

Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema

Prolonged institutionalization, mental disorders and violence: a scientific review on the topic

Gustavo Carvalho de Oliveira^{a,b,c}

 <http://orcid.org/0000-0002-2468-1248>

E-mail: psiquiatragustavo@gmail.com

Alexandre Martins Valença^{b,d}

 <https://orcid.org/0000-0002-5744-2112>

E-mail: avalen@uol.com.br

^aCentro Universitário de Brasília. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Brasília, DF, Brasil.

^bUniversidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^cSwinburne University of Technology. Centre for Forensic Behavioural Science. Melbourne, VIC, Australia.

^dUniversidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Trata-se de uma revisão de literatura sobre institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência. Uma busca sistematizada foi realizada nos principais bancos de dados e foram analisados trabalhos dos últimos 22 anos. Os resultados foram divididos em dois grupos: “Estudos relacionando fatores ligados à predição/risco de violência e institucionalização” e “Estudos relacionando risco de violência e desassistência/desinstitucionalização”. Verificou-se que a doença mental isoladamente não é fator diretamente associado ao maior risco de violência, que fatores relacionados à própria institucionalização e à assistência com privação de liberdade influenciam a predição de violência. Conclui-se que abordagens humanizadas, multiprofissionais e com equipe treinada, aliadas ao gerenciamento dos reais fatores de risco de violência, contribuirão para uma melhor assistência e menor necessidade de institucionalização.

Palavras-chave: Institucionalização; Transtornos Mentais; Violência; Psiquiatria Legal; Internação Compulsória de Doente Mental.

Correspondência

Gustavo Carvalho de Oliveira

Centro Universitário de Brasília. Coordenação do Curso de Medicina.
SEPN 707/907, Campus Universitário, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil.
CEP 70790-075.

Abstract

This study is a review of institutionalization, mental disorders and violence. A systematic search was performed in major databases, focusing on studies from the last twenty-two years. The results were divided into two groups: ‘studies on factors related to the risk of violence/prediction and institutionalization’ and ‘studies on the risk of violence and deinstitutionalization/inadequate mental treatment’. We found that mental illness is not directly associated with high risk of violence. Specific details of the institutionalization and assistance with deprivation of liberty are related to violent behavior. We concluded that humanized, multiprofessional approaches and trained staff, combined with the management of real risk factors of violence can contribute to a better health assistance and reduce the need for institutionalization.

Keywords: Institutionalization; Mental Disorders; Violence; Forensic Psychiatry; Commitment of Mentally Ill.

Introdução

A relação entre doença mental e violência é um tema que remonta à Antiguidade, sendo, nos dias de hoje, mais estudada com algum grau de sistematização, porém ainda com interpretações controversas. O conceito de doença mental, que se relaciona intrinsecamente ao que se chamava “loucura” tempos atrás, traz em sua concepção mais contemporânea a ideia de uma variação mórbida do normal que irá prejudicar a performance global da pessoa em diversos âmbitos, como social, ocupacional, familiar e pessoal, e/ou das pessoas com quem convive (Alencar; Rolim; Leite, 2013).

Um outro ponto-chave que se relaciona a esse conceito é o início do desenvolvimento das classificações relacionadas à periculosidade, especialmente após a criação da Associação Internacional de Direito Penal em 1889. Essa associação estabeleceu que seriam considerados perigosos: “1º os reincidentes; 2º os alcoólicos e deficientes de qualquer espécie; 3º os mendigos e vagabundos” (Garófalo 1878 apud Mecler, 1996, p. 27). Nota-se, a partir daí, o tamanho do preconceito e do estigma já derramado sobre pessoas que tivessem variações do normal ou prejuízos no seu desenvolvimento psíquico, já que apresentariam grandes “anomalias” de comportamento que supostamente se correlacionavam a um aumentado risco de violência, chamado de “grau de perigo”. Isso se refletiu no sistema penal brasileiro, bem como em dezenas de outros países no mundo. O Código Penal Brasileiro de 1940, em seu artigo 22 (depois modificado para o artigo 26 na sua revisão de 1984), definiu que eram “perigosos” os criminosos portadores de doença mental (Bruno, 1991).

Já anteriormente a isso, como sabido e relatado na história, o modo de se lidar com portadores da chamada “doença mental” acabou se tornando, em última análise, uma espécie de encarceramento. Instituições psiquiátricas criadas para tratamento de portadores de doença mental foram se tornando espécies de abrigos permanentes. De modo análogo, os chamados “manicômios judiciais”, instituições que abrigavam portadores de doença mental que haviam cometido crimes, também se tornaram abrigos permanentes. Assim, independentemente de terem

cometido crimes, esses indivíduos passaram a ser vistos como do próprio manicômio, ou “da instituição”, e assim permaneceram, mesmo após o fechamento da grande parte dessas instituições.

Assim, neste trabalho, indivíduos que vivam ou viveram em algum tipo de situação completamente vinculados a uma instituição psiquiátrica ou algo equivalente são denominados de “institucionalizados”, e esse processo de “institucionalização”. O processo constante de modificação, não limitado a questões fisicamente estruturais mas envolvendo mudanças na mentalidade, na cultura que relaciona o adoecimento psíquico de modo amplo na sociedade e é mais impactante na situação da doença mental, é conhecido como “desinstitucionalização”. Ele só é possível por meio de políticas públicas de aprimoramento do tratamento em saúde mental (não somente o psiquiátrico), visando a, de fato, desinstitucionalizar, em um aspecto amplo, transformando-se e revendo-se conceitos, preconceitos, estigmas e demais fatores que envolvem o processo de adoecimento psíquico, com a oferta de outros dispositivos de atendimento em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial e acompanhamento ambulatorial não hospitalar.

