

Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro

Crime and mental disorders – profile of a group of inmates in a custody hospital in Rio de Janeiro

Juliana Garbayo¹, Marcos José Relvas Argôlo²

RESUMO

Objetivos: Estudar a população internada em um hospital de custódia no Rio de Janeiro quanto a aspectos demográficos, diagnósticos e criminais. **Métodos:** Todos os internos cumprindo medida de segurança detentiva no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, em dezembro de 2007, (n = 177) foram avaliados pelo censo socio-demográfico aplicado por psiquiatras da instituição e tiveram seus prontuários analisados quanto a diagnóstico, tratamento psiquiátrico prévio e tipo de crime. Foi avaliada a relação entre vítima e perpetrador nos homicídios. **Resultados:** A população é preferencialmente masculina (80%), solteira (72%), com 30 a 39 anos de idade (34%), baixa escolaridade (69%) e inativa (56%). Os diagnósticos mais prevalentes foram transtornos psicóticos (67%), seguidos por retardo mental (15,2%), transtornos em virtude de uso de substâncias psicoativas (7,3%), de personalidade (4,5%) e outros (6,2%). A maioria (71%) já havia recebido tratamento psiquiátrico prévio. O homicídio foi o crime mais comum (44%), seguido por crimes contra o patrimônio (26%), crimes sexuais (11%), crimes relacionados a entorpecentes (11%) e outros. O homicídio intrafamiliar predominou entre os psicóticos e os portadores de retardo mental. Os últimos cometeram proporcionalmente mais crimes sexuais do que os primeiros. **Conclusão:** O perfil da população foi compatível com o descrito para outras populações de internos em hospitais de custódia no país.

Palavras-chave

Doença mental, crime, comportamento violento, hospital de custódia.

ABSTRACT

Objetives: To study the hospital population in a custody hospital in Rio de Janeiro with regard to demographical, diagnostic and criminal aspects. **Methodology:** Inmates serving detentive security measures in Custody and Psychiatric Treatment Heitor Carrilho Hospital (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho) in december 2007(n=177) were evaluated in a social-demographic questionnaire applied by staff psychiatrists at the Hospital and had their medical records analyzed according to the diagnosis, previous psychiatric treatment and crime category. The relationship between perpetrators and victims in homicides was evaluated. **Results:** the population is mainly masculine (80%), single (72%), between 30 to 39 years old (34%), low-education (69%) and unemployed (56%) The most prevalent diagnosis were psychotic disorders (67%) followed by mental retardation (15,2%), disorders due to the use of psychoactive

Recebido em
18/6/2008
Aprovado em
20/10/2008

1 Psiquiatra.

2 Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho.

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

Endereço para correspondência: Juliana Garbayo
Rua Visconde de Pirajá, 330/514, Ipanema – 22410-000 – Rio de Janeiro, RJ
E-mail: jugarbayo@hotmail.com.

Keywords

Mental disorder, crime, violent behavior, custody hospital.

*substances (7,3%), personality disorders (4,5%), among others. Most of them (71%) had been under previous psychiatric treatment. Murder was the most common crime (44%) followed by crimes against property (26%), sex crimes (11%), related to drugs (11%) and others. Intrafamilial murder was prevailing amongst mentally retarded population and psychotics. The former generally committed more sex crimes than the latter. **Conclusion:** The population profile was compatible with the description of other inmate populations in custody hospitals across the country.*

O Brasil é um país com altas taxas de violência. Em 2007, ocorreram no estado do Rio de Janeiro 6.133 homicídios dolosos, equivalente a 37,9 casos por 100 mil habitantes, taxa que supera, em muito, a de 10 por 100 mil ao ano, considerada o limite entre o aceitável e a violência endêmica pela Organização Mundial de Saúde¹. Apenas no primeiro semestre de 2007, ocorreram, no mesmo estado, 2.051 tentativas de homicídio, 36.862 casos de lesão corporal dolosa, 720 estupros e 871 atentados violentos ao pudor².

