utilizaram os seguintes instrumentos nos seus estudos, tal como já havia sido mencionado anteriormente:

- entrevista aos doentes participantes;
- entrevista aos psiquiatras responsáveis;
- reuniões com a equipa clínica;
- estudo dos processos clínicos;
- estudo do percurso clínico;
- observação clínica;
- pedidos de informação aos familiares ou acompanhantes dos doentes (apenas quando necessário);
- questionário de caracterização do IC elaborado pelos investigadores;
- PCL-SV;
- HCR-20.

Procedeu-se à análise descritiva das bases de dados recorrendo ao *Statistical Package for the Social Science 17.0* (SPSS 17.0).

Resultados

As admissões dos doentes internados compulsivamente foram quase totalmente (55 casos, 93,2%) sustentadas pelo artigo 22.º da Lei 36/98 de 24 de julho que contempla o internamento de urgência. Esta preponderância dos internamentos de urgência justifica a queda do número de avaliações clínico psiquiátricas efetuadas no âmbito do artigo 17.º, dado que, verificado o IC através do internamento de urgência, deixa de ser necessária, para iniciar o IC, a avaliação clínico-psiquiátrica ao abrigo do artigo 17.º.

Foi possível apurar que mais de metade da nossa amostra (34 doentes, 57,6%) havia contactado anteriormente com o sistema judicial, 28 (82,4%) dos quais no âmbito de processos de IC.

Trinta e dois (54,2%) dos 59 doentes tinham antecedentes de tratamento psiquiátrico há mais de 5 anos e 10 (16,9%) tinham antecedentes há mais de três IC.

Previamente ao atual IC, tinham prescrita medicação psiquiátrica 42 doentes (71,2%), dos quais 38 (90,5%) não mantinham a toma da medicação; a 54,2% dos 59 doentes tinham sido administrados antipsicóticos.

No que diz respeito à data, antes do atual IC, em que os doentes tinham abandonado a medicação psiquiátrica prescrita, dos 20 doentes acerca dos quais foi possível obter esta informação, constatámos que 1 o tinha feito há menos de 15 dias, 5 há 1-2 meses, 4 há 2-3 meses, 2 há 3-6 meses, 4 há 6-12 meses e outros 4 há mais de um ano. Salientamos o facto de 40% da amostra em que estes dados foram fidedignos ter abandonado a toma da medicação psiquiátrica entre 6 meses e mais de um ano. Demasiado tempo para um doente psiquiátrico descompensado, muito frequentemente psicótico, andar sem medicação.

Os diagnósticos atribuídos na admissão no atual IC mostraram uma preponderância da psicose esquizofrénica (20 doentes, 33,9%); esta percentagem elevou-se no diagnóstico à data da alta do IC para 44,1% (26 doentes) (ver Figuras 1 e 2).

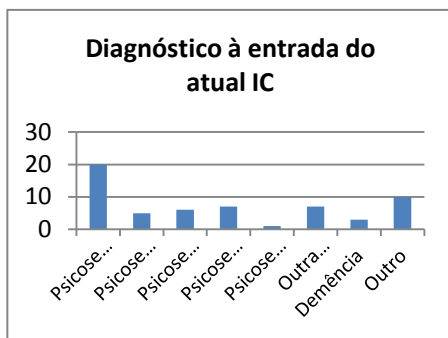


Figura 1. Diagnóstico à entrada no atual IC

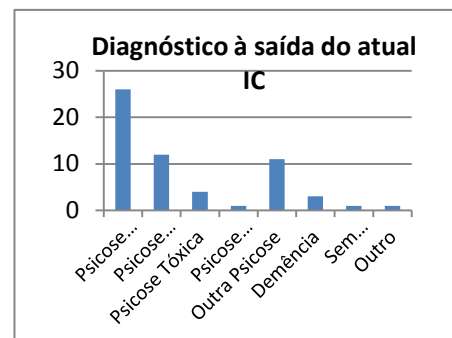


Figura 2. Diagnóstico à saída do atual IC

No que se refere a saber há quanto tempo os doentes internados compulsivamente andavam descompensados (N=33), os resultados apurados demonstraram que 1 (3%) doente andava descompensado há menos de uma semana, 6 doentes (18,2%) entre 1 semana e 1 mês, 7 (21,2%) há 1-2 meses, 7 (21,2%) há 2-4 meses, 2 (6,1%) há 4-6 meses, 3 (9,1%) entre 6 meses e 1 ano e outros 7 (21,2%) há mais de um ano (Figura 3).

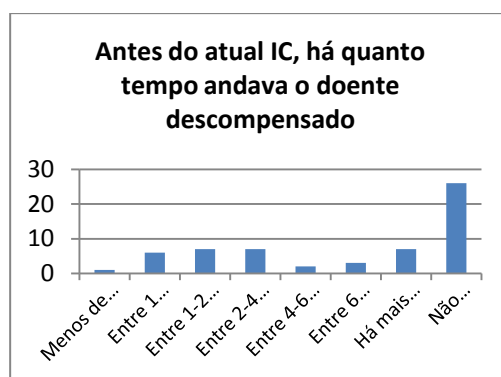


Figura 3. Antes do atual IC, há quanto tempo andava o doente descompensado

Quando procuramos averiguar a sintomatologia que estes doentes apresentavam, verificamos que os resultados são relevantes: dos 59 doentes, 15 (25,4%) apresentavam ideação suicida e 1 (1,7%) apresentava ideação homicida séria. Uma alta percentagem de doentes (45; 76,3%) havia perpetrado alterações de comportamento. Quarenta e oito doentes (81,4%) apresentavam ideação delirante e 13 (22%) apresentavam ideação delirante megalómana.

Mais de metade da amostra (39 doentes; 66,1%) manifestou agressividade, sendo que 33 doentes cometeram agressividade física. Além disso, 4 dos 59 doentes (6,8%) tinham antecedentes de criminalidade.

No que diz respeito ao consumo de álcool (N=55), apurámos que 25 doentes (45,5%) consumiam álcool regularmente, embora mais de metade da amostra, na atualidade, não tivesse hábitos de consumo regulares (30 doentes; 54,5%), enquanto 22 (37%) dos 59 doentes consumiam drogas.

No que se refere à via de administração dos antipsicóticos à entrada no IC e relativamente aos 32 doentes dos quais temos informação, apurámos que a via PO+IM (via oral + via intra muscular) foi a mais utilizada (17 doentes, 53%), seguida da PO (13 doentes, 41%) e, finalmente, da IM (2 doentes, 6%).

O destino dos doentes internados compulsivamente após a alta foi, maioritariamente, a residência (79,7%, o que equivale a 47 doentes), seguida da instituição não hospitalar, com um número mais reduzido de apenas 3 doentes (5,1%) e 2 (3,4%) com transferência para outro local.

O estudo com o HCR-20 (N=58) revelou que 27 doentes (46,5%) apresentavam um risco de perigosidade moderado, 23 (39,7%) um risco de perigosidade baixo e 8 (13,8%) um risco de perigosidade elevado (Figura 4).

O estudo com a PCL-SV evidenciou que a maioria dos doentes da nossa amostra (N=58) apresentava ausência de psicopatia – 74% (43) dos internados compulsivamente, – 19% (11) revelavam possível psicopatia e 7% (4) psicopatia (Figura 5).

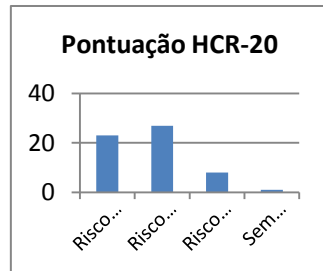


Figura 4. Pontuação HCR-20

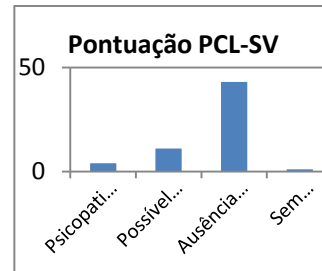


Figura 5. Pontuação PCL-SV

Discussão

- Os doentes internados compulsivamente (N=59) eram, maioritariamente, do sexo masculino, solteiros, caucasianos, encontravam-se distribuídos na terceira, quarta e quinta décadas de vida, tal como o haviam já constatado Almeida et al. (2008) e Talina (2004) e o 3.º ciclo e o ensino secundário eram os níveis de escolaridade mais comuns, o que denota um aumento progressivo do grau de escolaridade ao longo dos anos, tal como já fora verificado por outros investigadores (Almeida et al., 2008).
- A área geográfica de residência mais frequente dos internados compulsivamente era o concelho de Vila Nova de Gaia, o terceiro maior concelho de Portugal, o maior do Grande Porto e o mais populoso da região Norte.
- O IC de doentes com anomalia psíquica grave ocorreu, sobretudo, ao abrigo dos artigos 22.º e seguintes (internamento de urgência) da Lei 36/98 de 24 de julho, confirmando os resultados do estudo de Almeida et al. (2008). Esta circunstância justifica o declínio das avaliações clínico-psiquiátricas efetuadas no âmbito do artigo 17.º, uma vez que o internamento de urgência dispensa a referida avaliação.
- O diagnóstico de psicose esquizofrénica foi o mais frequente nos doentes internados compulsivamente, tanto na admissão, como na alta do IC, facto apoiado pelos estudos de Almeida et al. (2008). Os diagnósticos atribuídos na admissão do atual IC revelam uma preponderância da psicose esquizofrénica. Ainda assim, tal como nos referem Almeida et al. (2008), esta percentagem patenteia uma atitude cautelosa dos psiquiatras

ao subscreverem o diagnóstico de “799.9 – doença não diagnosticada, não especificada”, ou seja, doença em estudo. Posteriormente, este diagnóstico é reformulado e dá lugar a um diagnóstico à data da alta do IC; este último diagnóstico demonstra exatamente a atitude cautelosa dos psiquiatras enunciada anteriormente, pois eleva a percentagem dos doentes que padecem de psicose esquizofrénica, à qual sucede a de pacientes com psicose afetiva.

- Antecedentes de tratamento psiquiátrico estavam presentes em mais de metade dos doentes internados compulsivamente, assim como, a prescrição de medicação psiquiátrica previamente ao IC e a administração de antipsicóticos.

- Não obstante, a descompensação foi uma constante entre os doentes internados compulsivamente. Desta forma, torna-se essencial a implementação de atitudes terapêuticas, integradas no âmbito da Lei n.º 36/98 para prevenir de forma mais eficaz a descompensação dos doentes (Almeida et al., 2008). É importante salientar que 10 doentes (30% da amostra) andavam descompensados há mais de 6 meses o que, segundo Almeida et al. (2008), pode significar aspetos tão distintos como negligência, insensatez, quase heróica capacidade de sofrimento dos familiares dos doentes internados compulsivamente, ignorância relativamente ao facto de poderem internar os doentes compulsivamente, entre outras razões; deve-se salientar, também, o isolamento a que, não raramente, estes doentes estão sujeitos. O período de tempo em que os doentes psicóticos andaram descompensados e sem tratamento foi, em qualquer caso, demasiado extenso.

- Julgamos importante insistir na informação e na formação das pessoas, para que possam identificar sintomas e sinalizar os casos, para que este período de descompensação seja o mais curto possível e se possa proceder ao tratamento dos doentes.

- No que concerne ao consumo de álcool (N=55) e de drogas (N=59), a amostra refletiu uma maioria (54,5%) que não consome atualmente álcool e 63% que não consomem drogas.

- As alterações comportamentais encontravam-se presentes em 76,3% da amostra, um resultado que vai ao encontro dos vários estudos comparativos, onde quase todos os doentes incluídos na amostra dos respetivos estudos apresentavam alterações de comportamento.

- Contactos anteriores com o sistema judicial estavam presentes na maioria dos doentes internados compulsivamente e ocorreram, sobretudo, no âmbito do IC. Este resultado

permite constatar que a taxa de reincidência dos internados compulsivamente é, de facto, muito alta, e que merece atenção por parte dos profissionais de saúde, no sentido de tomarem medidas que previnam a reincidência e evitem a “porta-giratória” em IC.

