GUSTAVO BONINI CASTELLANA

Comparação de traços psicopáticos entre jovens infratores e não-infratores

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Busatto Filho

São Paulo
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Castellana, Gustavo Bonini
Comparação de traços psicopáticos entre jovens infratores e não-infratores / Gustavo Bonini Castellana. -- São Paulo, 2014.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.
Orientador: Geraldo Busatto Filho.

Descritores: 1.Delinquencia juvenil/psicologia 2.Transtorno da personalidade antissocial 3.Eletrofisiologia 4.Transtorno da personalidade/diagnóstico 5.Transtorno da conduta/psicologia 6.Adolescente

USP/FM/DBD-153/14

Dedicatória

A meu irmão Fabio Bonini Castellana (*in memorian*), que sempre esteve e continuará presente nos rastros de qualquer passo em minha vida.

Agradecimentos

A Geraldo Busatto Filho, orientador com quem tive o privilégio de aprender a importância do rigor e do espírito científico, e a quem devo a motivação para a pesquisa em Psiquiatria.

A Daniel Martins de Barros, não só pela coautoria deste projeto, mas também pelo aprendizado contínuo e pela parceria profícua no trabalho e nas reflexões acerca da Psiquiatria Forense.

A Antonio de Padua Serafim, que desvendou os caminhos para a pesquisa científica nesta área, e participou ativamente na supervisão deste trabalho com contribuições imprescindíveis.

A July Silveira Gomes, Rosana Cavalcante Fonseca e Maria Fernanda Faria Acha, às quais devo tudo que aprendi sobre psicofisiologia e neuropsicologia, e cujos trabalhos árduos na coleta dos dados tornaram possível a execução deste projeto.

A Rosana Cristina Squitino Aun, diretora da UAISAS - Raposo Tavares da Fundação Casa, e a toda sua equipe, que encara desafios intransponíveis diariamente, e ainda assim disponibilizaram tudo que estava ao alcance para tornar este projeto possível.

Aos coordenadores do "Intel Clubhouse", que nos abriram as portas generosamente e nos gratificou compartilhando seus sucessos e fracassos na partilha diária com os jovens da comunidade.

A todos os jovens que participaram da amostra deste estudo, permitindo que pudéssemos conhecer sua história intimamente, com a esperança de que possamos, um dia, retribuí-los com o nosso conhecimento.

A meus saudosos avós Cesare, Mirian e Nãna (*in memorian*), que dedicaram suas vidas a seus filhos e netos, bravamente superando as dificuldades sendo impossível retribuir-lhes toda a gratidão.

A meu pai, cujo comprometimento e integridade me inspiram no exercício da profissão. À minha mãe, cuja sensibilidade e determinação nutrem diariamente o prazer de viver.

À minha esposa Luciana, cujo carinho infinito e sensatez admirável tornam mais leves os momentos difíceis e mais ricos os desafios. À minha filha Helena, pela alegria e por cada sorriso, essência da vida.

A meu irmão, a quem só me resta agradecer por tudo que nos ensinou, e cuja dolorosa ausência dia após dia reitera a força de seu caráter e de sua importância em nossas vidas.

Normas adotadas

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus.*

Sumário

Lista de abreviaturas .....
Lista de ilustrações .....
Lista de tabelas .....
RESUMO .....
ABSTRACT .....
1. INTRODUÇÃO 1
1.1. Delinquência juvenil 2
1.2. Fatores associados à delinquência juvenil 4
1.3. Traços psicopáticos em jovens infratores 8
1.4. Comportamento antissocial e atividade elétrica da pele (AEP) 14
1.5. Resposta autonômica em jovens infratores 19
1.6. Estudos anteriores com jovens infratores em nosso meio 20
2. OBJETIVOS 23
2.1. Objetivo principal 23
2.2. Objetivo secundário 24
3. MÉTODOS 25
3.1. População e local de estudo 25
3.2. Instrumentos 27
3.2.1. Avaliação de psicopatia 27
3.2.2. Diagnóstico de transtornos mentais 28
3.2.3. Uso de álcool e outras drogas 29
3.2.4. Estimativa de nível intelectual 29
3.2.5. Critério de Classificação Econômica Brasil 30
3.3. Medidas psicofisiológicas (AEP) 31
3.3.1. Coleta de dados de AEP 31
3.3.2. Parâmetros de AEP avaliados 33
3.4. Análise estatística dos dados 37
3.5. Aspectos éticos 38
4. RESULTADOS 40
4.1. Características gerais da amostra 40
4.2. Avaliação de traços psicopáticos pela PCL-R 42
4.3. Avaliação de resposta psicofisiológica 43
5. DISCUSSÃO 46
5.1. Comparação de traços psicopáticos entre jovens infratores e grupo controle 46
5.2. Comparação da resposta psicofisiológica entre jovens infratores e grupo controle 52
5.3. Considerações metodológicas 57
5.4. Considerações éticas acerca das implicações deste estudo 60
6. CONCLUSÕES 63
7. ANEXOS 65
8. REFERÊNCIAS 132

Lista de abreviaturas

AEP - Atividade elétrica da pele
EDA- *Electrodermal activity*
GSR- *Galvanic Skin response*
SR- *skin resistance*
SC- *skin conductance*
ed. - edição
et al. - e outros
IAPS - International Affective Pictures System
p.- página
PCL-R - Psychopathy Checklist Revised
rev.- revista
v. - volume
DP- Desvio padrão

Lista de ilustrações

Quadro 1: Critérios da PCL-R de acordo com os fatores 1 e 2 13

Figura 1: Exemplo de 1 bloco, com 3 imagens agradáveis, 3 neutras e 3 desagradáveis 33

Figura 2: Curva de resposta fásica ao estímulo 34

Lista de tabelas

Tabela 1 - Fatores sociológicos e biológicos associados à delinquência juvenil 7

Tabela 2 - Comparação de médias de escore total, fator 1 e fator 2 da escala PCL-R de infratores e não-infratores excluindo psicopatia por meio do teste t..... 42

Tabela 3 - Comparação entre infratores e não-infratores de acordo com parâmetro de AEP e estímulo (agradável, neutro ou desagradável) por meio do teste *Mann-Whitney* 43

Tabela 4 - Comparação das médias de amplitude de resposta fásica entre infratores e não-infratores na primeira condição de cada bloco de imagens por meio do teste *Mann-Whitney* 44

Tabela 5 - Comparação das médias de amplitude de resposta fásica entre infratores e não-infratores, de acordo com a emoção da imagem por meio do teste *Mann-Whitney.* 45

RESUMO

Castellana GB. *Comparação de traços psicopáticos entre jovens infratores e não-infratores* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Introdução: A prática de atos infracionais e comportamento antissocial entre jovens podem estar associados a traços psicopáticos constitucionais (primários) ou ambientais (secundários) presentes no desenvolvimento desses indivíduos. O comportamento antissocial também está associado com a resposta autonômica diminuída diante de estímulos com saliência emocional. O objetivo deste trabalho foi analisar as diferenças de traços psicopáticos primários e secundários entre jovens infratores e jovens da comunidade com nível socioeconômico semelhante. Foi também objetivo a comparação dos padrões de resposta autonômica frente a estímulos visuais agradáveis, neutros e desagradáveis entre os grupos. **Métodos**: A escala *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) foi utilizada para identificar se jovens infratores do sexo masculino, que cumpriam medida socioeducativa de internação nas unidades da Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA) em São Paulo, apresentavam diferenças na sua pontuação total, e especificamente no fator 1 ou fator 2 da escala, quando comparados com outros jovens da comunidade, em condições socioeconômicas semelhantes. Para isso foram excluídos da amostra os jovens que apresentavam critérios para Transtornos mentais ou Retardo mental de acordo com a *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)* e escala *Wechsler* de inteligência para adultos (WAIS- III), respectivamente. Foram também excluídos da comparação aqueles que apresentaram pontuação condizente com o critério de psicopatia no Brasil (igual ou maior que 23 pontos na escala PCL-R). A resposta autonômica foi avaliada por meio das medidas de latência, amplitude e labilidade da atividade elétrica da pele (AEP) diante de imagens agradáveis, neutras e desagradáveis do *International Affective Picture System (IAPS).* **Resultados**: 39 infratores e 31 jovens do grupo controle foram comparados em relação aos traços psicopáticos. Os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p<0,01$) na pontuação média do PCL-R, sendo 13.4 a pontuação média entre infratores e 2.1 entre não-infratores. Foram encontradas também diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quando analisadas separadamente as médias de pontuação no fator 1 ($p<0,01$) e fator 2 ($p<0,01$) da PCL-R. Apesar dos grupos terem apresentado diferença estatisticamente significativa ($p<0,01$) nos níveis educacionais, a ANCOVA realizada para comparar os resultados da média de pontuação na PCL-R entre os grupos, controlando para nível educacional, mostrou que a diferença nos resultados da PCL-R permaneceu estatisticamente significativa ($p<0,01$). Na comparação da resposta autonômica foi possível a inclusão de 33 infratores com os mesmos 31 do grupo controle. Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0,01$) na amplitude da AEP, sendo que o grupo de infratores apresentou maior ativação autonômica para estímulos agradáveis, porém menor ativação autonômica para estímulos desagradáveis. **Conclusões**: nesta amostra, tanto a presença de traços psicopáticos primários - associados a características constitucionais - quanto de traços psicopáticos secundários - associados a características ambientais, foram maiores entre infratores. No entanto a proporção de cada um destes fatores foi a mesma entre os grupos, com predominância dos traços secundários em ambos os grupos. Portanto não se pode atribuir a delinquência juvenil nesta amostra a nenhum fator especificamente - constitucional ou ambiental-, ainda que os fatores ambientais tenham contribuído de forma mais significativa para os traços psicopáticos na amostra como um todo. Os padrões de ativação autonômica entre infratores indicam que as respostas emocionais destes jovens diante dos estímulos agradáveis e desagradáveis do ambiente são diferentes dos outros jovens da comunidade, apontando características singulares da reação emocional de jovens infratores. Os resultados sugerem a necessidade de intervenções amplas, não restritas a aspectos socioeconômicos, na abordagem da delinquência juvenil.

Descritores: Delinquencia juvenil/psicologia; Transtorno da personalidade antissocial; Eletrofisiologia; Transtorno da personalidade/diagnóstico; Transtorno da conduta/psicologia; Adolescente.

ABSTRACT

Castellana GB. *Comparison of psychopathic traits between young offenders and non-offenders* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Introduction: The perpetration of infractional acts and display of antisocial behavior among young people may be associated with constitutional (primary) or environmental psychopathic traits (secondary) present in their development. Antisocial behavior is also associated with impaired autonomic response to emotionally charged stimuli. The aim of this study was to analyze the differences in primary and secondary psychopathic traits among young offenders and youngsters with similar socioeconomic status in a community. Another objective was to compare the patterns of autonomic response to pleasant, unpleasant and neutral visual stimuli between groups. **Method**: The Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) scale was used to identify whether male young offenders, who were detained at the units of *Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA)* at São Paulo, exhibited total score differences, and specifically for factor 1 or factor 2 of this scale, when compared with other young people in similar socioeconomic conditions from the community. To this end, young people who met the criteria for mental disorders or mental retardation were excluded, ased on the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) and Wechsler adult intelligence scale (WAIS- III), respectively. The comparison also excluded those who presented scores consistent with the criteria for psychopathy in Brazil (equal to or greater than 23 points on the PCL-R). The autonomic response was evaluated by means of latency, amplitude and lability of electrodermal activity (EDA) when presented with pleasant, unpleasant and neutral images from the International Affective Picture System (IAPS). **Results**: 39 offenders and 31 non-offenders were compared in relation to psychopathic traits. The groups presented statistically significant differences ($p<0.01$) in PCL-R score averages, being 13.4 the average score in the group of offenders and 2.1 in the non-offender group. Significant differences between the groups were also detected when factor 1 ($p<0.01$) and factor 2 ($p<0.01$) PCL-R score averages were analyzed separately. Although the groups presented statistically significant difference in educational level, the ANCOVA used to compare the PCL-R scores averages between the groups, controlling for educational level, showed that the difference in PCL-R scores remained statistically significant ($p<0,01$). In the comparison of autonomic response, it was possible to include 33 offenders with the same 31 from the control group. Statistically significant differences ($p <0.01$) in EDA amplitudes were also found, and the group of offenders showed greater autonomic activation to pleasant stimuli, but less autonomic activation to unpleasant stimuli. **Conclusions**: in this sample, both the presence of primary psychopathic traits (due to inherited characteristics) and secondary psychopathic traits (due to environmental factors) was greater among young offenders. However, the proportion of each of these factors was the same between groups, with predominance of secondary traits in both groups. Therefore, one cannot specifically attribute juvenile delinquency in this sample to any factor - constitutional or environmental - although the environmental factors contributed more significantly to psychopathic traits in the sample as a whole. Patterns of autonomic activation among offenders indicate that the emotional responses of these young people when presented with pleasant and unpleasant stimuli in the environment are different from the other youngsters of the community, indicating particular features in the emotional response of young offenders. These results suggest that addressing juvenile delinquency requires far-reaching interventions, not solely restricted to socioeconomic factors.

Descriptors: Juvenile delinquency/psychology; Antisocial personality disorder; Electrophysiology; Personality disorders/diagnosis; Conduct disorder/psychology; Adolescent

.

1. INTRODUÇÃO

A psicopatia tem sido descrita com boa confiabilidade em todo o mundo como um preditor de reincidência criminal em adultos. Já a associação entre traços psicopáticos e o envolvimento com atos infracionais entre jovens têm sido menos estudada, e a investigação das causas da delinquência juvenil é muitas vezes limitada aos estudos que enfatizam os aspectos socioeconômicos associados à inserção dos jovens na criminalidade.

Atualmente, a avaliação de traços psicopáticos por meio de instrumentos validados inclui tanto características de personalidade determinados eminentemente pela constituição da personalidade do indivíduo quanto características associadas às variáveis psicossociais do ambiente onde se desenvolveu.

Por outro lado, muitos autores, ao avaliarem os aspectos biológicos da psicopatia em adultos e do comportamento antissocial em adolescentes, têm encontrado na hiporesponsividade do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) a explicação para estes fenômenos. No entanto, tais estudos não têm levado em consideração as condições socioeconômicas onde os indivíduos se desenvolveram. A inclusão desta variável poderia ajudar a entender a relevância de cada um dos componentes- biológicos e socioambientais- que influenciam no comportamento antissocial dos infratores.

Destarte, este estudo teve como objetivo principal comparar as diferenças de traços psicopáticos entre jovens infratores e não-infratores em condições socioeconômicas semelhantes, por meio da utilização de entrevista semi-estruturada para avaliação de traços psicopáticos e da análise do padrão de respostas emocionais autonômicas frente a estímulos em diferentes situações.

A motivação para a pesquisa foi a importância da compreensão dos fenômenos associados aos traços psicopáticos e ao comportamento antissocial entre jovens infratores, que podem ser decisivas para que ações e intervenções sejam tomadas de forma racional e assertiva frente às demandas específicas desta população.

1.1. Delinquência juvenil

O fenômeno da delinquência juvenil é um dos grandes problemas das sociedades contemporâneas, e de comum interesse às áreas de estudo em ciências naturais e humanas, envolvendo o interesse de médicos, antropólogos, educadores, psicólogos, juízes, políticos, enfim, de toda a sociedade. Por isso, a delinquência juvenil é uma definição legal, e não clínica[1-2].

Em 1909, o Juiz de Direito Julian Mack já ressaltava a importância de se entender melhor os jovens envolvidos com o crime: *"O problema para a decisão do Juiz não é o que este jovem fez de errado, mas quem é ele, como ele se tronou o que é, e o que poderia ser feito em seu interesse e no interesse do Estado para salvá-lo de um modo de vida decadente" (Juiz Julian Mack, 1909, tradução nossa)*[3].

O período pós-segunda guerra, caracterizado pelo caos econômico e social do mundo ocidental, é considerado um marco no aumento da delinquência juvenil. Desde então, diversos autores têm estudado as causas biológicas, psicológicas e sociais do problema[4].

No entanto, Hakeem já observava, em 1958, que "*especialistas e homens das Leis passaram a acreditar que o psiquiatra é a autoridade na delinquência juvenil, e esta abordagem vem ganhando ascendência sobre as demais*[5].

No Brasil, menores de idade que praticam atos infracionais correspondentes a qualquer crime em adultos são chamados de menores ou jovens infratores. São considerados inimputáveis de acordo com o Código Penal[6], isto é, não podem ser penalmente responsabilizados por seus atos, e estão sujeitos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao cumprimento de medida socioeducativa[7]. Esta será determinada a critério do Juiz da Vara da Infância e Juventude, que pode aplicar, a depender da gravidade e da repercussão social do ato, as seguintes medidas ao adolescente:

I- advertência;

II - obrigação de reparar o dano;

III - prestação de serviços à comunidade;

IV - liberdade assistida;

V - inserção em regime de semi-liberdade;

VI - internação em estabelecimento educacional;

VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

Portanto, com o objetivo de garantir a segurança pessoal do adolescente e manter a ordem pública, o adolescente poderá ser privado de sua liberdade em caso de flagrante ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada do Juiz da Infância e da Juventude. Nesses casos, o menor poderá ficar internado por no máximo 3 anos ou até completar 21 anos[7].

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional, do total de 345 mil menores infratores e adultos criminosos no Brasil, 17,4% são crianças e adolescentes com menos de 18 anos que estão internados em estabelecimentos de correção ou cumprindo medidas em regime de liberdade assistida. Segundo dados da Secretaria Nacional de

Direitos Humanos, há 60 mil adolescentes cumprindo medidas socioeducativas no Brasil, sendo 14 mil em regime de internação e os demais em regime aberto[8]. O número de jovens infratores aumentou de 4245 em 1996 para 17703 em 2010 (equivalente a 88 por 100000 habitantes em 2010)[9].

Nos últimos dez anos, o número de jovens infratores aumentou 138% [10]. Os atos infracionais praticados por adolescentes também aumentaram aproximadamente 80% em 12 anos, ao subir de 8 mil, em 2000, para 14,4 mil, em 2012 - diferentemente do que ocorre em relação aos crimes praticados por maiores de 18 anos, que vêm diminuindo na última década na cidade de São Paulo[11].

De acordo com dados da Fundação CASA[12] (Centro de atendimento socioeducativo ao adolescente), autarquia responsável pelo programa socioeducativo para adolescentes privados de liberdade no Estado de São Paulo, cerca de 90% dos internos é composta por jovens do sexo masculino, que possuem entre 12 e 21 anos.

Dentre os atos infracionais cometidos, cerca de 44,1% estão detidos por roubo, 41,8% por tráfico de drogas e 1,5% por homicídio ou latrocínio. Do total geral de infrações violentas, tais como homicídio e latrocínio, tais jovens foram responsáveis por 4% no ano de 2012[13]. Tais dados têm levado psiquiatras, psicólogos, sociólogos e educadores a tentar entender as causas da delinquência juvenil.

1.2. Fatores associados à delinquência juvenil

Em todo o mundo, fatores ambientais e do desenvolvimento psicossocial, tais como dificuldades de adaptação frente às circunstâncias e os desafios da vida; maus-

tratos na infância; uso e abuso de drogas, violência familiar e baixa escolaridade, correlacionam-se com fatores de risco para a origem e manutenção do comportamento violento na infância e adolescência[14-17].

A relevância de precárias condições socioeconômicas também tem sido proposta por vários autores que estudaram crianças e adolescentes com comportamentos antissociais[18,19].

Curto et al.[20] estudaram adolescentes de uma comunidade pobre na periferia de São Paulo e também encontrou a associação de fatores psicossociais, tais como a presença de punição física severa e a falta de pai (ou outro tutor masculino), com comportamento antissocial.

Kiriakidis, no entanto, defende que focando apenas em fatores sociais que facilitam a delinquência, com a exclusão de características individuais, fornece-se apenas uma visão parcial do quebra-cabeça do infrator. O autor cita o estudo de Short & Meier em 1981, no qual argumentam que a delinqüência em geral pode ser conceitualizada e testada em diferentes níveis de explicação. Eles identificaram o *nível individual*, onde o foco é sobre as características individuais, o *nível macrosociológico,* com foco no papel dos sistemas sociais e variação cultural para explicar a delinqüência e o *nível microssociológico,* que incide sobre determinantes situacionais da delinqüência em termos de papel e referência de grupos e os processos de interação contínua. Sugerem que "um maior entendimento da delinquência deve considerar a pesquisa interdisciplinar em todos os níveis de análise com o objetivo de reconhecer diferente níveis de explicação e de buscar pontes entre eles"[21].