Quando há suspeita de que o autor de um delito seja portador de transtorno mental, a perícia psiquiátrica criminal é judicialmente solicitada. O objetivo é verificar se o quadro apresentado aboliu e/ou reduziu a capacidade de entendimento e/ou determinação do agente. Nestas situações, de acordo com a determinação judicial, a pena pode ser substituída por medida de segurança. Esta pode ser detentiva (cumprida sob a forma de internação em hospital de custódia) ou restritiva (atendimento ambulatorial). No Brasil, poucos estudos avaliaram o perfil dos doentes mentais criminosos³⁻⁶. Acredita-se que o conhecimento adequado desta população seja essencial para o planejamento de ações de assistência dentro e fora do ambiente institucional.

O objetivo deste estudo foi avaliar a população internada em um hospital de custódia e tratamento na cidade do Rio de Janeiro quanto a aspectos demográficos, diagnósticos e criminais.

MÉTODOS

A amostra do presente estudo incluiu todas as pessoas que se encontravam cumprindo medida de segurança detentiva no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTHC) em dezembro de 2007 (n = 177). Um censo sociodemográfico foi aplicado por psiquiatras do corpo clínico da instituição. Os pacientes foram classificados quanto ao gênero, à faixa etária, ao nível de escolaridade, à situação laborativa no momento da internação e ao estado civil. Os diagnósticos, realizados por médicos psiquiatras da equipe de assistência do HCTHC, seguiram os critérios diagnósticos da décima edição da Classificação Internacional de Doenças⁷ e foram retirados dos prontuários. Nos casos em

que o diagnóstico da equipe foi diferente do diagnóstico da perícia médica judicial, os autores consideraram o diagnóstico dos laudos periciais. Investigou-se, ainda, a existência de tratamento psiquiátrico antes da prisão.

Os delitos foram registrados como listados no Código Penal Brasileiro. Nos casos de homicídio, os autores buscaram identificar o grau de parentesco ou tipo de relacionamento da vítima com o perpetrador.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Médica em Pesquisa do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

RESULTADOS

Verificou-se que 80% da população era masculina (n = 142). As mulheres perfizeram 20% do total da amostra (n = 35).

A idade mínima foi de 20 anos; a máxima, 77. O Gráfico 1 ilustra a distribuição dos casos quanto à faixa etária.

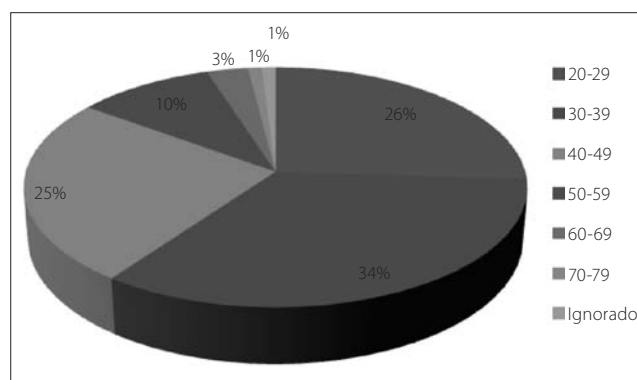


Gráfico 1. Distribuição da população quanto à faixa etária.

Houve predomínio de pessoas com baixa escolaridade: 122 internos (69%) não terminaram o ensino fundamental. A escolaridade está detalhada na Tabela 1. Quanto à situação laborativa, a maior parte da população (99 internos, ou 56%) estava inativa no momento da prisão. A Tabela 2 ilustra a distribuição quanto a este item.

Tabela 1. Distribuição quanto à escolaridade.

Escolaridade	n	%
Analfabeto	33	19
Lê/escreve sem ingresso no sistema formal de ensino	7	4
Primeiro grau incompleto	82	46
Primeiro grau completo	19	10,7
Segundo grau incompleto	4	2
Segundo grau completo	19	10,7
Terceiro grau incompleto	1	0,6
Desconhecida	12	7

Tabela 2. Situação laborativa na época da detenção.

Situação laborativa	n	%
Inativos	99	56
Ativos no mercado informal	57	32
Ativos com vínculo em CTPS	8	5
Informação ignorada	13	7
Total	177	100

A maioria da população era solteira (n = 128, 72%). Os demais se dividiram em casados/união consensual (n = 23; 13%), separados/divorciados (n = 12; 7%) e viúvos (n = 8; 5%). Em seis casos (3%), o estado civil não foi apurado.