Ao longo da história, a institucionalização foi a medida adotada para lidar também com portadores de transtornos mentais, termo mais amplo, englobando a doença mental clássica, especialmente as psicoses, mas também referindo-se a pessoas “fora da norma”, como acontece em distúrbios do comportamento, déficits cognitivos e outras dificuldades no campo psíquico. Por esse motivo e pela carência de um tratamento individualizado, multiprofissional e digno, esse dispositivo da institucionalização passou a ser usado de forma abusiva e indiscriminada, gerando, de fato, sérias consequências à saúde e à vida de muitos doentes e às suas famílias. A falta de recursos e de conhecimento científico à época foram importantes reforços para situações por vezes desumanas e ineficazes.

Por fim, somando todo esse contexto histórico e o tratamento antiquado da época, a legislação criada facilitou a realização de internações psiquiátricas que progrediram para a institucionalização do doente mental que cometesse algum delito por tempo indeterminado, até que houvesse “cessação de periculosidade” (Brasil, 1940, art. 97, § 1º). A ideia de risco presumido gerou uma grave distorção

do que deveria ser um sistema para tratar e reabilitar o indivíduo e, paradoxalmente, o deixava enclausurado, ou seja, institucionalizado por longos períodos (Arbex, 2013; Confessor Júnior, 2018; Correia; Passos, 2017).

Desse ponto de vista, podemos refletir sobre violência em seus infinitos aspectos e classificações, atendo-se à definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, p. 5): “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Nota-se que a violência está muito além do físico, podendo surgir, por exemplo, na forma de ameaça, ocasionando privações e modificações no desenvolvimento do indivíduo. Por isso, neste artigo, as relações entre violência e doença mental serão abordadas no suposto risco de periculosidade dessa população, reflexo de um grande e histórico estigma, e também serão considerados e avaliados os diversos tipos de violência que essa população sofre e pode sofrer, conhecendo-se a ampla definição da OMS.

Diversos trabalhos buscaram associar risco de violência a doença mental, mas muitos estudos descreviam amostras pequenas ou específicas, como populações exclusivamente vindas de hospitais de custódia ou mesmo de prisões, gerando uma análise inadequada da doença mental em si (Adshead, 1998; Flannery Junior et al., 2000; Kramp; Gabrielsen, 2009; Moscatello, 2001; Oliveira et al., 2017; Short et al., 2013). Por outro lado, há outros estudos demonstrando relações contrárias a isso (Fazel; Yu, 2011; Ghoreishi et al., 2015; Mecler, 2010; Oliveira et al., 2016). Certamente há possibilidades de prevenção de violência em indivíduos com transtornos mentais, através de tratamento psiquiátrico e manejo clínico desse aspecto (Valença et al., 2011).

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação padronizados nos últimos 20 anos tornou-se prioridade, de forma a melhorar a validade e a fidedignidade das previsões quanto ao risco de violência. A expectativa é que esses instrumentos possam gerar dados confiáveis sobre a possibilidade de pacientes cometerem atos violentos, sob certas circunstâncias.

Há, ainda, no Brasil e no mundo, instituições que absorvem doentes mentais e que permanecem abrigando-os por períodos prolongados. Por vezes, a origem dessa população é distinta, sendo alguns pacientes provenientes de antigos manicômios que foram fechados. Esses pacientes receberam “medida de segurança”, com objetivos protetivo e terapêutico, porém, por várias distorções do sistema judiciário e assistencial, têm permanecido por muitos anos internados nessas instituições.

Uma vez que o indivíduo receba uma medida de segurança por ordem judicial, ao término dessa, deverá passar por novo exame pericial que objetiva avaliar a sua periculosidade, exame esse realizado por perito oficial do estado. O exame de verificação de cessação de periculosidade deverá ser realizado ao término do prazo mínimo fixado pelo juiz (entre um e três anos) e repetido anualmente, enquanto não se determinar a cessação da periculosidade. É importante ressaltar que a periculosidade é, nesse contexto, um conceito jurídico (e não médico ou psicológico) implicando na capacidade de se prever o risco de comportamento delituoso futuro do sujeito submetido à medida de segurança (Mecler, 2010).

Em razão disso, os critérios avaliados para verificação de periculosidade vão além de uma avaliação psiquiátrica, que é parte relevante de um contexto mais abrangente e merecem ser discutidos de maneira transdisciplinar.

Este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão da literatura científica sobre a importante temática contextualizada de violência, transtornos mentais (termo mais amplo) e institucionalização, levando-se em conta aspectos clínicos, históricos, culturais e sociais.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão de literatura e, para isso, foram utilizados os principais bancos de dados científicos relacionados ao tema. Os termos operados são os descritores em saúde: “institucionalização”, “transtornos mentais”, “violência” e seus equivalentes em inglês e em espanhol. As bases utilizadas foram PubMed, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (Lilacs), Scientific Electronic Library (SciELO) e

Virtual Health Library (Bireme). Adicionalmente, foram procurados outros artigos em outros idiomas além do inglês, espanhol e português, utilizando as mesmas estratégias. Não houve qualquer limitação de tempo, buscou-se todos os dados disponíveis em todas as bases de dados e, depois, foi resolvido restringir a análise dos resultados aos últimos vinte e dois anos, procurando dar uma visão sobre o tema até o ano de 2020.

A seleção de artigos a serem incluídos nesta revisão se deu através da leitura dos resumos encontrados, no que foram avaliados se eram artigos relacionados ao tema de institucionalização/internação prolongada de portadores de transtornos mentais e sua possível correlação com a violência. A partir daí, foram extraídas as informações que contemplam os objetivos gerais e específicos já descritos. Não houve delimitação quanto ao tipo de artigo, pois o propósito foi realizar uma revisão sobre o que se produziu de conhecimento acerca desse tema nos últimos vinte e dois anos. A pesquisa, nas bases de dados descritas, utilizou os descritores presentes nos três termos:

No Pubmed foram encontrados 155 artigos, sendo 101 deles publicados nos últimos vinte e dois anos. Desses, 58 contemplaram o tema deste trabalho e foram estudados e avaliados.

