

# Caracterização Sociodemográfica e Clínica do Agressor/a Conjugal

## *Sociodemographic and Clinical Characterization of the Marital Aggressor*

Liliana Silva\*✉, Victor Mota\*, Luísa Silva\*\*, João Bessa\*\*\*

### RESUMO

A violência doméstica é um fenómeno complexo que afeta famílias de todas as etnias, religiões e níveis socioeconómicos. É cada vez mais visível na sociedade e apresenta diferentes níveis de severidade (do insulto até ao homicídio). No entanto, os aspetos sociodemográficos e clínicos dos agressores estão ainda mal caracterizados.

Este artigo tem como objetivo a caracterização sociodemográfica e clínica do/a agressor/a conjugal dos examinandos submetidos a perícias forenses na Unidade Funcional de Psiquiatria e Psicologia Funcional do Hospital de Magalhães Lemos.

Este é um estudo retrospectivo de 86 exames médico-legais realizados entre janeiro de 2002 e dezembro de 2012, nesta Unidade relativos a processos-crime por violência doméstica de tipo “dano simples”, homicídio e homicídio na forma tentada. Neste trabalho procuramos caracterizar o perfil do agressor/a conjugal e apresentar as conclusões finais do perito relativamente à responsabilidade penal dos examinandos.

Do total da amostra (86 exames), 92% dos alegados agressores eram homens. A idade média foi de  $44,7 \pm 13,7$  anos. Dos examinandos, 35% estavam profissionalmente inativos. Relativamente ao estado civil, 41,9% eram casados, 27,9% solteiros, 25,6% divorciados e 4,7% viúvos. A vítima foi em 47,7% dos casos o cônjuge, em 39,5% o companheiro/a e em 12,8% o ex-marido/ex-mulher. Destes exames, 75,6% foram efetuados para processos-crime tipo de “dano simples”, 16,3% para processos-crime de violência conjugal por homicídio e 8,1% por homicídio na forma tentada. Dos examinandos, 86,0% apresentaram patologia psiquiátrica, tendo 40,7% comportamentos aditivos. Foram considerados imputáveis 66,3% dos examinandos.

A avaliação psiquiátrica deve procurar identificar psicopatologia e fatores de risco que possam precipitar atos violentos, e sempre que possível, contribuir para a sua prevenção e tratamento. Estudos futuros precisam ser realizados para prevenção da violência doméstica e para uma melhor e mais eficaz administração da justiça.

\*Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga, Braga, Portugal. ✉ silvaliliana@hotmail.com

\*\*Unidade Funcional de Psiquiatria e Psicologia Forense (UFPPF) do Hospital Magalhães Lemos (HML), EPE, Porto, Portugal.

\*\*\*Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga, Braga, Portugal.

\*\*\*\*Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga e Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Recebido / Received: 30/11/2017 - Aceite / Accepted: 30/12/2019

**Palavras-chave:** Violência Doméstica; Saúde Mental; Psiquiatria; Agressor.

### ABSTRACT

*Domestic violence is a complex phenomenon that affects families of all races, ethnicities, religions and socioeconomic levels. It is increasingly visible in society and presents different levels of severity (from insult to homicide). However, the sociodemographic and clinical aspects of the aggressors are still poorly characterized.*

*The objective of this paper is to undertake a sociodemographic and clinical characterization of the conjugal aggressor in the forensic examinations submitted to the Functional Unit of Psychiatry and Functional Psychology of Hospital Magalhães Lemos.*

*A retrospective study of the medical-legal examinations performed between January 2002 and December 2012, at this Unit concerning criminal cases for domestic violence of the “Simple Damage”, homicide and homicide in the attempted form types. In this paper we attempt to characterize the profile of the marital aggressor and present the final conclusions of the expert regarding the criminal responsibility of the examinands.*

*Of the eighty six medical-legal examinations considered for this study, 92% of the alleged offenders were men. The mean age was  $44.7 \pm 13.7$  years. Of those examined, 35% were professionally inactive. Regarding marital status, 41.9% were married, 27.9% were single, 25.6% were divorced and 4.7% were widowers. The victim in 47.7% of cases was the husband / wife, 39.5% the partner and 12.8% the ex-wife/ex-husband. The exami-*

