

Maria Fernanda Faria Achá

Funcionamento executivo e traços de psicopatia em jovens 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. Sérgio Paulo
Rigonatti

**SÃO PAULO
2011**

Maria Fernanda Faria Achá

Funcionamento executivo e traços de psicopatia em jovens 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. Sérgio Paulo
Rigonatti

**SÃO PAULO
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Achá, Maria Fernanda Faria
Funcionamento executivo e traços de psicopatia em jovens infratores / Maria
Fernanda Faria Achá. -- São Paulo, 2011.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientador: Sérgio Paulo Rigonatti.

Descritores: 1.Delinquência juvenil 2.Transtorno da personalidade anti-social
4.Neuropsicologia 5.Cognição 6.Psicopatia

USP/FM/DBD-143/11

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, meu verdadeiro porto seguro, que nunca mediram esforços para ver meus olhos brilhando e que sempre me ensinaram a lutar e persistir, mesmo diante das adversidades.

À minha irmã Julia, anjo protetor, minha maior fã, admiradora e grande incentivadora, responsável pelo sentimento mais puro e recíproco: o nosso amor de irmã

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Sérgio Paulo Rigonatti, pela oportunidade de poder realizar este projeto.

Em especial a Antonio de Pádua Serafim, modelo ímpar de dedicação e sensibilidade com meus planos e projetos, com quem tenho a sorte e o prazer de dividir minhas idéias e conquistas. Muito obrigado pelo apoio e carinho oferecidos desde sempre.

A Daniel Martins de Barros, grande amigo, que sempre se mostrou pronto a me ajudar no que fosse preciso e me ensinou o lado leve e despretenso de ser pesquisadora.

A Fabiana Saffi, pelas inúmeras ajudas, idéias, consolos e bate-papos que tanto contribuíram não só na realização deste projeto, como para minha carreira profissional.

A Karina Eliane Bonetti, por todos os “galhos quebrados” e principalmente pelo laço de amizade que construímos juntas nessa jornada.

A equipe do NUFOR por me acolher e tanto me ensinar, em especial a querida Rosana Cavalcante Fonseca e ao Gustavo Bonini Castellana pela ajuda na coleta de dados.

A toda a equipe do NAISA unidade Raposo Tavares da Fundação CASA, em especial a diretora Rosana Cristina Squitino Aun, por disponibilizar tempo e espaço para a viabilização desta pesquisa, sem nunca esquecerem o sorriso e a boa vontade.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

A Faculdade de Medicina de São Paulo e ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas pela oportunidade de realizar este mestrado.

A Elisa e Isabel, secretárias da pós-graduação, pela ajuda e orientações em todos os trâmites burocráticos.

As minhas amigas Walkíria Luciana Boschetti e Maria Del Pilar Quintero Moreno, que me apresentaram aos encantos da neuropsicologia e também a Mariana Teófilo Leitão, pela amizade sincera e verdadeira.

A minha família, tanto os daqui representados pelo clã “Faria” com quem divido os doces sabores da minha nacionalidade, como também a família de lá, o clã “Achá” que mesmo longe sempre estiverem muito presente.

As amigas Maíra, Karina, Juliana, Karine, Thais, Vanessa, Carol e Marcela, por ser quem são e como são e por dividirem a tanto tempo comigo minhas alegrias e conquistas que prefiro não mencionar, apenas guardar no coração.

A Suzana Costa Nunes Machado, tanto pelas inúmeras contribuições profissionais como também pelo carinho e amor que sempre demonstrou por mim.

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*.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados sócio-demográficos da população estudada.....	43
Tabela 2: Dados relativos à naturalidade dos jovens estudados.....	44
Tabela 3: Resultados dos escores da PCL-R dos 38 jovens estudados.....	46
Tabela 4: Desempenho dos sujeitos estudados quanto à capacidade de fluência verbal (F.A.S.).....	45
Tabela 5: Análise dos resultados a partir dos dados normativos do teste de fluência verbal (F.A.S.).....	46
Tabela 6: Desempenho dos sujeitos estudados no teste <i>Trail Making</i>	46
Tabela 7: Análise dos resultados a partir dos dados normativos do teste <i>Trail Making</i>	47
Tabela 8: Desempenho cognitivo dos jovens infratores no teste <i>Stroop</i>	48
Tabela 9: Análise do resultado a partir dos dados normativos do teste <i>Stroop</i>	48
Tabela 10: Desempenho dos jovens estudados no teste <i>Wisconsin Card Sort Test</i> (WCST).....	49
Tabela 11: Resultados dos 38 jovens nos subtestes da escala WAIS-III e valor total QI estimado.....	51
Tabela 12: Desempenho dos jovens infratores nos subtestes da escala WAIS-III: escores ponderados, percentil e classificação qualitativa.....	52
Tabela 13: Coeficiente da Correlação Pearson entre as variáveis neuropsicológicas e de personalidade no grupo primário.....	53
Tabela 14: Coeficiente da Correlação Pearson entre as variáveis neuropsicológicas e de personalidade no grupo de reincidentes.....	54

Lista Abreviaturas

Bateria Neuropsicológica Halstead-Reitan (HRNB)

Classificação Internacional de Doenças (CID)

Déficit atenção e hiperatividade (TDAH)

Escala Wechsler de Inteligência para Adultos 3ª edição (WAIS-III)

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Fluência Verbal (F.A.S.)

Funções Executivas (F.E.)

Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
(Fundação C.A.S.A.)

Manual para Diagnóstico e Estatística para Transtornos Mentais (DSM)

Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Psychopathy Checklist Revised (PCL –R).

Quociente de Inteligência (QI)

Teste de Classificação de Cartas Wisconsin (WCST)

Teste Stroop de Cores e Palavras (Stroop)

Teste de Memória de Reconhecimento (RMT)

Trail Making Test (TMT)

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Transtorno de personalidade antissocial (TPAS)

RESUMO

Introdução: A literatura aponta um envolvimento cada vez maior de jovens com a delinquência e a criminalidade. Nos últimos anos, as pesquisas com população forense têm buscado estudar a etiologia do comportamento antissocial. Neste contexto a avaliação neuropsicológica tem sido cada vez mais utilizada como recurso para a investigação da correlação entre conduta infracional e déficits cognitivos. Este estudo investigou o desempenho cognitivo de jovens infratores reincidentes e não reincidentes em tarefas relacionadas às funções executivas. **Método:** 38 jovens infratores com idade média de 18 anos ($\pm 0,23$) foram divididos em dois grupos: Grupo 1: Infratores Primários ($n=17$) e Grupo 2: Infratores Reincidentes ($n=21$). Para a avaliação clínica utilizou-se os seguintes instrumentos: *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI); *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) e os testes neuropsicológicos: Semelhanças; Fluência Verbal, *Stroop Color Test*, Cubos, Vocabulário, Dígitos, *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), *Trail Making Test* (TMT) e índice de quociente de inteligência estimado (QI). **Resultados:** Os grupos foram pareados quanto à idade e escolaridade. O grupo de reincidentes (Grupo 2) mostrou maior pontuação na escala PCL-R ($p=0,05$) corroborando a tese de que traços de psicopatia são maiores entre infratores reincidentes. Nas provas neuropsicológicas de fluência verbal, TMT, *Stroop*, WCST, semelhanças e vocabulário, os grupos não se diferenciaram estatisticamente. Já na avaliação da execução de tarefas que exigem planejamento viso-espacial e QI estimado, o grupo 2 apresentou desempenho superior ($p < 0,01$). Por outro lado, o grupo dos primários (grupo

1) apresentou maior eficiência ($p=0,04$) em tarefas relacionadas à amplitude atencional auditiva. **Conclusões:** O estudo permitiu identificar que as variáveis neuropsicológicas não são por si só, consistentes para discriminar aspectos cognitivos entre jovens infratores primários e reincidentes.

Palavras-chave: Delinquência Juvenil, Transtorno de Personalidade Antissocial, Neuropsicologia, Cognição, Psicopatia

Abstract

Background: According to the literature, juvenile delinquency is a growing problem in many countries, which has increased researches with forensic population seeking for the etiology of antisocial behavior. In this context, neuropsychological evaluation is usually used as an important tool to investigate the correlation between conduct behavior and cognitive deficits. The present research compared executive functions between recidivist juvenile offenders and non-recidivist ones. **Methods:** 38 young offenders with 18 years old of average ($\pm 0,23$) were divided in two groups: Group 1: Primary Offenders (n=17) and Group 2: Recidivist Offenders (n = 21), both evaluated through the following tools: Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) and the neuropsychological tests: similarities, verbal fluency, Stroop Color Test, block design, vocabulary, digit span, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), *Trail Making Test* (TMT) and intelligence coefficient estimated (IQ). **Results:** The groups were controlled regarding age and scholarship. The recidivist group (group 2) showed higher scores at the PCL-R ($p = 0,05$) corroborating the theory that psychopathic traits are higher in these offenders. The groups reveal no statistical difference in the following neuropsychological test: verbal fluency, TMT, *Stroop*, WCST, similarities and vocabulary. However, group 2 presented better ability in activities requiring perceptual organization ($p < 0,01$), and also had higher estimated IQ ($p < 0,02$). In the other hand, group 1 performed better in tasks related to auditory sequencing and short-term memory ($p = 0,04$). **Conclusion:** The results indicate that neuropsychological

variables alone are not sufficient to discriminate between recidivist and no-recidivist young offenders.

Descriptors: Juvenile Delinquency, Antisocial Personality Disorder; Psychopathy, Neuropsychology, Cognition.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO LITERATURA.....	4
2.1 Delinquência juvenil	4
2.2 Adolescência e maturação neurobiológica	9
2.3 Transtorno de Personalidade Antissocial e Psicopatia	12
2.4 Desempenho Cognitivo em sujeitos infratores.....	18
2.5 Funções Executivas.....	20
2.6 Avaliação Neuropsicológica em jovens infratores.....	23
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos Específicos.....	25
4. HIPÓTESES	26
5. MÉTODOS	27
5.1 Casuística	27
5.2 Instrumentos	29
5.2.1 Avaliação Clínica	29
5.2.2 Escala de Avaliação de Psicopatia – PCL-R.....	30
5.2.3 Protocolo de avaliação neuropsicológica	31
5.2.3.1 Instrumentos utilizados	32
5.3 Procedimentos	36
5.4 Aspectos éticos.....	38
5.5 Análise estatística	39
6. RESULTADOS	42
6.1 Caracterização sócio-demográfica	42
6.2 Escala de Psicopatia.....	43
6.3 Desempenho Neuropsicológico	44
6.4 Análise de correlação	51
7. DISCUSSÃO	54
7.1 Desempenho Neuropsicológico	57
8. CONCLUSÃO	68
9. ANEXOS.....	69
10. REFERÊNCIAS	133

1. INTRODUÇÃO

O interesse em realizar uma pesquisa enfocando a temática neuropsicologia e comportamento infrator deu-se a partir dos relatos na literatura que indicam que déficits funcionais em determinadas regiões cerebrais, particularmente no sistema límbico e nos lobos temporais e frontais, estariam relacionados à gênese do comportamento criminal (Teichner et al., 2000; Blair et al., 2001; Dolan e Park, 2002; Blair et al., 2006; Antonucci et al., 2006).

Sabe-se, que um único fator isolado não pode ser identificado como agente causal das condutas criminais. Hipóteses específicas são formuladas e quando combinadas podem discorrer com mais fundamento sobre a etiologia e o desenvolvimento de tais comportamentos (Holmes et al, 2001; Del-Ben, 2005). Desta forma, as condutas criminais podem ser compreendidas a partir de diferentes vertentes de estudo, como por exemplo, as ciências neurológicas, psiquiátricas, psicológicas, biológicas e sociológicas (Bonilla e Guinea, 2006).

Há alguns anos as variáveis neurológicas e neuropsicológicas vêm sendo relacionadas com a etiologia e a manutenção do comportamento infracional, por demonstrarem a partir de estudos com técnicas de neuroimagem, exames neuropsicológicos e avaliações neuroquímicas existir uma relação entre déficits cognitivos, especialmente nas regiões frontais, em sujeitos infratores. À menção aos lobos frontais como principal região associada às condutas antissociais, deve-se ao fato de esta região

desempenhar grande parte das habilidades arroladas às funções executivas (F.E.) (Del Pino e Werlang, 2006).

De acordo com Mendes et al. (2009), dentre as alterações neuropsicológicas mais relacionadas ao comportamento antissocial pode-se citar a capacidade de tomada de decisão; os processos atencionais; a regulação dos impulsos; o planejamento e o monitoramento da ação, bem como o ajuste e regulação de uma resposta previamente estipulada frente ao *feedback* interno e/ou externo e a capacidade de flexibilidade mental quando frente a situações diferenciadas.

As características relacionadas aos sujeitos infratores assemelham-se em muito aos traços de personalidade dos chamados psicopatas. Psicopatas são sujeitos com um padrão permanente de déficit afetivo, em conjunto com um prejuízo do respeito aos direitos alheios (Mosquera et al., 2004). Caracterizam-se essencialmente por apresentar um padrão de comportamento regido pela falta de confiança e de sentimentos por outrem, perda da empatia, vaidade excessiva, loquacidade, arrogância, manipulação, impulsividade, ausência de culpa e remorso pelos atos cometidos (Navas-Collado e Muñoz-Garcia, 2004; Serafim, 2005; Kiehl et al., 2006; Blair et al., 2006).

Para alguns autores os déficits nas funções executivas configuram-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento de condutas antissociais (Navas-Collado e Muñoz-Garcia, 2004). Contudo, ainda que o comportamento antissocial demonstre estreita associação com o comprometimento em tarefas relacionadas às funções executivas, os

indícios desta relação entre a população de jovens infratores é ainda bastante inconsistente (Siever, 2008; Teichner e Golden, 2000).

Frente ao exposto, buscou-se apresentar os principais pontos abordados neste trabalho. Especificamente, o objetivo deste estudo foi investigar o desempenho cognitivo em tarefas relacionadas às funções executivas em jovens infratores primários e reincidentes. Considerou-se também a pontuação dos grupos estudados quanto à avaliação da psicopatia através da escala *Psychopathy Checklist Revised* (PCL –R).

2. REVISÃO LITERATURA

2.1 Delinquência juvenil

A criminalidade, tanto pela relevância estatística que a circunda como também pelas conseqüências nefastas que acarreta à sociedade, tornou-se hoje um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, mobilizando pesquisadores e órgãos competentes a estudar e buscar compreender as razões que levam um sujeito a apresentar comportamentos que transgridem as leis, a moral e a ética (Joly, 2007; Del Pino e Werlang, 2006).

Segundo as estatísticas, o perfil dos envolvidos com crimes no Brasil corresponde ao de jovens do sexo masculino, com idades entre 15 e 24 anos, provenientes da periferia dos grandes centros urbanos e são, em sua maioria, carentes em termos socioeconômicos. O homicídio, por exemplo, responde por 40% dos crimes praticados por essa faixa etária (Castro, 2007; Joly, 2007).

De fato a violência praticada por jovens têm ocupado lugar de destaque nas discussões cotidianas e nas manchetes dos meios de comunicação. Os relatos, cada vez mais comuns, favorecem a afirmativa de que a cada dia aumenta o número de jovens envolvidos em contravenções penais (Laranjeira, 2007).

Os estudos apontam que fatores como dificuldade de adaptação frente às circunstâncias e os desafios da vida, maus-tratos na infância, uso e abuso de drogas, violência familiar, precárias condições sócio-econômicas e baixa

escolaridade correlacionam-se com fatores de risco para a origem e manutenção do comportamento violento na infância e adolescência (Straus e Alexander, 2000; Gomide, 2000; Silva, 2002; Ferigolo et al., 2004).