Na base de dados Bireme foram encontrados 35 artigos, sendo 23 publicados nos últimos vinte e dois anos, sendo que 11 destes contemplaram o tema deste trabalho.

A busca no banco de dados do Scielo encontrou apenas um artigo com os três descritores presentes e o seu tema não contemplava os objetivos deste trabalho. Assim, não houve avaliação de publicações do Scielo.

Logo, foi feita a leitura inicial de 124 resumos de artigos publicados nos últimos vinte e dois anos, dos quais foram separados 69 artigos que, de fato, possuíam relação com o tema descrito. Quatro destes estavam em duas bases de dados e seis artigos foram excluídos da análise por estarem escritos em dinamarquês, polonês e norueguês. Desse modo, o número total final de artigos foi 59.

Os tipos de artigos encontrados e analisados foram: 1 ensaio clínico randomizado, 1 caso-controle, 7 revisões sistematizadas 21 revisões não

sistematizadas, 31 demais tipos de artigos (relatos, editoriais, comentários etc.).

Resultados

Os locais com as maiores concentrações de pesquisas foram Europa e Estados Unidos da América e as revistas especializadas em que mais se publicaram artigos eram também dessas regiões.

Com respeito ao perfil sociodemográfico dessa população, foram observados dados sobre esse tema de forma explícita em pelo menos quatro trabalhos (Crocker; Côté, 2009; Flannery Junior et al., 2000; O'Grady, 2004; Short et al., 2013). O que foi verificado em comum é que se trata de uma população de adultos jovens, do sexo masculino, solteiros, com baixa ou nenhuma renda, baixo nível de instrução, sem ocupação e com histórico de doença mental, embora muitos indivíduos nunca estiveram em tratamento. Ou seja, uma população muito desfavorecida e exposta a diversos fatores desestabilizadores. Para sistematizar a análise dos resultados, os principais estudos foram reunidos em dois grupos: o primeiro, que busca descrever fatores ligados à predição/risco de violência correlacionando-os a institucionalização, e um segundo, que buscou avaliar o risco de violência e/ou de desassistência à desinstitucionalização.

Estudos relacionando fatores ligados à predição/risco de violência e institucionalização

No que diz respeito aos itens históricos e a possível relação com institucionalização e/ou à violência, a metanálise de Douglas, Guy e Hart (2009) utilizou 204 estudos e 166 variáveis independentes. A tendência central (mediana) dos tamanhos de efeito indicou que a psicose pode se associar a um aumento de 49% - 68% no risco de violência. No entanto, houve grande dispersão entre os tamanhos de efeito, atribuídos a fatores metodológicos, como amostras comunitárias ou institucionais, definição de psicose (diagnóstico, quantificação e tipo de sintomas), grupo de comparação (psicose comparada com externalização *versus* internalização *versus* ausência de doença mental). Esses dados mostram o quão específico, pontual e diverso pode ser a

apresentação de comportamento violento e de quadro psicótico.

Steinert (2002a) realizou uma revisão não sistematizada para investigar a predição de risco de violência. O preditor "histórico de violência" foi o único isolado e robusto. Outros mais proeminentes são sintomas positivos (delírios e alucinações) e outros sintomas psicóticos. A análise das variáveis clínicas é prejudicada, pois as intervenções farmacológicas e terapêuticas especialmente aplicadas nos pacientes internados influenciaram tal avaliação. Sexo masculino, idade mais jovem, sintomatologia psicótica e abuso de álcool foram preditores de maior potencial, segundo o estudo.

Esse mesmo autor, em uma outra revisão de literatura também de 2002, estudou a predição de risco de violência em pacientes com doença mental grave e em indivíduos sem doença mental (Steinert, 2002b). Ele definiu que seria necessário separar os preditores dos pacientes internados ou institucionalizados dos preditores dos pacientes não internados e das pessoas sem doença mental. Os resultados da revisão foram: as pessoas sem doença mental, assim como os doentes mentais graves não internados e não institucionalizados, possuem os mesmos preditores de comportamento violento: antecedentes criminais, sexo masculino, idade mais jovem e abuso de substâncias. Para os pacientes internados ou institucionalizados, o comportamento violento durante a internação hospitalar está intimamente relacionado à gravidade dos sintomas psicopatológicos. Tais variáveis não foram as mais significativas nos pacientes não internados e não institucionalizados. Ou seja, o trabalho mostrou que para os indivíduos que vivem na comunidade, sejam doentes mentais grave ou não doentes, não há um aumento de risco de violência associado à doença mental. Pode haver fatores relacionados à própria institucionalização ou ao tipo de assistência, encontrado em outros trabalhos como o descrito a seguir.

Flannery Junior et al. (2000) realizaram um estudo de coorte quanto a egressos de instituição para doentes mentais com comportamento violento em Massachusetts. Inicialmente, foi caracterizado o perfil sociodemográfico dos egressos: 554 homens e 472 mulheres, 87% caucasianos, idades de 20-80 anos, média de 41 anos e diagnóstico principal

de esquizofrenia (71%). A seguir, avaliou-se a ocorrência de diversos tipos de agressão, sejam físicas, sexuais, intimidações verbais e não verbais em dois períodos: 1991-94 (primeiro período) e 1994-98 (segundo período). Oitenta agressões à equipe de assistência foram relatadas no primeiro período e 39 no subsequente. O tipo de agressão no primeiro período teve o seguinte perfil: 30 agressões físicas (37,5%), 7 agressões sexuais (9,7%) e 42 agressões verbais (52,5%). No segundo período, houve 22 agressões físicas (57%), 4 agressões sexuais (10,2%) e 9 agressões verbais (23,1%); ou seja, uma redução significativa. O perfil dos agressores estudados nos dois períodos foi bastante semelhante: sexo masculino, jovens e com sintomas psicóticos.