De fato, além dos fatores ambientais, tem sido investigada a associação de comportamentos antissociais com transtornos mentais. Fazel et al[22] encontrou maior

prevalência de depressão e transtornos do desenvolvimento em jovens infratores suecos de 15 a 21 anos quando comparados a criminosos mais velhos. Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH), Abuso de substâncias e Transtornos de conduta também são mais prevalentes na população de jovens infratores em relação à população geral.[15,23-26].

A tabela 1 resume os principais dados da literatura referentes a associação de fatores socioambientais e biológicos-constitucionais.

Tabela 1- Fatores sociológicos e biológicos associados à delinquência juvenil

Fatores socioambientais[25-29]	*Fatores biológico*[30-32]
-Sexo: homens 6x mais que mulheres	-Transtornos de conduta: 30-90%
-Raça: negros 5x mais que brancos	-TDAH: 1-34%
-Idade: aumento progressivo de crimes entre 13 e 18 anos	-Depressão: 2-36%
-Baixo status socioeconômico	-TEPT: 30-40%
-História pessoal e familiar de violência	-Abuso de substâncias: 40-69%
-Uso de armas e participação em gangues	-Retardo mental: 5-27%
-Baixa escolaridade e evasão escolar	

TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático; TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Existem diferentes formas de associação entre os transtornos mentais e o comportamento antissocial de jovens infratores, podendo os transtornos serem desde a causa até a consequência do seu comportamento antissocial[34]. Em especial, destaca-se a confluência de aspectos ditos biológicos ou constitucionais, por um lado, e psicossociais ou socioambientais, por outro, que moldam o desenvolvimento da personalidade, influenciando o padrão de comportamento e tomada de decisões ao longo da vida[21]. Em alguns casos, o comportamento poderá ser condizente com a psicopatia, que está associada à persistência e reincidência no crime. Estudos apontam para prevalência de psicopatia 9,4% e 37% entre os jovens infratores internados[15,34-37].

Portanto, entender os principais traços de personalidade nesta população associados ao comportamento delinquente -chamados de *traços psicopáticos*- pode

ajudar a compreender a relevância dos aspectos constitucionais e ambientais no fenômeno da delinquência juvenil.

1.3. Traços psicopáticos em jovens infratores

As primeiras descrições que remetem à psicopatia são descrições de comportamentos que eram vistos como moralmente repugnantes. Assim, Pinel cunhou o termo *"manie sens delire"* em 1801 para descrever pacientes envolvidos em atos impulsivos e auto-destrutivos, que tinham sua habilidade de raciocínio intacta e tinham consciência da irracionalidade do que estavam fazendo[38].

Posteriormente, tais fenômenos foram estudados por Prichard, que os intitulou "*moral insanity*" em 1835. Em 1888 Koch usa pela primeira vez o termo "inferioridade psicopática", sendo posteriormente chamada de "personalidade psicopática" por Kraepelin em 1904[39].

Desde então, diversos autores tem buscado entender as causas e características destes indivíduos. Schneider, em 1923, agrupa nas "Personalidades psicopáticas" os "desalmados" ou "frios de alma", apontando a frieza emocional como a principal característica desta população[40].

A partir dos estudos de Cleckley em 1941 a psicopatia passou a ter critérios específicos, com descrição de características psicopatológicas que fossem inatas e determinantes do comportamento psicopático, influenciando posteriormente a definição da *personalidade antissocial* na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II) em 1968. Até então, o primeiro DSM, de 1952, enfatizava o aspecto comportamental em variáveis culturais e ambientais, por meio de

reforço e punição, levando ao diagnóstico de *perturbação sociopática da personalidade* ou *sociopatia*.

Cleckley descreveu o psicopata prototípico como um indivíduo que superficialmente charmoso e inteligente, mas também pouco sincero, mentiroso, egocêntrico, que não sentia remorso ou vergonha. Psicopatas foram caracterizados como engajados em comportamentos aversivos, com uma vida sexual impessoal, que não seguem nenhum plano de vida, e estão sujeitas a "comportamento antissocial inadequadamente motivado". No entanto, eles geralmente eram considerados sem outros sinais de outros transtornos mentais, como a ansiedade neurótica, delírios ou outros pensamentos irracionais[35].

Assim, a definição da personalidade antissocial no DSM-II, influenciada pelo estudo de Cleckley, apontava para características consideradas inatas do sujeito. O Transtorno de personalidade antissocial (TPAS) passava a ser caracterizado pelos seguintes sintomas: indivíduos não socializados; impulsivos; sem culpa ou remorso; egoístas; indivíduos insensíveis que racionalizavam seu comportamento e que não aprendiam com a experiência[41].

Nos DSM III de 1980 e no DSM-IV de 1994, um agrupamento de características ambientais e constitucionais passou a caracterizar o TPAS.

Ainda que tentassem descrever fenômenos parecidos que buscavam compreender o comportamento antissocial, é provável que as diversas definições incluíssem um construto mais heterogêneo, que incluiria sob o mesmo diagnóstico sujeitos com comportamentos semelhantes, mas com características de personalidades diferentes. A psicopatia se refere, portanto, a um grupo bastante heterogêneo[42-43].

Com o objetivo de clarear a heterogeneidade deste construto, Karpman, em 1948, hipotetizou que existem dois subtipos de psicopatas: primários e secundários[44].

De acordo com este autor, enquanto psicopatas secundários resultam de conflitos emocionais não resolvidos produzidos pela exposição a fatores psicossociais e ambientais, psicopatas primários resultariam de um déficit "constitucional".

Desde então, esta hipótese tem sido sustentada por vários estudos avaliando amostras de psicopatas com diferentes abordagens teóricas[42,45-47]. Atualmente há consenso em relação à validade de diferenciar características interpessoais/afetivos (que correspondem aos psicopatas primários e são mais constitucionalmente adquiridos), daqueles fatores associados ao estilo de vida e comportamento antissocial (que correspondem às variantes secundárias e são mais influenciados pelo ambiente)[35,48-52].

Paralelamente, a psicopatia foi reformulada por Hare que, em 1991, estabeleceu novos critérios para a identificação da síndrome e desenvolveu um instrumento que, ao longo dos últimos anos, se tornou o padrão-ouro para avaliação desta síndrome em contextos forenses e correcionais: a Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). A PCL-R é composta por 20 itens (ver Tabela 1) que se destinam a corresponder à conceituação original de Cleckley desta síndrome [53-55]. No entanto, como inicialmente foi desenvolvida e validada em amostras forenses e correcionais, a formulação de psicopatia da PCL-R (e seu antecessor, a PCL) é mais fortemente tendenciosa para os itens relacionados com a criminalidade e um estilo de vida socialmente desviantes (por exemplo, delinquência juvenil, revogação da liberdade condicional, versatilidade criminal) do que foi criado originalmente por Cleckley[35].

A PCL-R inclui assim tanto características interpessoais e afetivas (fator 1), como falta de empatia e frieza emocional, quanto características associadas ao estilo de vida e comportamento antissocial (fator 2), como impulsividade e irresponsabilidade. Cada item da escala é avaliado e pontuado entre 0 (ausência), 1 (presença moderada ou

duvidosa) e 2 pontos (presença evidente), com base em entrevista pessoal e informações colaterais, totalizando 0 a 40 pontos.

A partir de então, os estudos começaram a se multiplicar levando em conta a definição de Hare. Foram sendo então identificadas diversas características dos criminosos psicopatas, como a total incapacidade de modificar o comportamento por meio da punição ou de exibir alterações fisiológicas em situações emocionalmente estressantes[55].

Hart and Hare (1996)[56] argumentam que o critério de corte para diagnóstico de psicopatia da PCL-R ideal estaria entre 28 e 32 do total de 40 pontos. No entanto alguns autores têm usado pontuações de corte mais baixa[57]. Estudos com adolescentes tem usado critério de corte entre 22 e 30[15].

No Brasil, a validação da escala para uso em adultos encontrou a pontuação de corte em 23 pontos. A partir deste estudo, Morana propõe ainda a estratificação ainda de traços psicopáticos para aqueles que pontuaram entre 12 e 23 pontos, argumentando que tais indivíduos apresentariam traços estáveis de personalidade que predisporiam ao crime e comportamentos antissociais[56].

O estudo com jovens infratores também passou a se proliferar com a escala *PCL-R youth version*, que apresenta também 20 critérios adaptados para a aplicação em adolescentes até 18 anos, trazendo contribuições relevantes para a compreensão dos traços psicopáticos nesta população em especial.

Entre jovens psicopatas, Kimonis aponta para a possibilidade de que as características de personalidade de fator 1 e fator 2 sejam antagônicas em relação aos aspectos narcísicos, a primeira refletindo uma auto-estima grandiosa e a segunda refletindo uma necessidade de estima, o que se relaciona com a maior prevalência de abuso de substâncias neste grupo[58-59].

Domes avaliou a capacidade de empatia- e de seus componentes cognitivo e emocional- entre 90 jovens infratores na Alemanha, e não encontrou correlação com o nível de psicopatia. No entanto, os infratores apresentaram menores escores para ambos os componentes da empatia, e tais associações estavam associadas ao nível educacional e disposição social, mostrando a influência do desenvolvimento social e da escolaridade na delinquência juvenil nesta amostra. De forma semelhante, Hanoch, na Inglaterra, comparando a personalidade de 44 infratores com 46 não infratores concluiu que não havia relações de impulsividade com a criminalidade, porém encontrou relações significativas entre impulsividade e o nível de escolaridade[60-61].

Assim, na última década, as pesquisas sobre o comportamento antissocial (agressividade, psicopatia e problemas de conduta), foram capazes de identificar vários percursos biológicos, psicológicos e sociais que, potencialmente, levam a esses comportamentos[62]. Apesar da reconhecida influência das condições socioeconômicas, esta variável isoladamente não explica a delinquência juvenil, e abre a questão sobre quais fatores seriam predominantes na determinação da delinquência entre os jovens: traços constitucionais herdados geneticamente, ou traços adquiridos associados ao ambiente psicossocial?[63-64].

A investigação de tais distinções, talvez sugerindo a existência de caminhos diferentes para o comportamento infrator, deve ser de valor ímpar para aprofundar nossa compreensão da delinquência juvenil e constituir melhores estratégias para lidar com este problema, já que intervenções são mais efetivas quando objetivam fatores dinâmicos relacionados ao desenvolvimento e persistência de comportamento delinquente[15,24,65].

Quadro 1: Critérios da PCL-R de acordo com os fatores 1 e 2

Fator 1 – Insensibilidade Afetiva	**Fator 2 – Comportamento Antissocial**
Loquacidade / Charme superficial Superestima Mentira patológica Vigarice / manipulação Ausência de remorso ou culpa Insensibilidade afetivo-emocional Indiferença / Falta de empatia Incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos	Necessidade de estimulação/ tendência ao tédio Estilo de vida parasitário Descontroles comportamentais Transtornos de conduta na infância Ausência de metas realistas e de longo prazo Impulsividade Irresponsabilidade Delinqüência juvenil Revogação da liberdade condicional
Outros critérios *Promiscuidade sexual* *Muitas relações conjugais de curta duração* *Versatilidade criminal*	

1.4. Comportamento antissocial e atividade elétrica da pele (AEP)

De acordo com Crider[66], *atividade eletrodérmica* (*electrodermal activity; EDA*) ou *atividade elétrica da pele* (AEP) é um termo utilizado para definir mudanças autonômicas nas propriedades elétricas da pele. A propriedade mais estudada é a condutância da pele, que pode ser quantificada aplicando potenciais elétricos entre dois pontos de contato da pele e medindo a corrente resultante entre eles. A *atividade eletrodérmica* inclui tanto o nível tônico da condutividade da pele quanto o componente fásico decorrente da variação ou pico de resposta simpática em decorrência da apresentação de um estímulo. Ao conjunto de alterações que ocorrem na resposta eletrodermal dá-se o nome de *resposta galvânica da pele* (*galvanic skin response; GSR*)[67-69].

A condutividade elétrica da pele se faz por meio da passagem de uma microcorrente elétrica insensível pela superfície da pele, medindo-se a resistência a essa passagem. Quando as glândulas sudoríparas estão ativas a resistência da passagem da corrente diminui. Em caso contrário a resistência aumenta. A medida da resistência elétrica traduz a atividade ou inatividade das glândulas sudoríparas as quais, por sua vez, são um reflexo da atividade do SNA simpático[56].

A resposta fásica pode ser medida em termos de condutividade da pele (*Skin conductance, SC*) ou de resistência da pele (*Skin resistance, SR*), termos que estão de acordo com as padronizações da *Society of Psychophysiological Research*[70]. Tais medidas são inversamente proporcionais – quanto maior a condutância, menor a resistência e vice-versa. A condutância tem sido a medida mais utilizada em estudos, mas ambas são consideradas adequadas para mensuração do nível de ativação do sujeito mediada pelo SNA[71].

Filogeneticamente, o SNA é um componente importante e antigo do sistema nervoso que controla funcionamentos viscerais como tecidos cardiovasculares (coração, vasos sanguíneos), músculos lisos (órgãos mais visceral), glândulas (endócrinas e sistemas exócrina) e sensoriais (olhos, pele), com funções específicas na adaptação fisiológica e comportamental[71]. Assim, a análise do padrão de resposta elétrica da pele - a atividade eletrodérmica - permite estabelecer a relação entre estado emocional e a atividade do SNA.

Em 1957, Lykken demonstrou que indivíduos antissociais diagnosticados como psicopatas apresentavam condicionamento prejudicado, ou extinção mais rápida da atividade eletrodérmica, num experimento paradigmático de condicionamento aversivo por meio de choques[72].

A partir dos estudos de Lykken, diversas investigações passaram a ser realizados nesta área, e o fenômeno da hiporreatividade eletrodérmica na psicopatia é considerado hoje um dos mais confiáveis correlatos psicofisiológicos da psicopatologia. Estudos da condutância da pele e sua correlação com agressividade impulsiva têm consistentemente apontado baixa excitação autonômica em ofensores criminais psicopatas e agressivos[73].

Evidências mostram que anormalidades estruturais em indivíduos antissociais, em especial déficits no córtex pré-frontal e sistema límbico (córtex temporal, ínsula, amígdala, hipocampo e giro do cíngulo anterior e posterior) [74-75], poderiam explicar a resposta autonômica encontrada no comportamento antissocial.

Raine et al. compararam os déficits autonômicos com o déficit em substância cinzenta pré-frontal em indivíduos com TPAS. Comparado com pessoas com TPAS com alto volume de substância cinzenta pré-frontal, aqueles com TPAS com baixo volume de substância pré-frontal tinham atividade reduzida da condutância da pele, mas não da freqüência cardíaca, indicando que os déficits de substância cinzenta pré-frontal

foram relacionados aos déficits de atividade eletrodérmica (mas não cardiovascular) dentro do grupo de TAPS[76]. Encontrou também que pessoas com TAPS em que a matéria cinzenta pré-frontal apresentou reduções de volume tiveram menor atividade da condutância da pele durante o estressor do que aqueles sem volume cinzento pré-frontal diminuído.

O córtex pré-frontal tem sido reconhecido como a estrutura cerebral mais frequentemente comprometida em populações de violentos e antissociais[77-80]. Yang e Raine, em meta-análise envolvendo 43 estudos com neuroimagem funcional e estrutural, encontraram reduções no volume de substância cinzenta no córtex orbitofrontal, dorsolateral frontal e córtex cingulado anterior do cíngulo pré-frontal em indivíduos com comportamento antissocial[81]. Além destes, a amígdala tem sido a estrutura do sistema límbico mais frequentemente associada a este fenômeno[82-83].

Consistente com esses achados, as populações com danos no lobo frontal mostram aumento da extroversão, impulsividade, irritabilidade, agressividade e outros comportamentos antissociais[84]. Além disso, apresentam deficiências na capacidade de tomar decisões racionais e dificuldades no processamento das emoções[85]. Assim, uma desconexão funcional entre o córtex pré-frontal e regiões límbicas podem ser responsáveis pelo comportamento desinibido e por tomada de decisões com processamento emocional precário[86].

De acordo com Critchley, as lesões do córtex pré-frontal e as estruturas do sistema límbico que constituem parte do circuito neural para processos cognitivo-emocionais podem cada um prejudicar tanto a resposta cognitiva quanto a resposta de atividade elétrica da pele[87].

A influência do córtex pré-frontal e sistema límbico sobre a AEP parece ocorrer por mediação do SNA[88]. Na maioria dos indivíduos, aumenta a condutividade da pele

após a apresentação de estímulos novos ou significativos, o que é considerado um componente da resposta orientada pelo estímulo[89]. No entanto, indivíduos com deficiência pré-frontal hipoteticamente sofrem déficit que interferem com o processamento normal de estímulos em seu ambiente, em última análise predispondo-os a um comportamento antissocial[90-91]. A correlação entre hiporreatividade autonômica e a psicopatia favorece a tese de que a frieza emocional é a característica central e essencial da psicopatia, mas os mecanismos e processos pelos quais os déficits pré-frontais e autonômico poderiam predispor ao comportamento antissocial são vários, de acordo com Raine et al: primeiro, o córtex pré-frontal é parte de uma rede de circuito neural que desempenha um papel central no condicionamento do medo e resposta ao estresse. O padrão de condicionamento estaria, então, associado com o desenvolvimento da consciência, e pessoas que são menos sensíveis autonomicamente a estímulos aversivos -como crítica social durante infância- seriam menos suscetível às punições sociais, e, portanto, tornam-se predispostos a comportamento antissocial. Experimentos têm repetidamente confirmado que grupos antissociais revelam condicionamento de medo precário. A hiporreatividade para estímulos aversivos seria interpretada, então, como o reflexo da insensibilidade emocional em indivíduos psicopatas[92] **.** Essa perspectiva considera a hiporreatividade como um resultado de um sistema de inibição comportamental subativado[93].

Em segundo lugar, o córtex pré-frontal está envolvido na regulação de excitação, e déficits na excitação do sistema nervoso central e autônomo em pessoas antissociais seriam facilitadores de uma alta estimulação por novidades, sendo portanto a resposta antissocial uma compensação desta hipoativação. Este déficit, devido ao qual indivíduos agressivos/impulsivos são hiporreativos a estímulos neutros[94], derivaria de

uma baixa excitação que predispõe os indivíduos para os problemas desinibitórios e comportamento antissocial[95].

Em terceiro lugar, pacientes com lesão pré-frontal falham em dar respostas autonômicas antecipatórias para opções de escolha que são de risco, e fazem escolhas ruins, mesmo quando estão cientes das respostas mais vantajosas. Esta incapacidade de raciocinar e decidir em situações de risco podem contribuir para a impulsividade, quebra de regras, imprudência e comportamento irresponsáveis que caracterizam 4 dos 7 traços do TPAS[96]. Em acordo com esta teoria, Cheng et al [16] sugere que o comportamento agressivo pode surgir de um processamento anormal de informações afetivas, resultando numa deficiência em experimentar medo, empatia e culpa, que, em indivíduos com desenvolvimento normal, inibe a eclosão de impulsos violentos. A disfunção de empatia em indivíduos com psicopatia poderia assim resultar da sensibilidade reduzida para os sinais de socorro dos outros, embora a compreensão cognitiva das emoções esteja preservada.

1.5. Resposta autonômica em jovens infratores

Os padrões de AEP associados a comportamento antissocial ou agressivo tem sido estudados em crianças com transtornos de conduta e jovens em conflito com as Leis. Redução da resposta eliciada pelo estímulo foi encontrada em jovens com transtorno de conduta e foram prospectivamente associados com comportamento criminoso em uma amostra da comunidade de adolescentes do sexo masculino [97, 98].

Há evidências de que mesmo crianças propensas a comportamento antissocial ou psicopatia tem amplitude de AEP menor para estímulos desagradáveis ou não. Herpertz, por exemplo, encontrou hiporresponsividade autonômica já em crianças de 8 a 13 com diagnóstico de Transtorno de conduta em comparação com crianças com TDAH ou sem diagnóstico psiquiátrico[99-101].

Como são muitas as possíveis fontes de danos ao córtex pré-frontal que podem comprometer a capacidade de avaliar as consequências e de regular os impulsos, não fica claro se o padrão de resposta autonômica em jovens agressivos em condições sociais desfavoráveis está associado aos traços psicopáticos, a alterações da estrutura cerebral ou ao meio e condições onde se desenvolveram estes jovens.

Há evidências, em particular, que funções cognitivas frontais podem ser afetadas por fatores psicossociais, tais como privação e estímulos ambientais estressantes, sugerindo que os déficits nas funções cognitivas executivas podem ser mais prevalentes em bairros caracterizados como de baixa renda, de criminalidade e uso frequente de drogas, assim como nas famílias disfuncionais[86,102].