- Após a alta do internamento, a maioria dos doentes (79,7%) foi para a sua residência.
- O estudo com o HCR-20 revelou que 46,5% da amostra apresentava um risco de perigosidade moderado; 39,7% um risco de perigosidade baixo e 13,8% um risco de perigosidade elevado.

- Havia ausência de psicopatia na maioria dos doentes internados compulsivamente, conclusão unânime com as investigações desenvolvidas ao longo dos recentes anos, pelos autores supramencionados. Apenas 4 doentes (7%) apresentavam um valor na PCL-SV compatível com o diagnóstico de psicopatia.

Conclusão

À entrada no IC os doentes apresentam sofrimento psicopatológico, alterações comportamentais e um potencial de perigosidade, para eles próprios e para outrem, o que justifica um cuidado mais apurado na sua supervisão e no seu acompanhamento em ambulatório, com o objetivo de prevenir descompensações e, conseqüentemente, evitar internamentos involuntários.

Os longos períodos em que muitos doentes que padecem de uma anomalia psíquica grave se encontram sem adequada terapêutica psiquiátrica são injustificáveis, dado haver suporte legislativo que impede essa ocorrência.

O internamento compulsivo constitui-se como uma ferramenta de extrema importância na compensação de doentes com anomalia psíquica grave, designadamente, dos doentes que padecem de psicose esquizofrénica.

É necessária e urgente a implementação de medidas terapêuticas, integradas no âmbito da Lei 36/98, que previnam mais eficazmente a descompensação dos doentes, como o parece indicar a presente investigação.

Referências

Albergaria, P. (2003). *A Lei da Saúde Mental (Lei 36/98, de 24 de Julho. Anotada)*.
Livraria Almedina. Coimbra.

- Almeida, F. et al.. (2008). Internamentos compulsivos no Hospital de Magalhães Lemos. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 2, 87-102.
- Cardoso, A. (2011). *Internamento Compulsivo*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Carvalho, A. et al.. (2000). *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Couto, T. (2010). *Internamentos Compulsivos. Lei de Saúde Mental na Europa: Portugal, Espanha, Itália e Inglaterra*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Dantas, A. (2002). O processo de internamento na Lei da Saúde Mental. *Separata da Revista do Ministério Público*, N.º 90. Lisboa.
- Gonçalves, R. (1999). *Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. (2008). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. (3.ª Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Hegendorfer, G., Glockner, M. & Kallert, T. (2006). Legal Report – Germany. In T. W. Kallert. & F. Torres González (Eds.), *Legislation on Coersive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt: Peter Lang.
- Lopes, C. (2010). *Internamentos Compulsivos. A Lei da Saúde Mental na Europa: Portugal e Suécia*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Moreira, D. (2009). *Internamento Compulsivo: Internamento Compulsivo em Portugal e na Suíça*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Pires, A. (2009). *Internamentos Compulsivos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Quelhas, M. (2010). *Internamento Compulsivo no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Maia: Instituto Superior da Maia.
- Silva, A. (2010). *Internamento Compulsivo*. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50105/2/Internamento%20Compulsivo.pdf>.
Faculdade de Medicina do Porto.

Silva, V. (2011). *Internamento Compulsivo*. (Dissertação de Mestrado não publicada).

Maia: Instituto Superior da Maia.

Talina, A. (2004). *Internamento Compulsivo em Psiquiatria – Estudo Comparativo de Doentes com Internamento Compulsivo Versus Voluntário na Grande Lisboa*.

(Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas.

**“CRIME EM SÉRIE” VS. “OFENSOR EM SÉRIE”: UM PARADIGMA
TAXONÓMICO NO *PROFILING* CRIMINAL**

**“SERIAL CRIME” VS. “SERIAL OFFENDER”: A CLASSIFICATION
PARADIGM IN CRIMINAL PROFILING**

Tânia Konvalina-Simas (1)

(1) Instituto Superior da Maia

Resumo

Neste artigo pretendemos clarificar os termos *crime em série* e *ofensor em série* através da revisão e da análise dos critérios utilizados na literatura existente. Através da análise dos critérios encontrados, procuramos uma definição mais abrangente para crime em série e ofensor em série. Tentamos fazer esta distinção centrando-nos nas características psicológicas do ofensor em série, procurando separar o critério da racionalização quantitativa do critério da análise psicodinâmica. Concluimos que o crime em série, sobretudo o homicídio, a agressão sexual e o incêndio, são atos que podem ser caracterizados como seriais em termos de comportamentos específicos executados na cena do crime e pelos estilos de vitimização. Propomos ainda que estas características podem igualmente servir para classificar criminosos como ofensores em série.

Palavras-chave: crime em série; ofensor em série; mecanismo motivacional interno; disposição psicológica; tendência para a reincidência.

Abstract

In this article we attempt to clarify the terms *serial crime* and *serial offender* by identifying the underlying criteria presented in the available literature. We discuss some of these criteria and propose a general definition of serial crime and of serial offender. We do this by focusing on the psychology of the serial offender regardless of the particular offense mode, i.e., by separating the quantitative rational from the underlying psychological features of this type of offending. As a result of this analysis, we propose that serial crime (especially serial murder, serial rape and serial arson) can be described in terms of specific behaviors evidenced in the crime scene and the style of victimization; furthermore, we propose that these descriptions can equally be used to classify serial offenders.

Keywords: serial crime; serial offender; internal motivation; psychological propensity; tendency for recidivism.

Introdução

O *profiling* criminal é uma técnica investigativa e forense utilizada sobretudo quando as técnicas convencionais falham, tendo uma aplicabilidade limitada a certos tipos de crimes. A técnica de *profiling* procura fazer previsões acerca das características mais prováveis do ofensor(a) com base em elementos ou vestígios comportamentais. A utilidade do *profiling* tende a ser mais notória no âmbito de crimes específicos e mais graves como é o caso dos crimes sexuais e do homicídio. Na generalidade dos tipos de crimes de gravidade intermédia, como roubos, o *profiling* não evidencia grande aplicabilidade.

Pari passu com a crescente popularidade do *profiling* criminal tem surgido todo um léxico próprio que reflete não só a evolução da técnica, mas também a necessidade de tipificar e contextualizar determinados comportamentos e ações dentro de uma linguística criminológica própria quando utilizada corretamente quer por estudiosos, quer por investigadores criminais.

Existe ainda alguma dificuldade em encontrar consenso linguístico em torno de alguns conceitos específicos da área do *profiling* que acarretam implicações práticas, tanto do ponto de vista da investigação científica, como da investigação criminal. A falta de consenso em torno dos construtos “*homicídio em série*” e “*ofensor em série*” é um dos exemplos mais notórios da falta de consenso lexical.

Na literatura existente, por exemplo, a categoria “*homicídio em série*” reflete discrepâncias significativas, nomeadamente, se tal ocorrência se reporta a uma ofensa integral (ocorrência única mas com características que permitiriam relacioná-la com um conjunto de ocorrências similares) ou se é uma expressão genérica que compreende uma variedade de ofensas.

Neste artigo tentamos: a) apurar os parâmetros definitórios de “*crime em série*” e “*ofensor em série*”; b) compreender se aqueles traduzem o mesmo construto e c) identificar definições operacionais para aquelas categorias criminais. Para tal, passamos a analisar os critérios mais utilizados na definição de “*crime em série*” e a escrutinar as características inerentes ao “*ofensor em série*”.

No *Crime Classification Manual* (Douglas, Burgess, Burgess & Ressler, 1992), o homicídio em série, por exemplo, constitui uma categoria discreta do homicídio

sexual. No entanto, Holmes e Holmes (1998) definiram quatro tipos de homicídio em série, enquanto Hickey (1997) propôs oito categorias distintas. No que concerne ao homicídio, a existência de diferentes tipologias tende a retirar coerência ao conceito subjacente. Isto é, apesar de haver variáveis que sugerem diferentes tipos de homicídios em série, existem características, comuns a este tipo de ofensa, que tornam a categoria “homicídio em série” imediatamente compreensível, como o número de vítimas e/ou de ocorrências.

Qualquer reflexão acerca de crime em série parte imediatamente de um pressuposto fundamentado no número de vítimas. No entanto, este pressuposto tem sido alvo de grande debate e pode induzir em erro, quando é o único critério na aplicação da designação “em série”.

O *North America National Institute of Justice* (www.nij.gov) considera que ocorre homicídio em série quando existem duas ou mais vítimas. Relativamente à violação, Canter e Larkin (1993) consideraram que deveria haver pelo menos duas vítimas do mesmo ofensor. Outros investigadores consideram que duas ocorrências não justificam o termo “*em série*”. De acordo com alguns dos seus investigadores (Burgess et al., 1992; Holmes & Holmes, 1998), o FBI considera que o “*crime em série*” (seja homicídio, agressão sexual ou fogo doloso) subentende pelo menos três ocorrências decorrentes do mesmo indivíduo. Hickey (1997) sugere, por outro lado, que, para merecer a designação de homicídio em série, deve haver pelo menos quatro vítimas do mesmo ofensor.

Não é claro, na verdade, que tipos de critérios estão subjacentes à racionalização quantitativa do crime em série, embora no caso do FBI, os critérios pareçam refletir experiência investigativa acumulada. No entanto, existem dificuldades conceptuais e práticas quando se tenta definir “*crime em série*” com base apenas no número de vítimas ou no número de ocorrências.

A categoria “*crime em série*” suportada somente pelo número de ocorrências pode, pois, ser insuficiente para diferenciar este tipo de crime de outros crimes que possam incluir diversas ocorrências.

De acordo com Kocsis (2010), antes de 1980, parece não existir na literatura, de uma forma geral, um termo específico para homicídios em série ou para o crime em

série. Os homicídios em série, por exemplo, eram agrupados na mesma categoria de qualquer homicídio em que houvesse múltiplas vítimas e recebiam o rótulo de “*homicídios em massa*”. Geberth (1986) sugeriu que os homicídios múltiplos (no sentido de múltiplas vítimas) fossem reagrupados em três categorias distintas: homicídio em massa, homicídio *spree*¹ e homicídio em série.

Atualmente, atribui-se a denominação de homicídio em massa quando existe um grande número de vítimas numa só ocorrência. A existência de duas ou mais vítimas em locais distintos, embora decorrentes do mesmo evento, denomina-se homicídio múltiplo explosivo (*spree killing*). O homicídio em série distingue-se das duas categorias anteriores de homicídio múltiplo porque envolve a morte de muitas vítimas de forma intervalada e/ou intermitente. Assim sendo, a definição de crime em série apenas em termos de número de ocorrências parece insuficiente, se não houver um critério relativo à temporalidade, de forma a distinguir entre crimes caracterizados como em série apenas devido à existência de múltiplas vítimas.

Não obstante, há exceções. Há crimes que não são considerados “em série”, mesmo quando existe um intervalo temporal entre ocorrências múltiplas. Um exemplo é o caso do homicida contratado que, embora possa fazer várias vítimas durante um período de tempo alargado e intervalado, não é considerado um ofensor em série pela maioria dos criminologistas (Rappaport, 1988). De igual modo, um indivíduo pago para incendiar vários locais diferentes, em momentos diferentes, não seria considerado um incendiário em série. Na verdade, definir a serialidade de um crime com base no número mínimo de ocorrências tanto pode ser demasiado exclusivo, como demasiado inclusivo.