Como bem pontua aranjeira (2007):

A delinquência juvenil tem sido considerada como um transtorno psicossocial do desenvolvimento, que deve ser entendido pela sua complexidade, já que sua manifestação ocorre a partir das variáveis biológicas, comportamentais e cognitivas do indivíduo e contextuais, como características familiares, sociais e experiências de vida negativa

Frente a este cenário de mudanças, os jovens tornaram-se não só autores como também as principais vítimas da violência interpessoal. O surgimento do crime organizado e a formação de gangues aparecem como fortes contribuições para esta mudança no comportamento juvenil (Priuli e Moraes, 2007).

Tal é a relevância deste fato, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que somente no ano 2000 cerca de 1,6 milhões de pessoas morreram no mundo como resultado da violência. Dentre as causas de óbito, os dados revelam que 25% foram resultantes de acidentes de transportes, 16% suicídio e 10% violência interpessoal. Os dados indicam ainda que neste mesmo ano a taxa mundial de homicídios entre jovens foi de 9,2 para cada 100.000 habitantes o que indica que aproximadamente 565 jovens, com idade entre 10 e 29 anos, morreram por dia como resultado da violência interpessoal no mundo. Neste panorama o Brasil apresentou uma taxa estimada de 23 homicídios de jovens para cada 100.000 habitantes (OMS, 2002).

Discutir a participação de jovens em atos infracionais não se constitui tarefa fácil, visto que é fundamental a interlocução com diferentes campos da ciência como, por exemplo, Psicologia, Sociologia, Direito, Psiquiatria, Antropologia e Ciências Sociais. Assim, alguns estudos têm procurado pesquisar como os diferentes fatores de risco contribuem para a inserção do jovem em uma situação de conflito com a lei (Benavente, 2002; Gallo e Williams, 2005; Priuli e Moraes, 2007; Cruzeiro et al, 2008; Mendes et al, 2009).

Já outros autores, defendem a idéia de que o estudo da evolução de um determinado fenômeno torna possível tanto a análise das mudanças ocorridas entre determinados períodos, como permite também acompanhar a tendência, seja ela da estabilização, ascendência ou descendência, do objeto estudado (Toledo, 2006).

Nesta linha de investigação, destacam-se três produções nacionais bastante significativas Adorno et al. (1999), Silva (1999) e Toledo (2006).

Adorno et al. (1999) buscaram comparar dados de uma pesquisa realizada com adolescentes infratores entre os anos de 1988 a 1991 com os resultados de outra pesquisa também com jovens infratores conduzida no período de 1993 a 1996. Os resultados revelam sensíveis mudanças comparativas entre os períodos quanto à presença e a participação dos adolescentes na criminalidade ao revelarem que no primeiro estágio da pesquisa a média de jovens por ocorrências policiais era de 1,4% contra 1,6% na segunda etapa do estudo.

Com relação às infrações penais observa-se que os delitos contra o patrimônio representavam 51,1% nos últimos períodos estudados, enquanto na

etapa anterior correspondia a 49,5%. O uso e porte de drogas na primeira etapa da pesquisa representavam 2,9% dos delitos, já na segunda fase correspondeu a 4,3% dos casos. O homicídio foi o delito que apresentou menor ocorrência significativa no segundo período representando 1,3% das infrações. Por outro lado, foi significativo que 11,7% de todos os registros apurados entre os anos 93 a 96 referiram-se a lesões corporais, enquanto no período anterior este representava apenas 6,8% das infrações cometidas (Adorno et al. 1999).

Buscando caracterizar o perfil dos adolescentes envolvidos em atos infracionais, bem como a evolução da delinquência juvenil no panorama Brasileiro, Silva (1999) fez um levantamento junto a aproximadamente 20% dos processos judiciais da Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Ribeirão Preto instaurados entre os períodos de 1986 a 1996. Os resultados demonstraram um aumento de 163,97% no número de processos envolvendo jovens na faixa etária dos 10 aos 19 anos. A autora salienta que nesse mesmo período o crescimento populacional correspondente a esta faixa etária foi de 26,94%, ou seja, o número de infrações registradas manteve-se significativamente acima ao do crescimento nacional da população jovem.

Os dados da autora quanto às infrações penais, diferem um pouco daqueles encontrados por Adorno et al. (1999) ao apontar que o homicídio configurou-se como a infração com o maior crescimento durante o período estudado. A participação dos jovens neste tipo de delito no ano de 1984 correspondia a 0,13%, já em 1996 esta taxa aumentou cerca de 40 vezes alcançando índices de 2,04%. O tráfico de entorpecentes foi segundo a autora a segunda infração penal que mais cresceu no período estudado, apresentando um aumento de 23,75 vezes, com variação de 0,54% em 1984 e

4,86% em 1996. Porte de armas alcançou a terceira colocação entre os delitos com maior variação de ocorrências no período estudado (aumento de 18,8 vezes) (Silva, 1999). Vale ressaltar que a referida pesquisa abrange uma determinada parcela da população, não podendo se configurar como uma análise da realidade do cenário Brasileiro.

Mais recentemente, Toledo (2006) conduziu uma pesquisa que enfocou a análise da evolução das características infracionais de jovens submetidos à medida socioeducativa no estado de São Paulo nos anos de 1950, 1960, 1979, 1985, 1995, 2000, 2001 e 2002.

De acordo com os dados da pesquisa, a taxa de participação de adolescentes em atividades delituosas para cada 100.000 habitantes correspondia a 6,1% em 1950, 11,6% em 1960, 14,1% em 1979, 18,1% em 1985, 96,1% em 1995, 129% em 2000, 122% em 2001 e 101% em 2002. Para o autor, o crescimento da população jovem nos anos 80, denominado de “onde jovem”, o maior envolvimento destes com o tráfico de drogas, os problemas socioeconômicos que afetaram o Brasil durante os períodos estudados e até mesmo o aumento da população urbana são fatores que podem explicar o aumento da participação do jovem na criminalidade ao longo dos anos (Toledo, 2006).

A taxa referente aos delitos cometidos pelos adolescentes nos períodos estudados, também apresentou evolução significativa, principalmente na categoria “delitos contra o patrimônio” na qual se observa que em 1950 a representatividade era de 4,9% para cada 100.000 adolescentes. Já no período final da pesquisa, correspondente aos anos de 2000, 2001 e 2002 os

resultados demonstraram um crescimento exponencial de 102,2%, 94,1% e 80,4%, respectivamente (Toledo, 2006).

Os dados acima descritos mostram-se, em parte, inconsistentes por retratarem o perfil de um determinado grupo ou região brasileira, não possibilitando uma caracterização ampla e fidedigna da delinquência juvenil. Segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SNPDCA/SDH/PR, 2010), o estado de São Paulo segue como o maior sistema socioeducativo do país abrigando 37% dos adolescentes em cumprimento de penas em regime em meio fechado.

Embora, os estudos nacionais realizados até hoje tenham se focado muito mais na caracterização do jovem infrator e na análise da evolução do fenômeno da delinquência juvenil, houve nas últimas décadas um avanço nas pesquisas que apontam para uma série de dados que permitem compreender porque as pessoas reagem de forma diferente frente a uma mesma situação (Vasconcellos et al., 2004). Conhecer os fatores de risco que tornam os jovens vulneráveis a comportamentos delinquentes é fundamental para entender a etiologia e as variáveis mantenedoras da conduta antissocial na adolescência, por exemplo, (Blair et al., 2001; Del-Ben, 2005; Gallo e Williams, 2005).

2.2 Adolescência e maturação neurobiológica

A adolescência corresponde à etapa do desenvolvimento humano que ocorre entre o período da infância e a idade adulta (Guimarães e Pasian, 2006). No Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define que a

adolescência está compreendida entres faixas etárias dos 12 aos 18 anos de idade (Brasil, 1990).

Os limites que demarcam o fim da infância e o início da idade adulta divergem segundo as teorias sociais e convenções culturais. Para Steinberg (1999), por exemplo, o início da adolescência dar-se-ia a partir das mudanças físicas e da capacidade de reprodução do ser humano – puberdade. Por outro lado, em algumas culturas a transição de um estágio ao outro do ciclo vital é marcado por rituais de passagem que podem ser definidos pela idade, como por exemplo, as cerimônias de *bar mitzvah* celebrada aos treze anos de idade entre meninos descendentes da cultura judaica, ou por acontecimentos específicos, tais como, a menstruação (Papalia e Olds, 2000).

De fato, não há demarcação clara acerca do início ou fim da adolescência, embora diferentes critérios sejam utilizados para determinar este período, alguns indicativos universais contribuem para uma melhor compreensão das mudanças e transformações ocorridas nesta etapa. O crescimento corporal, a menarca, o desenvolvimento dos órgãos genitais, o estabelecimento da identidade sexual, a inserção no mercado de trabalho e a possibilidade de estabelecer relações afetivas são algumas das primeiras evidências, facilmente observadas, que ocorrem no início da adolescência (Papalia e Olds, 2000; Guimarães e Pasian, 2006).

Neste contexto, o conhecimento da maturação cerebral e conseqüentemente do desenvolvimento dos processos cognitivos que ocorrem durante a infância e a adolescência apresentam-se como cruciais para a compreensão dos comportamentos típicos desta fase e também daqueles que

irão refletir significativamente no desenvolvimento subsequente do indivíduo (Diekstra, 1995; Lebel et al., 2008).

Segundo a literatura, é nesta fase que as habilidades cognitivas e a aprendizagem social se tornam mais maduras e eficientes. As trocas sinápticas e o desenvolvimento das regiões cerebrais, em especial do córtex pré-frontal, contribuem para o progresso cognitivo e social dos jovens influenciando expressivamente o desempenho das funções cognitivas cada vez mais complexas tais como, a habilidade de raciocínio abstrato, julgamento moral sofisticado, controle das ações e a capacidade de planejamento futuro (Papalia e Olds, 2000; Gómez-Pérez et al., 2003; Lebel et al, 2008).

No contexto clínico, observa-se que alguns prejuízos cognitivos como dificuldade em inibir determinados comportamentos e pensamentos, manter o foco atencional e armazenar informações a curto e longo prazo são características frequentemente encontradas em diferentes transtornos como o déficit atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Síndrome de Tourette (Gómez-Pérez et al.,2003). O comportamento antissocial, por sua vez, também se caracteriza por uma série de disfunções cognitivas que estão relacionadas aos processos atencionais e funções executivas (Gorenstein, 1982).

De acordo com a vertente biológica, possíveis complicações na integração das funções nervosas superiores ou na interação dos múltiplos e complexos fatores neurobiológicos, tais como lesões cerebrais, disfunção neuropsicológica e a contribuição dos sistemas neuroquímicos, podem repercutir em condutas disfuncionais ao longo do desenvolvimento humano

(Damásio, 1995; Serafim, 2003; Antonucci et al., 2006; Aricapa e Zapata, 2008).

O comportamento impulsivo, o controle atencional, o planejamento de ações futuras, o estabelecimento de metas e a regulação de condutas sociais são funções cognitivas coordenadas em grande parte pelos lobos frontais, região cerebral envolvida na regulação das mais diversas e complexas capacidades cognitivas e próprias da raça humana (Luria, 1984; Gil, 2002). Por desempenhar um papel de suma importância no controle do comportamento humano, o córtex frontal tem sido minuciosamente estudado em pesquisas com sujeitos delinquentes e psicopatas (Dolan e Park, 2002).

2.3 Transtorno de Personalidade Antissocial e Psicopatia

Ainda que o comportamento agressivo seja próprio da espécie humana e possa ser uma resposta funcional dentro do ambiente em que está sendo utilizado, ao longo do desenvolvimento vital crianças e adolescentes apresentam condutas que se mostram intensas, severas e frequentes, podendo indicar um sinal de patologia (Barros e Silva, 2006). Dentro desta perspectiva a Psicologia e a Psiquiatria entendem que comportamentos inadequados, considerados de menor gravidade, tais como mentir, enganar, faltar aulas sem razão ou justificativa e furtar objetos de pequeno valor, costumam preceder condutas antissociais de maior gravidade que extrapolam o limite do que é aceito pela sociedade e pela lei, caracterizando violações dos direitos básicos dos outros e das normas ou regras sociais (Cruzeiro et al., 2008).

Achados literários sugerem que o início das manifestações antissociais pode ocorrer ainda na infância e adolescência e se estender e permanecer até a vida adulta (Barros e Silva, 2006).

Segundo o Manual para Diagnóstico e Estatística para Transtornos Mentais (DSM) (APA, 1994) o transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição são os principais quadros psiquiátricos quando se faz referência a comportamentos antissociais na adolescência. Já o transtorno de personalidade antissocial (TPAS) configura-se como um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios praticados por sujeitos com idade mínima de 18 anos e que tenham histórico de algum sintoma do transtorno de conduta antes dos 15 anos de idade (APA, 1994; Pacheco et al., 2005). Assim, comportamentos que infringem as regras sociais principados na infância ou adolescência terão maior probabilidade de evoluir para a prática de atos criminosos e conseqüentemente para um diagnóstico de TPAS (APA, 1994).

O termo psicopatia não possui nosologia oficial na literatura médica (Mosquera et al., 2004; Kiehl et al., 2004). As características dos sujeitos psicopatas assemelham-se em alguns aspectos aos critérios diagnósticos para Transtorno de Personalidade Antissocial. Contudo enquanto o termo TPAS é compreendido como um diagnóstico médico, o termo psicopatia é geralmente usado no contexto jurídico para classificar sujeitos que apresentam tendências à prática criminal, insensibilidade afetiva e condutas antissociais (Morana et al, 2006; Serafim, 2005).

Assinala-se que ao longo desse texto os termos “psicopatia” “comportamento antissocial” e “transtorno de personalidade antissocial” foram utilizados, para fazer referência aos sujeitos que por apresentarem condutas

criminais estão envolvidos com a lei e são classificados segundo um diagnóstico médico específico.

O transtorno de personalidade antissocial refere-se a um padrão de comportamento caracterizado pela falta de controle do impulso, desprezo por normas sociais, ausência de remorso, baixa tolerância à frustração e baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência (APA, 1994).

Segundo Maranhão (2003) o TPAS caracteriza-se por comportamento irresponsável iniciado precocemente, acompanhado de mentira, roubo, vandalismo, crueldade e envolvimento com atividades ilícitas, como uso de drogas, por exemplo.

Já a palavra psicopatia por sua vez, possui uma história extensa e equívoca e até os dias atuais é utilizada de forma indiscriminada e imprecisa, até mesmo pela Classificação Internacional de Doenças (CID), (OMS, 1993) que traz na definição oficial do diagnóstico para “Personalidade Dissocial (F.60.2) o termo “personalidade psicopática e sociopática” como sinônimos do distúrbio. No contexto popular estas expressões incorporaram-se ao jargão e são usadas para definir qualquer tipo de ato considerado como fora dos padrões, mesmo que não tenha envolvimento com delitos criminais, contravenções penais e/ou desvio do comportamento segundo um critério médico (Morana, 2004).

Alguns autores como Cleckley (1988) e Vien e Beech (2006) defendem a idéia de que a dificuldade em estabelecer o diagnóstico de psicopatia deve-se principalmente pelo fato de que os sintomas manifestados neste quadro não são facilmente identificados como em outras doenças mentais, como por

exemplo, o comprometimento intelectual evidenciado na deficiência mental ou os quadros de alucinações manifestados por portadores de Esquizofrenia.