Soma-se a esta dificuldade o fato de que o pequeno número de estudos que apresentam resultados distintos para subfatores da psicopatia impede a realização de análise subsidiária significativa para melhor avaliar o efeito de características de

psicopatia. Yang aponta para a possibilidade de que os achados de alterações no córtex pré-frontal podem ser moderados por subfatores de PCL-R, em especial o subfator estilo de vida antissocial, que está mais associada com déficits frontais, tais como impulsividade e controle comportamental prejudicado[103].

Assim, o estudo das respostas autonômicas em jovens infratores, correlacionando com os subfatores da PCL-R, poderia ajudar a entender se os padrões encontrados estão associadas aos fatores primários ou secundários da psicopatia.

1.6. Estudos anteriores com jovens infratores em nosso meio

Num estudo recente realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), Barros avaliou a relação entre a pontuação na escala PCL-R e os resultados de medidas psicofisiológicas de 30 jovens infratores submetidos a medida de internação na Fundação Casa, nas unidades do Complexo Raposo Tavares. O objetivo deste trabalho era avaliar a relação entre a resposta psicofisiológica, o nível de julgamento moral e o grau de psicopatia[51].

O autor não encontrou correlação entre o escore total de psicopatia e a AEP. No entanto, quando analisados de forma independente o fator 1 e 2 da PCL-R foram identificadas correlações significativas.

Em relação ao fator 1, o autor encontrou que quanto maior os escores nesse parâmetro, mais demoraram as respostas fisiológicas diante dos estímulos desagradáveis, e maiores foram as respostas máximas atingidas.

Já em relação ao fator 2, a pesquisa demonstrou correlação inversa com a instabilidade da resposta diante dos estímulos neutros e desagradáveis, indicando maior controle vagal.

Este estudo foi o primeiro em nosso país a analisar a atividade elétrica da pele em jovens infratores, e indicou tendência parecida com as encontradas na literatura internacional. No entanto, o estudo ficou limitado à análise de infratores não psicopatas, pois todos os adolescentes avaliados pontuaram menos que 30 na escala PCL-R. Assim sendo, não foram incluídos indivíduos psicopatas de acordo com os critérios atuais propostos por Morana na validação da escala PCL-R para uso no Brasil[104]. Também não foi incluído naquele estudo um grupo controle com características sociodemográficas semelhantes às dos jovens internados, que permitisse uma comparação das respostas psicofisiológicas entre os jovens infratores e o grupo controle.

O estudo deixou em aberto, portanto, se os mesmos parâmetros psicofisiológicos são encontrados em jovens não-infratores de condições socioeconômicas semelhantes. O próprio autor ressalta a dificuldade desta avaliação, destacando que "se pretendêssemos comparar a resposta psicofisiológica de jovens infratores com não infratores, as variáveis de confusão tornariam a eleição de um grupo controle logisticamente inviável, não sendo possível encontrar número suficiente de indivíduos que, não sendo infratores, tenham traços semelhantes de psicopatia, origem social e nível intelectual ao dos delinquentes."

Portanto, a eleição de um grupo controle com origem social e nível intelectual semelhante, que não apresentem envolvimento com atos infracionais, faz-se necessária para esclarecer se os parâmetros encontrados por Barros no grupo de infratores são diferentes dos parâmetros dos jovens não-infratores de condições socioeconômicas semelhantes. A análise de psicopatia a partir do critério de 23 pontos sugerido na

validação da PCL-R para uso no Brasil permite também a inclusão de jovens com psicopatia nesta amostra, incluindo assim a análise da influência desta variável na avaliação da resposta autonômica.

2. OBJETIVOS

Neste estudo objetivou-se avaliar a presença e as características específicas de traços psicopáticos entre jovens infratores sob medida socioeducativa de internação, em comparação com jovens não-infratores oriundos de extrato socioeconômico semelhante. Para tal, avaliou-se a presença de traços psicopáticos com entrevista semi-estruturada, além dos padrões de resposta emocional através da resposta psicofisiológica frente a estímulos.

2.1. Objetivo principal

O principal objetivo deste estudo foi a comparação da pontuação na escala de psicopatia PCL-R entre os jovens infratores e os jovens não-infratores.

Com este objetivo pretendia-se avaliar se existem diferenças entre infratores e não-infratores com relação aos traços psicopáticos- tanto na pontuação total quanto nos fatores 1 e 2 da escala, refletindo a predominância de características interpessoais e afetivas essencialmente constitucionais (associadas ao fator 1), ou do estilo de vida e comportamento antissocial influenciados pelo ambiente (associados ao fator 2).

A hipótese aventada era de que os infratores apresentam maior pontuação na PCL-R, compatível com traços psicopáticos, e com predominância dos critérios associados ao fator 2 da escala em comparação com os jovens do grupo controle.

2.2. Objetivo secundário

Foi também objetivo deste estudo avaliar os parâmetros de resposta psicofisiológica de jovens infratores sem psicopatia em comparação a jovens não-infratores submetidos a condições socioeconômicas semelhantes.

Com este objetivo pretendia-se avaliar se jovens infratores apresentam padrões de resposta autonômica diferentes de outros jovens da comunidade, quando oriundos de condições socioeconômicas semelhantes.

Nossa hipótese era de que os jovens infratores apresentam hiporresponvidade autonômica mesmo quando excluídos do critério para psicopatia no Brasil.

3. MÉTODOS

3.1. População e local de estudo

O estudo foi desenvolvido em dois locais diferentes: o grupo de infratores foi constituído pela avaliação de jovens infratores da unidade Raposo Tavares da Fundação CASA, enquanto o grupo controle foi constituído por moradores de uma comunidade de baixo perfil socioeconômico vizinha da unidade Raposo Tavares da Fundação CASA.

A Fundação CASA é uma autarquia do governo do Estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania, que presta assistência aos adolescentes do Estado de São Paulo. Tem como missão primordial aplicar em todo o Estado as diretrizes e as normas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promovendo estudos e planejando soluções direcionadas ao atendimento de adolescentes autores de atos infracionais, na faixa de 12 a 18 anos[12].

Os adolescentes encaminhados à Fundação CASA estão inseridos nas medidas socioeducativas de privação de liberdade (internação), semiliberdade e meio aberto (Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade). As medidas são aplicadas de acordo com o ato infracional e a idade dos adolescentes. Os jovens ficam internados por um período máximo de 3 anos ou até completarem 21 anos.

A Divisão Técnica da Unidade Raposo Tavares da Fundação Casa foi escolhida por ser composta por 5 unidades de internação, incluindo unidades específicas para infratores internados pela primeira vez (primários) e para os que já têm internações prévias (reincidentes), somando cerca de 200 internos.

Já a comunidade onde foram recrutados os jovens do grupo controle localiza-se na periferia de São Paulo, e é vizinha do complexo Raposo Tavares da Fundação Casa.

Os jovens foram convidados a participar por meio do contato dos coordenadores da ONG “Intel Computer Clubhouse Network”, localizada dentro da comunidade, onde tais jovens já haviam participado de cursos de aprimoramento gratuitos. Todos os jovens do sexo masculino maiores de 18 anos que já haviam participado destes cursos foram convidados. Após a chegada dos adolescentes à ONG- local onde foram desenvolvidas as entrevistas e avaliações psicofisiológicas- a seleção dos jovens era feita pelos pesquisadores seguindo os mesmos critérios do grupo de infratores.

Assim, foram convidados a participar estudo jovens infratores internos na Fundação Casa e jovens da comunidade de sexo masculino, maiores de 18 anos, com ensino médio completo ou em curso, que não estivessem em uso de medicamentos psicotrópicos.

Os critérios de exclusão eram os adolescentes com histórico de doença clínica e/ou neurológica, além de qualquer diagnóstico psiquiátrico do Eixo I identificado através do Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) e/ou em uso de medicamentos psicotrópicos. Tais critérios foram os mesmos utilizados por na obtenção dos dados citados anteriormente. Além disso, não seriam incluídos jovens que porventura apresentassem condição socioeconômica condizente com os extremos do Critério Brasil (A, D ou E).

3.2. Instrumentos

A seguir descrevemos os instrumentos utilizados para avaliação de psicopatia, presença de transtornos mentais e transtornos associados ao uso de drogas, quociente de inteligência estimado e avaliação socioeconômica.

3.2.1. Avaliação de psicopatia

Para a avaliação de psicopatia será utilizada a PCL-R de Hare (1991), traduzida para uso no Brasil por Morana (anexo 1)[34].

A PCL-R é o instrumento que dita os paradigmas da psicopatia atualmente. Foi criado em 1980 e traduzido e validado no Brasil em 2004. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada composta por 20 itens que avaliam o grau de psicopatia. Cada um dos 20 itens pode ser pontuado através de uma escala numérica ordinal, sendo: 0 (Não), 1 (Talvez/em alguns aspectos) e 2 (Sim), totalizando 40 pontos.

Segundo Hare, podem-se conceituar traços de psicopatia quando o entrevistado pontua de 15 a 29 pontos, e a psicopatia deve ser considerada a partir de 30 pontos[58]. A validação da escala para uso no Brasil, no entanto, redefiniu os critérios para psicopatia estabelecendo em 23 pontos ou mais o critério para psicopatia, e entre 15 e 23 pontos os traços de psicopatia. Utilizaremos, portanto, os parâmetros estabelecidos por Morana para uso da escala no Brasil.

Os itens da escala são habitualmente associados a dois fatores principais, e correspondem a características interpessoais e afetivas (fator 1) ou ao estilo de vida e comportamento antissocial (fator 2). Além destes, outros 3 itens não associados aos

fatores 1 e 2 completam a escala: promiscuidade sexual, muitas relações conjugais de curta duração e versatilidade criminal.

Seguindo orientação do manual, dada baixa média de idade da população estudada, estes últimos três fatores foram excluídos da pontuação final, e por isso o escore final foi corrigido levando em conta tais exclusões conforme orientações do manual.

Todas as entrevistas para aplicação da PCL-R foram realizadas pelo mesmo profissional, que recebera treinamento para a aplicação do instrumento e não conhecia os resultados das outras escalas ou testes, evitando assim o viés em sua avaliação.

3.2.2. Diagnóstico de transtornos mentais

Para a exclusão do diagnóstico psiquiátrico foi utilizado o questionário MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (anexo 2). Este é um questionário estruturado de aplicação rápida (15-30 minutos), desenvolvido para contemplar os critérios do DSM-IV e da CID-10 e validado para o português[105] Este instrumento foi também utilizado por Barros para a obtenção dos dados aqui utilizados no grupo I58[51], onde três sujeitos foram excluídos da amostra de infratores e foram encaminhados para tratamento adequado.

3.2.3. Uso de álcool e outras drogas

O "*Clinician Drug Use Scale (DUS)*"[106] (Anexo 3) foi utilizado para avaliação específica do uso de álcool e outras drogas. Este instrumento permite uma avaliação objetiva do uso de diversas substâncias nos últimos 12 meses, podendo ser utilizado com e relatos espontâneos, entrevistas, observações do comportamento ou relatos de outros.

Neste estudo utilizamos o relato espontâneo, a entrevista clínica e informações de prontuário para ter acesso a esta informação. A escala pontua como 1 (abstinência), 2 (uso sem prejuízo), 3 (abuso), 4 (dependência) ou 5 (dependência grave).

A avaliação foi feita pelo próprio pesquisador responsável, que também foi responsável pela aplicação da PCL-R nos grupos de infratores e grupo controle e pela MINI no grupo controle.

3.2.4. Estimativa de nível intelectual

Os subtestes Cubos e Vocabulário da *Wechsler Adult Intelligence Scale-III* (Escala Wechsler de Inteligência para Adultos- III) (WAIS- III)[107](Anexo 4), foram utilizados para avaliação do nível intelectual estimado. Os testes foram aplicados por duas neuropsicólogas com experiência na área.

3.2.5. Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de pesquisa (ABEP), foi o instrumento utilizado para avaliação de perfil socioeconômico. O "Critério Brasil" é composto por um sistema de 46 pontos que visa estimar as classes econômicas a que pertencem os entrevistados.

São realizadas perguntas sobre a posse de itens domésticos da família dos entrevistados, além do Grau de instrução do chefe de família. Os resultados são classificados em classes econômicas, da seguinte forma: A1 (42-46 pontos), A2 (35-41 pontos), B1 (29-34 pontos), B2 (23-28 pontos), C1 (18-22 pontos), C2 (14-17 pontos), D (8-13 pontos) ou E (0-7 pontos), conforme anexo 5[108].

3.3. Medidas psicofisiológicas (AEP)

3.3.1. Coleta de dados de AEP

Para a coleta de dados psicofisiológicos por meio da AEP utilizamos o mesmo procedimento utilizado por Barros[51], conforme descrito a seguir.

O hardware utilizado foi o aparelho I-330 C (J&J Engineering) com 2 canais. Os eletrodos foram colocados no segundo e terceiro dedos da mão esquerda, por meio de cabos "MC-6SY". A programação permitiu a captação de AEP entre quase zero e 10Ω, por meio do software BioExplorer 1.5 (CyberEvolution) instalado num notebook Vaio, 2 GHZ, 3 Gigas, com tela de 15.4 polegadas. Um monitor de LCD extra de 19 polegadas foi utilizado para apresentação das imagens aos sujeitos.

Para capturar e sincronizar os dados fisiológicos com a percepção dos estímulos visuais foi criada uma interface multimídia associada a um processador de sinais digital, aliado a um mecanismo de exportação seletiva dos dados de interesse. Por meio do software de processamento de sinais digital Bioexplorer 1.5 foi possível delinear a sincronização dos *inputs* (estímulos fisiológicos) com imagens em Flash (SWF). A criação dos arquivos SWF, expostos na interface do usuário utilizou o módulo IMPRESS do software Open Office.

Como estímulos para eliciar emoções por meio da capacidade de empatia, foram apresentadas cenas do *International Affective Picture System (IAPS)* mostrando pessoas em situações afetivas positivas ou negativas, além de figuras neutras. O IAPS é um sistema internacional de figuras afetivas desenvolvido por Lang et al[109], e traz uma gama variada de imagens coloridas, representado situações, pessoas, cenários e figuras diversas. As imagens têm demonstrado uma capacidade consistente de induzir estados

afetivos, permitindo sua verificação dada a possibilidade de exposição controlada[110-112], e já foi validado para a população adulta brasileira[113]. Este instrumento foi efetivo num estudo de respostas psicofisiológicas realizado com populações de adultos encarcerados no Brasil[114].

Com o objetivo de evitar qualquer viés em função da ordem de apresentação, optamos por apresentar três blocos com sequencias diferentes. Assim, as imagens foram apresentadas da seguinte forma: o primeiro bloco foi formado por 3 figuras agradáveis, cada uma durante 6 segundos, seguidas de uma tela cinza por 6 segundos; 3 figuras neutras, também seguidas de uma tela cinza e 3 figuras desagradáveis, com os mesmos intervalos. Ao final do bloco, uma tela cinza aparecia por 16 segundos, para retornar a resposta aos níveis basais e dar início a um novo bloco. No segundo bloco a seqüência se iniciava por figuras desagradáveis, seguidas de neutras e terminava com imagens agradáveis, mantidos os mesmo intervalos temporais. Finalmente, o último bloco começava com as imagens neutras, seguidas das agradáveis e finalizado pelas desagradáveis (Figura 1).

As imagens selecionadas em nosso estudo foram escolhidas do banco do IAPS e foram previamente classificadas como agradáveis, neutras ou desagradáveis em estudos anteriores[112].

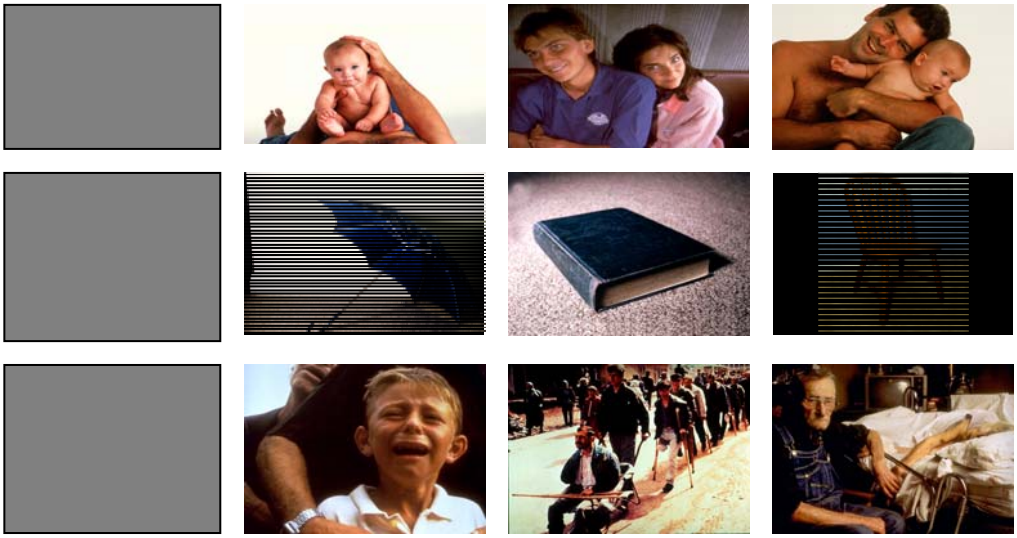

Figura 1: Exemplo de 1 bloco, com 3 imagens agradáveis, 3 neutras e 3 desagradáveis

3.3.2. Parâmetros de AEP avaliados

Seguindo o procedimento adotado por Barros[51], a AEP foi inicialmente medida em três parâmetros de interesse: o tempo de demora para alterações no sinal (medido em milisegundos), chamada aqui de latência; o máximo da resposta em relação à linha de base (medida em μΩ), chamada aqui de resposta máxima; e a variabilidade da resposta (quantificando o número de μΩ/s), chamada aqui de labilidade (Figura 2). Estes dados numéricos foram automaticamente exportados para um arquivo de dados elementares (.txt), o qual serviu de base para a criação de um *Template* (.xlx).

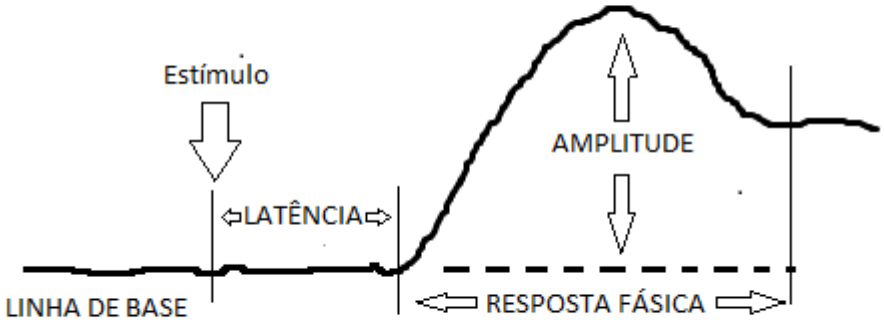

Figura 2: curva de resposta fásica ao estímulo (adaptado de Dawson et al, 2001)

Devido à "Lei dos valores iniciais"- a proposição descrita já em 1931 de que, devido a restrições biológicas, a linha de base de um indivíduo estará associada com a mudança em resposta a uma tarefa - o valor da resposta fásica será determinado pela linha de base deste indivíduo[115].

Por isso, além da avaliação das variáveis *latência*, *labilidade* e *resposta máxima*, utilizadas no estudo de Barros, os grupos foram também avaliados em relação à média da resposta fásica *considerando a linha de base*.

Dessa forma, decidimos ampliar a avaliação dos dados por meio de uma nova análise metodológica que considerasse a média da amplitude da resposta fásica em cada estímulo, incluindo a normalização das variáveis por meio da resposta fásica geral, com o objetivo de diminuir as diferenças individuais.