Os diagnósticos foram agrupados obedecendo-se as divisões da CID-10. Entre os transtornos mentais orgânicos, classificados na CID-10 de F00 a F09, apenas um interno recebeu o diagnóstico de "outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e doença física" (F06 da CID-10), em comorbidade com epilepsia.

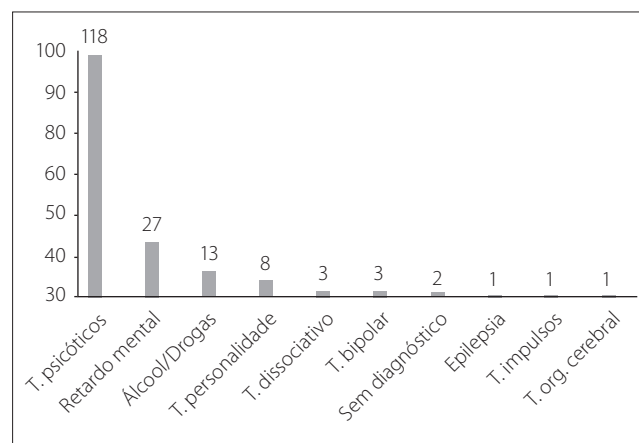
No grupo de transtornos mentais e comportamentais por causa do uso de substância psicoativa, foram alocados os internos com os diagnósticos: transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de álcool (F10), canabinóides (F12), cocaína (F14) e "múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas" (F19). Treze internos receberam um destes diagnósticos primários. Destes, três receberam diagnóstico adicional de epilepsia.

No grupo denominado transtornos psicóticos, foram incluídos esquizofrenia (F20), transtorno delirante persistente (F22), transtorno psicótico agudo e transitório (F23), transtorno esquizoafetivo (F25) e psicose não-orgânica não especificada (F29). Nenhum interno recebeu o diagnóstico de transtorno esquizotípico, transtorno delirante induzido ou "outros transtornos psicóticos não-orgânicos". Na amostra do presente estudo, o grupo com transtornos psicóticos foi maioria (67%), representado por 118 internos. Entre estes, 99 (56%) não receberam nenhum diagnóstico secundário, 12 (7%) receberam diagnóstico adicional de transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas, quatro (2%) de retardo mental, dois de transtorno de personalidade e um de epilepsia.

Como retardo mental foram englobados os diagnósticos de retardo mental leve, moderado, grave e não especificado, totalizando 27 internos. Destes, cinco receberam diagnóstico adicional de transtorno por causa do uso de substâncias psicoativas e dois de epilepsia.

Três internos foram classificados como portadores de transtorno bipolar do humor, um dos quais com retardo mental leve como diagnóstico secundário.

Oito internos foram classificados como portadores de transtorno de personalidade, dos quais um recebeu diagnóstico adicional de epilepsia e um de transtorno por causa do uso de substâncias psicoativas. Três internos foram diagnosticados como portadores de transtornos dissociativos (de conversão, codificado como F44 pela CID-10). Dois internos foram avaliados pela perícia e não tiveram nenhum quadro psiquiátrico diagnosticado. Houve um diagnóstico de transtorno dos impulsos (codificado como F63 pela CID-10). Um interno foi classificado apenas como portador de epilepsia secundária a traumatismo cranioencefálico (TCE). A distribuição da amostra em relação aos diagnósticos está resumida no Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Distribuição da população quanto ao diagnóstico (n = 177).

A maioria (71% ou 126 internos) já havia recebido tratamento psiquiátrico prévio. Trinta e dois internos (18%) nunca haviam sido tratados e em 11% dos casos (n = 19) tal informação não pôde ser confirmada.