O termo psicopatia como é utilizado no contexto forense é baseado nos postulados elaborado por Cleckley no ano de 1941 e que foram aprimorados posteriormente por Robert Hare (Vien e Beech, 2006).

Cleckley foi o primeiro autor a discorrer sobre o termo psicopatia em sua obra *The mask of sanity* (Vien e Beech, 2006). Ele elaborou uma lista com 16 sintomas que eram comuns a alguns de seus pacientes e que não correspondiam a nenhum diagnóstico médico já descrito. De modo reduzido o autor propunha que psicopatas eram sujeitos que apresentavam uma forte desintegração emocional e uma inerente desarticulação entre a palavra e a ação a qual ele denominava “demência semântica” (Cleckley, 1988; Vien e Beech, 2006).

O pesquisador Robert Hare em 1991 apresentou um estudo no qual se dedicou a analisar e aprimorar os postulados de Cleckley resultando então na construção da escala de aferição de psicopatia, denominada em seu original como *Hare's Psychopathy Checklist Revised – PCL-R*. Para Hare o conceito de psicopata fundamenta-se muito mais na avaliação dos traços de personalidade do sujeito, no modo como ele se relaciona com os outros e nas características afetivo-emocionais do que na análise e observação das condutas antissociais (Morana, 2004).

Para Hare (1999) os psicopatas são sujeitos manipuladores, arrogantes, mentirosos, impulsivos, que desrespeitam os desejos, direitos ou sentimentos alheios em prol de sua própria satisfação. Ainda segundo este autor, os psicopatas seriam os principais responsáveis por crimes violentos em todos os

países. Ao que ele estima a prevalência de sujeitos com personalidade psicopática corresponderia a 1% na população geral e de 15 a 20% na população carcerária. No quadro 1 estão descritos os sintomas propostos pelos dois autores.

Ao que as pesquisas indicam, estes sujeitos caracterizam-se por apresentar uma conduta regulada por gratificações imediatas, ausência de padrões de respostas consideradas normais em estados ansiosos (ruborização da face e aumento ou diminuição da atividade cardíaca), falhas no processamento das informações sociais e ainda que tenham a capacidade intelectual preservada e reconheçam quais condutas são socialmente aceitáveis, eles em geral, são desprovidos de piedade, empatia, remorso e emoções além de apresentarem uma dificuldade em inibir o comportamento disfuncional (Jurado e Junque, 1996; Teixeira, 2008; Serafim, 2009).

Nos últimos anos, as pesquisas com população forense têm buscado estudar a etiologia desta conduta. Os fatores genéticos e as desordens neurobiológicas aparecem como as principais evidências neste contexto (Pliszka, 2004; Oliveira-Souza et al, 2008).

Estudos utilizando técnicas de exame de imagem, avaliações neuropsicológicas e neurofisiológicas apontam que o funcionamento cerebral e o desempenho cognitivo dos psicopatas em testes neuropsicológicos assemelham-se ao de pacientes com lesão cerebral, em especial nas seguintes regiões: pré-frontal, temporal, córtex límbico para-hipocampal e amígdala. Tais lesões podem gerar déficits no processamento cognitivo e perceptivo quando da avaliação, julgamento e resposta emocional frente a uma

ação (Cherek et al.,1997; Blair et al., 2001; Mitchell et al, 2002; Dolan e Park, 2002).

Quadro 1 – Sintomas de psicopatia por Cleckley e Robert Hare

Sintomas psicopatia organizados por Cleckley (1941)	Sintomas psicopatia organizados por Hare (1991)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Charme superficial e inteligência; 2. Ausência de delírios e outros sinais de pensamento irracional; 3. Ausência de nervosismo ou manifestações psiconeuróticas; 4. Falta de confiança; 5. Deslealdade e insinceridade; 6. Falta de remorso ou pudor; 7. Comportamento antissocial inadequado; 8. Julgamento fraco e incapacidade de aprender com a experiência; 9. Egocentrismo patológico e incapacidade de sentir amor; 10. Relações afetivas superficiais ou ausentes; 11. Capacidade de <i>insights</i>; 12. Capacidade de compreensão e discernimento prejudicada; 13. Insensibilidade geral aos relacionamentos; 14. Comportamento inconveniente, extravagante ou absurdo após ingestão de bebidas ou mesmo sem o uso destas; 15. Baixa tendência a comportamentos suicidas; 16. Vida sexual impessoal e dificuldade em estabelecer planos ou engajar-se em metas futuras. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loquacidade/Charme superficial 2. Superestima 3. Necessidade de estimulação/Tendência ao tédio 4. Mentira patológica 5. Vigarice/Manipulação 6. Ausência de remorso ou culpa 7. Insensibilidade afetivo-emocional 8. Indiferença/Falta de empatia 9. Estilo de vida parasitário 10. Descontroles comportamentais 11. Promiscuidade sexual 12. Transtornos de conduta na infância 13. Ausência de metas realistas e de longo prazo 14. Impulsividade 15. Irresponsabilidade 16. Incapacidade de aceitar responsabilidades pelos próprios atos 17. Muitas relações conjugais de curta duração 18. Delinquência juvenil 19. Revogação da liberdade condicional 20. Versatilidade criminal

2.4 Desempenho Cognitivo em sujeitos infratores

A avaliação neuropsicológica tem sido cada vez mais utilizada como recurso para a investigação da correlação entre comportamento antissocial e lesões cerebrais (Blair et al., 2001; Mitchell et al., 2002; Dolan e Park, 2002; Blair et al., 2006). Segundo Teichner et al (2000) a incidência de prejuízos neuropsicológicos na população forense mostra-se cada vez mais relevante e acentuado e são consideráveis as evidências científicas que apontam para a relação entre comportamento delinquente e déficits cognitivos.

De acordo com a literatura o desempenho cognitivo de sujeitos infratores mostra-se especialmente comprometido na execução de atividades neuropsicológicas relacionadas às funções executivas e de habilidades verbais (Jurado e Junque, 1996; Dolan e Park, 2002; Mitchell et al, 2002; Navas-Collado e Muñoz-Garcia, 2004; Olvera et al, 2005; Del Pino e Werlang, 2006). Fato este que justifica as extensas pesquisas sobre o funcionamento neuropsicológico das funções frontais, mais especificamente, das regiões pré-frontais e suas conexões com outras estruturas subcorticais (Blair et al., 2001; Navas-Collado e Muñoz-Garcia, 2004; Dvorak-Bertsch et al., 2009).

O córtex pré-frontal ocupa aproximadamente um terço da massa total do córtex e mantém relações múltiplas e recíprocas com diversas estruturas encefálicas, tais como o hipocampo, a amígdala, o tálamo, o córtex límbico para-hipocampal e cingular, o hipotálamo e com o segmento mesencefálico. Esta região cerebral caracteriza-se por desempenhar um importante papel na execução das habilidades cognitivas relacionadas, principalmente, ao controle

e inibição do comportamento, à integração das informações aprendidas e no julgamento e formulação de conceitos (Lezak et al., 2004).

Em uma revisão da literatura abrangendo o período de 1990 a 2003 Del Pino e Werlang (2006) constataram que 27,3% das publicações levantadas que abordavam a temática “homicídio” e “lobo frontal” utilizaram a avaliação neuropsicológica como instrumento de pesquisa para a investigação dos processos cognitivos e 36,3% aliaram esta técnica aos resultados de exames de imagem. Dentre os testes neuropsicológicos utilizados foi observada uma preferência por exames sensíveis aos lobos frontais, como o Teste de Classificação de Cartas Wisconsin (WCST); *Trail Making Test* (TMT); *Stroop Color Test* (*Stroop*); Bateria Neuropsicológica Halstead-Reitan (HRNB); Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS) e Teste de Memória de Reconhecimento (RMT).

Dolan e Park (2002) utilizando a bateria de avaliação neuropsicológica *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* (CANTAB) buscaram comparar o desempenho cognitivo de sujeitos com e sem o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial. Os dados indicaram que o grupo de TPAS apresentava comprometimento tanto nas habilidades de planejamento e flexibilidade mental (sensíveis ao córtex pré-frontal dorsolateral), como nas atividades de controle inibitório e memória visual (mediadas pelo córtex pré-frontal ventromedial) (Dolan e Park, 2002).

Em outro estudo o desempenho cognitivo de um grupo de psicopatas foi comparado com os resultados de um grupo de infratores sem o diagnóstico de psicopatia. Os resultados apontaram para um maior comprometimento em provas direcionadas para a avaliação das funções do córtex pré-frontal no

grupo de sujeitos psicopatas. Segundo os autores não houve diferença entre os resultados nas atividades que envolviam o córtex pré-frontal dorsolateral e córtex cingulado anterior (Blair et al., 2006).

Acredita-se que as áreas orbitofrontais do córtex pré-frontal são especialmente ativadas quando há a necessidade de se resolver uma tarefa que envolve estímulos cognitivos com conteúdos emocionais (Capovilla et al., 2007; Lezak et al., 2004). Segundo Brower e Price (2001) os modelos neuroatômicos dos circuitos cerebrais envolvidos em condutas antissociais, são implicados por interconexões de regiões cerebrais que incluem a amígdala e o lobo frontal. As alterações do córtex pré-frontal podem resultar em uma disfunção executiva e sua relação com condutas infracionais é corroborada quando aliada em especial a déficits cognitivos nas funções executivas.

2.5 Funções Executivas

Segundo Luria (1984) toda atividade humana inicia com a determinação das metas e objetivos a serem alcançados e segue com o planejamento e estabelecimentos dos meios que serão necessários para que estes objetivos sejam atingidos.

Para que uma atividade do dia-a-dia seja concluída com êxito é preciso que ela tenha sido previamente planejada, os objetivos claramente traçados e as prioridades estabelecidas. A execução desta ação exige dentre outros comportamentos um constante monitoramento do plano estipulado, bem como autocontrole e regulação das emoções envolvidas. Este conjunto de

habilidades cognitivas que regulam o comportamento humano é denominado na literatura como funções executivas (Saboya et al., 2002).

As funções executivas são classificadas de acordo com quatro componentes fundamentais: a volição, o planejamento, a ação voltada para um propósito e o desempenho efetivo da ação (Lezak et al., 2004). Cada um desses componentes corresponde a um comportamento específico e são imprescindíveis para a realização eficaz das atividades humanas (Tirapu-Ustárrroz e Muñoz-Céspedes, 2005).

As características das funções executivas, controladas em grande parte pelos lobos frontais, estão relacionadas ao planejamento e controle antecipado da ação, a escolha dos objetivos que se deseja alcançar, a seleção das respostas adequadas e a inibição das demais e a atenção e verificação dos resultados durante o desenrolar da ação (Santos, 2004). Para que esta integração temporal seja exercida, são requisitadas outras funções cognitivas, como a memória de trabalho, o planejamento e o controle inibitório (Del Pino e Werlang, 2006).

A memória de trabalho permite a reprodução temporária de informações relevantes ao processamento de uma ação. Estas informações podem ser provenientes de experiências passadas ou estarem disponíveis no contexto atual. Pacientes com lesões pré-frontais têm dificuldades em tarefas de memória de trabalho que exigem a manipulação dessas informações e como conseqüências tendem a apresentar um padrão de comportamento perseverativo, isto é, manter a mesma resposta diante de estímulos ou tentativas diferentes (Del Pino e Werlang, 2006; Capovilla et al., 2007).

Como já mencionado, o planejamento da ação é fundamental para a execução das tarefas cotidianas. Um planejamento eficiente requer que sejam estabelecidas as hierarquias, ou seja, as etapas necessárias para se alcançar o objetivo final da tarefa. Desta forma, entende-se que o planejamento envolve a antecipação dos eventos e as conseqüências implicadas bem como o monitoramento frequente da ação (Gil, 2002).

Pacientes com déficits nas funções executivas tendem a apresentar um padrão de comportamento rígido, perseverativo, com falhas no controle inibitório, no planejamento, na organização e no controle do comportamento (Sohlberg e Mateer, 2009). Embora a flexibilidade cognitiva esteja usualmente prejudicada nas síndromes frontais, estudos recentes apontam que esta dificuldade só é confirmada quando requer a evocação de informações da memória de trabalho, estando preservadas quando os estímulos estão explícitos no ambiente (Capovilla et al., 2007).

Acredita-se ainda que o comprometimento das funções executivas possa vir a resultar em uma dificuldade de adaptação do afeto, no comprometimento das capacidades de volição e iniciativa, em falhas do comportamento moral e social e em déficits relacionados à tomada de decisão, ao controle inibitório e a impulsividade (Gil, 2002; Lezak et al., 2004; Capovilla et al., 2007). Estas características de desempenho cognitivo assemelham-se aos prejuízos encontrados tanto em pacientes com lesões no lobo frontal, como também em alguns transtornos psiquiátricos, como por exemplo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial dentre outros.

2.6 Avaliação Neuropsicológica em jovens infratores

Embora a literatura que trata do comprometimento neuropsicológico em adultos criminosos seja extensa o mesmo não ocorre com a população juvenil. Viés metodológico, dificuldades de diagnósticos precisos e acessos aos grupos de estudo são algumas das variáveis que contribuem para este cenário (Teichner e Golden, 2000).

Da mesma forma como na população adulta, a avaliação neuropsicológica também tem sido utilizada para investigar o papel das variáveis neurológicas e neuropsicológicas entre jovens delinquentes (Teichner et al, 2000; Teichner e Golden, 2000). Os resultados embora não sejam consistentes, apontam para o comprometimento da capacidade funcional na atividade intelectual, principalmente no que concerne ao processamento verbal, prejuízo das habilidades atencionais, de controle inibitório e controle mental das informações e déficits nas funções executivas (Teichner e Golden, 2000; Golden et al., 1996; Vermeiren et al., 2002).

Olvera et al (2005) comparou o desempenho de grupos de adolescentes com o diagnóstico de transtorno de conduta com o de jovens com e sem o diagnóstico de transtorno bipolar. Os resultados indicaram que os adolescentes com diagnóstico de transtorno de conduta apresentaram comprometimento nas funções de linguagem, funções executivas e memória verbal em comparação com os demais grupos de estudo.

Blair et al. (2001) investigaram o desempenho de jovens psicopatas com o de não psicopatas em teste de avaliação das funções executivas que se

diferenciavam entre si pela região cerebral ativada quando da sua execução. Os jovens psicopatas mostraram comprometimento nas medidas de avaliação relacionadas ao córtex pré-frontal orbital e não houve diferença entre os grupos nos resultados das provas de avaliação das funções coordenadas pelo córtex pré-frontal dorsolateral e córtex cingulado anterior.

No Brasil assim como na literatura internacional prevalecem os estudos com população carcerária adulta. As pesquisas com jovens infratores são escassas e até onde se tem conhecimento não há estudos que relacionem o funcionamento cognitivo com práticas infracionais nesta população.

Considerando a escassez de estudos brasileiros na área forense, principalmente com população jovem, acredita-se que a pesquisa em questão possa contribuir para a compreensão e também para o desenvolvimento de novos estudos, além de programas de prevenção e intervenção do comportamento infracional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar o desempenho cognitivo em tarefas relacionadas às funções executivas em jovens infratores primários e reincidentes

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar a presença de traços psicopáticos em jovens infratores primários e reincidentes
- Avaliar o desempenho dos jovens infratores primários e reincidentes em tarefas atencionais
- Avaliar o desempenho dos jovens infratores primários e reincidentes em tarefas ligadas ao controle inibitório
- Avaliar o desempenho dos jovens infratores primários e reincidentes em tarefas relacionadas à flexibilidade mental
- Identificar o QI estimado dos jovens infratores primários e reincidentes
- Comparar os resultados dos testes neuropsicológicos da amostra estudada com os respectivos dados normativos

4. HIPÓTESES

- O escore no PCL-R será mais elevado entre os infratores com histórico de reincidência criminal
- Infratores reincidentes apresentam maior prejuízo nas tarefas relacionadas às funções executivas
- O quociente de inteligência (QI) será menor no grupo de jovens infratores primários.