Para o cálculo de todas estas variáveis adotamos a normalização pela linha de base para eliminar diferenças individuais proposta por Nourbakhsh et al[115], que consiste basicamente em calcular um valor de resposta fásica geral, considerando todas as tarefas, e dividir o valor de resposta fásica na tarefa pela resposta fásica geral. Para isso foram identificadas as seguintes variáveis:

- *Amplitude da primeira condição de cada bloco*: reduzimos o valor da média de resposta fásica da primeira condição (imagem) do primeiro estímulo de cada bloco da linha de base imediatamente anterior. A fórmula matemática utilizada para o cálculo foi: Abl1AgrCond1= bl1st1cond1Med-bl1st1basemed, onde A= amplitude; bl1 = bloco 1; Agr= agradável; Cond1 = condição 1; st=estimulo; lbasemed=linha de base média. Com isto objetivamos avaliar a possibilidade de um viés de estímulo da primeira imagem apresentada, independente da valência (agradável, neutra ou desagradável)

- *Amplitude da emoção, por bloco:* fizemos a média da resposta fásica das três condições (imagens) de cada emoção (agradável, neutra e desagradável). Calculamos a amplitude com o valor da média da emoção, reduzindo do valor da linha de base imediatamente anterior. Assim, a fórmula matemática utilizada para o cálculo da emoção "agradável" no primeiro bloco foi: Abl1AgrMed= [(bl1st1cond1Med+ bl1st1cond2Med+ bl1st1cond3Med)/3]- bl1st1basemed

- *Amplitude da emoção, geral*: fizemos a média da resposta fásica das 3 condições (imagens) nos 3 blocos. Calculamos também uma linha de base geral, considerando a média das três linhas de base. Assim, a fórmula matemática utilizada para a emoção "agradável" geral foi: AagrGeral= (Abl1AgrMed + Abl2AgrMed + Abl3AgrMed) / 3

A orientação aos sujeitos do experimento psicofisiológico foi padronizada, minimizando a presença de vieses gerados por estas orientações.

Assim, ao entrar na sala após a entrevista da PCL-R realizada na sala ao lado, o sujeito era orientado a sentar-se de frente para o monitor de computador e reforçado quanto ao anonimato da seguinte forma: "Essa pesquisa não tem nada a ver com a medida socioeducativa, nem vai para o juiz, e não mexe em nada com sua vida aqui, certo?"

Em seguida, eram orientados quanto ao procedimento em si: “Nessa parte da pesquisa que estamos fazendo você vai olhar para o computador. Nessa tela na sua frente vão aparecer várias fotos de pessoas e situações, algumas são agradáveis, outras são desagradáveis e outras não são nem um nem outro. A ideia aqui é você tentar se colocar no lugar das pessoas que estão aparecendo, tentando imaginar se elas estão felizes ou tristes, como estão se sentindo, tudo bem?”

Após o assentimento, a explicação seguia: “Eu vou colocar esses dois sensores aqui nos seus dedos, para a gente medir a emoção que as imagens produzem; não se preocupe com os fios e pode deixar a mão bem relaxada”.

Nenhum jovem teve dificuldades para entender o que foi orientado e nem hesitou durante o procedimento, e por isso não foi necessário uma nova explicação.

3.4. Análise estatística dos dados

A análise estatística foi realizada por meio do programa STATA *Data Analysis and Statistical Software versão 11,* com a ajuda de um profissional especialista no assunto.

Para avaliação de traços psicopáticos nós consideramos como variáveis de desfecho as médias da pontuação total, fator 1 e fator 2 da escala PCL-R. As variáveis potencialmente confundidoras eram a média de Quociente de inteligência (QI estimado), média de idade e média de anos de estudo em cada grupo.

Utilizamos o teste t para comparar as pontuações médias na PCL-R (total, Fator 1 e Fator 2) entre os grupos. Como no grupo controle a PCL-R falhou no teste de normalidade *Shapiro-Wilk* nós padronizamos os dados para correr o teste t para variâncias desiguais. Nós também utilizamos o teste t para comparar as médias de QI estimado, idade e nível de escolaridade entre os grupos. Em todas estas comparações, o teste não-paramétrico Mann Whitney também foi realizado com o objetivo de confirmar os dados encontrados.

No caso de alguma das variáveis confundidoras apresentar diferenças entre os grupos (*between-group differences by Student´s t test*), avaliamos as diferenças na PCL-R na presença destas covariáveis utilizando ANCOVA.

Para cada sujeito da amostra foram considerados a princípio 9 índices de AEP: a latência da resposta (AEP lat), o máximo da resposta (AEP Max) e a variação da resposta (AEP lab), para estímulos agradáveis, neutros e desagradáveis, gerando portanto 9 variáveis para comparação: LAT_a, LAT_d, LAT_n, MAX_a, MAX_d, MAX_n, LAB_a, LAB_d e LAB_n. Foram ainda avaliados a *Amplitude da primeira condição de cada bloco* (Ampbl1, ampbl2 e ampbl3), *Amplitude da emoção por bloco*

(ampagrbl1, ampagrbl2, ampagrbl3, ampdesagbl1, ampdesagbl2, ampdesagbl3, ampneutbl1, ampneutbl2, ampneutbl3) e *Amplitude da emoção geral* (Ampagradgeral, ampdesaggeral, ampneutgeral).

Para todas estas comparações dos índices de atividade da pele entre o grupo de infratores e grupo controle optamos por utilizar o teste não paramétrico *Mann Whitney*, pois os grupos falharam no teste de normalidade *Shapiro-Wilk*.

Em todas as análises, foram usados níveis de significância estatística de $p<0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

3.5. Aspectos éticos

O projeto foi autorizado pela Comissão de Ética do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, assim como pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE: 13509713.8.0000.0065.

O Departamento de Execuções da Infância e Juventude (DEIJ), órgão responsável pelas internações em seu caráter judicial, bem como a Superintendência de Saúde da Fundação Casa e a diretoria da Divisão Técnica Raposo Tavares, onde a pesquisa junto ao grupo caso foi realizada, também autorizaram a pesquisa.

A Coordenaria do "Intel Computer Clubhouse Network", onde os dados do grupo controle foram coletados, concordou com a realização da pesquisa em sua sede.

Todos os sujeitos foram informados sobre o teor da pesquisa e o absoluto sigilo quanto a dados individuais, podendo consentir ou não em participar. Os adolescentes internados na Fundação Casa tiveram ainda a garantia de que seus dados não seriam

endereçados ao DEIJ e nem seriam utilizados para avaliação de seu comportamento durante a internação. Ao consentir, todos os jovens assinaram um documento aceitando participar do estudo, permitindo que os dados fossem utilizados, desde que preservado o anonimato (Anexo 6).

4. RESULTADOS

4.1. Características gerais da amostra

Entre 2009 e 2012, foram convidados a participar do estudo um total de 84 jovens, sendo 52 infratores e 32 não-infratores.

Como os jovens que já faziam tratamento não foram convidados a participar do estudo, foram excluídos do grupo de infratores apenas 3 jovens que apresentaram critérios para transtorno mental, sendo dois com episódio depressivo e um com síndrome do pânico. Assim, preencheram os critérios de inclusão 49 infratores, no entanto 2 tiveram os dados de AEP corrompidos na análise e 5 deles tiveram a avaliação de AEP incompleta. Além destes, 5 deles tiveram a avaliação da PCL-R incompletas, em ambos os casos em virtude dos jovens terem sido submetidos a medida de desinternação por medida judicial antes de completarem todas as avaliações propostas. Assim, o grupo de infratores totalizou 44 sujeitos com avaliação de PCL-R completa e 37 sujeitos com avaliação de PCL-R e psicofisiológica completas.

No grupo controle apenas um sujeito foi excluído da avaliação por preencher critérios para episódio depressivo maior identificado por meio do MINI. Nenhum sujeito apresentou classificação socioeconômica nos extremos do Critério Brasil. Um dos jovens já havia cometido ato infracional compatível com furto, sendo levado à Delegacia à época, no entanto não fora submetido à medida socioeducativa. Por este motivo foi incluído na análise do grupo controle, já que os infratores avaliados respondiam todos por medida socioeducativa de internação. Dessa forma o grupo de não-infratores totalizou 31 sujeitos com avaliações completas.

O uso de drogas estava presente entre 15 jovens do grupo de infratores, sendo que 11 preencheram critérios para dependência de maconha e 4 preencheram critérios para dependência de cocaína. Todos estes sujeitos estavam abstêmios do uso há pelo menos 5 meses. Já no grupo controle um sujeito apresentou critérios para abuso de drogas (cocaína), mas também estava abstinente há pelo menos 5 meses.

Para a comparação das características gerais dos grupos foram incluídos os jovens que concluíram a avaliação da PCL-R independente da perda dos dados de AEP, ou seja, 44 jovens infratores e 31 não infratores.

Os infratores haviam sido admitidos em média 7 meses antes da entrevista (média de 3-17 meses), e a maioria dos atos infracionais correspondia a roubo à mão armada. No grupo controle, a maioria estava empregada com salários que variavam de 1 a 2 salários mínimos.

A média de idade do grupo de infratores era de 18 anos (variação de 18-19 anos), enquanto que a média de idade no grupo controle foi de 20 anos (variação de 18-24 anos), sem diferença estatisticamente significativas entre os grupos. Também não houve diferenças estatisticamente significativas quanto à media de QI estimado entre o grupo de infratores (QI=96 IC95%: [90-102]) e o grupo controle (QI= 102 IC95%: [96-108]).

Já em relação ao grau de escolaridade foi encontrada diferença significativa entre os grupos ($p<0,01$): enquanto o grupo controle apresentou em média 10,1 IC(95%): [9,5-10,7] anos de estudo, o grupo de infratores apresentou em média 7,7 IC95%: [6,9-8,5] anos de estudo.

4.2. Avaliação de traços psicopáticos pela PCL-R

Entre os 44 jovens infratores, apenas 5 pontuaram 23 pontos ou mais na PCL-R, configurando desta forma o critério de psicopatia de acordo com as instruções do PCL-R validado para uso no Brasil. Como nosso objetivo era a composição de um grupo de jovens infratores sem psicopatia, tais indivíduos foram excluídos da análise. Entre os jovens do grupo controle, nenhum apresentava critério para psicopatia de acordo com a PCL-R.

A média de pontuação na PCL-R para os grupos estão apresentadas na *Tabela 2*. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre estes grupos em termos das médias de PCL-R total ($p<0,01$), e também entre os fatores 1 e 2 isoladamente ($p<0,01$ em ambos os casos).

A ANCOVA utilizada para comparar as médias de pontuação na PCL-R entre os grupos, controlando para as variáveis que apresentaram diferença significativa entre os grupos - neste caso apenas o grau de escolaridade - mostrou que a diferença na pontuação da PCL-R se manteve estatisticamente significativa ($p<0,01$) na presença desta covariável.

Tabela 2 - Comparação de médias de escore total, fator 1 e fator 2 da escala PCL-R de infratores e não-infratores excluindo psicopatia por meio do teste t

Grupo	n	Média PCL-R (IC95%)*	Média Fator 1 (IC95%)	Média Fator 2 (IC95%)
Infratores	39	13,4 (11,6-15,1)	2,5 (1,8-3,1)	8,9 (7,7-10)
Não-infratores	31	2,1 (0,85-3,3)	0,4 (0,1-0,6)	1,4 (0,5-2,3)
Diferença		11,3 (9,2-13,4)	2,1 (1,4-2,8)	7,5 (6,0-8,9)
P		<0,01	<0,01	<0,01

*Corrigido para 17 fatores (excluídos os itens "promiscuidade", "relações conjugais de curta duração" e "versatilidade criminal").

4.3. Avaliação de resposta psicofisiológica

Para esta comparação, dos 37 que haviam completado todas as fases, foram excluídos 4 com critérios para psicopatia (PCL-R>23), totalizando assim 33 jovens infratores com dados psicofisiológicos. Para o grupo controle foram incluídos os 31 sujeitos também avaliados em relação à PCL-R.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de infratores e não infratores em relação a latência de resposta fásica e a labilidade (variabilidade) da resposta fásica, seja em relação aos estímulos agradáveis, neutros ou desagradáveis.

No entanto, a amplitude máxima da resposta fásica foi diferente entre infratores e grupo controle para os estímulos agradáveis e desagradáveis - em ambos os casos foi maior entre infratores, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Comparação entre infratores e não-infratores de acordo com parâmetro de AEP e estímulo (agradável, neutro ou desagradável) por meio do teste *Mann-Whitney*

AEP	INFRATORES (IC95%)	CONTROLE (IC95%)	Prob>z
LAT a	0,03	0,01	0,91
LAT n	0	0	0,41
LAT d	0,01	0	0,41
LAB a	0,04	-0,03	0,37
LAB n	0,03	0	0,72
LAB d	0,02	0,04	0,18
FAS a	0,1	-0,04	**0,02**
FAS n	-0,08	0,02	0,12
FAS d	0,02	-0,01	**<0,01**

(AEP=atividade elétrica da pele; a= agradável; n=neutro; d=desagradável; LAT=latência de resposta fásica, em **ms**; LAB=labilidade da resposta fásica, em **μΩ/s**; MAX= amplitude máxima da resposta fásica, em **μΩ**)

Foi avaliada também a média da amplitude de resposta fásica no primeiro estímulo de cada um dos três blocos (estímulos agradável, desagradável e neutro respectivamente), e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estas (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação das médias de amplitude de resposta fásica entre infratores e não-infratores na primeira condição de cada bloco de imagens por meio do teste *Mann-Whitney*

AMPLITUDE DA RESPOSTA FÁSICA*	**Controles**	**Infratores**	**Prob>z (p)**
Bloco 1 Condição 1 (agradável)	<0,01	0,01	0,4
Bloco 2 Condição 1 (desagradável)	<0,01	<0,01	0,86
Bloco 3 Condição 1 (neutro)	<0,01	<0,01	0,17

*Normalizada pela resposta fásica geral

Quando avaliadas as médias de amplitude da resposta fásica de acordo com o estímulo (agradável, neutra e desagradável) em cada bloco, obteve-se diferença apenas em relação aos estímulos desagradáveis no terceiro bloco. Já quando agrupadas as emoções entre os 3 blocos, foram encontradas diferenças significativas entre infratores e não-infratores para estímulos agradáveis e desagradáveis, sendo que o aumento na resistência da pele foi menor entre os infratores para estímulos agradáveis e maior para estímulos desagradáveis (tabela 5).

Tabela 5 - Comparação das médias de amplitude de resposta fásica entre infratores e não-infratores, de acordo com a emoção da imagem por meio do teste *Mann-Whitney*

AMPLITUDE DA RESPOSTA FÁSICA*	**Controles (Mdn)**	**Infratores (Mdn)**	**Prob>z (p)**
Bloco 1 agradável	-0,01	0,00	0,15
Bloco 1 neutro	-0,00	-0,01	0,28
Bloco 1 desagradável	-0,00	-0,00	0,31
Bloco 2 agradável	-0,01	-0,00	0,92
Bloco 2 neutro	-0,02	-0,01	0,7
Bloco 2 desagradável	-0,01	-0,00	0,57
Bloco 3 agradável	-0,02	-0,01	0,08
Bloco 3 neutro	-0,00	-0,00	0,41
Bloco 3 desagradável	-0,02	-0,00	**<0,01**
Geral agradável	1,03	1,00	**<0,01**
Geral neutro	0,98	0,99	0,07
Geral desagradável	0,98	1,00	**0,01**

*Normalizada pela resposta fásica geral

5. DISCUSSÃO

5.1. Comparação de traços psicopáticos entre jovens infratores e grupo controle

Este estudo avaliou jovens que cumprem medida socioeducativa de internação por atos infracionais correspondentes aos crimes de roubo, furto, tráfico de drogas e homicídio, que não apresentaram pontuação condizente com o diagnóstico de psicopatia de acordo com a escala PCL-R, já que nosso objetivo era avaliar a presença de traços psicopáticos em jovens infratores sem diagnóstico de psicopatia, comparando-os com não-infratores em condições socioeconômicas semelhantes.

A semelhança de origem socioeconômica teve como objetivo controlar este aspecto pertencente às variáveis ambientais, que estão habitualmente associadas ao comportamento antissocial. Como esse desenho nos permitiu bom controle dessa variável, pode-se inferir com boa segurança que os resultados encontrados não estão associadas às condições socioeconômicas onde estes jovens se desenvolveram.

Apesar dos grupos terem apresentado média de inteligência e de idade semelhantes, a diferença em anos de estudo foi estatisticamente significativa. Outros autores já haviam encontrado relação entre baixo nível de educação e delinquência juvenil[17,60]. No entanto, quando a ANCOVA (análise de covariância) foi aplicada levando em conta esta diferença em anos de estudo entre os grupos, a diferença na PCL-R média se manteve estatisticamente significativa ($p<0,01$). Portanto, os traços psicopáticos acessados pela PCL-R foram independentes do nível de escolaridade (em anos de estudo) no nível de significância $\leq 0,05$.

A pontuação média na PCL-R entre os infratores foi de 13,4 (11,6 - 15,1), pontuação consistente com a presença de traços psicopáticas de acordo com Morana, Camara e Arboleda-Florez, que encontraram a correlação entre traços psicopáticos e pontuações entre 12 e 23 no Brasil[111]. Assim, a pontuação do grupo de infratores esteve no limite inferior para caracterização de traços psicopáticos, e a diferença com o PCL-R total do grupo controle foi significativa, reforçando que a presença substancial de traços psicopáticos no grupo de infratores.

Tal achado era esperado pois é consistente com a proposta da escala PCL-R, que inclui em parte de seus critérios o comportamento antissocial que caracteriza os jovens infratores, mesmo entre aqueles sem psicopatia como diagnóstico categorial. A pontuação dos infratores, no limite inferior para caracterização de traços psicopáticos, indica ainda que o grupo estava dimensionalmente distante do critério para psicopatia (pontuação maior que 23 na PCL-R), o que reafirma a utilização deste grupo como representativo de infratores sem psicopatia *stricto sensu, o* que era um dos objetivos desta análise.

Diante desta diferença, foi possível realizar a comparação das características ambientais e constitucionais entre o grupo de infratores sem critérios para psicopatia e grupo controle. Para isso, comparamos isoladamente as médias dos fatores 1 e 2 da escala PCL-R, e encontramos diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a ambos os fatores.

A média de fator 2 foi significativamente maior entre os infratores, apontando para uma presença maior dos critérios associados ao estilo de vida e comportamento antissocial. Entre estes critérios, já citados na tabela 1, destaca-se a impulsividade como a característica central.

Com o objetivo de avaliar a relevância de cada um dos fatores- ambientais e constitucionais- associados à delinquência juvenil, comparamos também as proporções dos fatores 1 e 2 na escala PCL-R dentro de cada grupo. A razão encontrada foi similar entre os grupos, apresentando infratores e controles uma pontuação média no fator 2 aproximadamente 3,5 vezes maior que a pontuação média no fator 1.

Estes achados apontam para duas conclusões diferentes: por um lado, a diferença significativa encontrada entre os grupos em relação à média do fator 2 permite inferir que os traços associados ao ambiente psicossocial onde se desenvolveram apresentaram correlação com a delinquência juvenil. Por outro lado, o grupo controle também apresentou maior pontuação no fator 2 em relação ao fator 1 numa proporção semelhante aos infratores. Tal achado sugere que os jovens infratores estiveram susceptíveis a um padrão equivalente de influências ambientais e constitucionais, porém com influências quantitativamente maiores.

Esta conclusão é bastante relevante porque a maioria dos autores nesta área concorda que o fator 1 revela características estruturais da personalidade do indivíduo, pouco sujeita a intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas, enquanto que o fator 2, por refletir um estilo de vida e de comportamento, estaria mais permeável às influências do meio e às possibilidades de intervenção psicossocial [118]. O próprio Hare, criador da escala PCL-R, aponta que os fatores 1 e 2 são similares para predição de violência, mas aponta o fator 1 como melhor preditor de psicopatia, ressaltando que, "além disso, o fator 1 está associado a pior resposta ao tratamento e até piora com o tratamento"[117-119].

Como já assinalado, o fator 1 está associado às características interpessoais e afetivas, através da avaliação da presença de loquacidade, superestima, mentira

patológica, manipulação, ausência de remorso ou culpa, insensibilidade, falta de empatia, incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos. Tratam-se aqui das características prototípicas da psicopatia, e são consideradas constitucionais, sendo encontradas precocemente em crianças de até 3 anos de idade[120].

A eventual prevalência destas características entre jovens seria inesperada pois, ao contrário das características associadas ao fator 2, a frieza emocional não é típica do período de adolescência. Já o fator 2 tende a ser mais prevalente em indivíduos jovens por ser influenciada pelas características inerentes à adolescência tais como oscilações de humor, maior instabilidade emocional e impulsividade[121]. Portanto, tais características são esperadas tanto no grupo de infratores quanto grupo controle.

Além disso, Edens ressalta que não há estudos que avaliaram a estabilidade dos traços psicopáticos secundários da adolescência para a idade adulta: "*Não é claro até que ponto alguns jovens identificados como psicopatas, em especial aqueles cuja classificação resultou primordialmente do fator 2, podem ser mais representativos do tipo de infrator limitado à adolescência, cujo comportamento antissocial provavelmente desaparecerão após adolescência*", afirma[35].