Uma das limitações práticas mais importantes na determinação da serialidade de uma ofensa com base no número mínimo de ofensas, resulta de que o número de crimes realmente perpetrado por um ofensor pode ser superior ao número de crimes de que as autoridades têm conhecimento. Analogamente, é frequente entre reclusos haver comportamentos exibicionistas que se traduzem em recontar os crimes de forma

¹Traduzimos *spree murder* ou *spree killing* por homicídio múltiplo explosivo com base nas suas características: é um tipo de homicídio de média a elevada violência do qual resultam geralmente várias (duas ou mais, segundo o FBI) vítimas (geralmente escolhidas de forma aleatória) durante a mesma ocorrência (que não tem período de acalmia, isto é, o ofensor não regressa à sua vida habitual para mais tarde reiniciar outro ciclo), embora esta possa ocorrer em locais distintos, havendo várias cenas do crime (*Crime Classification Manual*, pp. 437). Um exemplo deste tipo de homicídio é o caso recente que ocorreu na Noruega, perpetrado por Anders Behring Breivik.

exagerada e que pode incluir aumentar o número de vítimas ou até de ocorrências. Por este motivo, é lógico pensar que alguns ofensores em série podem ter cometido mais crimes do que aqueles de que são acusados, pelo que seria erróneo presumir que um criminoso condenado por apenas um crime não possa, na realidade, ser um criminoso em série.

Assim, a classificação “crime em série” baseada no número mínimo de ocorrências tende a ser exclusiva e por isso limitativa. Tentativas posteriores, por parte de investigadores, para determinar a serialidade em termos do número de ocorrências, têm causado maior discrepância conceptual. Robert Ressler (1992), ex-agente do FBI, popularizou a expressão “*serial killer*”² subentendendo que “série” se referia a “um grupo ou conjunto de eventos similares ou relacionados, geralmente organizados numa determinada ordem”. Turvey (2009), por seu turno, prefere utilizar a categoria “*serial morder*” ou até mesmo “*serial homicide*”³ referindo-se exclusivamente ao número de ocorrências (mais de duas) relacionadas. Esta distinção vem reforçar a diferença subjacente a ambas as categorias, salientando especialmente os contextos em que são utilizados, isto é, Turvey (2009) refere-se ao contexto investigativo classificando o ato *strictu senso*, enquanto Ressler (1988) se refere ao perpetrador do crime *lato senso*.

Na sua origem, segundo a literatura disponível, o termo “*em série*” diz respeito a uma característica comportamental do ofensor que reflete um processo psicológico que o impulsiona a reincidir de forma análoga. Desta forma, o ónus dos parâmetros do que constitui “*crime em série*” parece estar para além da simples contabilização de vítimas e/ou ofensas e passar pela identificação de um mecanismo motivacional interno do ofensor que se traduz na sua tendência para reincidir de forma padronizada.

Kocsis (2010) sugeriu que, se aceitarmos que uma das características mais determinantes da criminalidade em série é a existência de uma psicodinâmica inerente, então este será um critério mais fiável para determinar a serialidade do que a racionalização quantitativa.

Conceptualizar o crime em série em termos de tendências psicológicas específicas pode ajudar a fazer uma distinção entre uma “série de crimes” e “ocorrências similares com múltiplas vítimas ou alvos”. Para exemplificar, podemos

²Homicida em série

³Homicídio em série

utilizar novamente o caso do assassino ou do incendiário a soldo, isto é, de acordo com a noção de disposição psicológica, e como estes criminosos são motivados por lucro ou por conspiração criminal, não podemos considerar que a sua reincidência esteja relacionada com a motivação psicológica implícita atribuída a um ofensor “em série”.

Consideramos que, do ponto de vista do *profiling* criminal, este tipo de perspectiva possa ser mais útil para definir e para compreender a criminalidade em série, nomeadamente, crimes sexuais em série.

De igual modo, podemos considerar o caso do homicídio múltiplo. Geberth (1986) e Ressler, Burgess e Douglas (1988) sugeriram que o homicida em série distingue-se do homicida múltiplo explosivo e do homicida em massa devido às variáveis tempo ou intermitência. No entanto, também se pressupõe que cada um destes tipos de homicidas opera de acordo com uma psicologia distinta. Facto que não implica que não existam similaridades entre eles como, por exemplo, a ausência de uma motivação financeira e a disparidade relativamente às características de outros tipos de homicídios ditos mais comuns (violência doméstica, vingança, ajuste de contas, etc.).

Apesar de algumas características aparentemente semelhantes, pensa-se que a etiologia de cada um destes tipos de homicida seja distinta. Isto é, pensa-se que as psicodinâmicas motivacionais do homicida em série, do homicida múltiplo explosivo e do homicida em massa sejam fundamentalmente díspares.

Por um lado, considera-se que os homicidas em massa e os homicidas múltiplos explosivos possam ser motivados por pressões externas da vida quotidiana, tais como raiva e problemas da personalidade que culminam num processo catártico de retribuição contra os outros. Por outro lado, pensa-se que os homicidas em série são motivados pela busca de gratificação sexual sem remorsos, como se o crime se tratasse de um passatempo perverso e sustentado no tempo (Burgess et al., 1992; Ressler et al., 1988).

Podemos concluir que, para distinguir “*crime em série*” de “ocorrências similares com múltiplas vítimas”, e em harmonia com estudos realizados, a disposição psicológica para reincidir é uma variável mais fiável e preponderante do que o número de vítimas ou a continuidade no tempo.

Por este motivo, se definirmos crimes de homicídio, agressão sexual e incêndio doloso “*em série*” com base nas tendências psicológicas, é possível que “*em série*” seja

um termo inapropriado. O número de vítimas de um ofensor depende em parte de outros fatores para além da tendência psicológica para reincidir. Um ofensor pode apresentar os atributos psicológicos intrínsecos de um ofensor em série, e, no entanto, não cometer mais de um crime devido a doença ou deteção e detenção.

Jenkins (1993) sugeriu que o número de vítimas de um ofensor é mais representativo da resposta policial do que das atividades do ofensor propriamente ditas. Existem circunstâncias que poderão limitar um ofensor a perpetrar apenas um crime, mas, não obstante, esse indivíduo pode reunir as características psicológicas de um ofensor em série, no sentido de ter propensão para reincidir de forma padronizada.

Kocsis (2010) postulou que se incidirmos, para efeitos taxonómicos, sobre a tendência psicológica para a reincidência ao invés do número de vítimas, então poderíamos evitar o absurdo conceptual de sugerir que um ofensor em série é um tipo de criminoso intrinsecamente diferente apenas após o cometimento de vários crimes.

A disparidade taxonómica relativamente à serialidade do crime violento expõe um paradigma que pode ter repercussões significativas na investigação criminal: a definição de “crime em série” e de “ofensor em série”, ainda que estas categorias estejam inter-relacionadas, não implica necessariamente o mesmo conteúdo, nem se estabelece pelo mesmo critério.

A literatura reflete uma diferença concreta entre o ato ou ocorrência criminal serial (determinado pelo número de vítimas e/ou de ocorrências) e o agente do crime ou ofensor em série (que apresentará determinadas características psicológicas específicas não obstante o número de crimes ou de vítimas acumulados).

Um crime pode então ser classificado como “*em série*” apenas pelo critério da racionalização quantitativa, não estando subentendido automaticamente que o ofensor tenha determinadas características psicológicas. Um ofensor, para ser classificado como “*em série*”, deve apresentar comportamentos na execução do crime que se traduzam num processo motivacional interno específico (que tenderá a tornar-se evidente através do *modus operandi* ou mais especificamente, por exemplo, no comportamento assinatura do ofensor), não dependendo esta classificação apenas da contabilização do número de crimes ou de vítimas acumuladas.

Kocsis et al. (1998) definiram crime em série como uma ocorrência na qual o estilo de vitimização é consistente com determinadas características psicológicas, nomeadamente, ofensores dominados por fantasias compulsivas de caráter criminal com elementos psicopáticos, narcisistas, sádicos e paráfilicos.

Figura 1

Características de Estilos Violentos de Vitimização em Ofensores em Série

(Kocsis, R. (2010). *Criminal Profiling: principles and practice*. New Jersey: Humana Press.)

Estilos violentos de vitimização em ofensores em série
<p>Homicídio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutilação post-mortem (por exemplo, evisceração, desmembramento, canibalismo) • Posicionamento do cadáver de forma intencionalmente estilizada e/ou dramática <ul style="list-style-type: none"> • Agressão sexual da vítima (por exemplo, violação) • Atos necrófilos com o cadáver ou partes do cadáver <ul style="list-style-type: none"> • Uso excessivo de força lesiva fatal⁴ <ul style="list-style-type: none"> • Tortura <i>ante-mortem</i> • Recolha de lembranças (por exemplo, peças de vestuário ou partes do cadáver da vítima)
<p>Violação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento verbal estilizado⁵ • Tratamento sádico/violento da vítima (por exemplo, espancamento,

⁴*Overkill* na literatura anglo-americana.

⁵Comportamento verbal ou *scripting* refere-se à linguagem do ofensor utilizada durante o crime, mas também à linguagem que obriga a vítima a utilizar. A função do *scripting* tende a ser diretiva, isto é, contém instruções que a vítima deve executar fisicamente e/ou verbalmente. De um modo geral, a linguagem tende a ser um prolongamento das necessidades e da força/poder do ofensor ou da falta destes elementos.

tortura, etc.)

- Outras atividades parafilicas com a vítima (por exemplo, sodomia)
 - Incapacidade ou falha do ofensor para penetrar a vítima ou para atingir o clímax
- Recolha de lembranças (por exemplo, peças de vestuário da vítima)

Fogo Doloso

- Destruição de propriedade para além dos danos causados pelo fogo
 - Atividade sexual na cena do crime (por exemplo, masturbação)
 - Comportamento de assinatura⁶
 - Comportamentos estilizados intencionais no momento de iniciar o fogo ou durante outras atividades na cena do crime
-

É possível identificar um estilo de vitimização através dos seguintes elementos:

a) vestígios disponíveis na cena do crime e relatos de testemunhas; b) ligação entre diferentes ocorrências a partir da análise dos vestígios e relatos de testemunhas e, menos frequentemente, c) a confissão do ofensor.

Kocsis et al. (1998, 2010) sugerem, por outro lado, que os estilos violentos de vitimização são expressões comportamentais diretas da constituição psicológica inerente aos ofensores em série. Designadamente, porque os comportamentos descritos são, sem exceção, atos que vão para além do que seria necessário para cometer um homicídio, uma violação ou um incêndio culposos.

A solução mais praticável para esta questão poderá passar por uma definição coerente para “*crime em série*” referindo-se ao ato em si mesmo e que seja distinta daquela utilizada para “*ofensor em série*”; parecendo residir a característica mais impressiva do ofensor em série num tipo de tendência psicológica para reincidir de determinada forma, sugerimos que este deva ser um critério chave. Conforme foi discutido, a disposição para reincidir pode manifestar-se em ocorrências sucessivas, porém pode manifestar-se de igual modo numa intenção do ofensor ou ainda no seu estilo de vitimização na(s) ofensa(s) inicial(is). Não obstante, parece-nos inadequado

⁶A assinatura é definida como um comportamento que vai além das ações necessárias para cometer o crime. Tende a ser um ritual, ou combinação de rituais, baseado numa fantasia e que representa uma expressão única e pessoal do ofensor.

dissociar a definição de crime em série ou de ofensor em série do contexto no qual ocorrem essas mesmas definições, i.e., o contexto da pesquisa científica ou o contexto da investigação criminal.

No contexto da investigação criminal, continua a existir, todavia, a necessidade de criar uma terminologia clara e diretamente aplicável do ponto de vista dos agentes investigadores, essencialmente um reflexo da forma como (re)direcionam uma investigação. Seguindo esta lógica, Petherick (2005) postulou que “crime em série” se refere ao conjunto de um ou mais crimes relacionados. Turvey (2009) lembra, no entanto, que os crimes relacionados não têm de ser necessariamente do mesmo tipo (violação, *stalking*, homicídio, roubo, etc.). Turvey sugere ainda que, do ponto de vista prático, não é o tipo de crime que determina a serialidade mas sim a dedução de que é o mesmo ofensor a cometê-los. Isto é, que a utilização do raciocínio dedutivo tanto na pesquisa científica como na investigação criminal criaram o estereótipo de que um homicida é apenas um homicida, ou de que um violador é apenas um violador.