5. MÉTODOS

5.1 Casuística

Foram avaliados neste estudo 38 internos da Fundação C.A.S.A., instituição correcional para jovens infratores. A Fundação C.A.S.A. 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. Tem como missão primordial aplicar as diretrizes e as normas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente, promovendo estudos e planejando soluções direcionadas ao atendimento de adolescentes autores de atos infracionais, na faixa dos 12 aos 21 anos (Fundação C.A.S.A., 2006).

Os adolescentes encaminhados a Fundação C.A.S.A. 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.

A população de internos da Fundação C.A.S.A. é constituída de maioria do sexo masculino (96%) com idade média 16,7 anos. Os dados indicam ainda que 71% destes jovens quando ingressaram na unidade correcional estavam cursando o Ensino Fundamental II, contra 15% que cursavam o Ensino Médio. Com relação às atividades de trabalho, 46% dos jovens infratores afirmam que exerciam algum tipo de atividade laborativa antes do cumprimento da pena.

Quanto ao tipo de trabalho desempenhado foram citadas atividades de ajudante de pedreiro, lavador de carros, ajudante geral, ambulante, pintor, ajudante de mecânico, trabalhador rural, funileiro, dentre outros.

No que diz respeito à composição familiar, sabe-se que 51% destes jovens à época do delito residiam somente com a mãe, 23% moravam com ambos os pais, 16% não residiam com os pais e 7% somente com o pai. Já com relação ao histórico infracional familiar dos jovens infratores, os dados apontam a seguinte frequência quanto aos familiares envolvidos com atos infracionais: 40% são irmãos, 25% tio/tia, 24% primo, 14% pais, 5% mãe e 2% padrasto. Por sua vez, 51% dos crimes cometidos pelos jovens infratores correspondem a contravenções penais como roubo, assalto e porte de armas, 19% cumprem medida socioeducativa por práticas infracionais como extorsão, receptação, tráfico de drogas e porte ou uso de drogas. Crimes contra a vida e/ou violentos como homicídio, seqüestro, latrocínio, estupro e atentado violento ao pudor correspondem a 14% dos crimes cometidos pelos jovens infratores em medida socioeducativa na Fundação C.A.S.A.

Foram então eletivos para este estudo, jovens do sexo masculino, com idade entre 18 e 21 anos, em situação de privação da liberdade, com e sem histórico de reincidência criminal. Com tais critérios, a amostra final constituiu-se de 38 jovens do sexo masculino, com idade entre 18 e 21 anos. Os critérios de exclusão da amostra para ambos os grupos foram: estarem fazendo uso de medicamentos psicotrópicos; histórico de doença neurológica e presença de diagnóstico psiquiátrico.

Os grupos de estudo foram divididos conforme o histórico criminal: Grupo 1: jovens infratores primários, composto por sujeitos que estavam

cumprindo medida socioeducativa pela primeira vez, e que portanto, não apresentavam histórico de reincidência criminal. Grupo 2: jovens infratores reincidentes, composto por jovens que já haviam cumprido medida socioeducativa previamente, não sendo esta a primeira internação por algum delito infracional.

5.2 Instrumentos

5.2.1 Avaliação Clínica

A fim de excluir presença de transtorno psiquiátrico no momento da entrevista, foi aplicada a versão brasileira do questionário *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Anexo A). Este é um questionário estruturado de aplicação rápida (15-30 minutos), (Sheehan et al, 1998) desenvolvido para contemplar os critérios do DSM-IV e da CID-10 e validado para o português (Amorim, 2000).

Ainda que este instrumento não contenha critérios de validade que contemplem o diagnóstico de dependência de drogas atual, o fato de os sujeitos estarem internados há pelo menos 3 meses fornece subsídios que garantem a abstinência, permitindo-nos avaliar apenas a dependência ao longo da vida, medida esta validada para o MINI em sua versão em português (Amorim, 2000). O instrumento foi aplicado por um médico que não se envolveu nas demais etapas da avaliação.

5.2.2 Escala de Avaliação de Psicopatia – PCL-R

Para a identificação dos traços de psicopatia foi utilizada a Escala de Avaliação de Psicopatia (Anexo B) de Hare (1991), traduzida e validada para a população Brasileira por Morana (2004).

Trata-se de uma entrevista estruturada composta por 20 itens que avalia o grau de psicopatia através de uma escala de 0 a 40 pontos designada especificamente para populações forenses. Essa escala apresenta características dimensionais compostas por dois fatores intercorrelacionados (quadro 2).

Os aspectos promiscuidade sexual, muitas relações conjugais de curta duração e versatilidade criminal não se agrupam em nenhum dos dois fatores, mas pontuam para o escore geral da escala. A classificação da psicopatia envolve os aspectos de insensibilidade afetiva (fator I) e comportamento que reflete um estilo de vida antissocial (fator II). 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).

Quadro 2 – Distribuição dos itens da PCL-R de acordo com os fatores 1 e 2

Fator 1 – Insensibilidade Afetiva	Fator 2 – Comportamento Antissocial
<ul style="list-style-type: none"> • Loquacidade / Charme superficial <ul style="list-style-type: none"> • Superestima • Mentira patológica • Vigarice / manipulação • Ausência de remorso ou culpa • Insensibilidade afetivo-emocional <ul style="list-style-type: none"> • Indiferença / Falta de empatia <p>Incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de estimulação/ tendência ao tédio <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida parasitário • Descontroles comportamentais • Transtornos de conduta na infância • Ausência de metas realistas e de longo prazo <ul style="list-style-type: none"> • Impulsividade • Irresponsabilidade • Delinquência juvenil • Revogação da liberdade condicional
<ul style="list-style-type: none"> • Promiscuidade sexual • Muitas relações conjugais de curta duração • Versatilidade criminal 	

Adaptado de Morana (2004)

5.2.3 Protocolo de avaliação neuropsicológica

Os testes que integraram a bateria para avaliação neuropsicológica (anexo C) foram selecionados de acordo com estudos prévios realizados tanto com população forense quanto com pacientes com comprometimento cognitivo das funções executivas (Golden et al, 1996; Teichner e Golden, 2000; Blair et al., 2001; Mitchell et al, 2002, Dolan, Park, 2002; Lezak et al., 2004; Olvera et al, 2005; Straus et al., 2006; Blair et al, 2006) e estão descritos a seguir.

5.2.3.1 Instrumentos utilizados

Teste: Semelhanças (Wescheler, 2004a)

O que a prova avalia: Pensamento lógico-associativo, formação de conceitos verbais e capacidade de abstração de elementos concretos.

Descrição do material e procedimento de aplicação: Esta atividade é um subteste da Escala de Inteligência Wechsler para adultos – 3ª edição (Wechsler, 2004a). São apresentadas ao sujeito pares de palavras que representam objetos ou conceitos comuns. O avaliando deve identificar qual a característica que ambas as palavras possuem como semelhantes.

Teste: Fluência Verbal (F.A.S.) (Strauss et al., 2006).

O que a prova avalia: Fluência verbal, flexibilidade mental sob condições delimitadas, controle inibitório e uso de estratégias. É considerada uma tarefa sensível à avaliação das funções executivas por exigir o uso de estratégias adequadas para a execução.

Descrição do material e procedimento de aplicação: É solicitado ao examinando que recorde em um tempo limitado (1 minuto) palavras que iniciem com uma determinada letra do alfabeto (“F”, “A” e “S”). Algumas regras são pré-estabelecidas, tais como: não é permitido mencionar nomes próprios (nome de pessoas, cidades, países); não se deve conjugar o verbo, (apenas um tempo verbal é aceito) e não é permitido o uso de palavras derivadas, como por exemplo, “beijo”, “beijinho”. Na segunda etapa é solicitado que o sujeito diga em 1 minuto o nome de animais, sem delimitar nenhuma letra específica (Strauss et al., 2006, Rocca, 2006).

Teste: *Stroop Color Test* (Strauss et al., 2006).

O que a prova avalia: Investiga alguns componentes importantes do funcionamento executivo, tais como: atenção seletiva, flexibilidade mental e controle inibitório.

Descrição do material e procedimento de aplicação: Série com três fases nas quais o tempo é cronometrado e o número de erros anotado. É um teste que se utiliza de 3 cartões de papel com 24 estímulos diferentes em cada. No primeiro constam retângulos pintados com 4 cores diferentes e ao sujeito é solicitado que diga o mais rápido que puder o nome das cores. Na segunda etapa o cartão contém palavras sem um significado específico, escritas cada uma com uma cor diferente; o avaliando deve dizer o nome da cor ou invés de ler a palavra escrita. Na última fase o cartão apresentado contém o nome das cores estímulos que foram utilizadas ao longo do teste, porém escritas em cores diferentes. Ao sujeito é solicitado que diga o nome da cor da tinta que a palavra está escrita. (Strauss et al., 2006).

Teste: Dígitos (Wechsler, 2004).

O que a prova avalia: Na primeira etapa é avaliada a capacidade de amplitude atencional para estímulos visuo-espaciais e memória imediata, já na segunda etapa são investigadas as habilidades relacionadas ao controle mental de informações e memória de trabalho.

Descrição do material e procedimento de aplicação: Esta atividade é composta de duas fases (ordem direta e ordem inversa), aplicadas separadamente. Na primeira etapa é apresentada ao sujeito uma seqüência de números aleatórios e solicita-se ao avaliando repeti-las na mesma ordem que

Ihe foi dito. Na segunda parte outras seqüências são apresentadas, porém cabe ao sujeito repeti-las na ordem inversa.

Teste: *Wisconsin Card Sorting Test (WCST)* (Heaton et al., 2005).

O que a prova avalia: Habilidade para formar conceitos abstratos, flexibilidade mental, automonitoramento e adequação de estratégias.

Descrição do material e procedimento de aplicação: Dispõem-se frente ao paciente quatro cartas estímulo as quais variam quanto à cor, forma geométrica e número de figuras. Em seguida um jogo com 64 cartas é oferecido ao paciente que recebe como instrução a tarefa de combinar suas cartas com àquelas dispostas de modelo. O entrevistador apenas informa se a combinação está correta ou não. O princípio de associação (cor, forma ou número) é modificado a cada 10 acertos sem aviso prévio. As seguintes variáveis são avaliadas ao final da tarefa: número de erros cometidos, número de respostas perseverativas, erros perseverativos, erros não perseverativos, nível de resposta conceitual, número de categorias completadas e tentativas para completar primeira categoria.

Teste: *Trail Making Test (TMT)* (Strauss et al., 2006)

O que a prova avalia: Sustentação da atenção, velocidade de processamento da informação, atenção dividida e flexibilidade mental.

Descrição do material e procedimento de aplicação: Na primeira etapa do teste (*Trail A*) é apresentada ao paciente uma folha contendo círculos com números dispostos aleatoriamente, é solicitado que o sujeito ligue os números em ordem crescente no menor intervalo de tempo possível. A segunda parte do

teste (*Trail B*) consiste em ligar 25 círculos com números e letras, alternadamente, obedecendo simultaneamente as duas seqüências (primeiro número depois letra, exemplo: 1-A, 2-B, 3-C, etc.) no menor tempo que conseguir.

A estimativa da avaliação de inteligência foi obtida a partir da conversão do somatório do escore ponderado dos sujeitos nos subtestes Cubos e Vocabulário, ambos da escala WAIS-III e descritos logo abaixo. A escolha por esta metodologia foi subsidiada pelo fato de que vários estudos apontam a mesma como medida fidedigna de triagem para investigação da presença de déficit cognitivo intelectual. O subteste vocabulário é considerado como uma medida singular de inteligência geral e o subteste cubos, por sua vez apresenta alta correlação com QI de execução. Tal metodologia é ainda amplamente utilizada e citada em pesquisas, por ser de fácil aplicação e correção, apresentar alta confiabilidade e se correlacionar muito bem com a versão completa do WAIS-III (Ringe et al, 2002; Strauss et al., 2006; Del Pino e Werlang, 2008).

Teste: Cubos (Wechsler, 2004).

O que a prova avalia: Capacidade de organização, percepção, análise e síntese visuo-espacial. Esta prova é considerada também uma medida de inteligência não verbal e requer boa coordenação visuo-motora para reproduzir os constructos abstratos. (Rocca, 2006).

Descrição do material e procedimento de aplicação: São utilizados cubos coloridos (com dois lados brancos, dois lados vermelhos e dois lados pintado

de vermelho e branco) e um caderno com modelos de figuras geométricas (13 ao total). Ao sujeito é solicitado que observe o modelo do caderno e o reproduza utilizando os cubos, a prova é cronometrada e o desempenho está relacionado com o tempo de execução e sucesso na reprodução dos modelos.

Teste: Vocabulário (Wechsler, 2004).

O que a prova avalia: Avalia a capacidade de definição de vocábulos e conhecimento semântico. É considerada uma ótima medida de inteligência geral, bastante estável e pouco vulnerável a presença de transtornos mentais, servindo assim como estimativa de inteligência pré-mórbida (Rocca, 2006).

Descrição do material e procedimento de aplicação: O sujeito deve definir oralmente o significado de uma lista de palavras exposta pelo examinador.

5.3 Procedimentos

Para a composição da amostra foi realizado primeiramente um levantamento junto ao setor administrativo e ao setor de Enfermagem da unidade Raposo Tavares do número total de sujeitos que contavam com idade entre 18 e 21 anos, sem histórico de doença clínica e neurológica e que não faziam uso de medicamentos psicotrópicos (critérios de exclusão). Esta primeira análise resultou em um total de 54 adolescentes, dos quais 02 se negaram a participar do estudo, 01 foi excluído por não satisfazer todos os critérios de inclusão (histórico de traumatismo crânio encefálico) e 10 haviam

entrado para o regime de Liberdade Assistida quando convocados para a entrevista clínica.

Logo que convocados a participar da pesquisa, os jovens eram informados a respeito do teor e objetivo do estudo e solicitados a assinar um termo de consentimento (ver item 5.4 deste capítulo). Em seguida eram encaminhados para a entrevista clínica, composta inicialmente pela aplicação do questionário MINI, utilizado como instrumento de triagem. Ao final desta primeira etapa 3 sujeitos foram excluídos da amostra por apresentarem sintomas clínicos compatíveis com os seguintes quadros clínicos: transtorno obsessivo-compulsivo, depressão e síndrome do pânico. Todos os sujeitos foram encaminhados à equipe de atendimento psiquiátrico da Fundação Casa.

Desta etapa da triagem resultou então a amostra final da pesquisa que totalizou 38 sujeitos, os quais foram encaminhados à segunda fase do estudo, composta da entrevista clínica para avaliação de psicopatia e da aplicação do protocolo de avaliação neuropsicológica.

A idéia inicial da pesquisa era dividir os sujeitos em psicopatas e não psicopatas, segundo os critérios estabelecidos pela escala PCL-R, ou seja, pontuação ≥ 30 para classificação como psicopatas. Contudo, diferentemente do esperado, a população estudada apresentou baixo score nesta escala não demonstrando resultados compatíveis ao diagnóstico de psicopatia e impossibilitando assim, a divisão dos grupos conforme previamente estabelecido. Frente ao exposto, optou-se por dividir os grupos de estudo de acordo com o histórico infracional, ou seja, entre jovens infratores primários e reincidentes.