Não só a adolescência, mas também condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade, violência familiar e maus-tratos na infância, além de uso e abuso de drogas, podem influenciar no comportamento antissocial identificado no fator 2 da escala. Em relação aos psicopatas primários, psicopatas secundários apresentam mais traços ansiosos, alterações do humor, pior funcionamento interpessoal, transtornos associados ao uso de substâncias, mesmo que com níveis semelhantes de comportamento antissocial - observados nos estudos de Alterman et al, 1998,

Blackburn, 1998 e Vassileva et al, 2005 citados por Skeem[122] - e tais características estão tradicionalmente associadas ao ambiente onde se desenvolveram estes jovens.

A equiparação das condições socioeconômicas foi uma tentativa de diminuir o impacto desta variável ambiental, de influência já conhecida[123,124]. No entanto, o ambiente onde se desenvolve um jovem não se restringe ao aspecto socioeconômico, estando também sujeito à influência das relações afetivas familiares e das relações interpessoais estabelecidas na comunidade onde vive, além do seu desenvolvimento cognitivo e escolar aqui também avaliado. Assim, estes dados apontam mais uma vez para a necessidade de se estudar as demais características ambientais que influenciam no comportamento antissocial, não se restringindo aos aspectos socioeconômicos.

Alguns fatores habitualmente associados com o comportamento antissocial puderam ser controlados neste estudo: idade, inteligência e escolaridade. Todos estes foram analisados como variáveis potencialmente confundidoras e, mesmo tendo sido encontradas diferenças significativas de escolaridade entre infratores e não-infratores, a análise estatística mostrou que não houve interferência de nenhuma destas variáveis nos resultados dos traços psicopáticos.

No entanto, outros fatores não avaliados podem estar especialmente associados a possíveis diferenças ambientais. Aqui podem ser hipotetizados dois fatores em especial: transtornos mentais associados ao uso de drogas e estrutura familiar. Em relação ao uso de drogas, encontramos prevalência de 33% entre os infratores. No entanto, tal prevalência não pode ser considerada representativa desta população, já que a seleção da amostra excluiu aqueles que estavam em uso de psicotrópicos para o tratamento de abstinência ou outros sintomas psiquiátricos, bem como não incluiu jovens que haviam feito uso de drogas há menos de 3 meses. Sendo assim não foi objetivo deste estudo

avaliar o impacto desta variável entre os infratores. Já em relação ao ambiente familiar, ainda que a entrevista semi-estruturada da escala PCL-R inclua a descrição do ambiente familiar, tais dados não puderam ser quantificados, limitando a possibilidade desta análise, que dependeria do uso de instrumentos específicos.

5.2. Comparação da resposta psicofisiológica entre jovens infratores e grupo controle

A análise da resposta aos estímulos ambientais através da medida de SR permite inferir sobre o aumento ou diminuição da resposta autonômica do sujeito avaliado. No caso de aumento da resistência, pode-se inferir que o sujeito teve diminuição da resposta autonômica, já que o estimulo elétrico se propaga melhor quando há maior sudorese. No caso de diminuição da resistência da pele, pode-se inferir que houve aumento da resposta autonômica, ou seja, o aumento da sudorese fez com que diminuísse a resistência à propagação do sinal elétrico. Tal distinção é fundamental pois a maioria dos estudos reporta seu achados em termos de condutância (SC), o que muda a interpretação dos dados. Em nosso estudo optamos por manter os achados conforme avaliado pelo aparelho utilizado, até mesmo porque a resistência é uma medida mais sensível que a condutância[125]. Com o objetivo de evitar confusões, nos reportaremos a partir daqui em termos de resposta autonômica.

Nosso estudo não encontrou diferenças entre as medidas de latência e labilidade (variabilidade) da resposta autonômica entre os grupos. Poucos estudos utilizam estas variáveis na comparação entre infratores e não-infratores, mas optamos por manter esta metodologia adotada por Barros[51], em função dos importantes resultados encontrados na correlação entre os parâmetros de AEP e os fatores 1 e 2 da PCL-R: maior latência de resposta associada a fator 1 e menor labilidade associada com maior pico de resposta associada ao fator 2.

A comparação destas variáveis em nosso estudo, no entanto, apresenta pouca validade, em função das limitações metodológicas em relação à normalização da amostra para diferenças individuais descritas na seção de “Métodos” (vide item 3.3.2).

Da mesma forma, pode-se dizer que a comparação do pico de resposta autonômica (resposta máxima) entre infratores apresentaram as mesmas limitações, e as diferenças encontradas em relação a estímulos agradáveis e desagradáveis não podem ser consideradas válidas[126-128].

Para a obtenção de dados cientificamente válidos sustentados na literatura[129], foi necessário corrigir o valor da resposta fásica individual, sendo também estabelecidas novas variáveis na comparação entre os grupos, conforme descrito na seção de "Métodos" (vide item 3.3.2).

Tal procedimento é fundamental para manter a validade dos dados neste tipo de análise entre grupos, já que a diferença em relação à linha de base de cada um dos indivíduos pode interferir na própria resposta fásica, e os valores absolutos aferidos podem não corresponder à realidade[130].

Refazendo as análises e comparando as médias de resposta fásica, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de infratores e não-infratores em relação às respostas para estímulos agradáveis e desagradáveis. No caso de estímulos agradáveis, o grupo de infratores apresentou resposta autonômica aumentada em relação ao grupo controle. Já em relação aos estímulos desagradáveis, o grupo de infratores apresentou resposta autonômica diminuída em relação ao grupo controle.

A somatória destes dados indica a presença de um "paradoxo emocional" nesta população: diminuição da resposta para estímulos negativos, porém maior reatividade para estímulos positivos.

Diversos estudos nesta área, incluindo uma meta-análise de Lorber et al.[130], têm apontado que indivíduos agressivos, envolvidos com comportamento antissocial ou psicopatas, são hiporresponsivos para estímulos desagradáveis[100,131-132].

A prevalência de traços psicopáticos secundários tal qual apresentada aqui, no entanto, não foi descrita ou encontrada nestes estudos[133].

Esta estratificação é importante, pois os traços secundários são característicos de indivíduos mais impulsivos (*"hot headed")*, que são essencialmente diferentes dos indivíduos emocionalmente frios (*"cold-blooded"*) - prototípicos da psicopatia[134-138].

Buscando esta distinção, Patrick comparou os padrões de respostas entre psicopatas primários e secundários de acordo com a PCL-R[139]. Num primeiro estudo, encontrou hiporreatividade apenas entre os primários. No entanto, ao incluir tarefas que envolviam o processamento da linguagem[140], o autor encontrou também hiporreatividade no grupo de psicopatas secundários. Concluiu que a hiporreatividade está associada ao fator 1 da escala em tarefas habituais, mas também ao fator 2 quando as tarefas incluem processamento da linguagem, devido a um prejuízo do processamento da informação.

Os resultados obtidos por meio do uso de imagens empáticas em nosso estudo reforçam as conclusões de Patrick, apontando para um padrão de correlação entre os traços secundários, característicos desta amostra, e suas respostas autonômicas. Isto porque a imagem empática favorece o envolvimento do sujeito naquela ação, requerendo assim o processamento da informação. De forma diferente, respostas de luta ou fuga provocadas por estímulos sonoros, imagens agressivas ou choques não envolvem o processamento da informação, o que justifica a habitual associação da hiporreatividade à frieza afetiva característica do fator 1 creditada por outros autores[16,141].

Corrobora essa interpretação o fato de que, em nosso estudo, imagens agradáveis também foram utilizadas com o objetivo de gerar empatia, e maior responsividade foi encontrada entre jovens infratores.

Em relação a estes resultados, uma possível interpretação é encontrada na revisão de Crider[68], que propõe a teoria de que as alterações da AEP- em especial da labilidade, mas não somente- podem estar associadas ao esforço cognitivo para o autocontrole do comportamento do indivíduo. Dentro desta compreensão, o autor considera que a menor labilidade autonômica encontrada em adolescentes infratores, por exemplo, reflete o menor esforço cognitivo para o autocontrole. Esta interpretação é coerente com a compreensão de diversos outros autores, que propõem que a hiporreatividade está associada às dimensões impulsivas e a um fraco controle do comportamento[72,141-143].

O aumento da responsividade para estímulos agradáveis, à luz desta interpretação, sugere que os infratores demandaram um esforço maior de autocontrole diante destes estímulos em relação aos controles. O isolamento do convívio social durante o período de internação pode ter contribuído para a necessidade de controle dos impulsos diante dos interesses positivos que não podem ser expressos neste período, tais como as relações afetivas apresentadas nas imagens do IAPS.

Tais imagens foram escolhidas com base na capacidade de gerar empatia entre os sujeitos, tal qual utilizado no estudo de Barros[51], contemplando as valências agradável, neutra ou desagradável. No entanto, o significado de cada uma das imagens é sempre subjetivo, já que a mensuração da atividade elétrica da pele permite inferir sobre o nível de ativação autonômica, mas não sobre o significado do estímulo para o indivíduo. É possível, assim, que as imagens tenham despertado também o interesse afetivo ao retratar casais em situações de valência agradáveis[144-145].

Tais considerações nos levam a concluir que a população de jovens infratores em medida socioeducativa de internação apresenta características singulares, que os

diferem dos psicopatas *stricto sensu* e também dos jovens não envolvidos com comportamento antissocial.

Por um lado, a hiporreatividade em relação a estímulos desagradáveis aponta para uma maior predisposição para o comportamento antissocial. Por outro, a hiperreatividade para estímulos agradáveis, associada à maior influência dos fatores ambientais nesta amostra, permite inferir que esta população é potencialmente sensível às mudanças do ambiente e a tratamentos psiquiátricos e psicoterapêuticos, quando bem indicados.

Tais conclusões são reforçadas por diversos autores nesta área, incluindo estudos do próprio Hare, que apontam para possibilidade de tratamento de psicopatas secundários por meio de psicoterapia ao contrário dos psicopatas primários, que seriam imutáveis[145].

Tratando-se de uma amostra de indivíduos jovens, resta ainda a possibilidade de que ajustes da personalidade ao longo do desenvolvimento para a idade adulta, mesmo no final da adolescência, contribuam para este potencial de mudança.

5.3. Considerações metodológicas

Os resultados da presente investigação devem ser interpretados com cautela dadas algumas limitações deste estudo.

Em primeiro lugar, encontramos no grupo de não-infratores escore médio no PCL-R de 2,1 (0,8-2,3), o que se encontra abaixo dos escores encontrados em estudos com grupo controle. Morana[54], por exemplo, encontrou, ao avaliar 30 adultos sem história criminal na validação do PCL-R no Brasil, escore médio no PCL-R de 5,5. Hare faz referência, no manual para utilização da PCL-R, a 3 estudos com população sem antecedentes criminais, encontrando escore médio de 8,5 (DP=6,45), 8,5 (DP=4,3) e 5,4 (sem desvio padrão). Possivelmente tais diferenças devem-se à diferença de idade entre nossa amostra e as demais amostras avaliadas, pois em nosso estudo optamos por avaliar apenas jovens de 18 a 24 anos, enquanto que nos outros estudos citados não houve critério específico de idade na seleção da amostra.

Além disso, comparando com o grupo controle utilizado por Morana[54] para validação da PCL-R no Brasil, nós supomos que nosso grupo controle pode não ser representativo da juventude brasileira, já que encontramos altos índices de escolaridade. Acreditamos que os altos índices de escolaridade estejam provavelmente associados ao local onde selecionamos os participantes, isto é, um clube de informática, que habitualmente atrai jovens mais interessados em estudos em geral. Ainda assim, não foram identificadas diferenças significativas de escolaridade e inteligência entre os grupos.

Já em relação ao grupo de infratores, acreditamos que nossa análise de psicopatia tenha sido enviesada pelos critérios de escolha. Até onde é de nosso conhecimento, o único estudo que avaliou psicopatia em população de jovens no Brasil

foi o de Schmitt et al[37], que estudaram 48 infratores de 16 a 18 anos, sendo 24 com atos infracionais graves (atos contra a vida) e 24 com atos infracionais não-graves. Os autores encontraram média de pontuação na PCL-R entre os infratores de 29,18 (±DP 9,28). Neste estudo os autores utilizaram a escala PCL-R para adultos, apesar do grupo ter sido formado por menores de 18 anos.

Com o intuito de reduzir este viés, nós decidimos utilizar a escala PCL-R em jovens com 18 anos ou mais, excluindo os fatores da PCL-R associados com vida sexual (promiscuidade e relações conjugais de curta duração), pois poderiam refletir falsamente menores pontuações devido ao início da vida sexual mais tardio em alguns casos, assim como itens mais diretamente dependentes do tempo de vida (versatilidade criminal). De qualquer forma, não tivemos a intenção de avaliar a prevalência de psicopatia nesta população como um todo, já que a exclusão de jovens que se submetiam a tratamento psiquiátrico por quaisquer transtornos mentais enviesaria, indubitavelmente, esta prevalência.

Em relação ao critério socioeconômico adotado, nossa avaliação valeu-se das características sociodemográficas semelhantes entre a comunidade onde foi coletada a amostra de indivíduos não-infratores e as comunidades de onde provêm os infratores. Estamos cientes, no entanto, de que esta poderia não ser representativa da amostra de infratores individualmente. Em uma cidade do tamanho de São Paulo, seria leviano afirmar que os jovens infratores, provenientes de diversos locais da periferia da cidade, vivem em condições sociais idênticas entre si. Para diminuirmos estas diferenças individuais, incluímos o critério de avaliação socioeconômica excluindo aqueles jovens do grupo controle que porventura apresentassem condições socioeconômicas díspares do grupo de infratores. Assim, pretendemos aproximar as características socioeconômicas dos grupos com o objetivo de diminuir o viés desta variável na

comparação, já que esta tem influência conhecida sobre o comportamento delinquente, especialmente nos países com maior desigualdade social.

Por último, em relação aos dados psicofisiológicos, pode-se reiterar as limitações já apontadas durante a discussão em relação à escolha das variáveis na comparação entre os grupos. Lembramos também as limitações identificadas por Barros em sua tese[51], tendo em vista que se trata do mesmo desenho metodológico. Destaca-se aqui a "possibilidade de não termos identificados diferenças entre os grupos por um erro do tipo II, dado que os testes não tinham um grande poder, elevando a chance de cometermos um erro deste tipo, não identificando uma diferença que poderia existir" (p.100). Cientes destas limitações, optamos por manter o mesmo desenho metodológico já que estávamos lidando com coletas já realizadas no grupo de infratores, mas também por reanalisar os dados por meio de metodologia atualizada amparada em literatura especializada, permitindo assim a obtenção de dados de maior validade e confiabilidade.

5.4. Considerações éticas acerca das implicações deste estudo

Ao longo deste trabalho, todo o cuidado foi tomado para que as conclusões fossem sustentadas em parâmetros científicos confiáveis e permeáveis à crítica. Isto porque estamos diante de um tema que desperta interesse não só na comunidade científica psiquiátrica e psicológica, mas também entre sociólogos, educadores e - não seria exagero dizer - em toda a sociedade. O fenômeno da delinquência juvenil, como apontado na introdução, mobiliza a todos, já que tanto vítimas de violência juvenil quanto familiares e os próprios jovens infratores estão sujeitos aos desenlaces de intervenções baseadas em conclusões de estudos como este.

Como em outras áreas de estudos da psiquiatria, não só na área forense, o diagnóstico psiquiátrico tem uma implicação determinante para o indivíduo e para sociedade a que ele pertence. A história está repleta de exemplos do uso dos parâmetros médico-científicos para ações sociais de grande impacto, que por vezes demoram anos para serem refletidas e reavaliadas.

Um bom exemplo disso foi o estudo sistemático do cérebro dos criminosos, que teve início com Lombroso, em 1871 na Itália. À época, Lombroso, um respeitado e renomado médico das Forças Armadas italianas, concluiu pela superioridade de raça dos judeus e dos italianos do norte sobre os italianos do sul e peruanos e bolivianos. Suas teorias foram utilizadas para sustentar o movimento eugenista do início do século XX, porém, ironicamente, com a inversão da balança: os judeus passaram a ser considerados a raça inferior, levando à história que todos conhecem[146].

Por isso, ao estabelecermos o diagnóstico de psicopatia, devemos levar em conta as implicações prejudiciais de rótulos como este, especialmente em indivíduos envolvidos com crimes, que poderão responder não só por seus atos na Justiça, como

também poderão ter suas penas modificadas em função deste diagnóstico. Ainda mais temerário o uso do termo quando se fala de jovens ou adolescentes, em quem a personalidade ainda está em processo de formação e permeável às mudanças da vida. Também nos dias de hoje a sociedade moderna está lidando com este problema, e o uso dos conhecimentos médicos tem sido usado para sustentar decisões judiciais, por vezes de forma falaciosa.

Por tudo isso, durante todo o trabalho, hesitamos no uso do termo "psicopatia", ou mesmo de "traços psicopáticos". Temíamos, com isso, promover a banalização do uso de um conceito que tem fundamentos psicopatológicos inegáveis, e que não deve, jamais, ser utilizado de forma leviana como um equivalente do ato antissocial presente no ato infracional. Ainda assim optamos por nos ater aos termos usados na literatura científica, de forma que pudéssemos comparar nossos dados aos demais.

Ainda em relação à distinção dos termos usados, ressaltamos que "personalidade antissocial" não deve ser utilizado como sinônimo de "comportamento antissocial". Um adolescente pode cometer atos infracionais (comportamento antissocial) sem ter uma personalidade antissocial, e esta é a mais comum das situações. Com o objetivo de desenvolver um trabalho que não prescindisse de uma crítica reflexiva, incluímos estes termos da maneira mais criteriosa possível, evitando transmitir a idéia de que associamos, a priori, o envolvimento com atos infracionais (ou qualquer outro comportamento antissocial) à doença mental.

Feitas estas considerações, e somando-as às considerações metodológicas já abordadas, colocamos o conhecimento estabelecido a partir desta dissertação como contribuição para apontar possíveis direções para futuros estudos desenvolvidos nessa área. Especialmente em nosso país, onde vieses ideológicos por vezes inibem a pesquisa científica de forma criteriosa e comprometida com a sociedade, acreditamos que a

pesquisa com jovens infratores poderá iluminar intervenções pautadas nas melhores evidências seja nas áreas da saúde, seja nas áreas sociais[147].

6. CONCLUSÕES

Apesar das limitações apontadas, deve ser notado que, embora haja uma extensa literatura avaliando a relação entre psicopatia e delinquência juvenil[2,3,19], poucos destes estudos interessaram-se especificamente pela comparação de traços psicopáticos em jovens infratores com outros jovens de condição socioeconômica similares. Assim, consideramos que o presente estudo contribui para preencher esta lacuna.

Baseados na comparação dos resultados obtidos com os fatores 1 e 2 da escala PCL-R, encontramos que os aspectos ambientais tiveram maior influência sobre os traços psicopáticos em ambos os grupos, mas não foi possível excluir a influência dos aspectos constitucionais nos traços psicopáticos associados à delinquência juvenil.

As diferenças encontradas não podem ser explicadas, nesta amostra, por condições socioeconômicas, pelo nível de inteligência ou grau de escolaridade, o que indica uma maior complexidade das variáveis ambientais às quais estariam sujeitos. Não foi possível incluir neste estudo instrumentos devidos na avaliação de história e estrutura familiar dos participantes, e estes aspectos influenciam na relação entre traços de personalidade e comportamento infrator em jovens como exposto anteriormente. Estudos futuros são necessários para investigar com maior propriedade estas influências em nosso meio.

A diferença nos padrões de resposta psicofisiológica sinaliza para a possibilidade de que jovens infratores apresentam um “paradoxo emocional”, que os diferem tanto de psicopatas adultos quanto de jovens da comunidade não envolvidos com comportamento antissocial. Por um lado, a hiporreatividade em relação a estímulos desagradáveis aponta para uma maior predisposição para o comportamento antissocial. Por outro, a hiperresponsividade para estímulos agradáveis os diferencia dos indivíduos

essencialmente frios, considerados impermeáveis às influências do meio e à possibilidade de tratamento.

Os dados reforçam, portanto, a necessidade de uma compreensão mais ampla do fenômeno da delinquência juvenil que inclua abordagens multidisciplinares, com intervenções não restritas à melhora das condições socioeconômicas desta população, ainda que estas sejam imprescindíveis para qualquer desenvolvimento humano.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1

ESCALA HARE PCL-R: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS E INFORMAÇÕES

Robert D. Hare, Ph.D
University of British Columbia

Versão brasileira:
Hilda Morana Ph.D

Publicado por:
Casa do Psicólogo®
R. Mourato Coelho, 1059 - Vila Madalena - 05417-011 - São Paulo - SP
casadopsicologo@casadopsicologo.com.br
www.casadopsicologo.com.br

PCL–R™ Copyright © 1990, 1991, Multi-Health Systems Inc. Direitos internacionais reservados em todos os países sob a Convenção de Berna, bilateral e universal. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios eletrônicos ou mecânicos, incluindo fotocópia e gravação, ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados, sem permissão escrita da Multi-Health Systems, Inc., 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, Ontario M2H 3M6. Edição em português (Brasil) adaptada e publicada em 2004 pela **Casa do Psicólogo®** sob licença da Muiti-Health Systems, Inc.