*nations were performed for crime cases of “simple damage” (75.6%), criminal cases of homicide due to marital violence (16.3%) and homicide in the attempted form (8.1%). Of the patients examined 86,0% presented psychiatric pathology with 40,7% of addictive behaviors. 66.3% of the examinands were considered imputable.*

*Psychiatric evaluation should seek to identify psychopathology and risk factors that may precipitate violent acts and, when possible, contribute to its prevention and treatment. Future studies need to be conducted to prevent domestic violence and to improve the effective enforcement of justice.*

**Keywords:** Domestic Violence; Mental Health; Psychiatry; Aggressor.

### INTRODUÇÃO

A violência doméstica é um fenómeno que acompanha a Humanidade ao longo da História, não sendo uma realidade circunscrita aos tempos modernos. Este é um fenómeno complexo que afeta famílias de todas as etnias, religiões e níveis socioeconómicos<sup>14,15,17</sup>. A violência doméstica é reconhecida como uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública<sup>9,10</sup>. Após a publicação da Lei n.º 7/00 de 27 de Maio, este tipo de ilícito penal passou a ser considerado um crime público, com denúncia obrigatória de todas as situações de violência doméstica<sup>1</sup>. De acordo com o constante no artigo 386.º do Código Penal, quando as entidades policiais e funcionários civis tomarem conhecimento, no exercício das suas funções ou por causa delas, de uma situação de violência doméstica, têm obrigatoriamente de a denunciar às autoridades

des competentes. Isto deve ser assumido como responsabilidade de toda a comunidade e não apenas de alguns serviços interventores, no sentido da proteção das vítimas de violência doméstica<sup>4,5,6,12,13</sup>.

Este artigo aborda a temática da violência conjugal, que pode definir-se como a violência que ocorre numa relação íntima, exercida por um dos parceiros sobre o outro com o fim de o controlar e dominar. Esta decorre no contexto de relações atuais ou passadas, hetero ou homossexuais. Diferentes estudos e diferentes metodologias usadas dificultam a caracterização da psicopatologia do agressor. Contudo, vários estudos revelam que as vítimas de violência conjugal apresentam um risco aumentado de sequelas físicas e de doença psiquiátrica, nomeadamente de perturbação de ansiedade, perturbações depressivas, perturbação de stress pós-traumático, perturbação do comportamento alimentar, perturbação psicótica e de risco suicidário<sup>6,15,16,17,19</sup>. Atualmente, a violência doméstica/conjugal assume um papel preponderante na sociedade portuguesa e tem recebido particular atenção quer do poder executivo e legislativo, quer dos órgãos de comunicação social. Estes últimos dão grande ênfase aos crimes de homicídio consumado que ocorrem no contexto de violência doméstica praticada por um/a parceiro/a contra o/a outro/a.<sup>22</sup> Em Portugal, o número de denúncias de violência doméstica tem vindo a aumentar de forma progressiva<sup>24</sup>, bem como a preocupação da sociedade e do Estado para a sua resolução<sup>5</sup>. De acordo com o relatório da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2013-2015), foram registados 19.132 casos

de violência doméstica contra mulheres (em 45% das situações não existiu apresentação de queixa criminal)<sup>21</sup>. No tocante aos processos de apoio iniciados pela APAV relativos a homicídios tentados ou consumados em 2016, quase metade (48,5%) tiveram como móbil uma situação de violência doméstica.<sup>22</sup> Destaca-se a faixa etária entre 36 e os 60 anos dos homicidas em Portugal. Quanto ao sexo dos homicidas, é predominante o sexo masculino, quer nos crimes ocorridos em Portugal (69,4%), quer nos crimes ocorridos no estrangeiro (71,8%)<sup>22</sup>, desenvolvendo-se na maioria dos casos em relações heterossexuais, sendo a vítima do sexo feminino<sup>9,10</sup>.