Por reincidência compreende-se o ato de voltar a cumprir uma nova pena ou medida de segurança em virtude de já ter cometido outra ou a mesma infração penal (Saffi, 2009). Sendo assim, o estudo foi realizado na unidade Raposo Tavares da Fundação C.A.S.A que abriga tanto jovens condenados pela primeira vez como adolescentes que já cumpriram medida socioeducativa por outros delitos.

5.4 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Departamento de Execuções da Infância e Juventude (DEIJ), órgão responsável pelas internações em seu caráter judicial. Pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq – da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo protocolo número 0356/08 (Anexo D), bem como pela diretoria da Divisão Técnica da unidade Raposo Tavares, local onde os dados foram coletados.

Os sujeitos participantes deste estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo E). Este termo foi lido pela psicóloga pesquisadora ao participante antes do início da avaliação neuropsicológica. Em seu teor continha esclarecimentos que caso concordasse em participar da pesquisa, os dados do exame ali coletados constariam em um trabalho científico e também que esta pesquisa não tinha qualquer relação com o sistema judiciário, de forma que o

aceite ou recusa na participação da mesma não implicaria em benefícios ou prejuízos no processo judicial.

5.5 Análise estatística

Foi realizada análise descritiva inferencial dos dados. A análise estatística deste trabalho foi realizada com o auxílio do programa STATA/SE versão 11.1. Para todos os testes o valor de $p = 0,05$ foi considerado como indicador de diferença estatisticamente significativa.

Nas tabelas cruzadas de frequência, foi utilizado o teste exato de Fisher em alternativa ao qui-quadrado, já que a amostra era pequena e o valor esperado de algumas células das tabelas era menor do que 5.

Para a comparação entre os grupos quanto às variáveis demográficas, neuropsicológicas e traços de psicopatia foi utilizado o teste *t de student*, uma vez que todas as variáveis passaram no teste de igualdade de variância.

Em alguns testes neuropsicológicos, tais como o FAS, *Trail Making* e *Stroop*, foi calculado o valor de Z (*standard score*) para comparação dos resultados dos testes com seus respectivos dados normativos. A estatística Z permite aferir quanto um determinado resultado se afasta da média ou das unidades de desvio-padrão em relação a uma curva normal da amostra estudada. É um procedimento estatístico frequentemente utilizado nas correções de testes psicométricos, pois permite a conversão do resultado para percentil, o qual representa a porcentagem de escores que se situam acima ou abaixo de uma média específica. A variação desta estatística indica que em um

intervalo de três desvios-padrão para mais e para menos incluem aproximadamente 99,74% da amostra estudada, ou seja, praticamente toda a população (Filho, 1999).

Em avaliação neuropsicológica, é bastante comum o uso de um sistema qualitativo para descrever o desempenho dos sujeitos nos testes. No quadro 3 encontramos o percentil correspondente a variação do desvio-padrão na estatística Z e a correspondente descrição qualitativa do desempenho.

Quadro 3: Valores Z score e respectivo percentil

Número de DP's acima ou abaixo da média	Percentil	Descrição Qualitativa
≥+ 3	≥ 99,9	Muito Superior
+1,4/+2	91 – 99	Superior
+0,7/+1,3	75 – 90	Médio Superior
-0,6/+0,6	26 – 74	Médio
-0,7/-1,3	10 – 25	Médio Inferior
-1,4/-1,9	3 – 9	Limítrofe
- 1,4/-1,9	≤ 2	Inferior

Adaptada de Wechsler, 1991.

Nos subtestes da escala WAIS-III (cubos, semelhanças, vocabulário, dígitos e QI estimado) o resultado bruto encontrado foi convertido em escore ponderado de acordo com as tabelas normativas para a população brasileira da referida escala (Wescheler, 2004a). Como o escore ponderado considera a idade do examinando, a conversão do resultado bruto permite nivelar a pontuação dentro de um mesmo grupo etário.

Foi calculado também o quociente de correlação de Pearson entre as variáveis demográficas “escolaridade” e “tempo de reclusão” e entre os resultados de desempenho nas provas neuropsicológicas: semelhanças, fluência verbal fonética, fluência verbal semântica, *Stroop I*, erros *Stroop I*, *Stroop II*, erros *Stroop II*, *Stroop III*, erros *Stroop III*, efeito *Stroop*, Cubos,

Vocabulário, QI estimado, nº erros WCST, respostas perseverativas WCST, erros perseverativos WCST, erros não perseverativos WCST, nível resposta conceitual WCST, categorias completas WCST, tentativas para completar a 1ª categoria WCST, *Trail A*, *Trail B*, dígitos total, PCL – R total, PCL – R fator 1 e PCL – R fator 2.

Os limites usados para interpretação das correlações foram:

Correlação fraca: $r \leq 0,4$

Correlação média: $0,4 \leq r < 0,6$

Correlação forte: $0,6 \leq r < 0,8$

Correlação muito forte: $r \geq 0,8$

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização sócio-demográfica

Na tabela 1 estão expressos os dados sócio-demográficos dos sujeitos participantes deste estudo. A média referente aos anos de estudo correspondeu a 7,8 ($\pm 1,91$). Os jovens estavam internados entre 3 e 17 meses, com média de 7,3 ($\pm 2,75$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos da população estudada

Variável/Grupo	Primários n= 17	Reincidentes n=21	Total Amostra n=38	<i>p</i>
Idade (anos)	18,06 (0,24)	17,9 (0,22)	18,00 (0,23)	0,16
Escolaridade (anos)	7,2 (2,08)	8,3 (1,65)	7,8 (1,91)	0,10
Tempo reclusão (meses)	7,1 (2,73)	7,6 (2,80)	7,3 (2,75)	0,58

Teste *t*

A tabela 2 apresenta a distribuição quanto à naturalidade dos participantes do estudo. Visto que a grande maioria é proveniente do estado de São Paulo, optou-se por dividir as variáveis em apenas duas: naturais do estado de São Paulo e natural de outros estados.

Tabela 2: Dados relativos à naturalidade dos jovens estudados

Origem	Primários (n=17)		Reincidentes (n=21)		Total Amostra (n=38)	
	n	%	n	%	n	%
São Paulo	13	76,5	18	85,7	31	81,5
Demais estados	4	23,5	3	14,3	7	18,5

6.2 Escala de Psicopatia

A tabela 3 apresenta os dados da análise estatística referente aos resultados da escala PCL-R.

Para a comparação entre os grupos de infratores quanto aos traços de psicopatia, bem como a comparação entre os fatores 1 e 2 da escala utilizou-se o teste *t de student*. Assim como levantado na hipótese, observou-se que os reincidentes apresentaram as maiores pontuações na escala.

Tabela 3: Resultados dos escores da PCL-R dos 38 jovens estudados

Instrumento	Grupo	Média	Desvio-padrão	p
PCL – R Total	Primários (n=17)	10,7	4,6	<0,01
	Reincidentes (n=21)	17,6	6,2	
PCL – R 1	Primários (n=17)	1,9	1,8	<0,01
	Reincidentes (n=21)	4	2,4	
PCL – R 2	Primários (n=17)	7,6	2,9	<0,01
	Reincidentes (n=21)	12	4,0	

PCL – R Total (escore total na PCL-R); PCL – R 1 (fator 1); PCL – R 2 (fator 2).
Teste *t*

6.3 Desempenho Neuropsicológico

Na tabela 4 encontra-se o desempenho de cada grupo no teste de fluência verbal. Esta atividade avalia a capacidade de produção e fluência da linguagem e flexibilidade mental. A análise estatística não apontou diferença significativa entre os grupos estudados ($p = 0,39$ para F.A.S fonêmico e $p = 0,49$ para F.A.S. semântico).

Tabela 4: Desempenho dos sujeitos estudados quanto à capacidade de fluência verbal (F.A.S.)

	Grupo	Média	Desvio-padrão	<i>p</i>
Fluência Verbal	Primários (n=17)	25,1	13,1	
Fonêmica	Reincidentes (n=21)	28,3	9,4	0,39
Fluência Verbal	Primários (n=17)	14	4,6	
Semântica	Reincidentes (n=21)	14,9	3,2	0,49

Teste *t*

Já a análise dos resultados segundo os dados normativos do teste, indica que o desempenho de ambos os grupos foi inferior ao esperado (média inferior) na etapa fonêmica e manteve-se dentro da média esperada na etapa semântica. Ou seja, ambos os grupos demonstraram menos eficiência quando solicitados a gerar palavras a partir de um estímulo fonêmico (tabela 5).

Tabela 5: Análise dos resultados a partir dos dados normativos do teste de fluência verbal (F.A.S.)

Dados normativos do teste	Grupo	Média de desempenho grupo	Z
Fluência Verbal Fonêmica 38,5 ±12	Primários (n=17)	25,1	-1,1
	Reincidentes (n=21)	28,3	-0,8
Fluência Verbal Semântica 13,9 ±3,9	Primários (n=17)	14	0,0
	Reincidentes (n=21)	14,9	0,2

Z (standard score)

A tabela 6 apresenta os resultados de desempenho na tarefa denominada *Trail Making Test*. Este teste avalia os processos atencionais, velocidade de processamento das informações, controle mental e flexibilidade mental.

Tabela 6: Desempenho dos sujeitos estudados no teste *Trail Making**

	Grupo	Média	Desvio-padrão	p
Trail A	Primário (n=17)	42,4	5,7	
	Reincidente (n=21)	35,2	7,8	0,24
Trail B	Primário (n=17)	89,5	42,2	
	Reincidente (n=21)	79,4	31,8	0,40

Teste t.

* tempo total de execução do teste em segundos

Embora a análise estatística não tenha demonstrado resultados significativos, observa-se que ambos os grupos executaram a tarefa em um tempo maior do que o esperado quando comparado os resultados com os dados normativos do teste. Na primeira etapa da atividade (*Trail A*) a média esperada para execução da tarefa, em segundos, era de 25,7 ($\pm 8,8$) e para a parte B era de 49,8 ($\pm 15,2$) (tabela 7).

Tabela 7: Análise dos resultados a partir dos dados normativos do teste *Trail Making**

Dados normativos do teste	Grupo	Média de desempenho grupo	Z
Trail A 25,7 ±8,8	Primários (n=17)	42,4	-1,9
	Reincidentes (n=21)	35,2	-1,1
Trail B 27,4 ±9,6	Primários (n=17)	89,5	-6,4
	Reincidentes (n=21)	79,4	-5,4

Z (*standard score*)

* tempo total de execução do teste em segundos

Na tabela 8 observa-se o tempo de desempenho (em segundos) dos adolescentes na avaliação da capacidade cognitiva relacionada às funções atencionais (principalmente aquelas relacionadas à atenção seletiva), à habilidade em manter a meta em uma mesma atividade, na inibição de respostas altamente condicionadas em favor de uma não-usual e da velocidade de processamento das informações. A análise estatística dos resultados do teste *Stroop* não demonstrou diferença significativa entre os grupos. Observa-se, no entanto, que o tempo de realização da tarefa foi inferior aos dados normativos esperado em todos os cartões (tabela 9).

Tabela 8: Desempenho cognitivo dos jovens infratores no Teste *Stroop*

Teste	Grupo	Média	Desvio-padrão	<i>p</i>
Stroop I	Primários	14,1	2,7	0,34
	Reincidentes	13,2	2,9	
Erros Stroop I	Primários	0,1	0,3	0,47
	Reincidentes	0,09	0,3	
Stroop II	Primários	17,5	4,1	0,90
	Reincidentes	17,7	4,3	
Erros Stroop II	Primários	0,1	0,3	0,47
	Reincidentes	0,09	0,3	
Stroop III	Primários	29,2	6,4	0,99
	Reincidentes	29,2	8,6	
Erros Stroop III	Primários	2	1,6	0,11
	Reincidentes	1,0	1,9	
Efeito Stroop	Primários	2,1	0,6	0,60
	Reincidentes	2,2	0,6	

Teste *t*

* tempo total de execução do teste em segundos

Tabela 9: Análise do resultado a partir dos dados normativos do teste *Stroop**

Teste e dados normativos	Grupo	Média de desempenho grupo	Z
Stroop I 11,79 ±2,79	Primários (n=17)	14,1	-0,8
	Reincidentes (n=21)	13,2	-0,5
Stroop II 13,46 ±3,11	Primários (n=17)	17,5	-1,3
	Reincidentes (n=21)	17,7	-1,4
Stroop III 21,28 ±5,37	Primários (n=17)	29,2	-1,4
	Reincidentes (n=21)	29,2	-0,9

Z (*standard score*)

* tempo total de execução do teste em segundos

Na tabela 10 estão expressos os resultados dos grupos no teste WCST que avalia as funções executivas relacionadas às habilidades de planejamento da ação, flexibilidade do pensamento, memória de trabalho, monitoração e inibição do comportamento perseverativo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nem tão pouco quando comparado aos dados normativos do teste. Esses resultados sugerem que os participantes não apresentaram dificuldades na formação de conceitos, não cometeram erros e não apresentaram perseveração das respostas.

Tabela 10: Desempenho dos jovens estudados no teste Wisconsin Card Sort Test (WCST)

Variável	Grupo	Média	Desvio-padrão	p
Número Erros	Primários	25,7	9,2	0,23
	Reincidentes	22,3	7,9	
Respostas Perseverativas	Primários	13,9	7,9	0,27
	Reincidentes	11,4	5,7	
Erros Perseverativos	Primários	11,5	6,5	0,26
	Reincidentes	9,3	5,3	
Erros não perseverativos	Primários	14,1	6,6	0,45
	Reincidentes	12,7	5,3	
Nível resposta conceitual	Primários	29,2	10,4	0,07
	Reincidentes	34,8	8,7	
Número categorias completadas	Primários	2,0	0,8	0,51
	Reincidentes	2,2	0,7	
Tentativas para completar 1ª categoria	Primários	15,05	6,35	0,59
	Reincidentes	13,95	6,30	

Teste *t*

Os resultados dos subtestes da Escala Wescheler de inteligência (WAIS-III) estão compilados na tabela 11. Ambos os grupos obtiveram desempenho semelhante, sem demonstrar diferença estatisticamente significativa ($p = 0,33$) nas tarefas que avaliam capacidade de raciocínio abstrato a partir da categorização de conceitos concretos e em atividade de definição de vocábulos (subtestes semelhanças e vocabulário, respectivamente). Por outro lado, o desempenho do grupo de reincidentes mostrou-se superior ($p = 0,01$) em tarefa de praxia construtiva, a qual investiga as habilidades de organização visoperceptivas, conceitualização abstrata, capacidade de supervisão atencional e inteligência fluida (subteste cubos). Já o grupo dos primários mostrou melhor desempenho ($p = 0,04$) em atividades que envolvem amplitude atencional auditiva, memória de trabalho e controle mental das operações (subteste dígitos).

Com relação ao quociente de inteligência, observa-se que embora ambos os grupos tenham apresentado resultados próximos quando da conversão (QI = 91 para o grupo de primários e QI = 100 para o grupo de reincidentes), a análise estatística apontou que os reincidentes apresentam resultado superior ao dos primários ($p = 0,01$).