Os autores desse mesmo estudo também descreveram o perfil das vítimas das agressões e chegaram a conclusões importantes: eram profissionais em contato direto com internos, sem formação e sem treinamento adequado, portadores de estresse agudo (69%) e outras alterações mentais como perturbações do sono, hipervigilância e presença de memórias intrusivas (48%). Com base nesses resultados, a instituição optou por capacitar as equipes do hospital, após o primeiro período do estudo, por meio do ASAP - "Assaulted staff action program" - um programa direcionado a equipes vítimas de agressão. Tal capacitação explicou, em boa parte, a redução significativa no número de agressões ocorridas no período pós-treinamento. Esse estudo comprovou a relevância em se capacitar os profissionais da assistência, trazendo um olhar também ao profissional e a quem assiste o doente, não somente se limitando a observar a violência sob o ponto de vista do paciente enfermo, visto que um profissional adoecido pode instigar manifestações violentas.

Por sua vez, Warburton (2014) realizou um estudo transversal em pacientes psiquiátricos no estado da Califórnia. Segundo ele, a agressão física foi a principal razão de internação e o principal impeditivo para alta em diversos serviços. Existiriam três motivações para agressões: mau controle dos impulsos, comportamento predatório planejado ("sinais" - "não gosto", "quero agredir", "quero matar") e sintomas psicóticos positivos. Foram aventadas propostas para melhora desse problema: avaliação de risco de violência; personalizar o

tratamento baseado no tipo de agressão: terapia comportamental dialética para impulsividade, intervenções de segurança na agressão predatória e medicação antipsicótica para sintomas psicóticos; monitoramento quanto ao uso de substâncias; avaliação forense independente da clínica e cuidados com o ambiente e o layout do hospital.

Estudos relacionando risco de violência e desassistência/desinstitucionalização

Short et al. (2013), em um estudo de caso controle, compararam registros criminais de 4.168 esquizofrênicos (1975-2005) não institucionalizados com amostra aleatória de 4.641 indivíduos da comunidade, na Austrália. Em comparação com os controles da comunidade, os pacientes com distúrbio do espectro da esquizofrenia foram significativamente mais propensos a ter um registro de violência (10,1% *vs.* 6,6%) e foram muito mais vítimas de agressão sexual violenta (1,7% *vs.* 0,3%). Outro achado observado foi que a taxa de vitimização registrada mais do que duplicou nos pacientes com espectro de esquizofrenia, mas permaneceu constante na comunidade.

As pessoas com distúrbios do espectro esquizofrênico são particularmente vulneráveis à vitimização por crimes violentos. Embora a comorbidade com abuso de substâncias e a criminalidade aumentem as chances de vitimização, elas não podem explicar plenamente o aumento dessas taxas nesses indivíduos. Segundo esse trabalho, a desinstitucionalização pode ter, em parte, contribuído para uma consequência involuntária do aumento das taxas de vitimização entre os doentes mentalmente graves.

Na mesma linha de trabalho, Kramp e Gabrielsen (2009) procuraram analisar as relações entre a reorganização do sistema de tratamento psiquiátrico e o crescente número de pacientes envolvidos em crimes como homicídio, incêndio e outras ações violentas perpetradas por indivíduos com doenças mentais. Utilizando registros dinamarqueses, foi estimada a taxa de crescimento anual positiva ou negativa em psiquiatria social e comunitária (variáveis explicativas) e a prevalência e incidência de pacientes forenses, envolvidos em delitos

(variáveis de resposta) de 1980 a 1997 para cada um dos municípios dinamarqueses. Foi encontrado que o fechamento dos leitos não teve efeito imediato sobre o número de pacientes forenses ou crimes graves. Entretanto, segundo esses autores, a análise comparativa mostrou, ao longo do tempo, que a diminuição do número de leitos psiquiátricos esteve significativamente relacionada, em pacientes forenses, com as taxas de crescimento de delitos como homicídios e incêndios, daí a importância da disponibilidade do dispositivo de internação para pacientes psicóticos cujo comportamento envolva risco de violência.

Videbech et al. (2010) avaliaram a situação de saúde em residências terapêuticas na Dinamarca. Os autores encontraram um grupo de pessoas com doença mental muito grave, além de doenças físicas mal tratadas. Foi observado um alto índice de episódios violentos e de comportamento psicótico nesses pacientes, além de uma alta frequência de internações curtas. Ao se estabelecer uma comparação desse grupo a um grupo de controle populacional sem doenças mentais, os autores encontraram uma prevalência duas vezes maior de síndrome metabólica nos indivíduos institucionalizados em relação à população controle. A hipótese gerada pelo estudo foi de que um estilo de vida não saudável, associado ao tratamento psicofarmacológico, acarretaria alto risco para eventos cardiovasculares. Assim, os autores propõem uma triagem regular obrigatória para doenças físicas a fim de garantir a saúde dos pacientes. Eles também acreditam que seria ideal mantê-los em uma enfermaria psiquiátrica de longa permanência e obter uma ação mais incisiva do sistema judiciário para os casos graves.