Na verdade, muitos ofensores em série, de acordo com a definição de Turvey, equiparam-se aos ofensores que Blumenstein (1986 as cited in Born, 2005) chamou criminosos de carreira⁷, ou seja, ofensores que cometem uma variedade alargada de crimes no decorrer da sua vida criminal ou época de atuação que tende a ser longa (carreira criminosa⁸).

⁷ Blumenstein et al. (1986, as cited in Born, 2005) por via da sua pesquisa estabeleceram uma importante distinção entre “criminoso de carreira” e “carreira criminosa”.

Criminoso de carreira: a combinação dos diferentes critérios de definição da carreira criminosa permite aos investigadores identificar indivíduos criminosos de carreira. Um criminoso de carreira deve apresentar as seguintes características: a) grande frequência de atos delinquentes; b) uma carreira criminosa de longa duração; c) transgressões graves.

Carreira criminosa: refere-se aos padrões delinquentes dos indivíduos ofensores. Os critérios de definição são a frequência das transgressões e a sua prevalência.

Blumenstein também sugeriu que os “delinquentes crónicos” têm características muito semelhantes aos “criminosos de carreira”. Caracterizados pela grande frequência de transgressões, durante longos períodos de tempo e com tendência a escalarem em gravidade. Tal como os delinquentes crónicos, os criminosos de carreira constituem uma pequena parte da população delinvente, no entanto, proporcionalmente, cometem muitas mais transgressões e também as mais graves.

⁸Vide nota de rodapé anterior.

Turvey parece ir ao encontro da ideia de disposição para a reincidência, mas retém uma perspectiva mais abrangente e que reflete uma maior preocupação com o contexto investigativo propriamente dito, mais concretamente com a distribuição eficaz de recursos humanos no decorrer de uma investigação, do que com preocupações epistemológicas.

Ainda nesta perspectiva, Turvey (2009) propõe as seguintes definições para o crime em série no contexto meramente investigativo:

- 1) Homicídio em série – duas ou mais ocorrências relacionadas que envolvem homicídio;
- 2) Fogo doloso em série – duas ou mais ocorrências relacionadas que envolvem incêndio culposos;
- 3) Atos bombistas em série – duas ou mais ocorrências relacionadas que envolvem a utilização de explosivos;
- 4) Agressão sexual em série – duas ou mais ocorrências relacionadas que envolvem violação ou agressão sexual.

Qualquer que seja a via de determinação da criminalidade em série (disposição para reincidir, estilo de vitimização ou declarações do ofensor) é importante referir que, no que concerne à prática investigativa, construtos como homicídio em série, violação em série ou incêndio culposos em série, devem ser apenas taxonomias que descrevem casos e não tipos específicos de ofensores de forma a não induzir a investigação em erro e a desperdiçar recursos humanos valiosos.

Do ponto de vista da classificação do “*crime em série*”, é possível concluir que esta expressão se refere principalmente a uma disposição psicológica para cometer uma série de atos com características semelhantes e não exclusivamente a um conjunto de ocorrências com características similares *per se*; se utilizarmos esta definição para “crime em série”, então haverá maior paridade com a definição de “ofensor em série”.

Os parâmetros para a serialidade que discutimos, com especial incidência sobre os fatores psicológicos, vêm ao encontro dos critérios adotados pelo CAP (*Crime Action Profiling Research*) na seleção de amostras para estudos realizados nesta área. O CAP procura salientar o estudo de crimes que, tipicamente, não são resolvidos através das técnicas convencionais (tais como os crimes violentos em série e/ou de índole sexual) e que beneficiam da utilização de técnicas como o *profiling* criminal.

Se considerarmos os parâmetros metodológicos do CAP, isto é, que crimes como o homicídio, a violação e o fogo doloso em série podem ser definidos em termos de condutas específicas na cena do crime e estilos de vitimização e que, por sua vez, estas definições podem ser utilizadas como critérios de classificação de ofensores em série, então parece possível obter consenso taxonómico quando classificamos e descrevemos fenómenos e comportamentos criminógenos específicos, como “crime em série” e “ofensor em série”.

Referências

- Born, M. (2005). *Psicologia da Delinquência*. Lisboa: Climepsi.
- Canter, D. & Larkin, P. (1993). The environmental range of serial rapists. *Journal of Environmental Psychology, 13*, 63-69.
- Daly, M. & Wilson, M. (1988). *Homicide*. Nova Iorque: Aldine de Gruyter.
- Douglas, J., Burgess, A., Burgess, A. & Ressler, R. (1992). *Crime Classification Manual*. Nova Iorque: Simon & Schuster.
- Geberth, V. (1986). The investigation of sex related homicides. *Law and Order, 34*(7), 40-48.
- Geberth, V. (1986). Mass, serial and sensational homicides: the investigative perspective. *Journal of Urban Health, 62*, 492-496.
- Holmes, R. & Holmes, S. (1998). *Serial Murder*. (2ª Ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Hickey, E. (1997). *Serial murderers and their victims*. (2ª Ed.). Fresno, CA: Wadsworth.
- Jenkins, P. (1993). Chance or choice: the selection of serial murder victims. In Wilson, A.V. (Ed.), *Homicide: the victim/offender connection* (pp. 461-477). Cincinnati: Anderson.
- Kocsis, R. & Irwin, H. (1998). The psychological profile of serial offenders and a redefinition of the misnomer of serial crime. *Psychiatry, Psychology and Law, 5*(2), 197-213.

- Kocsis, R. (2010). *Criminal Profiling: principles and practice*. Nova Jérσία: Humana Press.
- Petherick, W. (2005). *Serial crime*. Boston: Elsevier Science.
- Ressler, R., Burgess, A. & Douglas, J. (1988). *Sexual Homicide: patterns and motives*. Nova Iorque: Lexington Books.
- Rappaport, R. (1988). The serial and mass murderer: patterns, differentiation, pathology. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 39-48.
- Salfati, C. (2000). The nature of expressiveness and instrumentality in homicide. *Homicide Studies*, 4(3), 265-293.
- Turvey, B. (2009). *Criminal Profiling: An Introduction to Behavioral Evidence Analysis*. (2ª Ed.). Londres: Elsevier Science.

A MELANCOLIA E O INTERNAMENTO COMPULSIVO

MELANCHOLY AND INVOLUNTARY COMMITMENT

João Alcaface Ferreira, António Mesquita Figueiredo, António Ramos Marieiro &
Máximo Fernández Colón

(1) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Infante D. Pedro –
Aveiro

Resumo

No decurso da sua atividade profissional, o médico psiquiatra defronta-se, repetidamente, com o desejo de morte por parte de um número significativo dos seus pacientes. Se o cumprimento da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) é inequívoco e linear na presença de sintomatologia grave associada a perturbações psíquicas graves como a esquizofrenia e a perturbação afetiva bipolar, o mesmo não se verifica no que concerne às perturbações depressivas unipolares. Assim, na presença de um quadro depressivo melancólico, sem presença de sintomatologia psicótica, estarão ou não reunidos os pressupostos para a aplicação da lei?

Palavras-chave: depressão; lei; saúde mental; compulsivo; internamento; liberdade.

Abstract

In the course of his professional activity the psychiatrist constantly confronts himself with the death wish of a significant number of his patients. If compliance with the Mental Health Act (Law no.º 36/98 of July 24) is unambiguous and linear in the presence of severe symptoms associated with serious mental disorders such as Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder, the same isn't true in what concerns unipolar depressive disorders. Thus, the presence of a depressive melancholy, without the presence of psychotic symptoms, or aren't meeting the requirements for law enforcement?

Keywords: depression; law; mental health; compulsive; hospitalization; freedom.

Introdução

No decurso da sua atividade profissional o médico psiquiatra defronta-se, repetidamente, com o desejo de morte por parte de um número significativo dos seus pacientes, desejo este de intensidades e intencionalidades variáveis.

Se a questão se enraíza em princípios inquestionavelmente filosóficos, a solução deverá não só contemplá-los, mas transcendê-los, quando o suicida ganha forma, movimento e vida. Emerge então a necessidade de excluir determinantes supra-ontológicos inerentes a processos patológicos múltiplos frequentemente envolvidos no limítrofe e nebuloso comportamento de auto-destruição.

Se o cumprimento da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) é inequívoco e linear na presença de descompensação de perturbações psíquicas graves como a Esquizofrenia e a Perturbação Afetiva Bipolar, o mesmo não se verifica no que concerne às perturbações depressivas unipolares. O presente trabalho pretende ser mais uma contribuição para a clarificação na decisão de determinação de internamento compulsivo, quando na presença de um doente deprimido com ideação suicida ativa e risco suicidário. Se a reflexão é multi fatorial, já a conclusão é binária: sim ou não.

Pressupostos

O estudo ontológico e etológico concede um atraso permanente à elaboração de qualquer lei. Esta surge como resultado da necessidade de regular o comportamento humano, e como tal surge (e surgirá?) sempre depois dele.

A lei é, em geral, configurada ou estruturada em função dos comportamentos normalmente previsíveis do homem comum, de um tipo de homem dotado de tais ou quais qualidades que o tornam o destinatário de preceitos de carácter genérico, o que não impede que existam normas complementares que prevejam situações específicas ou particulares, que agravem ou atenuem as consequências contidas na norma principal.

A evolução progressiva do conhecimento permitiu perceber que o comportamento do indivíduo sadio apresenta características distintas do indivíduo enfermo pelo que, e seguindo o mesmo princípio, houve a necessidade da criação de uma Lei de Saúde Mental.

Esta, como outra qualquer lei, assenta em princípios maiores e que a antecedem como o da liberdade, conceito este de execução concreta, limitada e adstrita à própria lei, mas de natureza analógica e portanto filosófica.

Nem mesmo na disciplina da Filosofia a definição do conceito tem vindo a ser consensual. Num primeiro passo, foi proposta uma definição de liberdade, pela *indiferença a estímulos externos*. Ser indiferentemente livre é não ter mais propensão a fazer uma em detrimento de outra, entre duas alternativas. Aristóteles, na sua obra “De Caelo” questiona como um cão diante de duas refeições igualmente tentadoras poderia racionalmente escolher entre elas. Baseando-se nesta premissa, Jean Buridan, em pleno século XIV, defende a relevância do determinismo moral na ação humana, pelo qual, salvo por ignorância ou por impedimento, um ser humano diante de cursos alternativos deve sempre escolher o maior bem. Na sua impossibilidade, Buridan defendia que a escolha devia ser adiada até que se tivesse mais informação sobre o resultado de cada ação possível.

Spinoza realça a relevância da responsabilidade para o exercício da liberdade, que deve considerar a envolvência humana, na qual se inserem as leis físicas, químicas, biológicas e psicológicas, que permitiriam fazer a distinção clara entre liberdade e libertinagem.

Descartes introduz a variável do conhecimento/esclarecimento para a determinação livre do próprio. Este conceito é recuperado por Kant, sublinhando o conhecimento, a intuição intelectual, a autonomia e a consciência da condição da liberdade em si mesma, para o seu exercício claro e pleno.

Numa tentativa sistemática mas insuficiente, Isaiah Berlin propôs duas dimensões para o conceito: Liberdade negativa é “*ausência de coerção*”, isto é, ela qualifica a independência do ser humano; e a *liberdade positiva* é “*possibilidade de agir*”, a autonomia e a espontaneidade de um sujeito racional. Isto é, ela qualifica e constitui a condição dos comportamentos humanos voluntários.

É contudo, Schopenhauer que esclarece a distância entre o conceito de liberdade e a ação humana. Para Schopenhauer, a ação humana não é absolutamente livre pois o homem não é livre para deliberar sobre a sua vontade. Ele não escolhe o que deseja, o

que quer. Logo, não é livre – é absolutamente determinado a agir segundo a sua vontade particular, objetivação da vontade metafísica por trás de todos os eventos naturais.

Para o Direito^(a), liberdade do homem é concretamente liberdade de decisão, não no sentido de eleição de uma entre várias possibilidades de ação, mas no de decisão sobre aquilo que há de ser feito através dele e portanto, em último termo, de ele e sobre ele (Figueiredo Dias, 1983).