De acordo com os dados da Secretaria Geral do Ministério da Administração interna (SG-MAI), no seu relatório anual de monitorização (2012-2015), geralmente os denunciados de violência conjugal são do sexo masculino (87%), casados ou em união de facto (48%), com idade média de 42 anos, empregados (58%) e com problemas relacionados com o consumo de álcool (42%) ou de estupefacientes (13%)<sup>24</sup>. Estes resultados, por refletirem apenas os casos comunicados a esta entidade, podem **não espelhar** a realidade nacional. Contudo, correspondem a uma amostra de 33.841 resultados de inquéritos e de 4140 sentenças, para uma série de 4 anos, revelando alguma consistência em termos da taxa de acusação (em torno dos 17-18%) e de condenação (em torno dos 58% - 59%) para este tipo de crime<sup>24</sup>.

Nas últimas décadas verificou-se uma rápida expansão e crescente valorização da prática forense, sendo frequentemente solicitada pelos Tribunais a intervenção do médico psi-

quiatra. De acordo com o artigo 20.º, n.º1, do Código Penal, são considerados imputáveis, ou seja, com responsabilidade penal, todos aqueles que possuam capacidade de conhecer e avaliar a natureza e as consequências de um comportamento e de se determinar de acordo com essa avaliação. Por outro lado, os indivíduos que não apresentem capacidade de conhecer e avaliar a natureza e as consequências de um comportamento e/ou de se determinar de acordo com essa avaliação são considerados inimputáveis, ou seja, sem responsabilidade penal. Nas situações de inimputabilidade, o perito forense pronuncia-se sobre a Perigosidade Social (artigo 91.º do Código Penal), que é determinada pela probabilidade de o inimputável vir a perpetrar ilícitos do mesmo tipo, dado a sua conduta prévia ou as características da doença. A caracterização e avaliação psiquiátrica do/a agressor/a conjugal desempenha um papel central no que respeita ao processo de tomada de decisão relativo à sentença, à libertação ou às estratégias para lidar com cada caso, nomeadamente seleção de programas de intervenção adequados para a diminuição do risco de violência conjugal.

## OBJETIVOS

Este artigo tem como objetivo a caracterização sociodemográfica e clínica do agressor/a conjugal submetido a perícias forenses na Unidade Funcional de Psiquiatria e Psicologia Funcional (UFPPF) do Hospital de Magalhães Lemos (HML). Este trabalho apresenta ainda a casuística das conclusões finais do perito, relativamente à responsabilidade penal destes agressores/as conjugais.

## MATERIAL E MÉTODOS

Partindo de uma amostra total de 1358 relatórios de exames médico-legais psiquiátricos foram selecionados os 86 relatórios exames médico-legais realizados na UFPPF do HML entre janeiro de 2002 e dezembro de 2012. A razão para a escolha desta janela temporal deve-se ao facto de a partir desta data estes exames terem passado a ser realizados pelos psiquiatras do Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses da respetiva zona territorial. Selecionou-se nesse período todos os relatórios médico-legais que haviam sido elaborados para processos-crime de violência conjugal, nomeadamente processos-crime de homicídio qualificado, homicídio na forma tentada, bem como processos-crime de menor gravidade, tais como “dano simples, maus tratos/ameaças e ofensa à integridade física” (agrupando-se estes últimos num único grupo). Realizou-se um estudo retrospectivo do relatório médico-legal dos 86 casos registados, procurando-se caracterizar o perfil do/a agressor/a conjugal, designadamente quanto à idade, sexo, profissão, estado civil e psicopatologia. Neste trabalho foram ainda consideradas as conclusões finais do perito relativamente à responsabilidade penal dos examinandos.

A análise dos dados foi levada a cabo com recurso ao *software* estatístico IBM SPSS *Statistics*, versão 22.0. Inicialmente foi desenvolvida uma análise univariada dos dados recolhidos e, posteriormente, efetuou-se uma análise bivariada para avaliar o comportamento de uma variável tendo em conta uma segunda variável.

O estudo foi realizado de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia.