O homicídio foi o crime mais comum entre a população estudada (77 casos, representando 44% dos delitos). Crimes contra o patrimônio (roubo, furto e um caso de dano) se seguiram em frequência, cometidos por 46 internos (26%). Vinte pessoas (11%) estavam presas por crimes sexuais (estupro e atentado violento ao pudor). Outros delitos menos comuns incluíram: porte ou venda de entorpecentes (n = 14, 11%), lesão corporal (11 casos ou 6%), seqüestro sem extorsão (dois casos), porte ilegal de armas, maus tratos a menor, ameaça, vandalismo (um caso cada), além de dois casos em que não foram encontradas informações oficiais no prontuário.

Entre os psicóticos (n = 118), o homicídio foi o crime mais comum, motivando a atual internação de 56 deles (47%). Destes, sete mataram mais de uma pessoa e 49 (88%) fizeram uma única vítima. Vinte e dois (39%) mataram um parente de primeiro grau, sete (13%) mataram o irmão/irmã (entre os quais um matou mais de um irmão), cinco (9%) mataram filho/filha (entre os quais dois mataram mais de um filho), cinco (9%) assassinaram a mãe, quatro, o pai, e um matou a mãe e o pai. Cinco (9%) mataram o cônjuge, e um, o tio, perfazendo mais seis casos (11%) de assassinatos de pessoas próximas. Doze pessoas (21%) mataram conhecidos não pertencentes ao círculo familiar (incluindo três que mataram outros pacientes durante internação em hospital psiquiátrico comum). Apenas oito homicidas (14%) deste grupo mataram pessoas totalmente desconhecidas. Em sete casos (13%) não foram obtidas informações sobre a relação entre vítima e perpetrador. Crimes sexuais foram a razão da detenção para 8% dos psicóticos (n = 10).

Entre os portadores de retardo mental (n = 27), predominaram os homicídios (11 casos ou 41%). Em seguida, vieram delitos contra o patrimônio (roubos e furtos, cometidos por sete presos deste grupo, ou 26%) e crimes sexuais (n = 5, 19%). Lesões corporais foram cometidas por dois internos deste grupo (7%) e dois foram condenados por porte de substâncias ilícitas (também 7%). As vítimas dos assassinatos nesta população foram: parentes de primeiro grau em três casos (um matou a avó, um a mãe e um o filho). Uma pessoa matou o cônjuge, totalizando quatro assassinatos no círculo familiar íntimo (36%). Três (27%) mataram outro paciente (um destes foi o mesmo que também matou o filho). Um homicídio sucedeu um estupro cometido contra uma colega de trabalho (conhecido extrafamiliar). Dois (18%) mataram pessoas totalmente desconhecidas. A informação permaneceu ignorada em dois homicídios. A Tabela 3 compara os dois grupos diagnósticos mais prevalentes com os tipos de delitos. Na Tabela 4 estão representadas as relações entre homicidas e vítimas nos dois grupos diagnósticos mais prevalentes.

Entre os 13 internos com diagnóstico de transtorno mental em virtude de uso de substâncias, a maioria (62%, n = 8) estava presa por crimes contra o patrimônio. Quatro (31%) estavam detidos por homicídio e um por lesão corporal. Dois dos três pacientes com transtorno bipolar do humor estavam presos por crimes contra o patrimônio; um, por homicídio.

Os delitos cometidos pelos oito portadores de transtorno de personalidade foram: crime sexual (quatro casos), homicídio (três casos, incluindo duas vítimas familiares) e furto (n = 1). Entre os três que receberam diagnóstico de transtorno dissociativo, um foi condenado por estupro (crime no qual teve várias reincidências), um por maus-tratos ao filho e à enteada e o outro por crime contra o patrimônio. O interno com diagnóstico de transtorno dos impulsos cometeu homicídio. Os delitos dos internos diagnosticados como "outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e doença física" e "epilepsia" foram seqüestro e homicídio, respectivamente. Os dois presos que, após exame pericial, não tiveram nenhum diagnóstico psiquiátrico firmado estavam condenados por tráfico de entorpecentes (n = 1) e crime contra o patrimônio (n = 1).