PARTE I:

Roteiro de entrevista para o PCL–R

As funções e finalidades da entrevista na avaliação do ***PCL–R*** estão descritas no ***Manual*** e no ***Caderno de Pontuação***. Os entrevistadores que preferirem poderão desenvolver suas próprias entrevistas semi-estruturadas para obter as informações necessárias às pontuações do ***PCL-R***. No caso de usar esta entrevista, os entrevistadores deverão investigar todas as questões numeradas, mesmo que mudem as palavras do enunciado a fim de tornar as perguntas mais compreensíveis ou para "iniciar o rapport". As questões entre colchetes [ ] são exploratórias e servem só para induzir o indivíduo a fornecer informações mais detalhadas.

A. AJUSTAMENTO ESCOLAR

1. Em quantas escolas do curso básico (fundamental) você estudou?
   [Por que você mudou de escola?]

2. Em quantas escolas do curso médio você estudou?
   [Por que você mudou de escola?]

3. Como era a sua freqüência escolar?
   [Você ia todo dia para a aula ou cabulava muitas vezes por semana? Evasões? Por quê? Idade(s)?]

4. Até que série ou nível você estudou?
   [Você repetiu muitas vezes? Por quê? Idades?]

5. Você gostava da escola?
   [Do que gostava mais ou menos? Do que não gostava? Você achava chato? Conseguia prestar atenção? O que seus professores diziam de você (que era desligado, que "vivia no mundo da lua", ou que era inquieto, agitado etc.?]

6. Como era a convivência com os colegas de escola?
[Você tinha algum amigo próximo ou predileto?]

7. Como era seu comportamento na escola?
[Você fazia bagunça, aprontava ou arrumava problemas como perturbar a classe, estar embriagado, depredar a escola, trapaças, furtos etc.? Quantas vezes? Idade(s)?]
[Você costumava brigar? Com que freqüência? Idade(s)? Você provocava ou era provocado? Você alguma vez machucou alguém com gravidade?]
[Você alguma vez foi suspenso ou expulso? Quantas vezes? Idade(s)?]

8. Você concluiu o curso médio?
[SE NÃO CONCLUIU, PERGUNTAR: Você abandonou a escola? Quando? Por quê?]

9. O que você fez depois que saiu da escola?

10. Você fez algum curso técnico ou profissionalizante? De graduação, especialização ou pós-graduação?
[Descreva-o. O que você fazia?]

B. HISTÓRICO PROFISSIONAL:

1. Quais os tipos de trabalho ou ocupações que você já exerceu?

2. Quantos empregos ou trabalhos diferentes você teve?

3. Qual foi seu emprego ou trabalho mais duradouro? Qual foi o mais breve?

SOBRE TRÊS DOS QUATRO TRABALHOS MAIS DURADOUROS OU MAIS RECENTES, PERGUNTAR:

(Qual era o cargo? Quais eram seus deveres?)
(Por quanto tempo você exerceu? Quando?)
(Você gostava do que fazia? Você achava chato? E sobre a remuneração?)
(Quando você deixou este trabalho? Por quê? Você abandonou o trabalho ou foi demitido?)

4. Você é um funcionário digno de confiança?
[Você é trabalhador? Como você seria descrito por seus chefes?]
[Você alguma vez arrumou confusão no trabalho por chegar atrasado ou faltar, por ingerir álcool ou usar drogas etc.? Quantas vezes? Idade(s)?]
[Você já foi demitido? Quantas vezes? Idade(s)?]

5. Você alguma vez deixou um trabalho sem ter outro em vista?
[Quantas vezes? Por quê? Idade(s)?]

6. Você já ficou desempregado?
[Quantas vezes? Idades(s)? Por quanto tempo? Como fez para se sustentar?]
[Você procurou trabalho? Com seriedade/empenho?]

7. Você alguma vez recebeu seguro-desemprego, seguro social ou alguma outra forma de assistência social?
[Quantas vezes? Idade(s)?]

8. Como você se sustentava fora da prisão?
[Você dependia de alguém para obter comida, dinheiro ou moradia? Quem? Idade(s)? Por quanto tempo?]
[Você alguma vez viveu do crime (venda de drogas, roubo, furto, prostituição, cafetinagem, fraude, embustes etc.? Idade(s)?]

C. METAS PROFISSIONAIS/CARREIRA

1. Há algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que você gostaria de ter?
[Durante quanto tempo você quis fazer isto? Você, de alguma maneira, traçou algum plano, um projeto ou se preparou para isto? Qual é o preparo necessário?]

2. Quais são seus planos para quando for solto?
[Onde vai morar? Como vai se sustentar?]

3. Você tem alguma meta a longo prazo?
[Onde gostaria de estar daqui dez anos?]

4. Que problemas ou dificuldades você poderá ter para a realização dessas metas?

D. FINANÇAS

1. Você alguma vez conseguiu empréstimos em bancos ou com pessoas?
[Quantas vezes? Idade(s)? Você pagou? Por quê?]

2. Você tem crédito na praça?
[Você alguma vez deixou de pagar ou atrasou o pagamento de suas contas? Quantas vezes? Idade(s)?]

3. Você teve de pagar pensão alimentícia para esposa ou filho(s)?
[Quanto/Qual valor e por quanto tempo? Foi determinação judicial? Você alguma vez deixou de pagar ou atrasou os pagamentos?]

E. SAÚDE

1. Você já teve algum problema grave de saúde?
[Descreva-o(s). Quando começou(aram)?]

2. Você alguma vez recebeu atendimento psicológico ou psiquiátrico?
[Para quê? Idade(s)? Na prisão ou em liberdade? Qual foi o diagnóstico? Tratamento(s)?]
[Você alguma vez esteve hospitalizado por problemas mentais ou emocionais? Para tratar do quê? Idade(s)?]

3. Na infância, você foi diagnosticado como criança "hiperativa"?
[Por quem? Idade? Você fez tratamento?]

4. Já tomou algum remédio para problemas nervosos?
[Qual era a medicação e a dosagem? Finalidade? Quem prescreveu?]

5. Você alguma vez tentou suicídio?
[Quantas vezes? Por quê? Idade(s)? Foram ocorrências graves ou meios de chamar atenção?]

F. VIDA FAMILIAR

1. Você foi criado por seus pais naturais?

   [Morou com mais alguém (madrasta/padrasto, pais adotivos, criação em outra família, república, orfanatos etc.)?] Com quem? Idade(s)? Como era sua vida?]

SOBRE A CASA DOS PAIS, PERGUNTAR:

[Como era sua vida em família?]

[Como era a convivência com seus pais? Descreva-os. Eles eram carinhosos? Tinham muita influência sobre você? O que eles faziam para sobreviver? Eles conviviam bem? Eles brigavam ou se agrediam fisicamente? Eles alguma vez se separaram? De que maneira isso lhe afetou?]

[Você tem irmãos ou irmãs? Como era a convivência com eles?]

[Na sua casa as coisas eram tratadas com rigor ou severidade? Muitas regras? Você quebrava as regras (mentiras, fugas, roubos etc.)? Idade(s)? Por quê? Como você era punido?]

[Alguém da sua família teve problemas com a lei? Quem? O que aconteceu?]

[Alguém da sua família sofria de problemas mentais ou físicos? Quem? E problemas com uso de álcool ou drogas?]

SOBRE O(S) LAR(ES) ALTERNATIVO(S), PERGUNTAR:

[Como era sua vida lá?]

[Quem mais morava com você? Como era a convivência com as pessoas?]

[Havia rigor ou severidade? Muitas regras? Você quebrava estas regras com freqüência (mentiras, fugas, roubos etc.)? Idade(s)? Por quê? Como você era punido?]

[Alguém teve problemas com a lei? Quem? O que aconteceu?]

[Havia alguém com problemas mentais ou físicos? E problemas com uso de álcool ou drogas?]

2. Você alguma vez sofreu abusos físicos, sexuais ou emocionais?
[Quem abusou de você? Idade(s)? O que aconteceu?]

3. Quantos anos você tinha quando saiu de casa?
[Por quê? O que aconteceu?]

4. Você alguma vez "colocou o pé na estrada" e viajou sem planos traçados, sem rumo?
[Em que idade(s)? Qual foi o tempo mais longo que você esteve fora? Onde você foi? O que fez? Você contou para alguém onde estava?]

5. Como você vê o relacionamento com sua família agora?
[Com que freqüência você tem contato com familiares?] [O que eles estão fazendo agora? Como eles estão?]

G. RELACIONAMENTOS SEXUAIS

1. Quantos relacionamentos conjugais (HETEROSSEXUAL E HOMOSSEXUAL)?
[Quantas vezes você casou ou viveu maritalmente?]

SE O INDIVÍDUO TEVE VÁRIOS RELACIONAMENTOS, PERGUNTAR:
[Por que você teve tantos relacionamentos?]

SE NEGOU RELACIONAMENTOS CONJUGAIS, PERGUNTAR:

[Você teve algum(a) namorado(a) "firme"/sério?]

[Você já teve algum relacionamento homossexual?]

PARA OS TRÊS RELACIONAMENTOS MAIS DURADOUROS OU MAIS RECENTES, PERGUNTAR:

[Quanto tempo durou o seu último relacionamento? Qual era sua idade quando iniciou o relacionamento?]

[Descreva sua (seu) parceira(o). O que você mais gostava nela(e)? Você estava apaixonado, amava sua (seu) parceira(o) ou era somente atração, relacionamento físico?]

[O relacionamento era estável? Vocês discutiam muito? Alguma vez se agrediram fisicamente?]

[Por que o relacionamento acabou? Quanto tempo você levou para superar o fim do relacionamento?]

2. Você alguma vez já esteve profundamente apaixonado?
   [Por quem?]

3. Qual era a sua idade quando teve seu primeiro relacionamento sexual ou sua primeira experiência sexual?
   [Foi com um parceiro estável/fixo ou alguém desconhecido?]

4. Quantos parceiros sexuais você já teve?
   [Quantos foram casuais (um único encontro)?]

5. Você se relacionava com mais de uma pessoa ao mesmo tempo?
[Conte-me sobre isso.]

6. Você foi infiel com algumas de suas (seus) parceiras(os)?
[Quantas vezes? Idade(s)?]
[Alguma vez foi descoberto? Como sua (seu) companheira(o) reagiu?]

7. Você tem filhos biológicos, adotivos ou enteados?
[Quantos e de que idades? Você sabe a(s) data(s) do(s) aniversário(s) ou a escolaridade dele(s)? Como é o seu relacionamento com ele(s)? Com que freqüência você tem contato com ele(s)? Quem é a mãe? Há quanto tempo vocês se conhecem?]

H. USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

1. Você bebe (ingere bebida alcoólica) ou usa drogas?
[Que tipo? Desde que idade?]
[Você alguma vez abusou de bebidas alcoólicas ou usou drogas? Você já foi dependente?]
[Por que você usava drogas, como estimulante, fuga, para relaxar, descontrair, divertimento etc.?]
[A bebida ou as drogas interferiram ou prejudicaram sua vida? Você já fez algo perigoso ou arrumou problemas quando embriagado ou drogado (dirigir sem condições, brigas, apreensão, detenção etc.)?]

2. Você já cometeu loucuras ou atos perigosos para se divertir?
[De que tipos? Idade(s)? Mediante quais situações?]

3. Você já arrumou brigas, envolvendo-se em lutas ou agressões físicas?
[Alguma vez ficou descontrolado? Qual foi o estrago ou prejuízo mais grave que já causou a alguém?]

I. COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1. Quando você era criança fazia tumultos, rebeliões, arrumava encrencas fora do ambiente escolar ou nos arredores da escola (atos de vandalismo, atear fogo, machucar animais por brincadeira ou divertimento, roubo, furto etc.)?
[O que você costumava fazer? Qual era a freqüência? Idade(s)? Alguma vez foi pego? Qual foi o castigo? Isso lhe afetou?]

2. Você teve problemas com a polícia quando tinha 12 anos de idade ou menos?
[O que fez? Idade(s)?]

3. Você foi preso durante a adolescência (com 17 anos de idade ou menos)?
[Quantas vezes? Idade(s)? O que fez? Você foi condenado?]

4. Qual era sua idade ao cometer o primeiro delito?
[O que você fez? Você cometeu algum delito e não foi pego? Qual?]

J. COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL (ADULTO)

1. Neste momento, do que você é acusado, ou está "tirando cadeia" por quê?
[Qual o motivo da sua condenação, ou está "tirando cadeia" por quê?]

PARA CADA INFRAÇÃO, PERGUNTAR:
[O que aconteceu? O que você fez? O que a polícia disse que você fez?]
[Foi planejado ou não?]
[Você foi a única pessoa envolvida ou havia mais alguém? Você conhecia a vítima? Você estava alcoolizado ou drogado no momento da infração?]
[Como você foi preso?]

2. Você acha que a sua acusação (ou sentença) atual terá alguma conseqüência na sua vida?
[Que tipo de conseqüência, boa ou má?]

SE O ENTREVISTADO ESTIVER CUMPRINDO PENA, PERGUNTAR:

[Está condenado a quanto tempo de reclusão? Você acha que é uma pena justa?]

[O que você acha da atuação do seu advogado?]

3. Você foi preso por outros crimes quando adulto? Quais?

   [Qual foi a infração mais grave que você cometeu? Descreva]

4. A quem ou a que atribuiria a culpa das suas infrações?

   [Por que você cometeu o delito?]

   [Por que você começou a praticar crimes?]

SE O ENTREVISTADO ASSUMIR RESPONSABILIDADE PESSOAL PELOS CRIMES, PERGUNTAR:

[O que você poderia ter feito para não cometer o delito?]

[Fez tentativas para deixar o crime? Como? Quais?]

5. O que poderia ajuda-lo a ficar longe do crime?

6. Você está arrependido de ter cometido alguns dos delitos?

   [Por quê? Por que não?]

7. Quais as conseqüências do(s) seu(s) delito(s) para a(s) vítima(s)?
[O que você sente em relação às conseqüências de seu(s) delito(s) para a(s) vítima(s)?]
[Você teve contato posterior com a(s) vítima(s)?]

8. Seus crimes, normalmente, são por impulso (decidiu na hora) ou planejados?

9. O que você sente quando está praticando um crime?
[Você fica nervoso, excitado, entusiasmado, assustado ou apavorado?]
[Você gosta de cometer crimes?]

10. Você cometeu algum crime e não foi descoberto?
[Que tipo? Quantas vezes? Idade(s)?]

11. Você já quebrou liberdade condicional ou sursis? Fugiu, "viveu na ilegalidade" ou deixou de comparecer à audiência?
[Quais? Quantas vezes? Idade(s)?]

12. Você já usou nome falso?
[Quantos? Por quê?]

K. QUESTÕES GERAIS

1. Você já teve sentimento de culpa ou arrependimento por alguma coisa (fora os crimes)?
   [O que você fez? Por que você se sentiu mal com isso?]

2. Se o "preço a pagar" foi justo, há algo que você não faria?
   [O quê?]

3. Quando trabalha ou se envolve com alguma atividade durante um certo tempo, você se "aborrece" facilmente?

4. Você conta muitas mentiras?
   [Mente muito? Você é bom nisso?]

5. Você acha fácil "enrolar" ou manipular as pessoas?
   [Você já fez isso? Dê exemplos.]

6. As pessoas dizem que você tem "temperamento difícil"?
   [Que tipos de ocorrências o deixam muito bravo ou zangado?]
   [O que você faz quando está zangado?]

7. Você tem amigos (próximos/íntimos/"chegados")?
[Quantos? Há quanto tempo você o(s) conhece? Você mantém contato com ele(s)?]
[O que é "ser um chegado"?]

8. O que você acha de si mesmo?
[Como é sua auto-estima? Classifique sua auto-imagem numa escala de zero a dez.]

9. Já morreu alguém muito querido para você?
[De que maneira isto lhe afetou? Como você lidou com essa situação? Foi ao enterro?]

SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA, PERGUNTAR:
[Alguém muito querido para você já ficou seriamente doente? Como isso lhe afetou? Como você lidou com essa situação? Você foi ao hospital?]

10. Qual foi a sua maior tristeza ou decepção?

11. Qual foi a sua maior alegria?

12. Você está satisfeito com a sua vida até agora? Está faltando alguma coisa na sua vida? O que? Tem algum aspecto da sua vida que precisa ser melhorado?

L. OUTRAS INFORMAÇÕES (REGISTROS DE COMENTÁRIOS OU INFORMAÇÕES ADICIONAIS)

Parte II:

Roteiro para obtenção das informações objetivas

O papel das informações objetivas nas pontuações do ***PCL–R*** está descrito no ***Manual*** e no ***Caderno de Pontuação***. Os usuários do ***PCL–R*** podem utilizar esta classificação padronizada para os registros das informações. É evidente que o tipo e os detalhes das informações objetivas necessárias variam de acordo com os indivíduos e situações (diretrizes de aplicação), *não sendo necessária obtenção de informações completas para pontuar o* ***PCL-R***. Os itens sugeridos são somente tópicos gerais. Se a informação for obtida segundo um dos tópicos, registre o maior número de detalhes relevantes possíveis.

A. DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Idade e data de nascimento:

2. Sexo:

3. Raça e Etnia:

B. HISTÓRICO FAMILIAR

1. Descrição da família e experiências durante a infância:

2. Tipos e freqüência dos problemas de comportamento no lar:

3. História familiar de doença mental:

4. Histórico familiar de comportamento criminoso:

5. História familiar de abuso de álcool e drogas:

C. HISTÓRICO ESCOLAR

1. Instrução formal (número de anos):

2. Desempenho acadêmico e comportamento escolar:

3. Aprendizagem, promoções e programas de treinamento:

D. HISTÓRICO PROFISSIONAL

1. Ocupação atual ou mais recente:

2. Ocupações ou empregos anteriores (incluindo cargos, locais, datas, desempenho):

3. Ocupações ilegais:

E. CASAMENTOS / UNIÕES CONJUGAIS

1. História conjugal (número e duração dos casamentos ou uniões conjugais):

2. Número de filhos:

3. Relacionamento com o cônjuge e/ou filhos:

4. Visitas autorizadas dos filhos na instituição e relacionamento com os mesmos:

F. HISTÓRICO MÉDICO

1. Histórico psiquiátrico (diagnósticos, tratamentos, medicações):

a) Infância:

b) Adolescência:

c) Vida adulta:

d) Hospitalizações:

e) Tratamentos atuais:

f) Comentários adicionais provenientes dos relatórios psiquiátricos:

2. Antecedentes Clínicos:

a) Principais doenças e hospitalizações:

b) Doenças crônicas:

c) Condições neurológicas:

d) Condição atual:

e) Comentários adicionais dos relatórios médicos e assistenciais

G. HISTÓRICO CRIMINAL

1. Juventude

a) Primeiro delito (Idade):

b) Número e tipos dos delitos:

c) Outros problemas de comportamento na comunidade:

2 . Adulto

a) Primeiro contato com a criminalidade (Idade):

b) Número e tipos dos delitos anteriores:

c) Número e tipos dos delitos atuais:

d) Descrição policial dos delitos atuais:

e) Suspeita de atividades criminais:

f) Problemas legais não-criminais:

H. HISTÓRICO DO USO DE SUBSTÂNCIAS (PSICOATIVAS)

1. Drogas:

a) Início do uso (idade):

b) Uso de drogas (tipo, freqüência e intensidade):

2. Álcool:

a) Início do uso (Idade):

b) Freqüência e intensidade:

I. COMPORTAMENTO INSTITUCIONAL

1. Número e tipos de faltas disciplinares

2. Número e tipos de acusações institucionais e condenações:

3. Comentários adicionais e relatórios de funcionários:

J. RESULTADOS DE TESTES PSICOLÓGICOS

1. Resultados das avaliações de personalidade:

2. Resultados da avaliação intelectual:

3. Resultados da avaliação neuropsicológica:

4. Comentários adicionais dos relatórios psicológicos:

K. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1) Comentários dos familiares e amigos:

2. Comentários de classificação, liberdade condicional, sursis ou relatórios pré-sentença:

3. Outras informações:

7.2. ANEXO 2

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : **P. Amorim**

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ ***PROTOCOLO NÚMERO:*** _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ *HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:* _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ *HORA DO FIM DA ENTREVISTA:* _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ *DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:* _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

	MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A.	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.'	EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	Opcional
B.	DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C.	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D.	EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E.	TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F.	AGORAFOBIA	Atual	
G.	FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H.	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I.	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	Opcional
J.	DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K.	DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L.	SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M.	ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N.	BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O.	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P.	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	Opcional

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas "sim" ou "não".