Esta definição é porém súpula e produto das concepções filosóficas clássicas de liberdade, integrando a responsabilidade (Spinoza), o conhecimento (Descartes), a inteligência, autonomia e consciência do próprio e da sua condição (Kant).

A integração da ação conjunta da Psiquiatria, enquanto ciência médica, e do Direito enquanto ciência normativa, centrada no homem enquanto ser livre titular de direitos e de deveres, decorre do reconhecimento das minudências do conceito de doença mental/anomalia psíquica, particularmente quando esta condiciona a expressão da liberdade do mesmo. Esta integração apresenta-se melhor expressa no direito civil, no qual a doutrina atribui a noção de anomalia psíquica a um quadro amplo de perturbações intelectuais ou intelectivas (afetando a inteligência, a percepção ou a memória) ou de perturbações volitivas (relativas à manifestação da vontade), utilizando um critério misto, cujo elemento normativo é o juízo sobre a incapacidade de a pessoa se reger e de reger os próprios bens (Cunha Rodrigues, 2000).

Recupera-se a contribuição de Schopenhauer, a da estrita relação entre a liberdade e a volição, num modelo quase simbiótico, de interdependência: da vontade depende a liberdade e da liberdade depende a vontade.

Admite-se porém, que a doença mental poderá condicionar a vontade, de forma permanente ou transitória e, portanto, a liberdade do próprio em se auto-determinar. O termo presente na lei, de anomalia psíquica, manifestamente lato e inclusivo, remete a avaliação para o doente em si e não só para a doença. O diagnóstico clínico de uma perturbação mental (e.g. esquizofrenia) não é condição suficiente para fundamentar o internamento ou tratamento compulsivo *per si*, mas sim o tipo de anomalia psíquica que o mesmo diagnóstico pode conter (e.g. falta de *insight*).

Interessa, então, reconhecer que nenhuma definição estabelece limites precisos para o conceito de perturbação mental (DSM-IV – TR, 2000), admitindo-se, no entanto,

que a mesma representa uma perda de liberdade do doente sobre si mesmo, demonstrada por alterações da vida psíquica e do comportamento, psicologicamente incompreensíveis em relação à sua biografia até aquele momento, através do aparecimento de estruturas psíquicas qualitativamente diferentes das que ocorrem em indivíduos saudáveis (Fernandez, 1976).

Se a para a ideologia liberal do século XIX o internamento era um imperativo decorrente do instinto de conservação social e apenas se “*institucionalizava um estado de facto pois não era possível privar de liberdade aquele que não a possuía*”, a atual lei prevê o oposto, pelo acesso aos cuidados de saúde mental e a subsequente integração do indivíduo na sociedade, da qual faz parte.

Assim, resultam na Lei de Saúde Mental os seguintes pressupostos:

1 – o portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.

2 – pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

A depressão melancólica

Como referido, se a aplicação da lei é direta, sem reservas, em determinados quadros psiquiátricos, maioritariamente do espectro psicótico, o mesmo não se verifica quando este marcador não se encontra presente.

Paradoxalmente, se na esquizofrenia a presença de sintomatologia psicótica não se relaciona necessariamente com a maior ou menor gravidade do quadro clínico, o mesmo não se poderá dizer quando consideradas as perturbações do espectro afetivo. Numa perspetiva dimensional, a depressão psicótica estará certamente no limiar de gravidade dos quadros depressivos, pela repercussão que representa no funcionamento do doente. A presença de sintomatologia psicótica apazigua a decisão de internamento,

pela incompreensibilidade dos sintomas. O mesmo não se verifica na depressão melancólica, pelo que a caracterização da gravidade assume critérios menos objetivos.

A par com as restantes especialidades médicas, o conceito de gravidade nas doenças psiquiátricas é genericamente atribuído à morbi-mortalidade da condição em si. O conceito de gravidade da anomalia psíquica há de, pois, definir-se em termos técnico-científicos, mas sem ligação com o critério de perigosidade; noutra perspetiva, a noção de gravidade obedece a um plano axiológico em que se fixam pressupostos mínimos e se recusam critérios de seleção e de diagnóstico; se a anomalia psíquica não for grave, não há lugar a internamento compulsivo, ainda que gere situações de perigo (Cunha Rodrigues, 2000).

Assim, na presença de um quadro depressivo melancólico, sem presença de sintomatologia psicótica, estarão ou não reunidos os pressupostos para a aplicação da lei? A gravidade é consequência direta da anomalia psíquica, sendo secundária a gravidade do comportamento a que possa dar causa.

Na perspetiva das consequências da manifestação da doença, poucas dúvidas restarão que a mesma pertence ao grupo das perturbações mentais que representam uma morbidade significativa pela alteração dramática e penosa dos hábitos de vida, bem como pela incidência de uma mortalidade expressiva. A prevalência de depressão em tentativas de suicídio cifra-se entre os 17-24%, sendo que a depressão *major* é associada ao maior número de suicídios consumados; foi diagnosticada depressão *major* a pelo menos metade dos pacientes que cometeram suicídio. Os indivíduos com depressão moderada ou grave têm uma probabilidade noventa e uma vezes maior de risco suicida relativamente aos indivíduos sem depressão ou com depressão ligeira (Alcázar & Mesquita, 2011). Pode, então, concluir-se que a depressão melancólica é em si uma doença mental grave.

A prevalência de ideação suicida em pacientes deprimidos é superior a 30%, sendo que apenas uma percentagem destes tenta o suicídio. Na certeza da incerteza, a identificação dos potenciais suicidas, numa população de doentes deprimidos que verbalizam alguma forma de ideação suicida, conhece alguns fatores de determinação de risco. Não se dedicando este trabalho à escalpelização dos mesmos, admitamos que o doente melancólico verbaliza um desejo concreto de morrer, e este é percebido como de grande risco mas, contudo, rejeita a necessidade de internamento. Estarão presentes os

pressupostos para a aplicação da Lei de Saúde Mental na forma do internamento compulsivo?

Consideramos que o raciocínio deverá seguir os critérios habituais, quando considerados os restantes quadros patológicos aos quais habitualmente se aplica a lei, sem reservas. Se um doente com esquizofrenia (perturbação mental grave) referir que planeia suicidar-se por força de uma alucinação auditiva imperativa e recusa que alguém se oponha à sua missão, esta é considerada como o sintoma que valida a aplicação da lei e, portanto, do internamento compulsivo. Ele estará a ser internado não pela doença, mas pela manifestação sintomática da mesma. Na presença de um quadro depressivo, caracterizado como grave, poderão levantar-se dúvidas quanto à natureza da ideação suicida, se esta se apresenta como um sintoma ou apenas como manifestação concomitante de uma crença pessoal, cultural ou filosófica. À luz dos direitos individuais, a pessoa deveria poder dispor da sua vida e determinar-se perante uma indicação de tratamento.

Porém, considerando esta (ideação suicida) como um sintoma, imposto pela doença mental que condiciona – *“alterações da vida psíquica e do comportamento, psicologicamente incompreensíveis em relação à sua biografia até aquele momento”*, – deverá entender-se que a doença em si compromete a liberdade individual, no sentido em que atenta contra a auto-determinação do próprio perante si mesmo.

Entende-se que a ideação auto-lítica é frequentemente produto de alterações/distorções do padrão cognitivo do doente deprimido, impostas pela doença e com reversão progressiva após resolução do quadro. Aaron Beck (1976), constata este fenómeno e propõe uma Tríade Cognitiva pela qual os pacientes deprimidos tinham uma visão negativa: de si mesmos, do mundo e do futuro. As referidas distorções cognitivas a par com alterações qualitativas e quantitativas da volição decorrentes do estado depressivo condicionam o juízo crítico do indivíduo e a capacidade para se determinar a si próprio.

Estão encontrados os pressupostos do artigo 12.º, da forma em que o doente, por força de anomalia psíquica grave cria uma situação de perigo para si mesmo, podendo considerar-se que a mesma compromete o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, sendo que a ausência de tratamento deteriora de forma acentuada o seu estado.

É então oportuno recordar a pertinência da perspetiva de *Jean Buridan*, claramente expressa num texto de Leibniz “...a nossa vontade não segue sempre precisamente o entendimento prático, pois pode ter ou encontrar razões para suspender sua resolução até uma discussão ulterior”.

Minúcias ético-legais

O papel do Psiquiatra é também determinado pelo regime jurídico presente na Lei de Saúde Mental, não estando este, no entanto, isento de regular a sua atuação pelo cumprimento rigoroso dos deveres ético-deontológicos inerentes à sua atividade no decurso do exercício da medicina. As disposições reguladoras da deontologia médica são aplicáveis a todos os médicos no exercício da sua profissão, independentemente do regime em que esta seja exercida (Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Artigo 2.º, 2008).

Num exercício abstrato de comparação com a prática da eutanásia sabemos que a omissão é genericamente equiparada à ação do Código Penal português. Assim, embora possa beneficiar de uma atenuação especial da pena, a eutanásia por omissão também é punível, desde que o agente do crime tenha o dever de evitar a morte da vítima. De forma análoga, o médico que deteta um risco de morte concreto, por suicídio, e que em consciência opta por não recorrer a todos os meios disponíveis para o evitar, poderia vir a ser condenado?

Talvez nos devamos debruçar sobre o paradigma idiomático entre a letra da lei e o espírito da lei – “*A letra mata e o espírito vivifica*”. Considerando o internamento compulsivo como o resultado da aplicação de uma medida de segurança, pressupõe, segundo o conceito legal de medida de segurança, a inimputabilidade, a prática de um facto ilícito típico e ainda que, por virtude de anomalia psíquica e da gravidade do facto, haja fundado receio de que o agente venha a cometer outros factos da mesma espécie (Cunha Rodrigues, 2000). Ora, esta perspetiva não se enquadra, de todo, na aplicação da lei de saúde mental (através do internamento compulsivo) num quadro depressivo com risco suicidário concreto, não só porque o gesto em si é irrepetível como também pela razão de que o mesmo não se poderá considerar em si um crime, pela impossibilidade da sua punição. Para Roberto Andorno o suicídio não constitui um delito penal não só

pela inaplicabilidade da pena bem como na inoportunidade de sanção de um suicida frustrado.

O espírito da lei de saúde mental será porventura de âmbito profilático, o da proteção e da promoção da saúde mental, de forma a alcançar o “*equilíbrio psíquico da pessoa humana*”. Integram-se desta forma obrigações legais com convicções deontológicas, num exercício simultâneo da prática clínica.

Conclusão

Ainda que com as limitações evidentes de qualquer lei que se destina à regulamentação da ação do homem pelo homem, a presente Lei de Saúde Mental representa um marco incontornável na dignificação do indivíduo portador de doença mental. A sua latitude inclusiva permite, simultaneamente, a sua aplicabilidade com relativo conforto, o qual se desvanece quando a sua abstração subtrai homogeneidade no seu cumprimento. Será, quiçá lícito aceitar que a metodologia deverá reger e orientar a prática médica, sem contudo sonegar a relevância da intuição clínica, que lhe é complementar. Quando na presença de sintomatologia primordialmente não tangível, como a dor ou a ideiação auto-lítica, esta equação poderá conhecer uma geometria variável, servindo-se da lei, metódica, para a sustentar.