DISCUSSÃO

Estudos recentes têm demonstrado que existe associação entre violência e doença mental⁸⁻¹⁵. As evidências apontam que portadores de transtornos psiquiátricos – particularmente os transtornos: orgânico cerebral, de personalidade, por causa de uso de substâncias psicoativas e esquizofrenia – são mais propensos a cometerem crimes violentos do que a população geral. A esquizofrenia – particularmente a paranóide¹⁶ – está associada a risco consideravelmente aumentado de violência, para ambos os sexos, mesmo quando controlados fatores como abuso de substâncias, transtorno de personalidade e nível socioeconômico^{11,12,17}. O abuso de substâncias psicoativas (incluindo álcool) aumenta as chan-

Tabela 3. Relação entre crime e diagnóstico na amostra estudada.

Diagnóstico	Homicídio	Crime sexual	Crime contra o patrimônio	Outros crimes	Total
Transtornos psicóticos	56 (47,5%)	10 (8,5%)	26 (22%)	26(22%)	118 (100%)
Retardo mental	11 (40,7%)	5 (18,5%)	7 (26%)	4 (14,8%)	27 (100%)
Outros	10 (31,3%)	5 (15,6%)	13 (40,6%)	4 (12,5%)	32 (100%)

Tabela 4. Relação entre vítima e homicida nos dois principais grupos diagnósticos.

Homicidas	Vítimas familiares	Vítimas conhecidas não familiares	Vítimas desconhecidas	Relação ignorada
Transtornos psicóticos (n = 56)	28 (50%)	13 (23%)	8 (14%)	7 (13%)
Retardo mental (n = 11)	4 (36,4%)	3 (27,2%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Outros diagnósticos (n = 10)	8 (80%)	1 (10%)	0	1 (10%)
Total (n = 77)	40 (52%)	17 (22%)	10 (13%)	10 (13%)

ces de comportamento violento, mesmo quando presente como diagnóstico adicional e não primário^{8,12,18}. A população avaliada incluiu apenas criminosos que cumpriam medida de segurança detentiva. Este estudo não considerou os infratores que receberam medida restritiva. É provável, portanto, que a população estudada represente subgrupo de criminosos inimputáveis ou semi-imputáveis cujo crime foi de maior gravidade.

Informações sobre raça não constavam na maioria dos arquivos. Este fato, lamentavelmente, impediu a caracterização da população analisada quanto a raça ou etnia. Também não foi encontrada nenhuma referência a *status* socioeconômico nos prontuários. Inferências poderiam ser feitas considerando-se escolaridade, situação laborativa e local de residência, mas seriam apenas especulações. Dessa forma, não foi possível avaliar a população quanto ao nível socioeconômico, variável que pode estar relacionada a certas doenças mentais⁹ e, supostamente, a algumas atividades criminosas¹¹. De qualquer forma, há evidências de que a associação entre crime e doença mental independa do nível socioeconômico^{11,12}. O preenchimento incompleto de alguns prontuários dificultou a coleta dos dados.

Toda a população avaliada estava cumprindo medida de segurança. Não foram considerados os casos de superveniência de doença mental, nem internos com situação jurídica ainda indefinida. Assim, todos os presos já apresentavam o transtorno mental à época do delito. Na amostra do presente estudo, havia dois criminosos sem diagnóstico pela perícia que, por determinação judicial, estavam internados.

Os homicidas internados no HCTHC vitimaram mais pessoas próximas do que desconhecidos. As vítimas foram familiares próximos (parentes e cônjuge) em mais de 50% dos casos. Desconhecidos foram assassinados apenas em 13% dos homicídios. Muito já foi dito sobre a tendência à intragrupalidade nos homicídios^{13,19}; na amostra em questão tal fato também foi verificado.

Várias questões podem ser levantadas em relação à população encarcerada no Brasil e, por analogia, à população internada em um hospital de custódia. Em primeiro lugar, existe notável subnotificação de crimes no Brasil^{20,21}. Há ainda a questão do sub-registro (crimes que chegam a ser levados às autoridades policiais, mas que, por diversas razões, não são registrados) e da baixa taxa de esclarecimento da autoria dos delitos²¹. Pode-se questionar se esta tendência à subnotificação seria ainda maior quando o criminoso apresenta sinais nítidos de transtorno psiquiátrico. Poderia-se supor, por exemplo, que exista maior tendência a se encaminhar estas pessoas à emergência psiquiátrica do que à delegacia policial. Tais divagações fogem ao objetivo deste artigo; ressalte-se, apenas, que é possível que a população efetivamente encarcerada não represente a população criminosa de maneira fidedigna e isso deve ser considerado ao se analisar os resultados.