Wahlbeck et al. (2011) estudaram uma coorte de pacientes internados em hospitais psiquiátricos na Finlândia, na Suécia e na Dinamarca, entre 1987 e 2006, e procuraram avaliar a expectativa de vida dentre outras observações sobre a saúde desses pacientes, sendo o desfecho principal em até quinze anos após a alta hospitalar e o grupo controle da população não doente. Os pacientes com transtornos mentais tiveram mortalidade três vezes maior que a população não doente. As mulheres viveram 15 anos a menos e os homens 20 anos a menos que os respectivos controles. Durante

a era da desinstitucionalização, a expectativa de vida entre as pessoas com transtornos mentais diminuiu nos três países. Os determinantes de mortalidade encontrados incluíram um estilo de vida não saudável, negligência quanto aos cuidados com o corpo e uma “cultura” de se não levar em conta doenças físicas na abordagem do paciente psiquiátrico. Além disso, pessoas com transtornos mentais são mais frequentemente desempregadas, solteiras e marginalizadas. O estigma implica em grandes barreiras para o acesso ao tratamento de saúde. Os resultados mostram uma maior necessidade de ações de promoção da saúde, melhoria do sistema e da prevenção de suicídios e violência no sistema de saúde nórdico.

Uma revisão histórica realizada por Manning (2009), avaliou a situação dos pacientes psiquiátricos tutelados pelo Estado Australiano na casa de Kew Cottages, entre 1925 e 2008. Fundada em 1887, Kew Cottages foi a mais antiga e maior instituição especializada da Austrália em pessoas com deficiência intelectual. Kew Cottages foi originalmente concebido como um lugar de cuidados benevolentes e educação para as crianças. No entanto, devido a sua localização isolada, aproximada a de um “Asilo Lunático”, e o uso de medidas de segurança física, resultou em uma reputação como a de um lugar de encarceramento. Apesar da introdução de reformas em meados do século XX para conceder maiores liberdades aos residentes, as condições de vida precárias, o regimento muito rigoroso, violência e abuso contribuíram para se construir um ambiente de prisão dentro da instituição.

Lamb e Weinberger (2013) realizaram uma revisão de publicações recentes, avaliando se portadores de doenças mentais graves possuíam envolvimento criminal. Neste trabalho, percebeu-se que pacientes com esse comportamento quase sempre receberam tratamento inadequado ou com pouca estrutura, sem controle social e sem um acompanhamento integral no sistema de saúde mental quando necessário. O sistema público de saúde necessita de maior financiamento e responsabilização para cuidar desses pacientes. Certamente são situações que podem ser tratáveis e evitadas.

Silver (2006) realizou uma revisão não sistematizada sobre a violência e os transtornos

mentais e as suas bases teóricas. Segundo o autor, as teorias das “carreiras criminosas” e das “circunstâncias de vida local” precisam ser estudadas e revistas para que se considere a adoção de uma nova estrutura organizada e sistematizada que leve em conta as mudanças do paciente ao longo do tempo. Isso irá contribuir muito para uma melhor compreensão dos fatores determinantes do comportamento violento entre pessoas com doença mental vivendo na comunidade. O autor concluiu que a proposição de um sistema de tratamento organizado, baseado em pesquisa e evidência, gerido por instrumentos padronizados que documentem rigorosamente os contextos clínicos e criminológicos dos pacientes, avaliação de familiares e demais envolvidos no contexto social e, por exemplo, aliado a uma estrutura de estabelecimento de recompensas frente às progressivas melhoras do indivíduo, seria um bom modelo para a redução efetiva do risco de violência entre portadores de transtornos mentais.

Esses últimos estudos nos mostram que, de fato, estratégias que levem em conta a dinamicidade do indivíduo, do ambiente e dos demais determinantes da violência e o processo de desinstitucionalização podem levar a uma maior chance de compreensão do processo de violência sem apenas limitar-se a uma dicotomia institucionalização/desinstitucionalização, como será discutido a seguir.

Discussão

Os artigos encontrados mostraram uma preocupação/discussão com a questão do comportamento violento e doenças mentais, presença ou ausência de fatores associados entre si e a questão da institucionalização/desinstitucionalização e suas consequências. As revisões sistemáticas, inclusive uma metanálise (Douglas; Guy; Hart, 2009), encontraram uma heterogeneidade muito grande nas amostras, nos critérios utilizados e nos grandes vieses próprios das avaliações de risco de violência, sendo um tema que envolve multidisciplinaridade.

Nos estudos desta revisão o fator “histórico de violência” aparece como um item significativamente isolado e tal informação é corroborada por diversos outros autores (Mecler, 2010; Oliveira et al., 2017; Teixeira et al., 2007). Contudo, tal informação em

nada auxilia na prevenção do primeiro episódio violento e não traz qualquer dado sobre quais os fatores que de fato vão ensejar o risco de um comportamento violento para que possa ser modificado e trabalhado.

Na realidade, ao se considerar apenas o item histórico de comportamento violento prévio, isso contribuirá para o aumento do estigma com o doente mental infrator, que tenderá a ser visto como perigoso e sem capacidade de socialização ou de recuperação.

Goffman (1988) traz dados significativos diretamente relacionados a se estabelecer sinais (corte, marcas ou mesmo queimaduras) em indivíduos com “mau status moral”, distúrbios físicos ou algo que fosse estranho ou menos desejável aos “normais”. Cumprir uma norma ou simplesmente apoiá-la é uma forma de exercer o preconceito, como mostra esse autor. O sentimento de inferioridade só vai gerar mais insegurança e estigma em ambos os lados.

As experiências pessoais, especialmente narrativas de autorrelatos, são capazes de gerar algum tipo de mudança e até motivação dentro da categoria dos segregados/estigmatizados. Isso traz possibilidade de o “desacreditado”, ou ainda o “desacreditável”, mostrar que pode ocorrer algo diferente do que é esperado pela sociedade (Goffman, 1988), visto que, em geral, as diferenças ou dificuldades dos doentes mentais são tratados com estigma.

Thornicroft (2006) descreve situações reais vivenciadas por pessoas com transtornos mentais, como restrições significativas a direitos civis básicos nos Estados Unidos, dificuldade de acesso a um aluguel ou mesmo a uma moradia própria, restrições a uso de piscina em determinados clubes e restrições para dirigir um veículo ou obter um visto. Historicamente, em diversos estados daquele país, o direito de votar também era restrito e não acessível a indivíduos com doenças mentais. Nesse mesmo texto, exemplificam-se casos de doentes mentais vítimas de violência, tanto física quanto sexual.