## RESULTADOS

No universo de 86 relatórios de exames médico-legais relativos a processos-crime de violência doméstica, deparámo-nos em termos de alegados agressores, com uma amostra maioritariamente masculina, 92% (n=79) homens e 8% (n=7) mulheres. As suas idades variaram entre os 18 anos e os 83 anos, com uma idade média de  $44,7 \pm 13,7$  anos. Os homens apresentaram uma idade média de  $44,6 \pm 13,5$  anos e as mulheres de  $46,6 \pm 17,1$  anos. Quanto à situação laboral, 35% (n=30) dos examinandos não se encontravam ativos à data da avaliação (17 estavam desempregados e 13 eram pensionistas por invalidez). Entre os 65% (n=56) que se encontravam profissionalmente ativos, grande parte eram trabalhadores não qualificados (46,4%; n=26), resultados apresentados na tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição por Grupo Profissional de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões<sup>25</sup>.

Grupo Profissional	Nº Examinandos	%
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	1	1,8%
Técnicos e profissões de nível intermédio	1	1,8%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	12	21,4%
Trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	7	12,5%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	9	16,1%
Trabalhadores não qualificados	26	46,5%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>

No tocante ao estado civil na data do exame-pericial, 41,9% (n=36) eram casados, 27,9% (n=24) solteiros, 25,6% (n=22) divorciados e 4,7% (n=4) viúvos. A vítima das agressões foi a esposa em 43,0% (n=37), a companheira em 37,2% (n=32), a ex-mulher em 11,6% (n=10), o marido em 4,7% (n=4), o companheiro em 2,3% (n=2) e o ex-marido em 1,2% (n=1) dos casos.

Dos 86 exames médico-legais realizados, a maioria, (75,6%, n=65), foram relativos a processos-crime por “maus tratos/ameaças, ofensa à integridade física e dano simples”. Sublinhe-se que esta amostra contempla ainda outras situações de violência conjugal, com 16,3% (n=14) de exames médico-legais para processos de homicídio qualificado e 8,1% (n=7) de homicídio na forma tentada.

Na tabela 2 apresenta-se um quadro resumo com o diagnóstico clínico dos examinados, de acordo com a 10.<sup>a</sup> revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde<sup>7</sup>, bem como as conclusões finais do perito, relativamente à responsabilidade penal dos examinandos. Foi identificada patologia psiquiátrica em 86,0% (n=74) dos examinandos, encontrando-se uma associação estatisticamente significativa entre a imputabilidade e o diagnóstico clínico, pelo teste Qui-Quadrado ( $\chi^2(116) = 152,8; p=0,012$ ). No entanto, dentro de cada processo crime, apenas se verifica esta associação significativa nos processo-crime “Dano simples/Maus tratos/Ameaças/Ofensas à integridade física” ( $\chi^2(46) = 62,813; p=0,050$ ).

**Tabela 2.** Tipo de Processo-crime, Diagnóstico clínico e Responsabilidade Penal dos Examinandos.

Processo - Crime	Inimputáveis	CID-10	Nº Doentes	Imputáveis	CID-10	Nº Doentes
Homicídio Qualificado (16,3%) p=0,176	Esquizofrenia	F20.0	3	Sem diagnóstico psiquiátrico		3
	P. bipolar + Dependência de álcool	F31+ F10.2	1	Atraso mental ligeiro	F70.1	1
				Episódio depressivo	F32	1
				Dependência de álcool	F10.2	1
				P. P. paranóide	F 60.0	1
				Dependência de álcool + P. P. paranóide	F10.2+F 60.0	1
				Dependência de álcool + P. <i>stress</i> pós-Traumático	F10.2+F 43.1	1
				Dependência de álcool + P. Adaptação	F10.2+F 43.2	1
	<b>Total</b>					<b>4</b>
Homicídio na Forma Tentada (8,1%) p=0,521	Atraso mental moderado + Dependência de álcool	F71.1+ F10.2	1	P. adaptação	F43.2	4
	P. delirante	F 22.0	1	P. P. paranóide	F60.0	1
	<b>Total</b>		<b>2</b>			<b>5</b>
"Dano Simples/ Maus Tratos/ Ameaças/ Ofensas à Integridade Física" (75,6%) p=0,050	Esquizofrenia	F20.0	4	Dependência de álcool	F10.2	10
	Dependência de álcool + P. delirante	F10.2+ F22.0	3	Sem diagnóstico psiquiátrico		9
	Dependência de álcool l + atraso mental moderado	F10.2+ F71.1	2	Dependência de opiáceos	F11.2	5
	Demência	F00.2	2	Episódio depressivo	F32	5
	Esquizofrenia+ Uso nocivo de álcool	F20.0+ F10.1	1	P. P. paranoide	F 60.0	2
	P. P. orgânica (TCE) + Uso nocivo de álcool	F07.2+F10.1	1	P. P. anancástica + P. depressiva	F60.5+F32	1
	Psicose delirante	F22	1	P. P. dissocial+ Dependência de álcool	F60.2+F10.2	2
	Esquizofrenia+ P. P. Dissocial	F20.0+ F60.2	1	P. P. dissocial	F60.2	1
	Dependência de múltiplas drogas	F19.2	1	esquizofrénica	F20.0	1
	P. Bipolar	F31.0	1	P. Adaptação	F43.2	1
	P. Bipolar + Dependência de álcool	F31.0+F10.2	1	Dependência de álcool + P. adaptação	F10.2+F 43.2	1
	P. Orgânica + Atraso mental moderado	F09+ F71.1	1	Dependência de álcool + P. <i>stress</i> pós-traumático	F10.2+F 43.1	1
	P. Esquizoafetiva	F25.1	1	Dependência de álcool + episódio depressivo	F10.2+F 32	1
	Atraso mental moderado	F71.1	1	Atraso mental ligeiro	F70.1	1
	<b>Total</b>					<b>23</b>