Tabela 11: Resultados dos 38 jovens nos subtestes da escala WAIS-III e valor total QI estimado

Subteste	Grupo	Média	Desvio-padrão	p
WAIS - III				
Semelhanças	Primários	9,5*	1,7	0,33
	Reincidentes	10,0*	1,4	
Cubos	Primários	9*	2,6	0,01
	Reincidentes	11,4*	2,9	
Vocabulário	Primários	8,1*	1,9	0,34
	Reincidentes	8,9*	2,6	
Dígitos	Primários	8,5*	1,8	0,04
	Reincidentes	7,4*	1,5	
QI Estimado	Primários	91,94**	11,85	0,02
	Reincidentes	102,66**	14,83	

*Valores referentes ao resultado bruto no teste.

** Valor total QI Estimado

Teste *t*.

Quando é realizada a conversão dos valores brutos em escore ponderado e estes por sua vez em percentil, viabilizando uma melhor análise clínica do desempenho dos participantes nas atividades, observa-se que ambos os grupos apresentaram desempenho comprometido, faixa limítrofe, na execução das tarefas cubos e vocabulário. Os reincidentes mostraram pior desempenho na tarefa dígitos em comparação aos primários. Estes resultados estão expressos na tabela 12.

Tabela 12: Desempenho dos jovens infratores nos subtestes da escala WAIS-III: escores ponderados, percentil e classificação qualitativa.

Subteste	Grupo	Escore	Percentil	Classificação
WAIS - III		Ponderado		Qualitativa
Semelhanças	Primário	8	25	
	Reincidente	8	25	Média Inferior
Cubos	Primário	6	9	
	Reincidente	6	9	Limítrofe
Vocabulário	Primário	5	5	
	Reincidente	5	5	Limítrofe
Dígitos	Primário	7	16	Média Inferior
	Reincidente	6	9	Limítrofe

6.4 Análise de correlação

Os dados apresentados na tabela 13 expressam os resultados mais significativos na análise da correlação de Pearson das provas cognitivas e de personalidade do grupo de primários.

Observa-se que o índice de QI estimado correlaciona-se positivamente apenas com o teste cubos e vocabulário. Os resultados apontam uma correlação negativa para as tarefas dependentes de tempo (*Trail A* e *B*) com as demais provas neuropsicológicas. A escala PCL-R apresentou correlações negativas com todos os itens avaliados no teste WCST.

Tabela 13: Coeficiente da Correlação de Pearson entre as variáveis neuropsicológicas e de personalidade no grupo primário.

GRUPO	COMPARAÇÕES	<i>r</i>
	QI Estimado X Cubos	0,93
	QI Estimado X Vocabulário	0,87
	WCST (respostas perseverativas) X Semelhanças	-0,61
	WCST (erros perseverativos) X Semelhanças	-0,52
	<i>Trail A</i> X Escolaridade	-0,71
	<i>Trail A</i> X Cubos	-0,50
	<i>Trail A</i> X QI estimado	-0,51
Primários	<i>Trail B</i> X Cubos	-0,56
N = 17	<i>Trail B</i> X Vocabulário	-0,64
	<i>Trail B</i> X QI Estimado	-0,65
	PCL-R Total X WCST (respostas perseverativas)	-0,57
	PCL-R Total X WCST (erro perseverativo)	-0,61
	PCL-R Fator 1 X WCST (respostas perseverativas)	-0,52
	PCL-R Fator 1 X WCST (erro perseverativo)	-0,60
	PCL-R Fator 2 X WCST (erro perseverativo)	-0,50

Já os dados apresentados na tabela 14 expõem os resultados da correlação de Pearson para o grupo de reincidentes. Nota-se que não houve correlação entre a escala PCL-R e os testes neuropsicológicos. O teste cubos correlacionou-se positivamente com os testes semelhanças e fluência verbal semântica, o que indica que estes adolescentes apresentam bom desempenho em tarefas que exigem capacidade de abstração. Para a execução do teste *Trail B* são requeridas habilidades de atenção dividida, controle mental e velocidade de processamento das informações. Observa-se que esta atividade apresenta correlação negativa com testes que medem flexibilidade mental (FAS), capacidade de planejamento viso-espacial (cubos), pensamento abstrato verbal e QI estimado.

Tabela 14: Coeficiente da Correlação Pearson entre as variáveis neuropsicológicas e de personalidade no grupo de reincidentes.

GRUPO	COMPARAÇÕES	r
	Cubos X Semelhanças	0,47
	Cubos X FAS (semântico)	0,49
	Vocabulário X Cubos	0,44
	QI Estimado X Cubos	0,84
Reincidentes	<i>Trail</i> B X FAS (fonêmico)	-0,52
N = 21	<i>Trail</i> B X Cubos	-0,85
	<i>Trail</i> B X Vocabulário	-0,51
	<i>Trail</i> B X QI Estimado	-0,72
	PCL – R Fator 1 X QI Estimado	0,49

7. DISCUSSÃO

Neste estudo investigamos a presença de traços de psicopatia e o desempenho cognitivo em tarefas relacionadas às funções executivas entre jovens infratores primários e reincidentes que se encontravam em situação de privação de liberdade.

Para a avaliação das características da personalidade dos jovens infratores foi utilizada a escala PCL-R. Este instrumento foi desenvolvido para a avaliação e diagnóstico de psicopatia, contudo, a literatura tem apontado, com bastante frequência, que esta escala também apresenta alto índice de confiabilidade na investigação da reincidência criminal (Dahle, 2006), sendo largamente utilizada para fins forenses (Morana, 2004; Lynam e Gudonis, 2005; Vien e Beech, 2006; Schmitt et al, 2006; Hare e Neumann, 2008).

Nesta pesquisa, embora não tenham sido encontrados sujeitos com pontuação suficiente para indicar o diagnóstico de psicopatia, tal como é relatado na literatura (Hare, 1999; Schmitt et al., 2006), nossos resultados mostraram que de fato o score na PCL-R diferenciou o grupo de infratores primários do grupo de infratores reincidentes, tendo este último apresentado maior pontuação do que o primeiro. Este resultado corrobora um dos objetivos da escala, o qual se destina a calcular riscos de novos comportamentos criminais (reincidência), bem como os achados literários que sugerem haver entre os infratores reincidentes uma maior propensão de características psicopáticas. Não obstante, estudos prévios relatam que o alto índice de psicopatia na escala PCL-R entre jovens infratores está relacionado tanto a

reincidência como também ao ingresso precoce no crime (Salekin et al., 1996; Vaughn et al., 2008; Fabian, 2010)

Convém ressaltar que embora os baixos resultados encontrados em nossa amostra na escala PCL-R não tenham viabilizado estabelecer critérios formais para a classificação da psicopatia (Campbell, 2004; Coid et al., 2009), destacamos que esta divisão dicotômica entre psicopatas e não-psicopatas vêm ao longo dos anos perdendo força e abrindo espaço para uma visão dimensional do referido transtorno. Em estudos recentes Hare e Neumann (2008), sugerem que o enfoque da psicopatia seja muito mais nos traços que caracterizam a personalidade psicopática do que na divisão dos grupos em si.

Como já citado anteriormente, para fins desta pesquisa optou-se por não delimitar o ponto de corte como medida de definição de psicopatia, mas sim utilizar os critérios de avaliação da escala como pontos norteadores na compreensão das características psicopáticas e principalmente na inter-relação com a reincidência criminal. Sob esta perspectiva os resultados encontrados confirmam também os achados da literatura que associam tendências psicopáticas com maior índice de reincidência criminal (Morana, 2004; Lynam e Gudonis, 2005; Schmitt et al., 2006; Vien e Beech, 2006).

Por ser um instrumento que visa verificar as características de personalidade e de conduta do sujeito, a análise individual dos fatores que compõem a PCL-R fornece indícios tanto das características nucleares dos traços de personalidade (fator 1) como também das questões relacionadas à instabilidade do comportamento do sujeito infrator (fator 2) (Morana, 2004; Serafim, 2005).

Neste trabalho a análise individual de cada fator e de seus respectivos itens demonstrou que os infratores reincidentes pontuaram mais que os infratores primários tanto no fator 1 como no fator 2. Dentre os itens mais pontuados pelos reincidentes estão: mentira patológica, insensibilidade afetivo-emocional, ausência de metas realistas e de longo prazo, impulsividade e irresponsabilidade. Nos resultados dos itens pertencentes ao fator 1 os sujeitos primários em sua maioria não pontuaram e quando o fizeram receberam pontuação mínima, fato este que sugere que o indivíduo apresenta poucos traços da característica avaliada.

Autores como Cooke e Michie (1997 apud Morana 2004)¹ pontuam que a psicopatia estaria mais fortemente correlacionada ao fator 1 o qual define características nucleares dos traços de personalidade, enquanto o fator 2 refere-se às condutas relacionadas à instabilidade do comportamento, a impulsividade e ao estilo de vida antissocial do sujeito. Este perfil reforça a tese de que os sujeitos não reincidentes distanciam-se das características psicopáticas descritas por autores como Hare e Cleckley.

Os resultados observados no grupo de reincidentes evidenciam que eles apresentam mais características relacionadas a um desvio do comportamento do que aos traços de personalidade que constituem a formação de caráter do sujeito. Observações registradas durante a coleta de dados reforçam esse diferencial: não raramente os jovens relatavam que haviam cometido o ato infracional por impulso, sem premeditação ou análise prévia das consequências. Para estes jovens o movimento em massa dos colegas era o

¹ Cooke DJ, Michie C. An item response theory analysis of the Hare Psychopathy Checklist. *Psychol. Assessment*. 1997; 9: 3-13.

fator que os impulsionava a participar da ação “o pessoal estava indo e eu acabava indo também”.

Embora não haja condições de se estabelecer relações causais entre os aspectos analisados e a conduta infracional, diante das evidências deste estudo pressupõe-se que os aspectos comportamentais e situacionais destacam-se como preditivos do comportamento criminoso em jovens infratores reincidentes.

7.1 Desempenho Neuropsicológico

Buscando investigar as correlações entre o funcionamento cerebral e a expressão do comportamento humano, a neuropsicologia ganhou destaque no estudo das condutas ditas antissociais por permitir uma avaliação aprofundada do funcionamento cognitivo (Teichner et al, 2000; Brower e Price, 2001; Dolan e Park, 2002). No espectro forense são consideráveis as evidências que apontam existir uma forte associação entre condutas infracionais e déficits cognitivos, especialmente das funções executivas, em sujeitos adultos. Contudo, entre jovens infratores estes dados ainda são bastante inconsistentes (Teichner e Golden, 2000; Blair et al., 2001).

Buscou-se então com este estudo expandir a compreensão dos mecanismos neuropsicológicos, em especial das funções executivas, que por serem majoritariamente controladas pelo lobo frontal e regiões pré-frontais, estão intimamente associadas ao comportamento infrator entre jovens delinquentes.

Uma das hipóteses adotada nesta pesquisa aventava sobre a idéia de que os jovens infratores reincidentes demonstrariam pior desempenho cognitivo em tarefas relacionadas às funções executivas. A partir da análise dos dados apurados, verificou-se que, diferentemente do esperado, este grupo não apresentou prejuízo cognitivo que pudesse caracterizar um comprometimento global das funções coordenadas pela região pré-frontal do cérebro, assim como apontado na literatura (Dolan e Park, 2002; Lynam e Gudonis, 2005; Vien e Beech, 2006). O desempenho de ambos os grupos mostrou-se semelhante em quase todas as provas neuropsicológicas, a saber: *Trail Making Test*, *Stroop Color Test*, WCST, semelhanças e vocabulário. Com exceção do último, todos os demais testes se propõem a investigar habilidades relacionadas aos processos atencionais e funções executivas, como por exemplo, capacidade de flexibilidade mental, fluência verbal, atenção dividida, inibição da resposta frente a estímulos externos distratores, abstração de conceitos, formulação de novas hipóteses e adequação de estratégias.

Acredita-se que muito possivelmente o tamanho da amostra possa ter sido um fator que contribuiu para a não evidência robusta de diferenças significativas no desempenho neuropsicológico dos grupos estudados. Diferentemente dos demais estudos, nossa amostra apresentou duas peculiaridades quanto à população estudada. Primeiramente com relação ao tamanho da amostra faz-se necessário destacar a dificuldade em conseguir voluntários provenientes de unidades de internação judicial. Alguns sujeitos se sentem intimidados e/ou inseguros com a presença de um pesquisador externo e há também casos dos jovens que entram para o regime de liberdade

assistida durante a pesquisa o que acaba dificultando e até mesmo inviabilizando o contato com os mesmos e a continuidade do estudo.

Outro ponto a ser destacado é quanto a não comparação do grupo estudado com um grupo de jovens sem histórico de vivência infracional. Os estudos que versam sobre esta temática, em sua grande maioria, buscam comparar grupos de sujeitos infratores com não infratores, favorecendo assim a avaliação do perfil cognitivo de grupos heterogêneos e, portanto, com maior probabilidade de diferença entre eles. A opção da não inclusão de um grupo controle nesta pesquisa foi respaldada pelo intuito de avaliar uma população que fosse proveniente do mesmo ambiente, o qual se caracteriza primordialmente pela confinamento e privação de liberdade e que estivesse exposta diariamente às mesmas influências externas. Considerou-se também que muito possivelmente, os grupos estariam pareados quanto ao nível sócio-econômico e educacional. Assim, todos estes fatores foram considerados como variáveis plausíveis de confusão na análise dos dados.

Quando estudamos o funcionamento cognitivo dos jovens infratores buscamos tecer caminhos que nos auxiliem a compreender a dinâmica envolvida no comportamento delincente. A idéia de que determinadas áreas cerebrais, em especial o córtex frontal, estariam implicadas na conduta infracional deve-se ao fato de esta região desempenhar um papel importante e até mesmo decisivo na regulação das formas mais complexas do comportamento humano (Barkataki et al., 2005; Del Pino e Werlang, 2006; Fotiadou et al., 2006; Sadeh e Verona, 2008).

Ao analisarmos as funções relacionadas a uma região específica do cérebro, tecemos considerações a respeito da organização cerebral dos

processos mentais envolvidos sem excluir suas interações com as demais regiões cerebrais. Neste estudo, para a composição da bateria de avaliação neuropsicológica optou-se pela seleção de testes descritos na literatura como sensíveis para a investigação das funções coordenadas pelos lobos frontais, em especial das funções executivas. Contudo, ainda que esta região seja considerada o maestro de toda a orquestra, em uma analogia ao seu modo de funcionamento (Goldberg, 2002), sua atuação não ocorre sozinha, mas sim em conjunto com as demais regiões cerebrais e também por meio das vias de comunicação neuronal. Há, no entanto, na literatura uma tendência em reduzir esta definição, e até mesmo a localização, das funções executivas para a região dos lobos frontais (Morgan e Lilienfeld, 2000). Este reducionismo mostra-se bastante controverso, pois ainda que os lobos frontais estejam claramente envolvidos na execução das funções executivas, torna-se difícil determinar se estas seriam produzidas exclusivamente pelo córtex frontal, pelas vias neuronais ou ainda, por ambos os processos.

Desta forma, acreditamos que uma avaliação global das funções cognitivas que visasse à utilização de testes neuropsicológicos ditos ecológicos, que são aqueles que propõem situações-problemas análogas ao cotidiano, ao meio de subsistência e à cultura do sujeito, como por exemplo, o teste *Rivermead* ou o *Iowa Gambling Test* (Alchieri, 2004; Pontes e Hübner, 2008; Cardoso et al., 2010), poderia ter contribuído para uma compreensão mais abrangente do funcionamento cognitivo e desempenho neuropsicológico dos jovens infratores. A inserção de tais instrumentos poderia auxiliar na investigação do funcionamento cognitivo global e na compreensão das características neuropsicológicas implicadas no comportamento infracional e

em sujeitos com traços psicopáticos. Nos Estados Unidos, a exemplo, praticamente todas as pesquisas utilizam testes como os citados, beneficiando a avaliação do comportamento do sujeito em uma situação conflitante que se aproxime da realidade.