É nesta perspetiva, de normalização da intuição, em situações limite, que a Lei de Saúde Mental ganha particular relevo. Na presença de um quadro depressivo melancólico, portanto grave, e de sintomatologia que de alguma forma coloque o indivíduo em risco, por provável compromisso do juízo crítico, imposto pela mesma doença, estão reunidos os pressupostos necessários e suficientes para a aplicabilidade da

(a) As sugestões que poderia apresentar, muito breves e que passo a fazer, têm a ver em primeiro lugar com o interesse na invocação do conceito de liberdade tal como a prevê e defende a Constituição da República no seu art. 27.º, pois que é um preceito nuclear nesta matéria, liberdade que é posta em causa com o internamento compulsivo previsto pela lei de saúde mental, a Lei n.º 36/98, de 24.07, quer ainda pela imposição de uma medida de segurança prevista pelo art. 91.º e seguintes do Código Penal. A segunda sugestão tem a ver com os pressupostos da aplicação do internamento e do seu sentido, porquanto no domínio de uma ou outra das disposições citadas exige-se como pressuposto da aplicação do internamento o perigo de lesão de bens jurídicos, próprios ou alheios, sendo que apenas na segunda se refere a inimputabilidade, e isto porque neste caso houve já um julgamento anterior que permitiu determinar da impossibilidade de ser feita uma censura ético-jurídica ao arguido por este não ter a possibilidade de avaliar o carácter ilícito de uma conduta e determinar-se de acordo com essa avaliação (art. 20.º do Código Penal). Ainda no primeiro diploma, a lei de saúde mental, temos o internamento compulsivo e o internamento voluntário, sendo que este tem a ver tão só com a relação médico/doente, não ultrapassa esse domínio, não percorre portanto qualquer outro circuito nem tem outros intervenientes. Por último e a meu ver, a lei de saúde mental tem como fim precípuo, obviar e afastar a possibilidade de ocorrência de lesão de bens jurídicos, e só neste caso há portanto fundamento para que seja invocada e utilizada o mecanismo de internamento compulsivo, pois que não havendo tal perigo não há lugar a qualquer intervenção administrativa, policial ou judicial para que se submeta coercitivamente o doente a um tratamento. É claro que há o médico e os seus deveres legais, éticos e deontológicos, mas no domínio da lei de saúde mental tem de posicionar-se de acordo com o sentido e o alcance desse diploma, procurando sempre o aplicador a melhor interpretação, tarefa para a qual temos desde logo as regras traçadas pelo art. 9.º e seguintes do Código Civil, sem esquecer ainda as importantes restrições impostas no âmbito do Direito Penal (Comentário do Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito *Paulo Neto da Silveira Brandão*, a propósito do tema em análise e).

lei, neste caso na forma de internamento compulsivo, como figura que visa o restabelecimento do estado de saúde do indivíduo e, conseqüentemente, a sua liberdade.

Bibliografia

- Alcafache, J., Figueiredo, M. & Oliveira, S. (2010). *Caracterização da população com comportamentos suicidários*. 8^{as} Jornadas sobre comportamentos suicidários, Luso.
- Alonso-Fernández. (1976). *Fundamentos de la Psiquiatria Actual*. 1, 492. Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Carvalho, A. et al.. (2000). *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Andorno, R. (2004). *Bioética y dignidad de la persona*. 172. Editorial Tecnos.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press.
- Beckenkamp, J. (2006). *O Lugar sistemático do conceito de liberdade na filosofia*. Campinas, Série 2, 1(1), 31-56. Kant e-prints.
- Cordeiro, D. (2008). *Psiquiatria Forense*. (2^a ed.). Edição Calouste Gulbenkian.
- Cunha, S. & Palha, A. (2007). Internamento Compulsivo – Perspectivas de cariz bioético da Lei de Saúde Mental. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 1.
- Danowski, D. (2002). *Indiferença, Simetria e Perfeição segundo Leibniz*. Cad., Série 3, 12(1-2), 149-170. Campina: Hist. Fil. Ci..
- Hegel & Friedrich, G. (1997). *Princípios da Filosofia do Direito*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Kaplan & Sadock's. (2004). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (8^a ed.). 2.^a Edição Lippincott Williams & Wilkins.
- Michael, G., López-Ibor, J. & Andreasen, N. (2004). *New Oxford Textbook of Psychiatry*, (1^a ed.). 2. USA: Oxford University Press.
- Montesquieu, C. (1995). *O Espírito das Leis*. 437. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- National Center for Health Statistics for the year 2007 – Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Edward J. Sondik, Ph.D.

- Peixoto, B., Saraiva, B. & Sampaio, D. (2006). Comportamentos Suicidários em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Suicidiologia*.
- Pereira, A. (1986). A institucionalização da loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21.
- Perelman, C. (1996). *Ética e Direito*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Ruiloba, J. (2006). *Tratado de Psiquiatria - 2 Volumenes* (Spanish Edition). Ars Medica.
- Schopenhauer, A. (1950). *O Livre arbítrio*. (Tradução de Lohengrin de Oliveira). 29. São Paulo: Edições e publicações Brasil.
- Silva, D. (2004). *Hermenêutica advocatícia: A letra mata e o espírito vivifica!*. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, 294.
- Soreff, S. (2011). Suicide Introduction and Definitions. *Drugs, Diseases and Procedures*, 11.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (December 21, 2010). The NSDUH Report: Suicidal Thoughts and Behaviors among Adults: 2008 and 2009. Rockville, MD.

**O INTERNAMENTO E O TRATAMENTO INVOLUNTÁRIOS NA UNIÃO
EUROPEIA**

INVOLUNTARY COMMITMENT AND TREATMENT IN THE EU

Diana Correia (1) & Fernando Almeida (2)

(1) Hospital de Magalhães Lemos

(2) ISMAI/ICBAS

Resumo

O internamento e o tratamento involuntários de doentes mentais são questões centrais nos cuidados de saúde mental. Nesta revisão da literatura, os autores discutem os dados epidemiológicos disponíveis, focando os indicadores *major* como as taxas nacionais e analisam, posteriormente, as principais características das diferentes leis sobre o internamento e tratamento compulsivos em 15 países da União Europeia (UE).

As regras e os regulamentos para o tratamento ou internamento involuntários de pessoas com doença mental ainda diferem notavelmente nos países estudados. As frequências totais de internamentos e taxas de internamentos compulsivos variam extremamente na UE. As variações sugerem a influência das diferenças nos enquadramentos ou procedimentos legais. A comparação das séries temporais sugere uma tendência geral para quotas mais ou menos estáveis na maioria dos Estados-Membros.

Conclui-se, assim, que existe uma forte necessidade para investigação futura neste campo. Reportar de forma padronizada uma série de dados básicos sobre os internamentos compulsivos parece ser fundamental para a avaliação e melhoria das políticas nacionais, bem como a nível europeu.

Palavras-chave: internamento compulsivo; internamento involuntário; União Europeia; legislação.

Abstract

The involuntary placement and involuntary treatment of mentally ill patients are central issues in mental health care. In this literature review, the authors: discuss the available epidemiological data focusing on the major indicators such as national rates; and, subsequently, they analyze the main characteristics of the different laws on the detention and compulsive treatment in 15 countries of the European Union (EU).

Rules and regulations for involuntary placement or treatment of mentally ill persons still differ remarkably internationally. Total frequencies of admission and compulsory admission rates vary remarkably across the EU. Variation hints at the influence of differences in legal frameworks or procedures. Time series suggest an overall tendency towards more or less stable quotas in most member states.

We conclude that there is a strong need for further research in this field. Internationally standardized and annually updated involuntary placement rates on a national level, detailing a number of basic items, are fundamental to the evaluation and improvement of national as well as Europe-wide policies.

Keywords: involuntary commitment; involuntary admission; European Union; legislation.

Introdução

O internamento e o tratamento involuntários de doentes mentais são questões centrais nos cuidados de saúde mental. O seu enorme impacto sobre a liberdade e a independência das pessoas em causa tem feito com que sejam tema de debates legais e éticos controversos há mais de 100 anos.

Assim, nos séculos XIX e XX foram desenvolvidas diferentes abordagens para regulamentar a aplicação de medidas coercivas na Europa e em todo o mundo que dependem de uma variedade de tradições culturais ou jurídicas, bem como dos diferentes conceitos e estruturas de prestação de cuidados de saúde mental.

A aplicação de medidas coercivas em cuidados de saúde mental tem que equilibrar três interesses diferentes e muitas vezes controversos (Salize, Dressing & Peitz, 2002), nomeadamente: os direitos humanos básicos; a segurança pública e a necessidade de tratamento dos doentes em causa.

As taxas de internamento ou tratamento involuntário de pessoas com doença mental são consideradas um indicador das características subjacentes das leis nacionais de cuidados de saúde mental ou de outros quadros jurídicos. Infelizmente, apesar do crescimento internacional do debate sobre a lei de saúde mental, dados robustos sobre a prática internacional do internamento compulsivo são ainda escassos (Salize & Dressing, 2004).

Num contexto de insuficiência de dados confiáveis, as mais importantes fontes oficiais são um relatório preliminar financiado pela Comissão Europeia e os relatórios nacionais de saúde ou de agências de estatística (Stefano & Ducci, 2008).

O objetivo deste artigo é discutirmos dados epidemiológicos disponíveis sobre o internamento compulsivo focando, primeiro, os indicadores *major* como as taxas nacionais, e posteriormente, analisando as principais características das diferentes leis sobre o internamento e o tratamento compulsivos nos 15 países da União Europeia (UE).

Dados recentes

A Comissão Europeia financiou um estudo, entre novembro de 2000 a janeiro de 2002, com o objetivo de recolher e analisar a informação sobre as diferenças ou semelhanças dos enquadramentos legais para o internamento ou tratamento compulsivos

de doentes mentais em todos os estados-membros da UE, e sobre as taxas de internamento involuntário em instituições psiquiátricas. O trabalho denominado, *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU – Member States* (Salize et al., 2002) –, considera, por definição, que o internamento ou tratamento compulsivos excluiu qualquer aspeto do internamento ou tratamento de doentes mentais infratores ou qualquer outro aspeto da psiquiatria forense (Salize & Dressing, 2004).

Frequências de internamento compulsivo - quotas e taxas

Considerando que as frequências totais de internamentos compulsivos anuais de doentes mentais diferem enormemente de acordo com as diferentes populações dos estados-membros da UE, as taxas de internamento compulsivo (internamentos anuais por 100.000 habitantes) também variam consideravelmente, variando de meros 6 por 100.000 habitantes em Portugal para 218 na Finlândia, em 2000 (ver Tabela 1).

As quotas de internamento compulsivo (percentagem de internamentos compulsivos em todos os episódios de internamentos psiquiátricos anuais), as quais são mais adequadas para comparar indicadores entre países, também exibem uma variedade em todos os Estados-Membros, por exemplo: de 3,2% (2000) em Portugal a 30% (1998) na Suécia. A comparação das séries temporais de quotas de internamento compulsivo durante a última década revelou um padrão um pouco mais homogéneo, sugerindo uma tendência geral em direção a quotas mais ou menos estáveis na maioria dos estados-membros (Salize et al., 2002).

Tabela 1

Taxas de internamentos compulsivos por doença mental nos países da EU

(Salize & Dressing, 2004; Stefano & Ducci, 2008; Priebe et al., 2008; Guaiana & Barbui, 2004)

País	Ano	Internamentos compulsivos		
		N	% do total de internamentos	Por 100 000 população
Áustria	1999	14122	18	175
	2005			228

Bélgica ¹	1998	4799	5.8	47
Dinamarca	2000 ¹	1792	4.6	34
	2006			57.8
Finlândia	2000	11270	21.6	218
França	1999	61063	12.5	11
Alemanha	2000 ²	163551	17.7	175
	2006			237.2
Grécia		Não disponível	Não disponível	Não disponível
Irlanda	1999	2729	10.9	74
	2006			54.8
Itália	1997		10.6	
	2006 ³			21.91
Luxemburgo	2000	396		93
Holanda	1999	7000 ⁴	13.2	44
	2005 ⁵			13.7
Portugal	2000	618	3.2	6
	2002	875	5.2	
	2005		7.4	
Espanha	2006			47.6
Suécia	1998	10104	30 ⁶	114
Reino-	1998	46300		93
Unido ⁷	1999	23822	13.5	48
	2005			50.8

1. Apenas estado na admissão; não considerado o número de mudanças do regime voluntário para o involuntário durante o mesmo episódio de internamento de um doente.
2. Aplicações legais por ano (dos quais cerca de 90% resultam em internamentos compulsivos reais); internamentos por 100.000 referem-se a 1988, a percentagem de todos os episódios de internamento a 1999.
3. Apenas para as regiões de Lazio e Lombardia (população total de 16 milhões, ou cerca de 27% da população nacional).
4. Número de decisões judiciais sobre internamento compulsivo.