Legenda: P - Perturbação; PP - Perturbação da Personalidade; TCE (traumatismo crânio-encefálico).



Era constante no relato dos exames médico-legais para processos de homicídio na forma tentada e homicídio qualificado, a menção à ameaça ou à morte do cônjuge com recurso a arma de fogo. Nos 16,3% (n=14) exames médico-legais realizados para processos de homicídio qualificado, 92,9% (n=13) dos sujeitos submetidos a perícia eram do sexo masculino e 7,1% (n=1) do sexo feminino. Ao subdividir esta amostra analisando-a por sexo, verificou-se que o elemento do sexo feminino acusado de homicídio qualificado sofria de atraso mental ligeiro e “matou o marido que a agredia”, tendo sido proposta imputabilidade diminuída. Foram considerados imputáveis 71,4% (n=10) e inimputáveis 28,6% (n=4). Dos inimputáveis, 75% (n=3) sofriam de esquizofrenia (F20.0) e 25% (n=1) apresentavam perturbação bipolar em comorbilidade com dependência alcóolica. À luz do n.º 1, do artigo 91.º do Código Penal, todos estes doentes com esquizofrenia (F20.0) foram considerados inimputáveis e perigosos. Sublinhe-se que dos 71,4% (n=10) examinados considerados imputáveis, 30% (n=3) não cumpriam critérios de diagnóstico para qualquer patologia psiquiátrica, 10% (n=1) sofria de atraso mental ligeiro, 10% (n=1) de perturbação depressiva, 10% (n=1) de perturbação da personalidade paranoide, 10% (n=1) de dependência alcóolica, e 30% (n=3) de dependência alcóolica em comorbilidade com perturbação paranóide da personalidade, perturbação de stress pós-traumático, ou perturbação de adaptação. Os relatórios de exames médico-legais efetuados para processos de homicídio na forma tentada constituíram 8,1% (n=7) da amostra. Todos os examinados eram do sexo mascu-

lino, tendo sido considerados inimputáveis 28,6% (n=2) e imputáveis 71,4% (n=5). Dos examinados inimputáveis 28,6% (n=2), tinham o diagnóstico de perturbação delirante persistente (ciúme) 50% (n=1) e atraso mental moderado em comorbilidade com dependência alcóolica 50% (n=1). Dos 71,4% (n=5) examinados considerados imputáveis: 80% (n=4) cumpriam critérios de diagnóstico para perturbação de adaptação e 20% (n=1) para perturbação da personalidade paranóide.