Por outro lado, pudemos verificar resultados significativos entre os grupos estudados quando comparamos o desempenho dos jovens infratores com os dados normativos dos testes neuropsicológicos aplicados. Dados normativos representam uma amostra estratificada da população quando da padronização e validação de um teste. A amostra de padronização constitui-se por um grupo de pessoas pareadas de acordo com as variáveis demográficas selecionadas, como por exemplo, idade, sexo, raça/etnia, nível de escolaridade, ocupação, histórico clínico, naturalidade, dentre outras (Wechsler, 2004b; Lezak et al., 2004; Strauss et al., 2006).

Neste contexto, o déficit mais proeminente (faixa inferior) de ambos os grupos destacou-se na tarefa que avalia a capacidade atencional, em especial as habilidades de atenção dividida, velocidade de processamento da informação e controle mental (*Trail B*). Esta atividade fornece indícios de como efetivamente o sujeito responde frente a um conjunto de estímulos visuais complexos, a maneira como elabora mentalmente as sequências que irá utilizar para resolver uma determinada questão e principalmente como ele lida com mais de um estímulo concomitantemente, tendo o tempo como fator regulador de sua ação. Como os jovens desta pesquisa apresentaram pouco comprometimento (faixa média inferior) na execução do teste *Stroop* e não demonstraram prejuízo no desempenho do teste WCST (faixa média), quando

comparados os resultados com os dados normativos, podemos traçar algumas especulações a cerca da dinâmica do funcionamento cognitivo dos mesmos.

Ao realizarmos as diferentes atividades do dia-a-dia precisamos estabelecer prioridades, definir os objetivos que desejamos alcançar, planejar o modo de execução da ação, monitorar o comportamento e regulá-lo de acordo com as respostas externas. A maneira como processamos e avaliamos essas situações está diretamente relacionada às nossas experiências prévias. Esta dinâmica funcional que engloba os processos cognitivos como um todo, nos ajuda a entender como duas pessoas reagem de forma diferente frente a um mesmo fato.

Os jovens avaliados nesta pesquisa demonstraram que, em média, quando frente a situações não usuais, conseguem responder de forma adaptativa estabelecendo estratégias pertinentes frente às exigências do meio. No entanto, este aspecto não pôde ser observado quando a tarefa envolvia mais de um estímulo concomitante ou precisava ser executada dentro de um tempo previamente estipulado. Neste caso, o desempenho dos jovens infratores mostrou-se prejudicado e suas respostas situaram-se aquém do esperado para a média da população, configurando um comprometimento global do desempenho cognitivo na atividade.

A análise do tempo de execução da tarefa nos permite medir a eficácia, precisão e rapidez com que o sujeito realiza a atividade. Os resultados da amostra indicam que os jovens infratores avaliados nesta pesquisa demonstraram pouca eficiência para resolver atividades em curto espaço de tempo no qual também estão presentes mais de um estímulo ou variáveis de conflito. Este perfil de desempenho pode ser indicativo de uma lentificação no

processo de raciocínio. Acredita-se que estes jovens necessitem de um tempo maior que a população geral para refletir sobre a execução da tarefa por demonstrarem dificuldades quanto à habilidade de abstração de idéias, inibição de respostas impulsivas, capacidade de dividir o foco atencional e operacionalizar duas fontes diferentes de informação simultâneas. Pode-se pensar que este perfil de desempenho cognitivo, fortemente relacionado ao comportamento infracional, seja consequência da ausência de estímulos pedagógicos decorrentes tanto da vivência criminosa, quanto também da variável tempo de privação de liberdade.

O presente estudo corrobora os dados de Blair et al (2006), no qual foram avaliados 51 garotos com idade entre 9 e 17 anos e histórico de condutas infracionais. Os sujeitos foram divididos em grupos de acordo com o resultado do escore em uma escala que mede tendências psicopáticas e foram submetidos a avaliação neuropsicológica de tarefas relacionadas ao lobo frontal. Igualmente aos nossos resultados, os pesquisadores não encontraram dados consistentes do comprometimento global da região frontal entre jovens com tendências psicopáticas. Assim, podemos então levantar a hipótese de que ainda que o lobo frontal seja conhecido como a região controladora das nossas capacidades volitivas e emocionais, seu papel na etiologia do comportamento antissocial não deve ser desvinculado das demais regiões cerebrais, bem como de seus respectivos substratos neuroatômicos.

Os dados desta pesquisa apontaram ainda diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao resultado de alguns subtestes da escala WAIS-III. Embora esta escala tenha sido desenvolvida para avaliação da capacidade intelectual, a análise individual de seus subtestes fornece indícios

relevantes para uma compreensão mais refinada do funcionamento cognitivo. Assim, observou-se que os reincidentes mostraram desempenho superior ao dos primários no subteste Cubos, o qual visa avaliar a capacidade de análise, síntese e conceitualização visuo-espacial, coordenação visuo-motora espacial e estratégias de solução de problemas. Por outro lado, os primários demonstraram melhor habilidade na execução do subteste Dígitos, o qual investiga a capacidade de amplitude atencional auditiva, memória de trabalho, recordação imediata de dados em ordem direta e inversa e manipulação mental de informações. Quanto à medida de inteligência, os reincidentes obtiveram QI superior ao dos primários.

O perfil descrito acima nos mostra particularidades das características de funcionamento de cada grupo. Observamos que os reincidentes apresentam melhor desempenho em tarefas que exigem habilidade de organização perceptual e visualização espacial, nos dando indícios de que diante de estímulos visuais e concretos tendem a desempenhar as tarefas com maior exatidão e presteza, denotando sinais de reflexão e cautela quando da resolução das atividades. É interessante observar ainda que esta mesma tarefa (cubos) apresentou correlação positiva com o teste semelhança o qual avalia a capacidade de abstração de conceitos no plano verbal e correlação negativa com o teste *Trail B*. Estas observações reforçam a tese de que os reincidentes, avaliados nesta pesquisa, apresentam melhor desempenho em tarefas que exigem abstração de conceitos.

Por sua vez, os jovens infratores primários denotaram melhor desempenho do que os infratores reincidentes em tarefa que envolve as habilidades atencionais auditivas, como é o caso do subteste Dígitos. Para a

execução desta atividade estão envolvidas as funções cognitivas associadas à capacidade de retenção de dados em um curto período de tempo, memória de trabalho e o controle e manipulação mental das informações (Gil, 2002; Lezak et al., 2004). O tónus atencional é uma variável de grande relevância nesta atividade, ou seja, quanto maior o tónus atencional melhor será o desempenho do avaliando na tarefa. A memória de trabalho é descrita como a função cognitiva que permite ao cérebro reviver por um curto período de tempo experiências e vivências passadas de forma que estas possam auxiliar o sujeito nas tomadas de decisões.

O conceito de tomada de decisão é o processo cognitivo que melhor diferencia o homem dos animais (Flores, 2004). De maneira geral, podemos entender a tomada de decisão como um processo no qual o indivíduo busca, através de uma série de opções plausíveis, responder da forma que melhor lhe será benéfica em um dado contexto. Esse complexo processo tem papel fundamental, e está presente, em todas as nossas escolhas cotidianas desde as mais simples, como por exemplo, decidir comer um chocolate para satisfazer uma necessidade imediata, no caso o desejo de comer um chocolate, ou não comer o chocolate, pois se está fazendo uma dieta e deseja-se perder peso, ou seja, alcançar uma recompensa em longo prazo. Como também nas mais complexas, que envolvem grandes decisões como movimentação financeira ou escolhas que podem implicar em punições severas como detenção, por exemplo. A tomada de decisão pode ser compreendida então como um processo que visa à obtenção de vantagens e que envolve toda uma gama de fatores atrelados ao sujeito tais como o contexto social, cultural, educacional, crenças morais e religiosas. Desta forma,

quando um indivíduo encontra-se em um momento de decisão ele irá ponderar as opções de acordo com o contexto que o circunda e seu cérebro começará a processar os novos estímulos associados aos ganhos provenientes desta escolha a partir de uma série de fatores prévios como, por exemplo, as vivências passadas e aprendidas, decisões semelhantes que foram anteriormente experimentadas ou relatadas e as memórias cognitivas e afetivas resultantes destas decisões (Alves e Rozenthal, 2006).

Assim como a memória de trabalho e os processos atencionais, as funções executivas compreendem também as habilidades cognitivas referentes à flexibilidade mental, análise do problema, adequação de estratégias frente ao *feedback* do meio externo e formulação de novas hipóteses. Estas funções são minuciosamente investigadas pelo teste neuropsicológico WCST. Neste trabalho, a partir da análise estatística da correlação de Pearson pudemos observar que o grupo dos infratores primários apresentou correlação negativa entre o resultado de desempenho neste teste e a pontuação na escala PCL-R. Este resultado sugere que os indivíduos sem traços psicopáticos apresentam boa capacidade de flexibilidade mental, abstração de conceitos e análise de problemas. Esta característica sugere ainda melhor adaptação do comportamento frente a novas situações, boa capacidade de adequação de estratégias quando expostos a eventos não usuais e baixo limiar de respostas perseverativas. Reforçando ainda mais a tese que os infratores primários tendem a expressar baixos traços indicativos de psicopatia.

Quanto aos dados referentes ao QI estimado foi observado que os reincidentes apresentaram melhor desempenho no escore total do que os primários. Este resultado já era esperado, uma vez que os reincidentes

demonstraram melhor desempenho no subteste cubos o qual é utilizado em conjunto com o subteste vocabulário para o cálculo da estimativa do quociente de inteligência. Algumas pesquisas referem que os jovens delinquentes quando comparados com grupos controles apresentam melhor desempenho nas escalas de execução do que nas verbais. Ainda que estes dados da literatura sejam bastante inconsistentes, acredita-se que os déficits nas habilidades verbais estejam correlacionados com uma dificuldade no processo de aprendizagem e demais problemas acadêmicos (Teichner e Golden, 2000).

Utilizando a análise estatística de Pearson pôde-se verificar uma correlação positiva para o resultado do QI estimado e o escore total do fator 1 da escala PCL-R entre os infratores reincidentes, favorecendo a idéia de que para este grupo quanto maior a pontuação no fator 1 maior será o índice referente a estimativa do quociente de inteligência. O que sugere que indivíduos com traços psicopáticos apresentam melhor recurso adaptativo que favorece um padrão de desempenho superior nestas tarefas.

Vale ressaltar que ambos os grupos apresentaram uma média de escolaridade de 7,87 anos o que equivale ao ensino fundamental incompleto, enquanto o esperado pela legislação Brasileira é que com a idade de 18 anos (média da população desta pesquisa) o adolescente já tenha completado o chamado ensino médio. Estes resultados corroboram dados da literatura nacional que indicam que os adolescentes em conflito com a lei e em cumprimento de medida sócio-educativa, em sua grande maioria, apresentam altos índices de evasão escolar, abandono dos estudos, dificuldades de aprendizagem, e em geral à época do delito não estavam freqüentando a escola (Silva e Guerresi, 2003).

8. CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados é adequado concluir que:

- O estudo permitiu identificar que os infratores reincidentes apresentaram mais traços psicopáticos, segundo a escala PCL-R, do que os infratores primários.
- Os infratores reincidentes apresentaram menor eficiência em relação à amplitude atencional e à memória de trabalho.
- Os infratores reincidentes apresentaram melhor desempenho quanto às habilidades visuo-espaciais e maior índice de QI estimado, quando comparados aos infratores primários.
- Este trabalho se configura como o primeiro estudo, uma vez que não encontramos estudos anteriores, a investigar, especificadamente, o desempenho em provas neuropsicológicas de uma população infracional controlada.

9. ANEXOS

ANEXO A: Mini International Neuropsychiatric Interview

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 / DSMIV / 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)	<u>Opcional</u>
B. DISTÍMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MÂNIACO	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)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ALCOOL	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	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O MINI (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 MINI 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(s) entrevistado(s) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(s) 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(s) entrevistado(s) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em "MAIÚSCULAS" não devem ser lidas para o(s) entrevistado(s). 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 lidas 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(s) entrevistado(s) 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(s) entrevistado(s), seja "SIM" ou "NÃO".

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(s) entrevistado(s) 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 MINI, ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
InsERM U862
Hôpital de la Salpêtrière
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@est.jussieu.fr

Patricia AMORIM
N.A.P.S. Novo Mundo
Avenida Marchador 2000
14 Novo Mundo
74000 - Goiás - Goiás
BRASIL

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

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

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

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

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 <u>OU</u> 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, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 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, sentiu-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

A1. 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	OU 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 a 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 SEQUINTE

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
	HA 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 <i>DISTIMIA ATUAL</i>		

⇒ 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	Ja fez alguma tentativa de suicidio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HA PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A 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
<i>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</i>	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

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

D. EPISÓDIO (HIPO)MANIACO

D1: 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 ALCÓOL.			
SE (O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEQUENTE 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: 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 ALCÓOL.			
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 Distrata-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

M.I.N.I. 5.00 Brazilian version / DSM-IV / Current (December, 1999)

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

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? NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANIACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANIACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

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

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?	NÃO	SIM	1
SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES				
SE E1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevistas 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 diarreia 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	HA PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4?	NÃO	SIM	
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	17
SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.				
E7	HA 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4?	NÃO	SIM	18
<i>Ataque Fobico em Situações Vida Inteira</i>				

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

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(s) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

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

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	

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

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	

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

NÃO	SIM
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	

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

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 em um local público, 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 SEQUINTE

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 ideia de que estava sujo(a) ou que tinha microbios 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 ideias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1				
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 ALCÓOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS.								
SE H1 = "NÃO", PASSAR A H4.								
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas ideias, ignorá-las ou livrar-se delas?	NÃO	SIM	2				
SE H2 = "NÃO", PASSAR A H4								
H3	Acha que essas ideias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior?	NÃO	SIM	3				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, 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, arruma-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?		NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as)?	NÃO	SIM	5				
H6	Essas ideias 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" ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL								

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

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, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MESO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente 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 todo 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 SEQUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ALCÓOL

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, cachaça, 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 (s)? 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
<i>DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL ATUAL</i>	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL ?

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

HA PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM

*ABUSO DE ALCÓOL
ATUAL*

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXINE	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 SEQUINTE

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 SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes: anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaina: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina

Alucinógenos: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy.

Solventes voláteis: "cola", etc.

Cannabinoídes: cannabis, "erva", maconha, "baseado", hashish, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolizantes, esteróides, "poppers". Tome 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 SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, 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 SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], 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 SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas? | NÃO | SIM | 5 |

M.I.N.I. 5.00 Brazilian version / DSM-IV / Current (December, 1999)

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

- | | | | |
|---|---|------------|---|
| 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 SELECIONADA] 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 SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
<small>COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS</small> | NÃO SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] 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 SELECIONADA]? | NÃO SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] 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 DESTA 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 DISTANTES.