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em **"**letras minúsculas**"** devem ser lidas "palavra por palavra" para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em "MAÍUSCULAS" não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em **"negrito"** indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

***As respostas com uma seta sobreposta* (→)** indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar **"NÃO"** no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja "SIM" ou "NÃO".

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas "e / ou").

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpétrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU **A2** SÃO COTADAS **SIM** ?	→ NÃO	SIM	

A3 **Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:**

a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de ± 5% ao longo do mês, isto é, ± 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR **SIM**, SE RESPOSTA **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **A3 ?**
(ou 4 se A1 **OU** A2 = "**NÃO**")

NÃO **SIM**

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA **SIM** ?

NÃO **SIM**

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	**A2** É COTADA **SIM ?**	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a <u>**OU**</u> **A6b** SÃO COTADAS **SIM ?**	➔ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	**A3c** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	**A3a** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **A7 ?**

NÃO **SIM**

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21
B3	**Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:**			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS **2 RESPOSTAS "SIM"** EM **B3**?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
	B4 É COTADA **SIM**?	**NÃO**	**SIM**	

DISTIMIA ATUAL

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS **UM "SIM" DE C1 À C6 ?**

SE **SIM,** ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO **SIM**

RISCO DE SUICÍDIO ATUAL

LEVE ❑
MODERADO ❑
ELEVADO ❑

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE **"SIM"**			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE **"SIM"**			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU **D2a** SÃO COTADAS **"SIM"** ?	➔ NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = **"SIM"**: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO **ATUAL**
SE **D1b** E **D2b** = **"NÃO"** : EXPLORAR O EPISÓDIO **MAIS GRAVE**

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **D3**
OU **4** SE **D1a** = **"NÃO"** (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b** = **"NÃO"** (EPISÓDIO ATUAL) ? → NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana **e** lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais **ou** você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO — NÃO SIM 12

D4 É COTADA **"NÃO" ?**

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO HIPOMANÍACO
Atual ☐
Passado ☐

D4 É COTADA **"SIM" ?**

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO MANÍACO
Atual ☐
Passado ☐

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu **subitamente** muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
	SE **E1 = "NÃO"**, COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.			
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
	SE **E2 = "NÃO"**, COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.			
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
	SE **E3 = "NÃO"**, COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.			
E4	**Durante a crise em que se sentiu pior :**			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarréia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS **4 RESPOSTAS "SIM"** EM **E4** ?	NÃO	SIM ***Transtorno de Pânico Vida inteira***	
	SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.			
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM ***Transtorno de Pânico Atual***	17
	SE **E6 = "SIM",** PASSAR A **F1.**			
E7	HÁ **1**, **2** OU **3** "**SIM**" EM **E4** ?	NÃO	SIM ***Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira***	18

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO SIM	19

SE **F1 = "NÃO"**, COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO SIM ***Agorafobia Atual***	20

F2 (Agorafobia atual) É COTADA **"NÃO"**
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA **"SIM" ?**

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL

F2 (Agorafobia atual) É COTADA **"SIM"**
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA **"SIM" ?**

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL

F2 (Agorafobia atual) É COTADA **"SIM"**
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA **"NÃO" ?**

NÃO **SIM**

AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	➔ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	➔ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	➔ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA **"SIM"** ?

NÃO **SIM**

FOBIA SOCIAL ATUAL

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** de agir impulsivamente **ou** medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins **ou** ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas? NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.	NÃO	SIM	1
	SE **H1 = "NÃO"**, PASSAR A **H4**.			
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
	SE **H2 = "NÃO"**, PASSAR A **H4**			
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
H4	Durante o último mês, teve, com freqüência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
	H3 OU **H4** SÃO COTADAS **"SIM"** ?	→ NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
	H6 É COTADA **"SIM"** ?	**NÃO**	**SIM**	

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL

➔: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	➔ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	➔ NÃO	SIM	2

I3 **Durante o último mês:**

a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS **3** RESPOSTAS "**SIM**" EM **I3 ?**	➔ NÃO	SIM	

I4 **Durante o último mês:**

a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS **2 RESPOSTAS** "**SIM**" EM **I4**	➔ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA **SIM**?

NÃO	**SIM**
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO ATUAL	

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...) ?	➔ NÃO	SIM	1
J2	**Durante os últimos 12 meses:**			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR **"SIM"**, SE RESPOSTA **"SIM"** NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **J2** ?

NÃO **SIM**

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ? NÃO ➔ SIM

J3	**Durante os últimos 12 meses:**			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR **"SIM"** SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS **1 RESPOSTA "SIM"** EM **J3 ?**

NÃO **SIM**

ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar " de cabeça feita / chapado"?	➔ NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas.
Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca
Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina
Alucinogéneos: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy.
Solventes voláteis: "cola", éter.
Canabinóides: cannabis, "erva", maconha, "baseado", haxixe,THC
Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos
Diversos: Anabolisantes, esteróides, "poppers". Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

_____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
  CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE ☐
  SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA ☐
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
  SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) ☐

K2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:**

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarréia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?	NÃO	SIM	2
	COTAR **"SIM"**, SE RESPOSTA **"SIM"** NUM CASO OU NO OUTRO			
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	NÃO	SIM	5

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ?	NÃO SIM	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO SIM	7

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **K2 ?**

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM

DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ? NÃO SIM ➔

K3 **Durante os últimos 12 meses:**

a	Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	NÃO SIM	8
b	Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	NÃO SIM	9
c	Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO SIM	10
d	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO SIM	11

HÁ PELO MENOS **1 "SIM"** EM **K3 ?**

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO SIM

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.
*SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.*
AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : *SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.*

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: *VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.*

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

				BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	**SE SIM :** Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	**SE SIM :** Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	**SE SIM :** Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	**SE SIM :** Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "**SIM**" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	**SE SIM :** Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR **"SIM"** "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	**SE SIM :** Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12

L7a Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? NÃO SIM 13

COTAR **"SIM"** SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.

b **SE SIM :** Isto lhe aconteceu durante o último mês? NÃO SIM 14

OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:

L8b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ? NÃO SIM 15

L9b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO? NÃO SIM 16

L10b OS SINTOMAS NEGATIVOS TIPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA? NÃO SIM 17

L11 DE **L1** A **L10** HÁ PELO MENOS :

UMA QUESTÃO « **b** » COTADA **"SIM" BIZARRO**

OU

DUAS QUESTÕES « **b** » COTADAS **"SIM"** (NÃO BIZARRO) ?

NÃO SIM

SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL

L12 DE **L1** A **L7** HÁ PELO MENOS:

UMA QUESTÃO « **a** » COTADA **"SIM" BIZARRO**

OU

DUAS QUESTÕES « **a** » COTADAS **"SIM"** (NÃO BIZARRO) ?

(VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO)

OU

L11 É COTADA **"SIM" ?**

NÃO SIM

SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA

L13a SE **L12** É COTADA **"SIM" E** SE HÁ PELO MENOS **UM "SIM"** DE **L1** A **L7:**

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA

UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b)

OU

UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ? ➔ NÃO SIM

b **SE L13a** É COTADA **"SIM":**

Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável.

Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ? ➔ NÃO SIM 18

SE L13a É COTADA **"SIM":**

ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO SIM

TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL

d **L13b OU L13c** SÃO COTADAS **"SIM"?**

NÃO SIM

TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	|_|_|_| cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	|_|_|_| kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS **1 "SIM"** EM **M4 ?**	→ NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E **M6** SÃO COTADAS **"SIM"** ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA **"SIM"** ?

NÃO **SIM**

ANOREXIA NERVOSA ATUAL

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg)	Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	➔ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" pelo menos duas vezes por semana ?	➔ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de "comer descontroladamente" tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	➔ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de "comer descontroladamente", faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	➔ NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	➔ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO "M")? SE **N6 = "NÃO"**, PASSAR A **N8**	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de "comer descontroladamente" ocorrem **sempre** que o seu peso é inferior a ____ Kg* ? * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO "M" (ANOREXIA NERVOSA)	NÃO	SIM	14

N8 **N5** É COTADA **"SIM"** E **N7** COTADA **"NÃO"** (OU NÃO COTADA)?

NÃO **SIM**

BULIMIA NERVOSA ATUAL

N7 É COTADA **"SIM" ?**

NÃO **SIM**

ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL

→: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ? NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...	➔ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	➔ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? DE **O3** A **O3f** COTAR **"NÃO"** OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE	➔ NÃO	SIM	3
O3		**Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:**			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / "dar branco" ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "**SIM**" EM O3 ?	**NÃO**	**SIM**	
			TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL		

➔: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 **Antes dos 15 anos:**

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS **2 RESPOSTAS "SIM"** EM **P1**?	➔ NÃO	SIM	

P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS **3** RESPOSTAS **"SIM"** EM **P2 ?**

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	**M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores**	**M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen**
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M..I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

7.3. ANEXO 3

Definições para avaliação

Abstinência

O paciente não usou álcool ou qualquer outra substância durante o período de tempo avaliado.

Uso sem prejuízo

O paciente usou álcool e/ou outras substâncias durante este período, mas não há evidência de problemas persistentes ou recorrentes nas esferas física, psicológica, ocupacional ou social relacionados ao uso, nem evidência de uso perigoso recorrente (por exemplo, uso social ocasional ou recreacional).

Abuso

O paciente usou álcool ou outras substâncias durante este período e há evidência de problemas persistentes ou recorrentes nas esferas física, psicológica, ocupacional ou social relacionados ao uso, ou evidência de uso perigoso recorrente (por exemplo, uso recorrente levando a comportamento disruptivo e problemas em casa; os problemas persistiram por no mínimo um mês).

Dependência

Preenche critérios para prejuízo moderado, mais ao menos três dos seguintes:

- Muito tempo gasto obtendo ou usando álcool ou outras substâncias
- Intoxicação ou abstinência freqüentes interferem com outras atividades
- Atividades importantes são deixadas de lado por causa do uso de álcool ou outras substâncias
- Uso persistente apesar do conhecimento dos problemas relacionados ao álcool ou outras substâncias.
- Tolerância acentuada
- Sintomas característicos de abstinência
- Álcool ou outras substâncias são usados para aliviar ou evitar os problemas da abstinência

(por exemplo, o consumo compulsivo e a preocupação com álcool ou outras substâncias levaram o paciente a abandonar atividades de trabalho e atividades sociais em que não há uso de álcool ou outras substâncias).

Dependência grave

Preenche critérios para prejuízo grave, e os problemas relacionados são tão graves que tornam difícil a vida fora de instituições (por exemplo, o uso constante de álcool ou substâncias leva a comportamento disruptivo e incapacidade de pagar suas contas, de forma que o paciente é freqüentemente levado pela polícia, não tem acesso à moradia estável e necessita de hospitalização).

IDENTIFICAÇÃO SUJEITO ___ ___ ___ NÚMERO DA VISITA: ___ ___

INICIAIS DO SUJEITO: ___ ___ ___ DATA: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO PESQUISADOR: ___ ___

Avalie o uso das substâncias apresentadas abaixo pelo sujeito durante os últimos 12 meses.

Fonte de informações: relatos espontâneos, entrevistas, observações do comportamento ou relatos de outros.

Pontuar: 1=abstinência, 2=uso sem prejuízo, 3=abuso, 4=dependência, 5=dependência grave.

1. Álcool _____ {DRA01}_____
2. Cannabis _____ {DRA02}_____
3. Cocaína _____ {DRA03}_____
4. Crack _____ {DRA04}_____
5. Anfetaminas _____ {DRA05}_____
6. Solventes e inalantes _____ {DRA06}_____
7. Opiáceos _____ {DRA07}_____
8. LSD _____ {DRA08}_____
9. Ecstasy _____ {DRA09}_____
10. Benzodiazepínicos _____ {DRA10}_____
11. Barbitúricos _____ {DRA11}_____

7.4. ANEXO 4

Cubos (WAIS-III):

ITEM	MODELO	TEMPO LIMITE	TEMPO	MODELO CORRETO	PONTOS
1		30"		S N	0 Tentativa 1: 1 Tentativa 2: 2
2		30"		S N	0 Tentativa 1: 1 Tentativa 2: 2
3		30"		S N	0 Tentativa 1: 1 Tentativa 2: 2
4		30"		S N	0 Tentativa 1: 1 Tentativa 2: 2
5		60"		S N	0 Tentativa 1: 1 Tentativa 2: 2
6		60"		S N	0 Tentativa 1: 1 Tentativa 2: 2
7		60"		S N	0 16" - 60": 4 11" - 15": 5 6" - 10": 6 1" - 5": 7
8		60"		S N	0 16" - 60": 4 11" - 15": 5 6" - 10": 6 1" - 5": 7
9		60"		S N	0 21" - 60": 4 16" - 20": 5 11" - 15": 6 1" - 10": 7
10		120"		S N	0 36" - 120": 4 26" - 35": 5 21" - 25": 6 1" - 20": 7
11		120"		S N	0 66" - 120": 4 46" - 65": 5 31" - 45": 6 1" - 30": 7
12		130"		S N	0 76" - 130": 4 56" - 75": 5 41" - 55": 6 1" - 40": 7
13		130"		S N	0 76" - 130": 4 56" - 75": 5 41" - 55": 6 1" - 40": 7
14		150"		S N	0 66" - 150": 4 46" - 65": 5 36" - 45": 6 1" - 35": 7

Total:_____ Idd: _____ Perc: _____

Vocabulário (WAIS-III):

1. Centavo	0, 1, 2
2. Cama	0, 1, 2
3. Navio	0, 1, 2
4. Consertar	0, 1, 2
5. Terminar	0, 1, 2
6. Reunir	0, 1, 2
7. Tranqüilo	0, 1, 2
8. Almoço	0, 1, 2
9. Gerar	0, 1, 2
10. Inverno	0, 1, 2
11. Remorso	0, 1, 2
12. Consumir	0, 1, 2
13. Santuário	0, 1, 2
14. Evoluir	0, 1, 2
15. Compaixão	0, 1, 2
16. Diverso	0, 1, 2
17. Confidência	0, 1, 2
18. Amuado	0, 1, 2
19. Sentença	0, 1, 2
20. Ontem	0, 1, 2
21. Audacioso	0, 1, 2
22. Designar	0, 1, 2
23. Obstruir	0, 1, 2
24. Colônia	0, 1, 2
25. Ponderar	0, 1, 2
26. Plagiar	0, 1, 2
27. Relutante	0, 1, 2
28. Tangível	0, 1, 2
29. Nefasto	0, 1, 2
30. Balada	0, 1, 2
31. Intrepidez	0, 1, 2
32. Épico	0, 1, 2
33. Invectiva	0, 1, 2

Total:_____ Idd: _____ Perc: _____

QI estimado (idd cubos + idd vocabulário): ____ = _____

7.5. ANEXO 5

CLASSIFICAÇÃO SOCIO ECONOMICA DA ABEP 2011

NOME: _____

DATA: _____

TOTAL: _____ CLASSE: _____

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011 – www.abep.org – abep@abep.org
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE

7.6. ANEXO 6

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:..... .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA RESPOSTAS PSICOFISIOLOGICAS EM JOVENS INFRATORES PSICOPATAS E NÃO PSICOPATAS

PESQUISADOR. GUSTAVO BONINI CASTELLANA

CARGO/FUNÇÃO: PSIQUIATRA

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 117124

UNIDADE DO HCFMUSP: NUFOR

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa comparar a história de vida e a reação dos jovens envolvidos com o crime quando assistem a determinadas imagens boas e ruins na tela do computador. O objetivo deste estudo é saber se os jovens envolvidos com o crime têm respostas diferentes de outros jovens de sua comunidade quando se deparam com situações estressantes.

Para isso nós faremos uma entrevista sobre sua história de vida e de envolvimento com a criminalidade. Posteriormente nós aplicaremos alguns testes para avaliar a inteligência e a classe socioeconômica a que pertence, para saber se são parecidas com os jovens dos outros grupos. No final mostraremos as imagens no computador com um sensor colocado no seu dedo. Este sensor não dá choque nem gera qualquer sensação, serve apenas para medir a reação do seu corpo perante as imagens mostradas na tela do computador.

Não há benefício direto para o participante, mas ao final do estudo pretendemos entender quais são os fatores envolvidos com a criminalidade dos jovens avaliados quando comparadas aos jovens que não se envolveram com o crime, para quem sabe no futuro podemos ter uma atuação direta sobre estes fatores e ajudar estes jovens a ter outros caminhos em sua vida.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr GUSTAVO BONINI CASTELLANA, que pode ser encontrado no endereço Rua Ovidio Pires de Campos, s/n. Instituto de Psiquiatria. Telefone(s) 26612979.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 2º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fm@usp.br

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

É garantido o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, tais como os resultados da avaliação da personalidade e da inteligência.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer

despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Assumimos também o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "***Respostas psicofisiologicas em jovens infratores psicopatas e não psicopatas***". Eu discuti com o Dr. GUSTAVO BONINI CASTELLANA sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ___/___/___

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ___/___/___

8. REFERÊNCIAS

1. O´Shaughnessy RJ. Clinical aspects of forensic assessment of juvenile offenders. Psychiatr Clin North Am. 1992;15(3):721-35.

2. Robison SM. Juvenile delinquency: its nature and control. New York: Holt; 1960.

3. Quinn KM. Juveniles on trial. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am. 2002;11(4):719-30.

4 .Neumeyer MH. International trends in juvenile delinquency. In: Roucek JS. Juvenile delinquency. New York: Philosophical Library; 1958.

5.Hakeem M. A critique of the psychiatric approach. In: Roucek JS. Juvenile Delinquency. New York: Philosophical Library; 1958.

6. Brasil. Presidência da República. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1940 Dez 12; Seção I:23911.

7. Brasil. Presidência da República. Lei 8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.

8. Dimenstein G. Menores infratores representam 17,4% da população carcerária do país. Folha de São Paulo(São Paulo) [periódico na Internet]. 2003 [citado 2014 Jan 31]; Nov. 24:[cerca de 1p.]. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd241103h.htm

9. Secretaria de Direitos Humanos. Levantamento nacional: Atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei 2010 [National study: Socioeducational treatment of adolescentes in conflict with the law 2010]. Brasília, DF, Brazil: Secretaria de Direitos Humanos; 2011.

10. Borin S. Os jovens criminosos e a maioridade penal. Isto é (São Paulo) [periódico na Internet]. 2013 [citado 2013 Dez 6];Abr. 26:[cerca de 1 p.]. Disponível em: http://www.istoe.com.br/reportagens/294214_OS+JOVENS+CRIMINOSOS+E+A+MAIORIDADE+PENAL)

11. Leitão T. Aumento do número de jovens envolvidos em crimes justifica redução da maioridade penal defende promotor. Agencia Brasil (Brasilia) [periódico na Internet]. 2013 [citado 2013 Dez8]; Abr.22:[cerca de 1p.]. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-04-22/aumento-do-numero-de-jovens-envolvidos-em-crimes-justifica-reducao-da-maioridade-penal-defende-promot

12. Fundação CASA [home page]. [citado em 3 de julho de 2010]. Disponível em: http://www.casa.sp.gov.br/site/home.php.

13. Benites A. Jovens internados na antiga Febem por mortes são 1,5%. Folha de São Paulo [periódico na internet]2013 [citado 2013 abr.16:[cerca de 1p.]. Disponível em:

http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/103633-jovens-internados-na-antiga-febem-por-mortes-sao-15.shtml

14. Atilola O. Different Points of a Continuum? Cross Sectional Comparison of the Current and Pre-contact Psychosocial Problems among the Different Categories of Adolescents in Institutional Care in Nigeria. BMC Public Health. 2012;12:554.

15. Campbell R, Porter S, Santor D. Psychopathic Traits in Adolescent Offenders: An Evaluation of Criminal History, Clinical, and Psychosocial Correlates. Behav Sci Law. 2004;22(1):23–47.

16. Cheng Y, Hung A, Decety J. Dissociation between affective sharing and emotion understanding in juvenile psychopaths. Dev Psychopathol. 2012;24(2):623–36.

17. Kennedy TD, Burnett KF, Edmonds WA . Intellectual, behavioral, and personality correlates of violent vs. non-violent juvenile offenders. Aggress Behav. 2011;37(4):315-25.