A maioria, (75,6%, n=65), dos exames médico-legais foram realizados para processos de “maus tratos/ameaças”, “ofensa à integridade física” e “dano simples”. Esta amostra foi maioritariamente masculina (90,8%, n=59), tendo sido apenas 9,2% (n=6) dos exames realizados a elementos do sexo feminino. Na análise da psicopatologia, dos 6 elementos do sexo feminino acusados de violência doméstica, verificou-se que 16,7% (n=1) tinha o diagnóstico de perturbação da personalidade dissocial, 16,7% (n=1) de quadro demencial, 16,7% (n=1) de dependência alcóolica e que 50% (n=3) não apresentavam critérios para diagnóstico psiquiátrico. Foi apenas considerada sem responsabilidade penal (inimputável) a doente afetada por quadro demencial.

Nos relatórios de exames médico-legais efetuados para processos de “maus tratos/ameaças”, “ofensa à integridade física” e “dano simples” são inúmeros os registos de discussões, ameaças e insultos verbais, bem como, as descrições de agressão física que incluíam “murros, chapadas, estalos, pontapés, queima de roupa” sendo frequente a evocação de “ciúme” ou de abusos de tóxicos, legais ou ilegais, como desencadeantes e/ou potenciadores des-

tes conflitos e comportamentos. Nestes processos foi proposta a imputabilidade em 64,6% (n=42) dos casos. A imputabilidade e o diagnóstico clínico apresentaram associação estatisticamente significativa pelo teste Qui-Quadrado ( $\chi^2(16)=50,889$ ;  $p<0,001$ ). Os doentes considerados inimputáveis, (35,4%, n=23), apresentavam anomalia psíquica grave, nomeadamente quadros psicóticos, demenciais ou atrasos mentais moderados. Nestes quadros clínicos, a capacidade de avaliação e/ou determinação estava manifestamente perturbada/diminuída, quer por alterações cognitivas, quer por alterações da percepção e do pensamento. Nos doentes considerados imputáveis 64,6% (n=42), é de realçar que 23,8% (n=10) apresentavam diagnóstico clínico de dependência alcóolica e que em 21,4% (n=9) não foram encontrados traços caracteriais tão vinculados que permitissem o diagnóstico clínico de perturbação da personalidade (com base na CID-10) ou não apresentavam critérios para diagnóstico psiquiátrico. Os restantes doentes imputáveis (19,4%) distribuíram-se mais frequentemente por categorias diagnósticas de perturbações da personalidade, perturbações depressivas ou de adaptação, por vezes, em comorbilidade com abuso/dependência de substâncias. Em casos de perturbação da personalidade, com e sem comorbilidade de abuso prolongado de tóxicos (álcool/drogas), o perito achou pertinente realizar proposta de imputabilidade diminuída.

De realçar que em 40,7% (n=35) dos exames médico-legais realizados, os doentes apresentavam abusos ou dependência de substâncias (álcool ou opiáceos) isolados ou em comorbilidade psiquiátrica, encontrando-se à data

dos factos em estado de intoxicação. O abuso/dependência de álcool (sem outras dependências), isolado ou em comorbilidade, encontrou-se presente em 33,7% (n=29) dos casos, tendo sido a dependência de substâncias ilícitas diagnosticada em 7,0% (n=6) dos doentes. A maioria dos examinados com consumos tóxicos foi considerada imputável 68,6% (n=24), tendo sido considerados inimputáveis 31,4% (n=11). De acordo, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre imputabilidade e abuso/dependência de álcool (Fisher;  $p=0,018$ ). Foi proposta imputabilidade diminuída em 25,0% (n=6) dos examinados com consumos tóxicos e comorbilidade com perturbação depressiva, perturbação de stress pós-traumático e perturbação da personalidade.

## DISCUSSÃO

Na literatura é difícil determinar o perfil do agressor dado as diferenças metodológicas entre os estudos analisados<sup>13</sup>. O agressor é geralmente do género masculino. Nesta amostra tendo em conta o estado civil e sexo apresentado, a vítima foi na maioria das situações a esposa, companheira e/ou ex-mulher.