A maior vulnerabilidade dos doentes mentais à violência abordada por Thornicroft (2006) vai ao encontro de alguns dos artigos dessa revisão e de outros sobre o tema, como Short et al. (2013), Wahlbeck et al. (2011), Abdalla-Filho e Souza (2009), Teixeira et al. (2007) e Gattaz (1999).

Scheirs et al. (2012) realizaram um estudo transversal em uma instituição holandesa para pesquisar variáveis que mais se relacionavam à necessidade de contenção física ou química em pacientes com deficiência intelectual. Esses autores concluíram que nenhuma variável sociodemográfica foi estatisticamente significativa e que há fatores maiores preditores de comportamento violento de maior relevância: baixo funcionamento adaptativo, comportamento desafiador não violento e um nível intelectual maior (dentro dessa amostra de pacientes com deficiência intelectual). A institucionalização parece ter provocado o fenômeno nocivo de frustrar o indivíduo com melhor capacidade intelectual, haja vista as limitações e barreiras do ambiente institucionalizado e enclausurado.

A caracterização dos resultados dessa revisão, em que os trabalhos quase sempre se encontram focados na avaliação de violência perpetrada pelo doente e muito raramente avaliam a fundo fatores que ensejam essa violência que não são dependentes do mesmo, reforça o caráter antiquado deste pensamento. São escassos trabalhos que se ativeram às violências sofridas por pessoas em situação de institucionalização e quando eles são realizados acabam sendo revisões históricas, especialmente do período manicomial. É importantíssimo ter a consciência de que nos dias atuais essa violência persiste, não somente a física, mas a coação, o preconceito e o desdém, que caracterizam uma violência tipicamente institucional.

Valença et al., em 2006, 2013 e 2015, procuraram relacionar fatores à presença de comportamento violento no que tange à predição de risco e à prevenção da manifestação desse comportamento (Valença; Moraes, 2006; Valença; Nascimento; Nardi, 2013; Valença et al., 2015). Os critérios clínicos foram determinantes nessas pesquisas, principalmente a presença de sintomatologia produtiva, a recaída da doença, falta de *insight* e distorções cognitivas. Isso comprova que um controle clínico adequado é fundamental para evitar a reincidência na população de doentes mentais.

No que diz respeito a predição de comportamento violento, Oliveira et al. (2017) concluíram que o uso de instrumentos validados e o desenvolvimento de uma entrevista semiestruturada com a finalidade de

avaliar o risco de violência em pacientes psiquiátricos sob custódia seriam maneiras de contornar ou, ao menos, diminuir possíveis distorções. Ainda de acordo com esses autores, pesquisas que forneçam dados que auxiliem a identificação de indivíduos com transtornos mentais com risco de comportamento violento, bem como o tratamento adequado dos mesmos, podem contribuir para a prevenção dessa conduta, assim como a sua expressão no meio social. Como consequência, poderiam permitir uma melhor caracterização dos grupos e de situações de risco, esclarecendo as motivações específicas relacionadas à manifestação de comportamento violento em indivíduos com transtornos mentais.

Deve-se considerar uma análise mais cuidadosa das publicações de Videbech et al. (2010), Kramp e Gabrielsen (2009) ou, ainda, Fuller Torrey (2015), em que se procura correlacionar a desinstitucionalização a um processo de aumento de crimes violentos praticados por doentes mentais. Como mostram os artigos desta revisão (Glied; Frank, 2014; Lamb; Weinberger, 2013; Manning, 2009; Silver, 2006), as situações de violência e risco são pontuais e envolvem a minoria dos doentes. Situações de instituições historicamente fundadas num tipo de abordagem que enfoca a punição, o encarceramento e as restrições físicas podem influenciar um comportamento que envolva uma resposta violenta. Pensar na ideia de voltar a institucionalizar os doentes, ainda que (e obviamente) se usando um modelo com melhor infraestrutura, como uma solução pode parecer um retrocesso. A análise histórica dessas instituições é clara no aspecto em que elas surgiram com um modelo bem diferente do que se tornaram. Inicialmente, eram chamadas de casas de repouso, locais de recuperação, *spas* etc.

Foucault (2001), Correia e Passos (2017) e Arbex (2013) tratam da temática das restrições, da institucionalização e das dificuldades e distorções dos modelos manicomial de tratamento psiquiátrico. São diversos os relatos de maus tratos, prolongamentos desnecessários de internações e proposta terapêutica inadequada e distorcida. Uma consequência nefasta foi o crescimento da violência institucional e um enorme número de mortes que poderiam ter sido evitadas.

O estigma decorrente de abordagens terapêuticas inadequadas é retratado de forma muito clara

pelos próprios doentes. Nascimento e Leão (2019) publicaram um importante trabalho qualitativo em que se vê muito claramente o quão estigmatizados e vítimas de preconceito os doentes mentais se percebem. As estratégias de *recovery*, que pode ser compreendido como um processo de recuperação em que cada indivíduo vivencia de uma forma e busca a sua recuperação de forma mais ativa e participativa possível, é, sem dúvida alguma, um fator importante para a superação dos efeitos do estigma e outros efeitos negativos da presença de uma doença mental (Nascimento; Leão, 2019; Serpa Junior et al., 2017).