5. Referente a instituições de internamentos compulsivos de urgência, por curto prazo.
6. Para o ano de 1997.
7. Dados apenas para a Inglaterra; 1998 inclui internamentos compulsivos bem como doentes internados compulsivamente depois de terem sido admitidos voluntariamente, 1999 inclui apenas internamentos compulsivos.

Caso particular de Portugal

Em Portugal, a última lei que regulamenta o internamento compulsivo vigora desde 1999 (Lei 36/98 de 24 de julho) e configura esta medida como um internamento por decisão judicial, à semelhança de outros países europeus.

Em 2004, Loureiro estudou os doentes internados compulsivamente no Hospital Sobral Cid, no Hospital Psiquiátrico do Lorvão e nos Hospitais da Universidade de Coimbra, de 1 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003, tendo verificado que, nesse período, e relativamente ao número global de internamentos, o número de internamentos compulsivos foi de 2,1% (Loureiro et al., 2004).

Em 2007, Almeida e colaboradores (2008) estudaram múltiplos aspetos relativos aos internamentos compulsivos ocorridos no Hospital de Magalhães Lemos (HML), entre 1999 e 2007. Neste estudo verificou-se que o número e a percentagem de internamentos compulsivos no HML têm vindo a crescer progressivamente, tendo sido em 1999, 23 e 1,5%, respetivamente, aumentando ao longo dos anos para 225 e 7,2% em 2007. Compararam estes valores com os do Hospital Júlio de Matos (HJM), constatando que no HJM a percentagem de internamentos compulsivos é bem mais significativa: em 1999 houve 94 internamentos compulsivos (5,53%), números que aumentaram gradualmente até 268 (15,31%) em outubro de 2007.

O número de doentes internados compulsivamente em Portugal tem sido crescente desde 1999 – 513 (2,8% – percentagem do total de internamentos psiquiátricos em Portugal), 2000 – 618 (3,2%), 2001 – 874 (4,98%), situando-se em 2008 em cerca de 9-10% do total dos doentes psiquiátricos internados – não existem, ainda, dados oficiais posteriores a 2001 mas a percentagem equacionada (9-10%) está muito próxima do que as estatísticas oficiais demonstrarão relativamente a todo o território nacional (Almeida et al., 2008).

Apesar de existir uma tendência para o aumento progressivo dos internamentos psiquiátricos compulsivos, verifica-se que, em relação à média europeia, Portugal é um dos países que apresenta a média mais baixa de internamentos psiquiátricos compulsivos. Isto poderá ser explicado pelo facto de Portugal ser o país da Europa com aplicação mais recente da legislação referente ao internamento compulsivo (Loureiro et al., 2004).

Legislações

Na Europa, uma pluralidade de sistemas regula o internamento compulsivo, o que corresponde a vários modelos baseados em diferentes contextos históricos e culturais. A maioria dos estados-membros regulamenta o internamento compulsivo de doentes mentais por meio de leis de saúde especiais. Apenas a Grécia, a Itália e a Espanha não o fazem, em conformidade com as suas constituições e com os seus princípios de direitos humanos. Uma das principais razões para não usar leis de saúde mental separadas nestes países é evitar os efeitos da estigmatização social (Stefano & Ducci, 2008).

Segundo Talina (2004), que concebe as leis como ocupando posições num *continuum* entre dois pólos, um pólo judicializante e um pólo sanitarista ou técnico-administrativo, verifica-se que cada país fez opções próprias. Próximo do pólo judicializante colocam-se as legislações de maior pendor garantista dos direitos e liberdades individuais; próximo do outro colocam-se legislações que tendem a considerar o internamento compulsivo como um tipo de intervenção terapêutica e tutelar. Consoante a legislação se aproxima mais de um ou outro pólo, assim diferem os procedimentos e as implicações para os serviços e para os doentes. Nas legislações judicializantes, as entidades judiciais têm um papel de maior relevância e a perigosidade do doente é um fundamento essencial. Nas legislações sanitaristas, são os técnicos e as entidades administrativas que têm maior peso e o estado do doente é a preocupação predominante.

Critérios legais para o internamento compulsivo

As leis de todos os estados-membros referem que o internamento compulsivo de um doente mental é legalmente permitido apenas quando outras alternativas menos restritivas possam não ser suficientes ou estar disponíveis. Apenas as leis da França e da Espanha não formulam explicitamente essa estipulação (Salize et al., 2002). A doença

mental é sempre um critério necessário, mas não necessariamente suficiente para o internamento compulsivo (Stefano & Ducci, 2008).

Os critérios legais de qualificação de uma pessoa para o internamento compulsivo num serviço de psiquiatria diferem muito entre os estados-membros. Para uma visão global, esses critérios podem ser categorizados em três grupos, proporcionando provavelmente a distinção mais importante para a caracterização da abordagem legal de um estado-membro em relação ao internamento ou tratamento compulsivos de doentes mentais. Uma ameaça séria de danos para a própria pessoa e/ou para os outros (“critério de perigosidade”) é um pré-requisito essencial para o internamento compulsivo na Áustria, na Bélgica, na França, na Alemanha, no Luxemburgo e na Holanda. Para outro grupo de estados-membros, incluindo a Itália, a Espanha e a Suécia, uma necessidade definitiva para o tratamento psiquiátrico é o critério crucial de qualificação de uma pessoa para o internamento compulsivo, no caso de o doente não aderir (“critério de necessidade para o tratamento”). Na Dinamarca, na Finlândia, na Grécia, na Irlanda, em Portugal e no Reino Unido ambos são aplicáveis (Salize et al., 2002) (ver tabela 2 para um sumário das características das legislações dos estados-membros).

A definição de doença mental

Embora as leis de todos os estados-membros incluam a doença mental como um pré-requisito, o conceito de “doença mental” não é rigorosamente definido em toda a União Europeia.

Quanto ao tipo de doença psiquiátrica necessária para uma pessoa ser internada, algumas leis não fazem distinções específicas, mas usam o termo doença mental. Outras indicam apenas a psicose, como na Dinamarca e em algumas (mas não todas) regiões da Alemanha (Stefano & Ducci, 2008); em Portugal, a legislação fala em “anomalia psíquica grave” e não em “doença mental”.

Apenas seis estados-membros – Áustria, Grécia, Alemanha, Irlanda, Suécia e Inglaterra – definem condições específicas para a exclusão de doentes no internamento compulsivo (se essas condições ou este comportamento aparecer sem qualquer outro critério de inclusão). As condições especificadas são tão heterogéneas quanto os critérios de inclusão; são exemplos de condições que não são suficientes para o internamento involuntário de um indivíduo: debilidade intelectual sem sintomas

psicóticos, falta de adesão, abuso de substâncias, negligência pessoal, promiscuidade, perturbação sexual, entre outros (Salize et al., 2002).

A avaliação médica

A responsabilidade para avaliar os critérios médicos para internar uma pessoa compulsivamente também é heterogénea entre os estados-membros.

Na maioria dos países europeus, a responsabilidade de propor o internamento ou tratamento compulsivo depende de autoridades médicas (Stefano & Ducci, 2008).

As leis de diversos estados-membros permitem que outros médicos sem formação específica em psiquiatria estejam envolvidos na avaliação médica inicial das pessoas em causa, não apenas em casos de urgência, mas também durante os procedimentos de internamento compulsivo de rotina, enquanto o testemunho especializado de um psiquiatra é obrigatório nos restantes países (ver Tabela 2). A inclusão estipulada da opinião de um segundo especialista nas avaliações é uma medida crucial de garantia da qualidade que não é um padrão em todos os estados-membros (Salize et al., 2002).

A responsabilidade de decisão e procedimentos

Juntamente com os critérios básicos de internamento (como descrito acima), a definição de responsabilidades para a decisão final sobre o internamento ou tratamento compulsivos marca uma outra característica importante das legislações ou abordagens dos estados-membros (Salize et al., 2002).

Na maioria das vezes, os juízes, os magistrados do Ministério Público, ou os presidentes de câmaras municipais, são as autoridades que autorizam o internamento ou tratamento compulsivo. Por vezes, estão envolvidas outras figuras não-médicas, enquanto na Dinamarca, na Finlândia, na Irlanda, no Luxemburgo e na Suécia, a decisão final é tomada por um psiquiatra ou outro profissional de saúde (Stefano & Ducci, 2008) (Tabela 2).

O período de tempo entre a avaliação psiquiátrica e o início legal do tratamento compulsivo varia entre os países da UE, mas geralmente é curto, variando de um mínimo de 24 horas (e.g., Irlanda) a um máximo de 15 dias (e.g., Bélgica). Em relação à duração máxima do tratamento compulsivo inicial, as diferenças são mais notórias: na Itália, o tratamento inicial é de apenas 7 dias, enquanto na Bélgica pode chegar a 2 anos. Em alguns países, a duração máxima nem sequer é especificada (e.g., Dinamarca,

França, Portugal e Espanha), mas o internamento compulsivo pode ser prolongado em intervalos estipulados por um juiz ou outras autoridades por um período que varia de 7 dias a 12 meses, dependendo do país. Para fins de tratamento e de reabilitação, alguns estados-membros (ou seja, Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Holanda, e Espanha) permitem a interrupção dos internamentos involuntários por curtos intervalos de tempo (Stefano & Ducci, 2008).

Tabela 2

Características das legislações dos estados-membros

(Salize et al., 2002)

País	Critérios para IC (para além de doença mental)	Diagnóstico definido legalmente	Obrigatoriedade do psiquiatra na avaliação inicial	N.º de especialistas envolvidos na avaliação	Autoridade que decide o IC
Áustria	P	n.d.	Sim	2	Não-med.
Bélgica	P	n.d.	Não	1	Não-med.
Dinamarca	T ou P	Psicose	Não	1	Med.
Finlândia	T ou P	n.d.	Não	>2	Med.
França	P	n.d.	Não	2	Não-med.
Alemanha	P	Vários	Não	1	Não-med.
Grécia	T ou P	n.d.	Sim	2	Não-med.
Irlanda	T ou P	Vários, PP	Sim	2	Med.
Itália	T	n.d.	Não	2	Não-med.
Luxemburgo	P	n.d.	Não	2	Med.
Holanda	P	n.d.	Sim	1	Não-med.
Portugal	T ou P	n.d.	Sim	2	Não-med.
Espanha	T	n.d.	Sim	2	Não-med.
Suécia	T	n.d.	Não	2	Med.

Reino Unido	T ou P	Vários, PP	Sim	2	Não-med.
-------------	--------	------------	-----	---	----------

Abreviaturas: IC = Internamento Compulsivo; P = perigosidade, T = necessidade de tratamento; n.d. = não definido; psicose = restrito a psicose ou a distúrbios semelhantes a psicoses; vários = mencionadas categorias diagnósticas mas sem restrições para diagnósticos específicos; PP = regulamentações especiais para Perturbação da Personalidade; não-med. = não-médica; med. = médica.

Procedimentos de urgência

Quase todos os estados-membros distinguem entre a detenção preliminar ou de curto prazo (para os casos agudos de urgência) e os procedimentos de internamento compulsivo de rotina ou não-urgentes. Apenas na Dinamarca, na Finlândia e na Irlanda os dois procedimentos são semelhantes. Normalmente, em casos de urgência, as pessoas podem ser detidas por curtos períodos de tempo sem a confirmação imediata da autoridade responsável pela decisão final sobre um internamento. Novamente, a duração máxima definida para a detenção de curto prazo difere notavelmente em toda a UE, variando de 24 horas para 10 dias (Salize et al., 2002) (Tabela 3).

Tratamento compulsivo

A Áustria, a Dinamarca, a Alemanha, a Holanda, o Luxemburgo, a Suécia e o Reino Unido fazem uma clara distinção nos seus regulamentos entre o internamento e o tratamento compulsivos. Esta distinção deve-se, parcialmente, ao movimento dos direitos civis e, também, a sentenças proferidas pelo Tribunal Europeu dos Direitos Humanos e declarações da ONU, enfatizando que a competência dos doentes para decidir sobre o tratamento prevalece, mesmo que tenham sido internados involuntariamente.