A violência doméstica/conjugal pode surgir independente do sexo, idade ou estrato social. No entanto, na literatura, tal como na nossa amostra, surge estatisticamente associada a agregados de estratos sociais mais desfavorecidos. A violência conjugal pode estar especialmente associada à baixa escolaridade. A baixa escolaridade relaciona-se com os recursos pessoais limitados para a resolução de problemas em geral e no âmbito do relacionamento íntimo. Também é possível pressupor



uma interferência da baixa escolaridade no processo de qualificação profissional, resultando em salários inadequados ou desemprego, com conseqüente dificuldade financeira e desestruturação familiar, que favoreceriam os comportamentos agressivos<sup>13</sup>. Existem também estudos que chamam a atenção para o facto de que a maior prevalência da violência nos estratos sociais menos favorecidos pode estar relacionada à tendência das pessoas mais pobres para denunciar mais por se encontrarem em situação de vulnerabilidade social, enquanto que aqueles pertencentes a estratos socioeconómicos privilegiados tendem a ocultar o problema da sociedade<sup>13</sup>.

Nos exames médico-legais, os doentes considerados inimputáveis apresentavam anomalia psíquica grave, nomeadamente, atrasos mentais moderados, e quadros demenciais e psicóticos, onde o juízo crítico se encontrava manifestamente prejudicado por alterações cognitivas, da percepção e/ou do pensamento. Os examinandos considerados imputáveis apresentavam mais frequentemente categorias diagnósticas de perturbações de personalidade, depressivas e abuso/dependência de substâncias. Na amostra em apreço, o peso do consumo/dependência de substâncias aditivas (álcool/drogas) está longe de ser negligenciável e merece ser discutido 40,7% (n=35). Há certo consenso na relação entre o consumo de álcool pelo agressor como factor de risco para violência.<sup>13</sup> Hipotetiza-se que o uso de álcool reduza as inibições e dificulte o discernimento, levando ao uso de recursos mais primitivos para a resolução de problemas, facilitando a perpetração de violência<sup>13</sup>. Estudos indicam que cerca de 30% dos agressores estavam al-

coolizados no momento da agressão<sup>13</sup>, facto que revela a importância do desenvolvimento e implementação de estratégias de Saúde Pública que visem a prevenção e tratamento da dependência de álcool.

Dados de intoxicação por drogas ilícitas no momento da agressão são limitados uma vez que é possível que a vítima omita essa informação em tentativa de proteger o agressor.<sup>13</sup> Salienta-se também, que a maioria dos doentes avaliados com consumos tóxicos foi considerada imputável 68,6% (n=24). Estes quadros psicopatológicos associados ao consumo de tóxicos, com ofensa mantida do sistema nervoso central, foram entendidos como condicionadores do discernimento e volição, roubando margem de manobra no governo-de-si e autorizando, desta forma, a proposta de atenuação de imputabilidade. Segundo *Figueiredo Dias*, casos há em que esta diminuição da imputabilidade não corresponde a uma atenuação da pena podendo mesmo o agressor vê-la agravada, designadamente quando os traços caracteriais do avaliado são de molde a pressupor uma incapacidade para se reabilitar pela pena ou quando as características da ofensa são particularmente cruentas ou escabrosas<sup>3</sup>.

## CONCLUSÃO

A caracterização sociodemográfica e clínica dos agressores conjugais é um requisito essencial, ao identificar traços caracteriais e/ou carga psicopatológica nos periciados, e fornecendo elementos valiosos para a determinação do risco de escalada de violência e letalidade<sup>2</sup>. Na amostra em estudo, o perfil do agressor/a conjugal seria de um homem de 44,7 anos, ca-

sado, inativo (desempregado/aposentado) ou com emprego não qualificado. No exame médico-legal a que foram submetidos, a maioria dos/das agressores/as conjugais apresentou patologia psiquiátrica (86%) e foi considerada imputável (66,3%). Adicionalmente, 40,7% da amostra apresentava abusos ou dependência de substâncias isolados ou em comorbilidade psiquiátrica. No entanto, salienta-se que nem todos os agressores/as conjugais apresentam patologia psiquiátrica.

Estudos futuros precisam ser realizados, que incluam outras variáveis tais como: tempo de relacionamento, o número de parceiras/os, o número de filhos, o local e horário da violência, bem como dados de acompanhamento prévio e de adesão ao tratamento psiquiátrico (já que este configura um importante factor de risco)<sup>8</sup>. A avaliação permite ao julgador uma tomada de decisão relativamente à sentença, à libertação ou às estratégias para lidar com cada caso, contribuindo para uma melhor e mais eficaz administração da justiça.