É importante destacar como Flannery Junior et al. (2000) investigaram o perfil de agressões realizados pelos egressos de uma instituição psiquiátrica. A inovação desse trabalho foi pensar na perspectiva do profissional e não apenas de associar a violência ao doente. E, de fato, os autores encontraram um perfil de profissionais que foram vítimas da violência: aqueles com formação ou treinamento inadequado e que apresentavam perturbações da saúde mental, como estresse agudo, alterações de sono, hipervigilância e outras alterações psíquicas. De acordo com esse estudo, uma intervenção junto à equipe de profissionais contribuiu para que as agressões caíssem para menos da metade em um mesmo período de observação (quatro anos), apesar do aumento do número de internações no período. Ou seja, existem medidas a serem tomadas para a prevenção do comportamento violento e elas não são limitadas ao doente em si, mas a diversos outros fatores.

Assim, podemos considerar que as alternativas mais plausíveis, com maiores chances de prevenção da violência junto à população de doentes mentais e com maiores possibilidades de ressocialização e de bom controle clínico são treinamentos adequados para as equipes assistentes e criação de modelos sistematizados, padronizados e que considerem a evolução e a dinamicidade do processo relacionado à violência, como abordado em diferentes estudos, como nos estudos de Silver (2006), Mecler (2010), Valença, Nascimento e Nardi (2013) e Oliveira et al. (2017).

Já há estudos científicos robustos, incluindo revisões sistemáticas e metanálise, comprovando que a doença mental não é o fator mais importante na avaliação de risco de violência ou mesmo nem é um fator isolado (Abdalla-Filho; Engelhardt, 2003;

Achá et al., 2011; Bonta; Law; Hanson, 1998; Ghoreishi et al., 2015; Mecler, 1996; Menezes, 2001; Oliveira et al., 2017; Valença; Moraes, 2006; Valença; Nascimento; Nardi, 2013; Whittington et al., 2013).

Diversos estudos têm pesquisado a relação entre doença mental e comportamento violento. Menezes (2001) encontrou que a ausência de tratamento psiquiátrico prévio anterior ao delito foi a principal variável relacionada ao comportamento violento, destacando-se, então, a possibilidade de ser evitável.

No Brasil, uma das situações em que somos confrontados com a violência e a institucionalização é quando um doente mental comete um crime e é considerado imputável, de acordo com o Artigo 26 do Código Penal Brasileiro. Nesse caso, ele passa a ser custodiado pelo Estado Brasileiro podendo permanecer até décadas institucionalizado, mesmo em razão de um crime não tão grave, devido a ser considerado um indivíduo potencialmente perigoso. A periculosidade presumida só se encerra com o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, que deve ser realizado por psiquiatra perito oficial. Mecler (2010) e Oliveira et al. (2016) pesquisaram centenas de laudos psiquiátricos brasileiros e identificaram que, em boa parte desses exames, o perito psiquiatra não parece submeter seu laudo a uma padronização e a uma sistematização que considere os pontos mais relevantes no risco de violência, em desacordo com o apresentado na literatura científica mostrada nesta revisão.

Tal situação provoca uma grande reflexão com relação ao Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, pois sua falta de sistematização e padronização para a coleta dos dados dificulta não só a análise dos dados, como também a qualidade do exame, que muitas vezes não aborda alguns dos fatores relevantes para uma eficiente análise do risco de violência. Baseado nisso, o Instituto de Perícias Heitor Carrilho, local em que são realizadas todas as perícias de cessação de periculosidade do estado do Rio de Janeiro, após debates sobre o tema com seus gestores e corpo clínico instituiu, em outubro de 2017, o Exame Multiprofissional e Pericial de Atenção Psicossocial (Empap).

Este exame representa um novo modelo de acordo com as avaliações científicas, históricas e culturais e todo o avanço do conhecimento em saúde e jurídico,

atendendo aos princípios da dignidade e às regras internacionais de Direitos Humanos. O Empap foi concebido na perspectiva multidisciplinar, tratando alguns pontos centrais de forma objetiva e explícita, considerando itens históricos, a criminologia, fatores sociais, clínicos e a perspectiva para o futuro, tanto do ponto de vista do periciando quanto do suporte psicossocial o qual deverá receber quando da sua liberação da medida de segurança (Costa et al., 2018).

É preconceituoso, estigmatizante e contrário às evidências científicas considerar o doente mental como um indivíduo com risco maior de comportamento violento comparado à população geral. Naturalmente, há situações em que o mesmo, especialmente se não tratado, pode vir a se tornar violento, porém trata-se de um contexto específico e os fatores são tratáveis e modificáveis. Certamente, uma assistência de qualidade e humanizada, em que se evite a internação prolongada e a institucionalização, é uma excelente maneira de reduzir o risco de comportamento violento desses indivíduos.

A identificação de fatores de risco associados ao comportamento violento é fundamental para se conseguir uma avaliação adequada em relação à doença mental, sem se referenciar estritamente no modelo de internação/institucionalização prolongado, arcaico e estigmatizante, quando visto como única alternativa.

A aplicação de instrumentos padronizados e de uma avaliação sistematizada e embasada no conhecimento técnico-científico pode fornecer dados mais fidedignos, de forma a prever e a evitar o risco de violência nessa população ou mesmo evitar um uso abusivo da medida de segurança. Aliando-se a organização de um sistema de tratamento de saúde padronizado, holístico e dinâmico, se poderá oferecer um acompanhamento adequado e uma ressocialização real, sem que se reforce o peso de um estigma e de um pensamento arcaico de que somente institucionalizar o indivíduo é a solução.

Referências

ABDALLA-FILHO, E.; ENGELHARDT, W. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 245-248, 2003.

Abdalla-Filho, E.; Souza, P. A. Bioética, psiquiatria forense e a aplicação da medida de segurança no Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 181-190, 2009.

ACHÁ, M. F. F. et al. Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 11-15, 2011.

ADSHEAD, G. Psychiatric staff as attachment figures: understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, Cambridge, v. 172, n. 1, p. 64-69, 1998.