Os regulamentos para a medida de coação (e.g., contenção física, isolamento) durante o internamento compulsivo são definidos em apenas cinco países: Áustria, Dinamarca, Alemanha, Holanda e Espanha (Stefano & Ducci, 2008).

Tratamento ambulatorio compulsivo

Seis leis nacionais discutem a opção de cuidados posteriores para doentes que tiveram alta de um episódio de tratamento compulsivo de uma forma mais geral

(Bélgica, Alemanha, Luxemburgo, Portugal, Suécia e Reino Unido), enquanto apenas quatro estados-membros fornecem uma base legal para o tratamento ambulatorio compulsivo, a saber, Bélgica, Luxemburgo, Portugal e Suécia (Salize et al., 2002).

Os direitos dos doentes

O direito a recorrer num tribunal contra um internamento compulsivo ou tratamento coercivo está incluído nas leis de todos os estados-membros. Devido a uma capacidade possivelmente reduzida para tomar decisões razoáveis, a oportunidade de ser apoiado por um representante legal é fundamental para qualquer doente internado compulsivamente. No entanto, apenas seis leis nacionais (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Holanda, e Portugal) prevêm a inclusão obrigatória de um consultor independente para o doente (advogado, terapeuta, assistente social, etc.) no procedimento de internamento compulsivo (Salize et al., 2002).

A notificação obrigatória dos familiares ou outras pessoas em caso de internamento compulsivo como um direito civil básico é regulamentada em 12 estados (Stefano & Ducci, 2008)³.

Tabela 3

Diferenças nas legislações dos estados-membros quanto aos procedimentos de urgência
(Stefano & Ducci, 2008)

País	Duração máxima de detenção de curto prazo	Autoridade que decide a detenção de curto prazo
Áustria	48 H	Psiquiatra
Bélgica	10 D	Ministério Público
Dinamarca	Igual ao procedimento de rotina	Psiquiatra
Finlândia	Igual ao procedimento de rotina	Psiquiatra
França	48 H	Presidente de Câmara Municipal (Polícia em Paris)

Alemanha	24 H (15 estados federais); 3 D (1 estado federal)	Gabinete municipal dos assuntos públicos ou psiquiatra
Grécia	48 H	Ministério Público
Irlanda	Igual ao procedimento de rotina	Psiquiatra
Itália	48 H	Departamento de Saúde Pública
Luxemburgo	24 H	Polícia ou psiquiatra ou outro médico ou assistente social ou tutor legal
Holanda	24 H	Presidente de Câmara Municipal
Portugal	48 H	Psiquiatra
Espanha	24 H	Psiquiatra
Suécia	24 H	Psiquiatra
Reino Unido	72 H	Polícia ou médico mais assistente social

Abreviaturas: H = horas; D = dias.

Discussão

A situação epidemiológica atual na UE parece estar, por enquanto, longe de ser clara. As revisões das abordagens nacionais são escassas e há, além disso, uma carência de estudos metodologicamente sólidos. As estatísticas sobre os internamentos compulsivos a partir de fontes oficiais raramente são publicadas internacionalmente. Quando tais comparações estão disponíveis, elas normalmente incluem apenas algumas nações selecionadas (Salize et al., 2002).

É interessante e preocupante notar a dificuldade na colheita de dados simples sobre a prestação de serviços a nível nacional, o que poderá ser visto como um desafio político para organizar uma colheita de dados consistente e confiável em todos os países europeus (Priebe et al., 2008).

Num contexto de escassez de dados confiáveis, as mais importantes fontes oficiais são um relatório preliminar financiado pela Comissão Europeia e relatórios nacionais de saúde ou de agências de estatística. Os dados são difíceis de interpretar

devido às diferentes definições ou métodos utilizados para calcular os internamentos involuntários, nomeadamente, a inclusão de procedimentos de emergência. Além disso, os dados são apresentados em diferentes formas, não comparáveis, por vezes sob a forma de taxas (número anual de internamentos compulsivos por 100.000 pessoas) e às vezes sob a forma de quotas (percentagem de todos os internamentos psiquiátricos). Além disso, em alguns estudos de campo, a representatividade das amostras escolhidas pode ser duvidosa (Stefano & Ducci, 2008).

Se as variações nas frequências de internamentos compulsivos anuais de pessoas com doença mental não são surpreendentes, tendo em conta o diferente tamanho das populações dos países da UE, as taxas de internamento compulsivo (internamentos anuais por 100 000 habitantes) variam notavelmente, também. Taxas que variam, por exemplo, no ano 2000, de apenas 6 internamentos compulsivos anuais por 100.000 habitantes em Portugal a 218 na Finlândia, sugerem fortemente diferenças nas definições, enquadramento legal ou procedimentos. A comparação das séries temporais durante a última década revela um padrão ligeiramente mais homogéneo, sugerindo uma progressiva tendência geral em direção a quotas mais ou menos estáveis na maioria dos estados-membros (Salize & Dressing, 2004)². Este achado dir-se-ia contraditório com conclusões que indicam uma tendência geral internacional para o aumento do número de internamentos compulsivos dos doentes mentais, o que é relatado em vários artigos científicos (Salize et al., 2002; Salize & Dressing, 2004; Stefano & Ducci, 2008; Zinkler & Priebe, 2002; Priebe et al., 2008). Suposições semelhantes podem também surgir a partir deste estudo, se forem apenas considerados os números totais de internamentos compulsivos, os quais estão a aumentar pelo menos na Alemanha, na França, na Inglaterra, na Áustria, na Suécia e na Finlândia. No entanto, o aumento dos números totais de internamentos compulsivos é obviamente equilibrado pelos efeitos das alterações dos padrões internacionais de prestação de cuidados de saúde mental, que internacionalmente encurtam o tempo médio de permanência nos serviços de internamento em detrimento de re-internamentos mais frequentes (Salize & Dressing, 2004).

Embora os números absolutos listados para cada país devam ser interpretados e comparados apenas com grande cautela, os dados sugerem que nem todas as mudanças na Europa estão a originar uma maior consistência neste domínio (Priebe et al., 2008).

A maioria dos estudos antigos fornece apenas quotas, que têm a desvantagem de depender fortemente das frequências de internamentos totais dos respetivos países; são,

portanto, de valor limitado para comparações internacionais. Isto contrasta com estudos mais recentes em que são calculadas taxas. As taxas permitem uma avaliação do internamento compulsivo que é mais independente da situação geral dos cuidados de saúde mental.

O principal fator que causa diferenças reais nas frequências de internamentos parece ser as diferentes legislações, especificamente: primeiro, os critérios necessários para justificar o internamento compulsivo diferem bastante entre os países; segundo, os procedimentos administrativos e judiciais diferem não só entre os países, mas mesmo regionalmente. De um modo geral, pode-se esperar que, em países com uma legislação restritiva e consequentemente baixas taxas de internamento compulsivo, apenas um grupo de doentes altamente ameaçados ou perigosos, com falta de *insight*, será internado. E esse grupo será diferente dos doentes internados em países com taxas de internamento elevadas em termos de várias características associadas com o perigo para o próprio ou outros ou com a gravidade da doença (Riecher-Rossler & Rossler, 1993).

Em relação ao objetivo proposto de analisar os dados epidemiológicos e as características das diferentes leis de internamento compulsivo na UE, é possível identificar várias limitações: a variação dos critérios de inclusão ou conceitos para o internamento compulsivo pode confundir os resultados (por exemplo, inclusão ou exclusão de detenções por curto-prazo, procedimentos de urgência ou alterações do regime voluntário para o involuntário durante os episódios de internamento); o conjunto de fatores legais, políticos, económicos, sociais, médicos, metodológicos e outros, a interagir no processo de internamento ou tratamento compulsivo de pessoas com doença mental é complexo e ainda pouco compreendido; a falta de dados sócio-demográficos e psicopatológicos sobre as populações internadas compulsivamente impede uma análise mais aprofundada (Salize & Dressing, 2004).

Conclusão

A comparação entre os dados epidemiológicos e os diferentes quadros legais (desde que o foco esteja em critérios gerais e não em detalhes técnicos ou de procedimento) pode lançar alguma luz sobre a questão crucial do tratamento compulsivo em psiquiatria. Contudo, a falta de dados epidemiológicos robustos é claramente não apenas um indicador das dificuldades com que os psiquiatras têm de lidar à medida que trabalham para a integração europeia, mas também uma grave

limitação a qualquer tentativa de resolver a questão e, mais importante, para agir se necessário (Stefano & Ducci, 2008).

Há uma evidência clara de que as leis sobre a prática do internamento ou tratamento compulsivo de doentes mentais são muito heterogêneas entre os estados-membros da UE. As diferentes tradições culturais ou jurídicas, as atitudes gerais para com os doentes mentais, e a estrutura e a qualidade dos sistemas de cuidados de saúde mental ou dos procedimentos administrativos devem ser considerados juntamente com outros fatores ao analisar ou comparar o resultado dos enquadramentos jurídicos dos estados-membros.

Será uma tarefa constante adaptar as legislações em todos os países de forma a acompanhar a evolução e os novos conhecimentos na área dos cuidados de saúde mental e equilibrar os direitos e os interesses dos doentes com a sua necessidade e o direito de tratamento e a segurança pública (Salize et al., 2002).

Existe uma forte necessidade para investigação futura neste campo. As taxas de internamento compulsivo a nível nacional, padronizadas internacionalmente e atualizadas anualmente (detalhando uma série de itens básicos, tais como internamento regular ou de urgência, bem como as características sociodemográficas e de diagnóstico) são fundamentais para a avaliação das políticas nacionais, bem como a nível europeu. A melhoria dos padrões comuns internacionais em relação a relatórios de saúde mental parece ser essencial, pelo menos na UE, para garantir perspetivas válidas para o futuro e para fornecer uma base para uma investigação mais detalhada (Salize & Dressing, 2004).

Referências

- Almeida, F. et al.. (2008). Internamentos Compulsivos no Hospital de Magalhães Lemos. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 2, 87-102.
- Guaiana, G. & Barbui, C. (2004). Trends in the use of the Italian Mental Health Act, 1979-1997. *European Psychiatry*, 19, 444-445.
- Kisely, S., Campbell, L. & Preston, N. (2005). *Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders*. The Cochrane Database of Systematic Review, Issue 3. doi: 10.1002/14651858.CD004408.pub2.

- Keown, P. et al.. (2008). *Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England*. 337.
- Loureiro, C., Cunha, S. & Coelho, R. (2004). Internamento Compulsivo – da teoria legislada à aplicação prática da Lei de Saúde Mental. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 233-240.
- Priebe, S. et al.. (2008). *Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006*. Retrieved from http://search.babylon.com/?q=Psychiatric+Services%2C+ps.psychiatryonline.org&affID=110819&tt=060612_6_&babsrc=SP_ss&mntrId=88c9a0c700000000000000615af2b90ec.
- Post, L. et al.. (2009). *Involuntary Admission of Emergency Psychiatric Patients: Report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry*. Retrieved from http://search.babylon.com/?q=Psychiatric+Services%2C+ps.psychiatryonline.org&affID=110819&tt=060612_6_&babsrc=SP_ss&mntrId=88c9a0c700000000000000615af2b90ec.
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-236.
- Salize, H., Dressing, H. & Peitz, M. (Eds.) (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – Legislation and practice in EU-member states: Final report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Salize, H. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Sheehan, K. (2009). Compulsory treatment in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 582-586.
- Stefano, A. & Ducci, G. (2008). Involuntary Admission and Compulsory Treatment in Europe. *International Journal of Mental Health*, 37(3), 10-21.

- Talina, A. (2004). *Internamento Compulsivo em Psiquiatria – Estudo Comparativo de Doentes com Internamento Compulsivo Versus Voluntário na Grande Lisboa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas.
- Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe: are view. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 3-8.