#### **Conflitos de Interesse:**

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

#### **Fontes de Financiamento:**

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

#### **REFERÊNCIAS**

1. Código Penal – Artigo 152: Lei n.º 7/2000, de 27 de maio (altera o artigo 152.º do Código Penal) - Diário da República n.º 123, I Série-A, de 27.05.2000.
2. Castellano M. La Valoración Médico-Forense Del Agresor Como Medida De Prevención De La Violencia Familiar. *An R Acad Nac Med.* 2014; 131(1):273-86.
3. Figueiredo Dias, J. Direito Penal – Parte Geral - Tomo I, 2ª edição, Coimbra Editora, pág. 585.
4. Gonçalves RA, Cunha O, Dias A. Avaliação Psicológica de Agressores Conjugais In: Martos M, Gonçalves RA, Machado C. Manual de psicologia Forense: Contextos, práticas e desafios. Braga: Psiquilibrios Edições; 2011. 223-245.
5. Marques A. A Violência Doméstica: A intervenção dos técnicos de acompanhamento na construção de projectos de vida alternativos. Um estudo de Caso. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto; 2009.
6. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2013; 202:94-9.
7. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. World Health Organization. 2010.
8. Pujol Robinat A, Mohíno Justes S, Gómez-Durán EL. Valoración forense del riesgo de violencia. *Med Clin (Barc).* 2014 Mar;142 Suppl 2:16-23.
9. Reuter R, Newcomb E, Whitton W, Mustanski B. Intimate Partner Violence Victimization in LGBT Young Adults: Demographic Differences and Associations with Health Behaviors. *Psychol Violence.* 2017; 7(1):101-109.
10. Nunes, Amália Silva. Violência conjugal. *Rev Port Clin Geral.* 2003; 19:141-7.
11. Silva AC, Coelho EB, Moretti-Pires RO. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática.

- tica. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(4): 278-83.
12. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno G. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013; 7: 382(9895): 859-65.
  13. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(12):e51740.
  14. World Health Organization, violence by Intimate partner violenc. *World report on violence and health*. Geneva, 2002; 87-113.
  15. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4 (2): 159-170.
  16. MacIsaac MB, Bugeja LC, Jelinek GA. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. *Aust N Z J Public Health*. 2017 Feb;41(1):61-69.
  17. Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*. 2015; 99 (3): 629-49.
  18. Mason R, O'Rinn E. Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Glob Health Action*. 2014; 7:1-15
  19. Jaen-Varas D, Ribeiro S, Whitfield J, Mari J. Mental health and psychiatric care in Bolivia: What do we know? *Int J Ment Health Syst*. 2014; 8: 18.
  20. Carr A. The impact of personality disorders on legally supervised community treatment: a systematic literature review. *Community Ment Health J*. 2014; 50 (6): 664-72.
  21. Estatísticas APAV: Vítimas de Violência Doméstica 2013-2015. [homepage on the Internet]. [accessed Nov 2016]. Available from: <https://WWW.apav.pt/estatisticas>.
  22. Vítimas de homicídio: Relatório APAV 2016. [homepage on the Internet]. [accessed 2017]. Available from: <https://WWW.apav.pt/estatisticas>.
  23. Guerra, Paulo; Gago, Lucilia. *Violência Doméstica-Implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno Manual Pluridisciplinar*. Lisboa: CIG, 2016..
  24. *Violência Doméstica 2015 - Relatório anual de monitorização*. [homepage on the Internet]. Ministério da Administração Interna; 2016. [accessed Dec 2016]. Available from: <https://www.sg.mai.mai.gov.pt>.
  25. *Classificação Portuguesa de Profissões 2010* [homepage on the Internet]. Instituto nacional de estatística, I.P; 2011. Available from: <https://WWW.ine.pt>.
  26. Coid J, Ullrich S, Kallis C. Predicting future violence among individuals with psychopathy. *Br J Psychiatry*. 2013; 203(5) 387-388.