Os portadores de doenças mentais constituem população com maior tendência a comportamento criminoso⁸⁻¹⁵. Os psiquiatras são freqüentemente solicitados a avaliar o risco relacionado a estas populações. Tal necessidade não se limita ao meio forense, mas está, muitas vezes, implícita na avaliação de internações involuntárias, entre outras situações. Acredita-se que conhecer a população psiquiátrica com maior propensão ao comportamento criminoso (como a de internos em hospitais de custódia) seja essencial para futuras políticas de assistência e prevenção de violência. Considerando que o crime violento é fenômeno dinâmico e que o perpetrador também está exposto a maior risco de violência^{13,19}, políticas que diminuam o risco de agressão por parte de doentes mentais oferecem proteção que se estende aos próprios pacientes psiquiátricos.

CONCLUSÃO

O perfil da maioria da população: homens, entre 30 e 39 anos de idade, solteiros, com baixa escolaridade e situação laborativa precária foi compatível com o descrito para outras populações de internos em hospitais de custódia no país.

São necessários mais estudos que avaliem adequadamente esta população, a fim de planejar futuras políticas de assistência, avaliação de risco e prevenção da violência.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o auxílio da funcionária Walda Pedreira do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

REFERÊNCIAS

1. Damasceno N. A cara da morte: bom em São Paulo, ruim no Rio. *Jornal o Globo*, Caderno Rio, 31 de maio de 2008. [acesso em 2008 June 1]. Disponível em: www.oglobo.globo.com.
2. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Segurança, Instituto de Segurança Pública. Balanço das incidências criminais e administrativas no estado do Rio de Janeiro: 1º semestre de 2007 [acesso em 2008 June 1]. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br>.
3. Mecler K, Mendlowicz MV, Moraes T. A avaliação de periculosidade no hospital de custódia e tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro. In: Moraes T. Ética e psiquiatria forense. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA; 2001. p. 217-52.
4. Moscatello RM. Recidiva criminal em 100 internos do manicômio judiciário de Franco da Rocha. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(1):34-5.
5. Biondi E, Fialho J, Kolker T. A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01, 2003 [acesso em 2008 June 6]. Disponível em: <http://www.carceraria.org.br>.
6. Teixeira EH, Dalgalarrodo P. Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(3):192-4.
7. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da décima edição da CID-10. Porto Alegre: ArtMed; 1993.

8. Coid J. Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources and appropriate legislation. *BMJ*. 1996;312:965-6.
9. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:497-501.
10. Hodgins S, et al. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53 (6):489-96.
11. Wessely S. The Camberwell study of crime and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:524-8.
12. Brennan P, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:494-500.
13. Jozef F, Silva, JAR. Homicídio: aspectos epidemiológicos, fenomenológicos e vitimológicos. *J Bras Psiquiatr*. 2003;52(4):275-82.
14. Valença AM, Moraes TM. Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28 Suppl II:S62-8.
15. Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv*. 1999;50:787-92.
16. Barreto BA, Valença A., Jozef F, Mecler K. Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr*. 2004;53(5):302-8.
17. Clark T. Debate on mental illness and violence was oversimplified. *BMJ*. 2002;325:1300.
18. Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 2006;28 Suppl II:S62-8.73.
19. Mawson AR. Intentional injury and the behavioral syndrome. *Aggression and Violent Behavior*. 2005;10:375-405.
20. Batitucci EC. O homicídio em quatro regiões metropolitanas brasileiras: dados do sistema de informações sobre mortalidade. Reunião da ANPOCS, 1998 [acesso em 2008 June 4]. Disponível em: <http://www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar>.
21. Lengruber J, Musumeci L, Ramos S. Por que é tão difícil implementar uma política de segurança? *Observatório da Cidadania*. 2002;46-54.