ALENCAR, A. V.; ROLIM, S. G.; LEITE, P. N. B. A história da loucura. *Id Online: Revista de Psicologia*, Jabotão dos Guararapes, v. 7, n. 21, p. 15-24, 2013.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013.

BONTA, J.; LAW, M.; HANSON, K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, Washington, DC, v. 123, n. 2, p. 123-142, 1998.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRUNO, A. *Perigosidade criminal e medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Rio, 1991.

CONFESSOR JÚNIOR, W. G. *O iluminismo tardio no cemitério dos vivos: o manicômio judiciário no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Org.). *Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

COSTA, C. A. R. et al. Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao exame de verificação de cessação

- da periculosidade vigente no código penal brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, n. 144, p. 323-355, 2018.
- CROCKER, A. G.; CÔTÉ, G. Evolving systems of care: individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in custody of civil and forensic psychiatric services. *European Psychiatry*, Cambridge, v. 24, n. 6, p. 356-364, 2009.
- DOUGLAS, K. S.; GUY, L. S.; HART, S. D. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychology Bulletin*, Washington, DC, v. 135 n. 5, p. 679-706, 2009.
- FAZEL, S.; YU, R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, Oxford, v. 37, n. 4, p. 800-810, 2011.
- FLANNERY JUNIOR, R. B. et al. Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatry Services*, Washington, DC, v. 51, n. 1, p. 111-113, 2000.
- FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FULLER TORREY, E. Deinstitutionalization and the rise of violence. *CNS Spectrums*, New York, v. 20, p. 207-214, 2015. Número especial 3.
- GATTAZ, W. F. Violência e doença mental: fato ou ficção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 196, 1999.
- GHOREISHI, A. et al. Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia. *Journal of Injury and Violence Research*, Kermanshah, v. 7, n. 1, p. 7-12, 2015.
- Glied, S.; Frank, R. G. Mental illness and violence: lessons from the evidence. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 104, n. 2, p. 5-6, 2014.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- KRAMP, P.; GABRIELSEN, G. The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill. *European Psychiatry*, Cambridge, v. 24, n. 6, p. 401-411, 2009.
- LAMB, H. R.; WEINBERGER, L. E. Some perspectives on criminalization. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Bloomfield, v. 41, n. 2, p. 287-293, 2013.
- MANNING, C. Imprisoned in state care? Life inside Kew Cottages 1925-2008. *Health and History*, Sydney, v. 11, n. 1, p. 149-171, 2009.
- MECLER, K. *Periculosidade e inimputabilidade: um estudo dos fatores envolvidos na determinação da periculosidade do doente mental infrator*. 1996. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- MECLER, K. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, Santos André, v. 20, n. 1, p. 70-82, 2010.
- MENEZES, R. S. *Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados*. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
- MOSCATELLO, R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 34-35, 2001.
- NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História Ciências Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 103-121, 2019.
- O'GRADY, J. Prison psychiatry. *Criminal Behavior and Mental Health*, London, v. 14, p. s25-30, 2004.
- OLIVEIRA, G. C. et al. O exame de verificação de cessação de periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 322-341, 2016.
- OLIVEIRA, G. C. et al. Cessation of dangerousness status: an analysis of 224 reports from the Instituto de Perícias Heitor Carrilho. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 45-54, 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, 2002.

SCHEIRS, J. G. et al. Client factors as predictors of restraint and seclusion in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, Abingdon, v. 37, n. 2, p. 112-120, 2012.

SERPA JUNIOR, O. D. et al. Relatos de experiências em recovery: usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores e efeitos destas práticas em docentes e pesquisadores em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 250-270, 2017.

SHORT, T. B. et al. A case-linkage study of crime victimisation in schizophrenia-spectrum disorders over a period of deinstitutionalisation. *BMC Psychiatry*, London, v. 13, n. 1, p. 66, 2013.

SILVER, E. Understanding the relationship between mental disorder and violence: the need for a criminological perspective. *Law and Human Behavior*, Southport, v. 30, n. 6, p. 685-706, 2006.

STEINERT, T. Gewalttätiges Verhalten von Patienten in Institutionen. *Psychiatrische Praxis*, New York, v. 29, n. 2, p. 61-67, 2002a.

STEINERT, T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Hoboken, v. 106, n. s412, p. 133-141, 2002b.

TEIXEIRA, E. H. et al. Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 127-133, 2007.

THORNICROFT, G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. New York: Oxford University Press, 2006.

VALENÇA, A. M.; MORAES, T. M. Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, p. s62-s68, 2006. Suplemento 2.

VALENÇA, A. M.; NASCIMENTO, I.; NARDI, A. E. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. *Archives*

of Clinical Psychiatry, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 97-104, 2013.

VALENÇA, A. M. et al. Retardo mental: periculosidade e responsabilidade penal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 144-147, 2011.

VALENÇA, A. M. et al. A forensic-psychiatric study of sexual offenders in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, Amsterdam, v. 31, p. 23-28, 2015.

VIDEBECH, P. et al. Patients at a psychiatric residential institution in Djursland. *Ugeskr for Laeger*, Copenhagen, v. 172, n. 5, p. 351-355, 2010.

WAHLBECK, K. et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 199, n. 6, p. 453-458, 2011.

WARBURTON, K. The new mission of forensic mental health systems: managing violence as a medical syndrome in an environment that balances treatment and safety. *CNS Spectrums*, Cambridge, v. 19, n. 5, p. 368-373, 2014.

WHITTINGTON, R. et al. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8. *Health Technology Assess*, London, v. 17, n. 60, p. i-xiv, 2013.

Contribuição dos autores

Oliveira redigiu e revisou a versão inicial do texto. Valença revisou a versão final do manuscrito. Ambos os autores contribuíram com a formatação do artigo e com a pesquisa bibliográfica.

Recebido em: 03/05/2020

Aprovado em: 13/07/2020