18. Acha MFF. Processamento das funções frontais em jovens infratores psicopatas e não psicopatas [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo São Paulo; 2010.

19. Schneider L. Marginalidade e delinquência juvenil. 2a ed. São Paulo: Cortez; 1987.

20. Curto BM, Paula CS, Nascimento R, Murray J, Bordin IA. Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46(12):1221-31.

21. Kiriakidis SP. Chronic adolescents and young offenders: an overview of research findings. Epidemiol Psichiatr Soc. 2007;16(3):238-50.

22. Fazel M, Långström N, Grann M, Fazel S. Psychopathology in adolescent and young adult criminal offenders (15-21 years) in Sweden. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43(4):319-24.

23. Teplin, LA. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(11):1097–108.

24. Asscher JJ, van der Put CE, Stams GJ.Differences between juvenile offenders with and without intellectual disability in offense type and risk factors.
Res Dev Disabil. 2012;33(6):1905-13.

25. Vermeiren R. Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. Clin Psychol Rev. 2003;23(2):277-318.

26. Farrington DP. The importance of child and adolescent psychopathy. J Abnorm Child Psychol. 2005;33(4):489–97.

27. Scott CL. Juvenile violence. Psychiatr Clin North Am. 1999;22(1):71-83.

28. Grigorenko EL. Learning disabilities in juvenile offenders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006;15(2):353-71.

29. Murakami S, Rappaport N, Penn JV. An overview of juveniles and school violence. Psychiatr Clin North Am. 2006;29(3):725-41.

30. Thomas CR, Penn JV. Juvenile justice mental health services. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002;11(4):731-48.

31. Vermeiren R, Jespers I, Moffitt T. Mental health problems in juvenile justice populations. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006;15(2):333-51.

32. Kessler C. Need for attention to mental health of young offenders. Lancet. 2002;359(9322):1956-7.

33. Dietz PE. Mentally disordered offenders. Patterns in the relationship between mental disorder and crime. Psychiatr Clin North Am. 1992;15(3):539-51.

34. Morana HCP. Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos de personalidade; transtorno global e parcial [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

35. Edens JF, Skeem JL, Cruise KR, Cauffman E. Assessment of ``Juvenile Psychopathy" and Its Association with Violence: A Critical Review. Behav Sci Law. 2001;19(1):53-80.

36. Forth AE, Burke HC. Psychopathy in adolescence: Assessment, violence, and developmental precursors. In: Cooke D, Forth A, Hare R. (editors). Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society. Dordrecht: Kluwer;1998.p. 205-30.

37. Schmitt R, Pinto TP, Gomes KM, Quevedo J, Stein A. Psychopathy personality in a sample of young Brazilian offenders. Rev Psiq Clín. 2006;33(6):297-303.

38. Millon, T, Simonsen, E, Birket-Smith M.Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. In: Millon, T, Simonsen, E, Birket-Smith M, Davis RD, editors. Psychopathy: antisocial, criminal and violent behavior.New York: The Guilford Press;1998.

39. Shine SK. Psicopatia. 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
.
40. Schneider K, Llopis B, Valenciano L. Las personalidades psicopáticas y problemas de patopsicologia y de Psiquiatria Clinica. 2a. ed. Madrid: Ediciones Morata; 1948.

41. Alvarenga MAS, Flores-Mendoza CE, Gontijo DF. DSM evolution as categorical diagnostic criterion for the antisocial personality disorders. J Bras Psiquiatr. 2009;58(4):258-66.

42. Blackburn R, Logan C, Donnelly JP, Renwick JD. Identifying psychopathic subtypes: combining an empirical personality classification of offenders with the psychopathy checklist-revised. J Pers Disord. 2008;22(6):604–22.

43. Hare RD. The hare psychopathy checklist-revised. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.

44. Karpman B. The myth of the psychopathic personality. Am J Psychiatry. 1948;104(9):523–34.

45. Skeem J, Kerr M, Johansson P, Andershed H, Louden JE. Two Subtypes of Psychopathic Violent Offenders That Parallel Primary and Secondary Variants. J Abnorm Psychol. 2007;116(2):395–409.

46. Loper AB, Hoffschmidt SJ, Ash E. Personality features and characteristics of violent events committed by juvenile offenders. Behav Sci Law. 2001;19(1):81-96.

47. Laurrell J, Belfrage H, Hellstrom A. Facets on the psychopathy checklist screening version and instrumental violence in forensic psychiatric patients. Crim Behav Ment Health. 2010;20(4):285–94.

48. Del Gaizo A, Falkenbach D. Primary and secondary psychopathic-traits and their relationship to perception and experience of emotion. Pers Individ Dif. 2008;45(3):206-12.

49. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy: assessment and forensic implications. Can J Psychiatry. 2009;54(12):791-802.

50. Poythress NG, Edens JF, Skeem JL, Lilienfeld SO, Douglas KS, Frick PJ, Patrick CJ, Epstein M, Wang T. Identifying Subtypes among Offenders with Antisocial Personality Disorder: A Cluster-Analytic Study. J Abnorm Psychol. 2010;119(2):389-400.

51. Barros DM. Correlação entre grau de psicopatia, nível de julgamento moral e resposta psicofisiológica em jovens infratores [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.

52. Feilhauer J, Cima M, Arntz A. Assessing Callous-Unemotional traits across different groups of youths: further cross-cultural validation of the Inventory of Callous-Unemotional traits. Int J Law Psychiatry. 2012;35(4):251-62.

53. Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Toronto, ON: Multi-Health Systems, 1991.

54. Morana HC, Arboleda-Flórez J, Câmara FP. Identifying the cutoff score for the PCL-R scale (psychopathy checklist-revised) in a brazilian forensic population. Forensic Sci Int. 2005;147(1):1-8.

55. Hare RD. Psychopathy: a clinical and forensic overview. Psychiatric Clin North Am. 2006;29(3):709-24.

56. Hart SD, Hare RD. Psychopathy and antisocial personality disorder. Curr Opin Psychiatr. 1996;9(2):129 -32.

57. Jozef F, Silva JAR, Greenhalgh S, Leite MED, Ferreira VH. Violent behavior and brain dysfunction: study of murderers in Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(3):124-9.

58. Kimonis ER, Skeem JL, Cauffman E, Dmitrieva J. Are secondary variants of juvenile psychopathy more reactively violent and less psychosocially mature than primary variants? Law Hum Behav. 2011;35(5):381–391

59. Kimonis ER, Tatar JR 2nd, Cauffman E. Substance-related disorders among juvenile offenders: what role do psychopathic traits play? Psychol Addict Behav. 2012;26(2):212-25..

60. Hanoch Y, Gummerum M, Rolison J. Second-to-fourth digit ratio and impulsivity: a comparison between offenders and nonoffenders. PLoS One. 2012;7(10):e47140.

61. Domes G, Hollerbach P, Vohs K, Mokros A, Habermeyer E. Emotional empathy and psychopathy in offenders: an experimental study. J Pers Disord. 2013;27(1):67–84.

62. Holmes SE, Slaughter JR, Kashani J. Risk factors in childhood that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. Child Psychiatry Hum Dev. 2001;31(3):183-93.

63. Monahan KC, Steinberg L, Cauffmann E, Mulvey EP. Trajectories of Antisocial Behavior and Psychosocial Maturity From Adolescence to Young Adulthood. Dev Psychol. 2009;45(6):1654–68.

64. Glowacz F, Born M. Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles? Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(2):117–25.

65. Sukhodolsky DG, Ruchkin V. Evidence-based psychosocial treatments in the juvenile justice system. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006;15(2):501-16.
66. Crider A. Personality and electrodermal response lability: an interpretation. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2008;33(3):141–8.

67. Gomes JS. Protocolo de avaliação psiconeurofisiologica em crianças entre 9 e 13 anos durante a apresentação de imagens de filmes de animação [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

68. Lykken DT, Venables PH. Direct measurement of skin conductance: a proposal for standardization. Psychophysiology. 1971;8(5):656-72.

69. Braithwaite JJ, Watson D, Jones R, Rowe M. A Guide for Analysing Electrodermal Activity (EDA) & Skin Conductance Responses (SCRs) for Psychological Experiments. [Technical Report]. Birmingham, UK: University of Birmingham; 2013.

70. Boucsein W. Electrodermal activity. 2nd. ed. New York: Springer; 2012.

71. Sequeira H, Hot P, Silvert L, Delplanque S. Electrical autonomic correlates of emotion. Int J Psychophysiol. 2009;71(1):50-6.

72. Fowles DC. Electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior: does anxiety mediate the relationship? J Affect Disord. 2000;61(3):177-89.

73. Raine A. The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder. San Diego: Academic Press; 1993.

74. Blair RJ. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;71(6):727-31.

75. Kiehl KA. A cognitive neuroscience perspective os psychopathy: evidence for paralimbic system dysfunction. Psychiatry Res. 2006;142(2-3):107-28.

76. Raine A, Lencz T, Bihrle S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(2):119-27.

77. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitary of emotion regulation - a possible prelude to violence. Science. 2000;289(5479):591-4.

78. Henry B, Moffit TE.. Neuropsychological and neuroimaging studies of juvenile delinquency and adult criminal behavior. In: Breiling J, Stoff DM, Maser JD, editors. Handbook of Antisocial Behavior. New York: Wiley; 1997. p. 280-8.

79. Raine A. The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder. San Diego: Academic Press; 1993.

80. Raine, A.; Buchsbaum, M.S. Aggression and violence: Genetic, neurobiological, and biosocial perspectives. In: Stoff DM, Cairns RB, editors. Agression and violence: Genetic, neurobiological, and biosocial perspectives. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1996. p. 195-217.

81. Yang Y, Raine A. Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. Psychiatry Res. 2009;174(2):81–8.

82. Gregory S, Fytche D, Simmons A, Kumari V, Howard M, Hodgins S, Blackwood N. The antisocial brain: psychopathy matters. Arch Gen Psychiatry. 2012;69(9):962-72.

83. Boccardi M, Frisoni GB, Hare RD, Cavedo E, Najt P, Pievani M, Rasser PE, LaaksoMP, Aronen HJ, Repo-Tiihonen E, Vaurio O, Thompson PM, Tiihonen J. Cortex and amygdala morphology in psychopathy. Psychiatry Res. 2011;193(2):85-92.

84. Kandel E, Freed D. Frontal-lobe dysfunction and antisocial behavior: a review. J Clin Psychol. 1989;45(3):404–13.

85. Damasio H, Grabowski T, Frank R, Galaburda AM, Damasio AR. The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. Science. 1994;264(5162):1102–5.

86. Fishbein D, Hyde C, Coe B, Paschall MJ. Neurocognitive and physiological prerequisites for prevention of adolescent drug abuse. J Prim Prev. 2004;24(4): 471-95.

87. Critchley HD, Simmons A, Daly EM, Russell A, van Amelsvoort T, Robertson DM, Glover A, Murphy DG. Prefrontal and medial temporal correlates of repetitive violence to self and others. Biol Psychiatry. 2000;47(10):928-34.

88. Lee GP, Arena JG, Meador KJ, Smith JR, Loring DW, Flanigin HF. Change in autonomic responsiveness following bilateral amygdalotomy in humans. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol. 1988;1(2):119-29.

89. Dawson, M. E., et al. The electrodermal system. In: Cacioppo JT., Tassinary LG., Berntson GG., editors. Handbook of Psychophysiology. 3nd. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p 159-181.

90. Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review. J Abnorm Child Psychol. 2002;30(4):311–26.

91. Damasio AR, Tranel D, Damasio H. Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. Behav Brain Res. 1990;41(2):81–94.

92. Fowles, D. Electrodermal activity and antisocial behavior: empirical findings and theoretical issues. In: Roy, J-C.; Boucsein, W.; Fowles, D.; Gruzelier, J., editors. Progress in Electrodermal Research. London: Plenum; 1993. p. 223-38.

93. Lykken, D.T. The Antisocial Personalities. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995.

94. Bennig, S., Patrick, C; Iacono, W. Psychopathy, startle blink modulation, and electrodermal reactivity in twin men. Psychophysiology, v 42, p 753–62, 2005.

95. Herpertz SC, Mueller B, Qunaibi M, Lichterfeld C, Konrad K, Herpertz-Dahlmann B. Response to emotional stimuli in boys with conduct disorder. Am J Psychiatry. 2005;162(6):1100–7.

96. Raine A, Lencz T, Bihrle S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(2):119-27.

97. Isen, J. Sex-specific Association between Psychopathic Traits and Electrodermal Reactivity in Children. J Abnorm Psychol. 2010; 119(1):216.

98. Raine A, Venables PH, Williams M. Autonomic orienting responses in 15-year-old male subjects and criminal behavior at age 24. Am J Psychiatry. 1990;147(7):933–7.

99. Herpertz SC, Wenning B, Mueller B, Qunaibi M, Sass H, Herpertz-Dahlmann B. Psychophysiological responses in ADHD boys with and without conduct disorder: implications for adult antisocial behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(10):1222–30.

100. Isen J, Raine A, Baker L, Dawson M, Bezdjian S, Lozano DI. Sex-specific association between psychopathic traits and electrodermal reactivity in children. J Abnorm Psychol, 2010;119(1):216-25.

101. Schmidt K, Solanto MV, Bridger WH. Electrodermal activity of undersocialized aggressive children: a pilot study. J Child Psychol Psychiatry. 1985;26(4):653–60.

102.Mizoguchi K, Yuzurihara M, Ishige A, Sasaki H, Chui DH, Tabira T. Chronic stress induces impairment of spatial working memory because of prefrontal dopaminergic dysfunction. J Neurosci. 2000;20(4):1568–74.

103. Yang Y, Raine A, Colletti P, Toga AW, Narr KL. Abnormal temporal and prefrontal cortical gray matter thinning in psychopaths. Mol Psychiatry. 2009;14(6):561–2

104. Morana HC, Câmara FP, Arboleda-Flórez J. Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: differentiation of two patterns of criminal profiles. Forensic Sci Int. 2006;164(2-3):98-101.

105. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(3):106-15.

106. Drake, RE, Mueser, KT, Mchugo GJ. Clinician rating scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SATS). In: . Sederer L, and Dickey B. Outcomes Assessment in Clinical Practice. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.

107. Wechsler, D. WAIS III: Escala Wechsler de Inteligência para Adultos. São Paulo: Casa do psicólogo; 2005.

108. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Disponível em: http://www.abep.org/novo.

109. Lang PJ, Ohman A, Vaitl D. The International affective picture system (photographic slides). Gainesville FL: Center for Research in Psychophysiology, University of Florida; 1988.

110. Pastor MC, Moltó J, Vila J, Lang PJ. Startle reflex modulation, affectiveratings and autonomic reactivity in incarcerated Spanish psychopaths. Psychophysiology. 2003;40(6):934–8.

111. Verona E, Patrick CJ, Curtin JJ, Bradley MM, Lang PJ. Psychopathy and physiological response to emotionally evocative sounds. J Abnorm Psychol. 2004;113(1):99-108.

112. Lang PJ, Bradley MM, Cuthbert BN. International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. [Technical Report A-8]. Gainesville, FL: University of Florida; 2008.

113. Ribeiro RL, Pompeia S, Bueno OFA. Normas brasileiras para o International Affective Picture System (IAPS): comunicação breve. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2004;26(2):190-4.

114. Serafim AP. Correlação entre ansiedade e comportamento criminoso: padrões de respostas psicofisiológicas em homicidas. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

115. Nourbakhsh N, Yang W, Fang C, Calvo RA. Using Galvanic Skin Response for Cognitive Load arithmetic and reading tasks. Proceedings of the 24th Australian Computer-Human Interaction Conference. New York; 2012. P. 420-3.

116. Skeem JL, Poythress N, Edens JF, Lilienfeld SO, Cale EM. Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. Aggression Violent Behav. 2003;8(5):513–46.

117. Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. Behav Sci Law. 2000;18(5):623–45.

118. Mealey L. The sociobiology of sociopathy: an integrated evolutionary model. Behav Brain Sci. 1995a;18(3):523–40.

119. Mealey L. Primary sociopathy (psychopathy) is a type, secondary is not. Behav Brain Sci. 1995b;18(3):579–99.

120. Raine A. Anatomy of violence: the biological roots of crime. New York: Pantheon Books; 2013.

121. Stockdale KC, Olver ME, Wong SC. The Psychopathy Checklist: Youth Version and adolescent and adult recidivism: considerations with respect to gender, ethnicity, and age. Psychol Assess. 2010;22(4):768–81.

122. Skeem J, Kerr M, Johansson P, Andershed H, Louden JE. Two Subtypes of Psychopathic Violent Offenders That Parallel Primary and Secondary Variants. J Abnorm Psychol. 2007;116(2):395–409.

123. Wunderlich RA, Lozes J. Delinquents and status offenders: a comparison on selected family and social variables. Psychiatr Q. 1984;56(2):144-50

124. Soderstrom H, Hultin L, Tullberg M, Wikkelso C, Ekholm S, Forsman A. Reduced frontotemporal perfusion in psychopathic personality. Psychiatry Res. 2002;114(2):81-94.

125. Campbell D. USE 3 Physiolab Software Guide. Poulsbo, WA; 2004.

126. Venables, PH, & Christie, MJ. Electrodermal activity. In Martin, I & Venables, PH, editors. Techniques in Psychophysiology. Chichester, UK: Wiley; 1980.p. 3-67

127. Critchley HD. Electrodermal Responses: What Happens in the Brain. The Neuroscientist 2010;8:132-144.

128. Dawson, ME, et al. The Electrodermal System. In: Cacioppo J T, Tassinary L G, Bernston GB,editors. Handbook of Psychophysiology.2nd. ed. Cambridge :Cambridge Press; 2001. p. 200-23.

129. Burt K B & Obradovic J. The construct of psychophysiological reactivity: Statistical and psychometric issues. Developmental Review. 2013;33(1):29-57.

130. Lorber MF. Psychophysiology of aggression,psychopathy,and conduct problems: a meta-analysis. Psychol Bull. 2004;130(4):531–52.

132. Blair RJ, Jones L, Clark F, Smith M. The psychopathic individual: a lack of responsiveness to distress cues? Psychophysiology. 1997 Mar;34(2):192-8.

133. Raine A, Lencz T, Bihrle S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(2):119-27.

134. Hansen AL, Johnsen BH, Thornton D, Waage L, Thayer JF. Facets of psychopathy, heart rate variability and cognitive function. J Pers Disord. 2007;21(5):568-82.

135. Karpman, B. Criminal psychodynamics: a platform. Archives of Criminal Psychodynamics. 1955; (1): 3-100.

136. Rubia, K. “Cool” Inferior Frontostriatal Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Versus “Hot” Ventromedial Orbitofrontal-Limbic Dysfunction in Conduct Disorder: A Review. Biol Psychiatry 2011;69(12):e69–e87.

137. Skeem JL, Poythress N, Edens JF, Lilienfeld SO, Cale EM. Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. Aggression Violent Behav. 2003;8(5):513–46.

138. Wilkowski BM, Meier BP, Robinson MD, Carter MS, Feltman R. Hot-headed is more than an expression: the embodied representation of anger in terms of heat. Emotion. 2009;9(4):464-77

139. Patrick CJ, Bradley MM, Lang PJ. Emotion in the criminal psychopath: startle reflex modulation. J Abnorm Behavior. 1993;102(1):82–92.

140. Patrick CJ, Cuthbert BN, Lang PJ. Emotion in the criminal psychopath: fear image processing. J Abnorm Behavior. 1994;103(3):523–34.

141. Verona E, Sprague J, Sadeh N.Inhibitory control and negative emotional processing in psychopathy and antisocial personality disorder. J Abnorm Psychol. 2012;121(2):498-510.

142. Arnett PA. Autonomic responsivity in psychopaths: a critical review and theoretical proposal. Clin Psychol Rev. 1997;17(8):903-36.

143. Chang-Wei Hsieh, Chi-Te Shen, Yi-Ping Chao, Jyh-Horng Chen. Study of Human Affective Response on Multimedia Contents. In: Magjarevic R, Nagel JH, editors. IFMBE Proceedings Vol. 14/2. Seoul, Korea: World Congress of Medical Physics and Biomedical Engineering 2006. p.787-91.

144. Herve, HFM. Psychopathic emotions: founded on addicton to arousal. (Master of Arts). Vancouver, Canada: University of British Columbia, 1994.

145. Hare RD. Psychopathy, autonomic functioning, and the orienting response. J Abnorm Psychol. 1968;73(3):Suppl 23:1-24.

146. Raine, A. Anatomy of violence: the biological roots of crime. Pantheon Books: New York, 2013.

147. Murray, J; Cerqueira, DRC; Kahn, T. Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. Aggression Violent Behav. Sep 2013; 18(5):471–483.