AVISAR 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.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espiava 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 HIPOCONDRIACAS 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 **L6a	12

				21
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
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 TÍPICAMENTE 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 « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>		
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 <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>		
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 (A5) 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 <i>TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL</i>		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA</i>		

→ 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 ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm						
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 pensasse 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" ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	ANOREXIA NERVOSA ATUAL	
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 SEQUINTE

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 SENDO NA TABELA DO MÓDULO "M" (ANOREXIA NERVOSA)	NÃO	SIM	14				
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>BULIMIA NERVOSA ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<i>BULIMIA NERVOSA ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>BULIMIA NERVOSA ATUAL</i>								
	N7 É COTADA "SIM" ?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<i>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</i>								

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	SIM	1
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)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(s) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR "NÃO" OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE					
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), frequentemente:			
	a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos a flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinham os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinham dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / "dar branco" ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinham 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 ?			<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		

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

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 ?		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<i>TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA</i>	
NÃO	SIM							
<i>TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA</i>								

REFERÊNCIAS

- Leclercq Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonex 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
Africânos		R. Emsley
Alemao	I. van Deuffer, M. Ackenhil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenhil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En preparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Bulgaro		L.G. Hranov
Catalão		En preparation
Chinês		L. Carroll
Croata		En preparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scitze
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 preparation
Galês		En preparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebrau	J. Zohar, Y. Savnon	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hungaro	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
Japones		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/Flamenso	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Negen
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. Seliva, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Kedlogotwe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Wærn, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Wærn, A. Brinse, M. Humble
Checo	P. Zvolnsky	P. Zvolnsky
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 outorgados pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

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

ANEXO B: Psychopathic Checklist Revised – PCL-R

**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, Ontário M2H 3M6. Edição em português (Brasil) adaptada e publicada em 2004 pela Casa do Psicólogo® sob licença da Multi-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 frequência 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.?)]

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? Idade(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, cafetagem, 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?]

8

Hilda Morana

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 de 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 frequência (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?]

10.

Hilda Morans

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 frequência 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)?]

12

Hilda Morana

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 frequência 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, descontração, divertimento etc. ?]

[A bebida ou as drogas interferiram ou prejudicaram sua vida? Você já fez algo perigoso ou arcamou 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 frequência? 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?]

14

Hilda Morana

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 consequência na sua vida?

[Que tipo de consequência, 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?]

16

Hilda Morana

7. Quais as consequências do(s) seu(s) delito(s) para a(s) vítima(s)?
[O que você sente em relação às consequências 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?]

18

Hilda Morona

7. Você tem amigos (próximos/intimos/"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?

PARTE II: INFORMAÇÕES OBJETIVAS

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 frequência 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:

24

Hilda Morana

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:**

26

Hilda Morano

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, frequência e intensidade):

2. Alcool:

a) Início do uso (Idade):

b) Frequência 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:

ANEXO C: Protocolo de Avaliação Neuropsicológica

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Nome: _____	Data: _____
Naturalidade: _____	Lateralidade: _____
Data Nascimento: _____	Idade: _____
Escolaridade (em anos): _____	Tempo reclusão (em anos): _____
Artigo Código Penal: _____	Reincidente () sim não ()

Semelhanças (WAIS III)

ITENS	RESPOSTAS	PONTOS
1. Meias - Sapatos		0 ou 2
2. Laranja - Banana		0, 1, 2
3. Amarelo - Vermelho		0 ou 2
4. Barco - Automóvel		0, 1, 2
5. Piano - Tambor		0, 1, 2
6. Cachorro - Leão		0, 1, 2
7. Casaco - Terno		0, 1, 2
8. Olho - Ouvido		0, 1, 2
9. Garfo - Colher		0, 1, 2
10. Ovo - Semente		0, 1, 2
11. Mesa - Cadeira		0, 1, 2
12. Democracia - Monarquia		0, 1, 2
13. Poema - Estátua		0, 1, 2
14. Trabalho - Diversão		0, 1, 2
15. Vapor - Néblina		0, 1, 2
16. Mosca - Árvore		0, 1, 2
17. Elogio - Punição		0, 1, 2
18. Inimigo - Amigo		0, 1, 2
19. Hibernação - Migração		0, 1, 2

TOTAL DE PONTOS = _____ IDD: _____ PERC: _____






FLUÊNCIA VERBAL

Letra F (1min)	Letra A (1min)	Letra S (1min)	Animal

STROOP

Stroop 1				Stroop 2				Stroop 3			
Tempo: _____		Erros: ____		Tempo: _____		Erros: ____		Tempo: _____		Erros: ____	
Perc: _____				Perc: _____				Perc: _____			
Vd	Az	Pr	Vm	Az	Vd	Pr	Vm	Vm	Vd	Az	Pr
Pr	Vm	Vd	Az	Vd	Az	Pr	Vm	Az	Pr	Vm	Vd
Az	Vd	Pr	Vm	Pr	Vm	Vd	Az	Pr	Az	Vm	Vd
Az	Pr	Vm	Vd	Az	Pr	Vm	Vd	Vm	Vd	Pr	Az
Vm	Vd	Az	Pr	Vm	Vd	Az	Pr	Vd	Az	Pr	Vm
Pr	Vd	Az	Vm	Pr	Vd	Az	Vm	Vd	Pr	Vm	Az

Cubos (WAIS-III):

ITEM	MODELO	TEMPO LIMITE	TEMPO	MODELO CORRETO	PONTOS		
					Tentativa 1	Tentativa 2	
1		30"		S N	0	1	2
2		30"		S N	0	1	2
3		30"		S N	0	1	2
4		30"		S N	0	1	2
5		60"		S N	0	1	2
6		60"		S N	0	1	2
7		60"		S N	0		10"-10" 11"-10" 0"-10" 1"-0" 4 5 6 7
8		60"		S N	0		10"-10" 11"-10" 0"-10" 1"-0" 4 5 6 7
9		60"		S N	0		11"-10" 10"-10" 11"-10" 1"-10" 4 5 6 7
10		120"		S N	0		10"-10" 10"-10" 11"-10" 1"-10" 4 5 6 7
11		120"		S N	0		10"-10" 10"-10" 11"-10" 1"-10" 4 5 6 7
12		130"		S N	0		10"-10" 10"-10" 11"-10" 1"-10" 4 5 6 7
13		130"		S N	0		10"-10" 10"-10" 11"-10" 1"-10" 4 5 6 7
14		150"		S N	0		10"-10" 10"-10" 11"-10" 1"-10" 4 5 6 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. Tranquilo	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. Inectiva	0, 1, 2

Total: _____ Idd: _____ Perc: _____

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

WSCT

Seqüência: C F N C F N

___ 1. CFNO	___ 33. CFNO
___ 2. CFNO	___ 34. CFNO
___ 3. CFNO	___ 35. CFNO
___ 4. CFNO	___ 36. CFNO
___ 5. CFNO	___ 37. CFNO
___ 6. CFNO	___ 38. CFNO
___ 7. CFNO	___ 39. CFNO
___ 8. CFNO	___ 40. CFNO
___ 9. CFNO	___ 41. CFNO
___ 10. CFNO	___ 42. CFNO
___ 11. CFNO	___ 43. CFNO
___ 12. CFNO	___ 44. CFNO
___ 13. CFNO	___ 45. CFNO
___ 14. CFNO	___ 46. CFNO
___ 15. CFNO	___ 47. CFNO
___ 16. CFNO	___ 48. CFNO
___ 17. CFNO	___ 49. CFNO
___ 18. CFNO	___ 50. CFNO
___ 19. CFNO	___ 51. CFNO
___ 20. CFNO	___ 52. CFNO
___ 21. CFNO	___ 53. CFNO
___ 22. CFNO	___ 54. CFNO
___ 23. CFNO	___ 55. CFNO
___ 24. CFNO	___ 56. CFNO
___ 25. CFNO	___ 57. CFNO
___ 26. CFNO	___ 58. CFNO
___ 27. CFNO	___ 59. CFNO
___ 28. CFNO	___ 60. CFNO
___ 29. CFNO	___ 61. CFNO
___ 30. CFNO	___ 62. CFNO
___ 31. CFNO	___ 63. CFNO
___ 32. CFNO	___ 64. CFNO

Dígitos Diretos (Wais-III):

Dígitos Ordem Direta		Pontos (0 ou 1)	Pontos Itens (0, 1 ou 2)
1	1-7		
	6-3		
2	5-8-2		
	6-9-4		
3	6-4-3-9		
	7-2-8-6		
4	4-2-7-3-1		
	7-5-8-3-6		
5	6-1-9-4-7-3		
	3-9-2-4-8-7		
6	5-9-1-7-4-2-8		
	4-1-7-9-3-8-6		
7	3-8-2-9-5-1-7-4		
	5-8-1-9-2-6-4-7		
8	2-7-5-8-6-2-5-8-4		
	7-1-3-9-4-2-5-6-8		

Total de Pontos (máx. 16): ____ P: ____

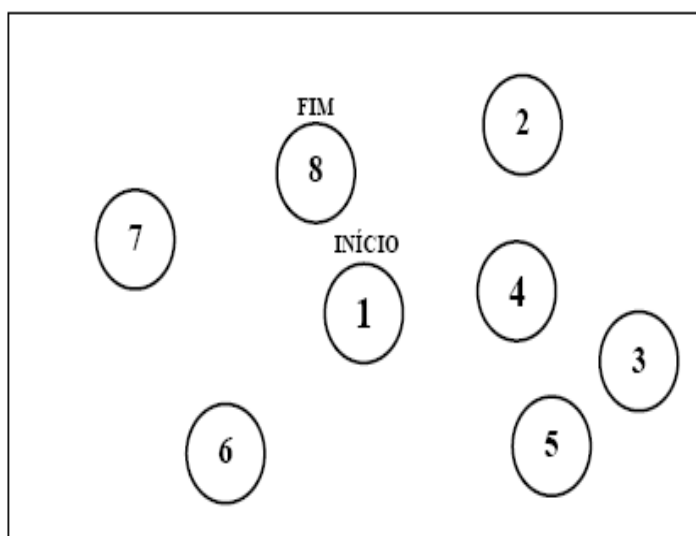
Dígitos Indireto (WAIS-III)

Dígitos Ordem Inversa		Pontos (0 ou 1)	Pontos Itens (0, 1 ou 2)
1	2-4		
	5-7		
2	4-1-5		
	6-2-9		
3	3-2-7-9		
	4-9-6-8		
4	1-5-2-8-6		
	6-1-8-4-3		
5	5-3-9-4-1-8		
	7-2-4-8-5-6		
6	8-1-2-9-3-6-5		
	4-7-3-9-1-2-8		
7	7-2-8-1-9-6-5-3		
	9-4-3-7-6-2-5-8		

Total de Pontos (máx. 14): ____ P: ____

Total Geral (ordem direta + inversa) = ____ Idd: ____ P: ____

Trail Making Parte A



(Traduzido de Partington & Leiter, 1949)

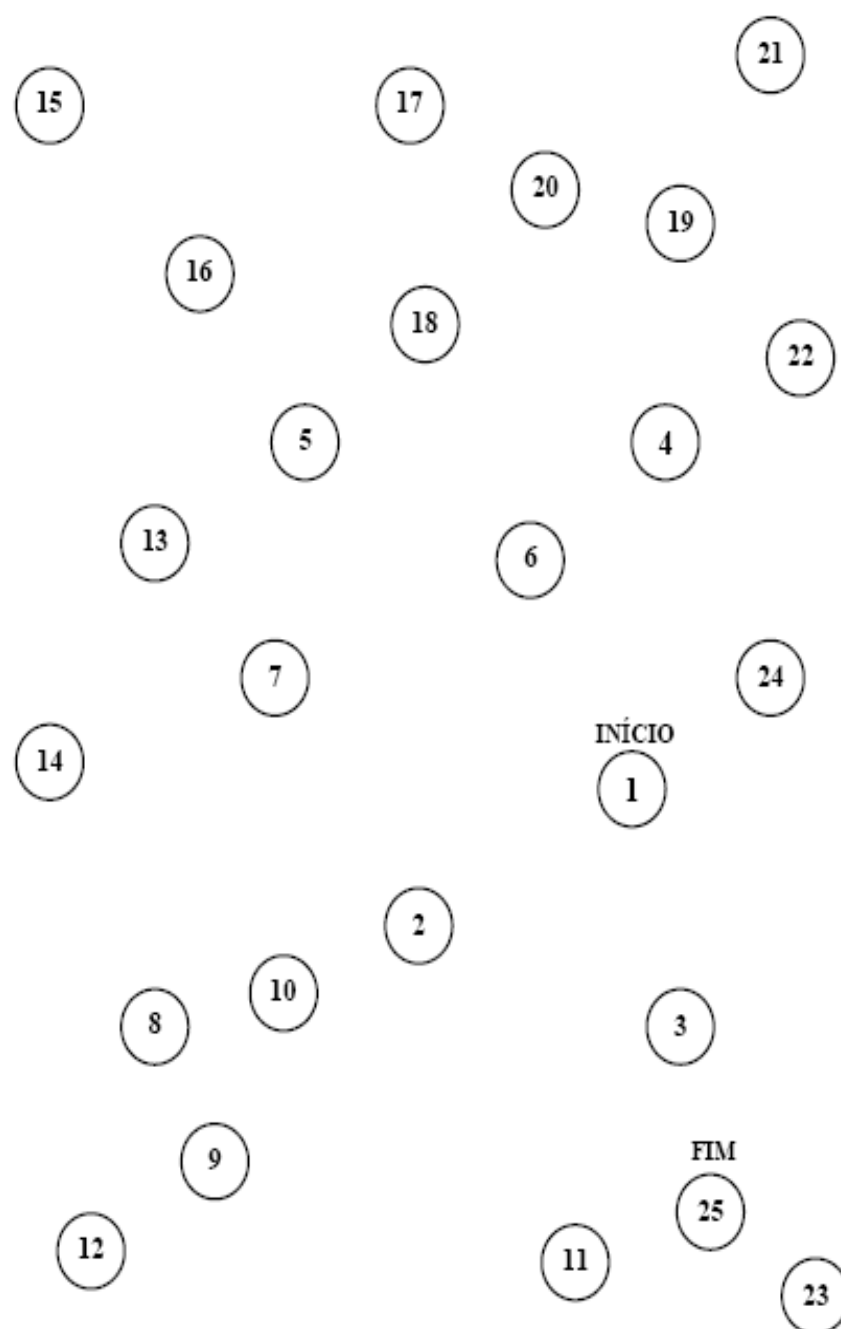
Tempo: _____

Média (amostra): _____

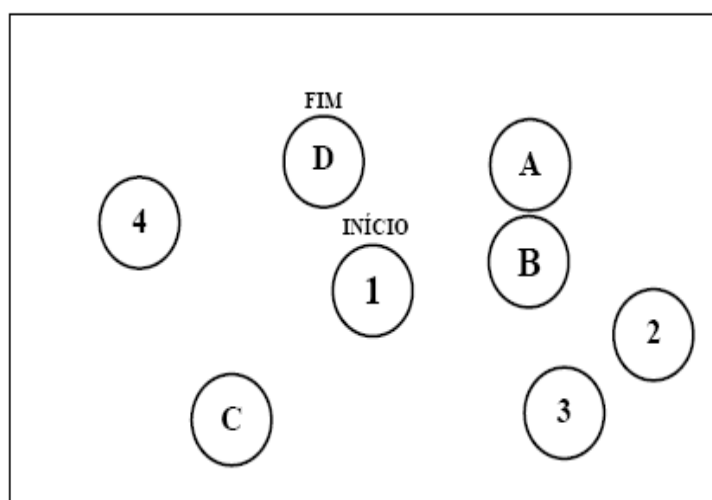
Sd (amostra): _____

Z: _____

P: _____



Trail Making Parte B



(Traduzido de Parrington & Leiter, 1949)

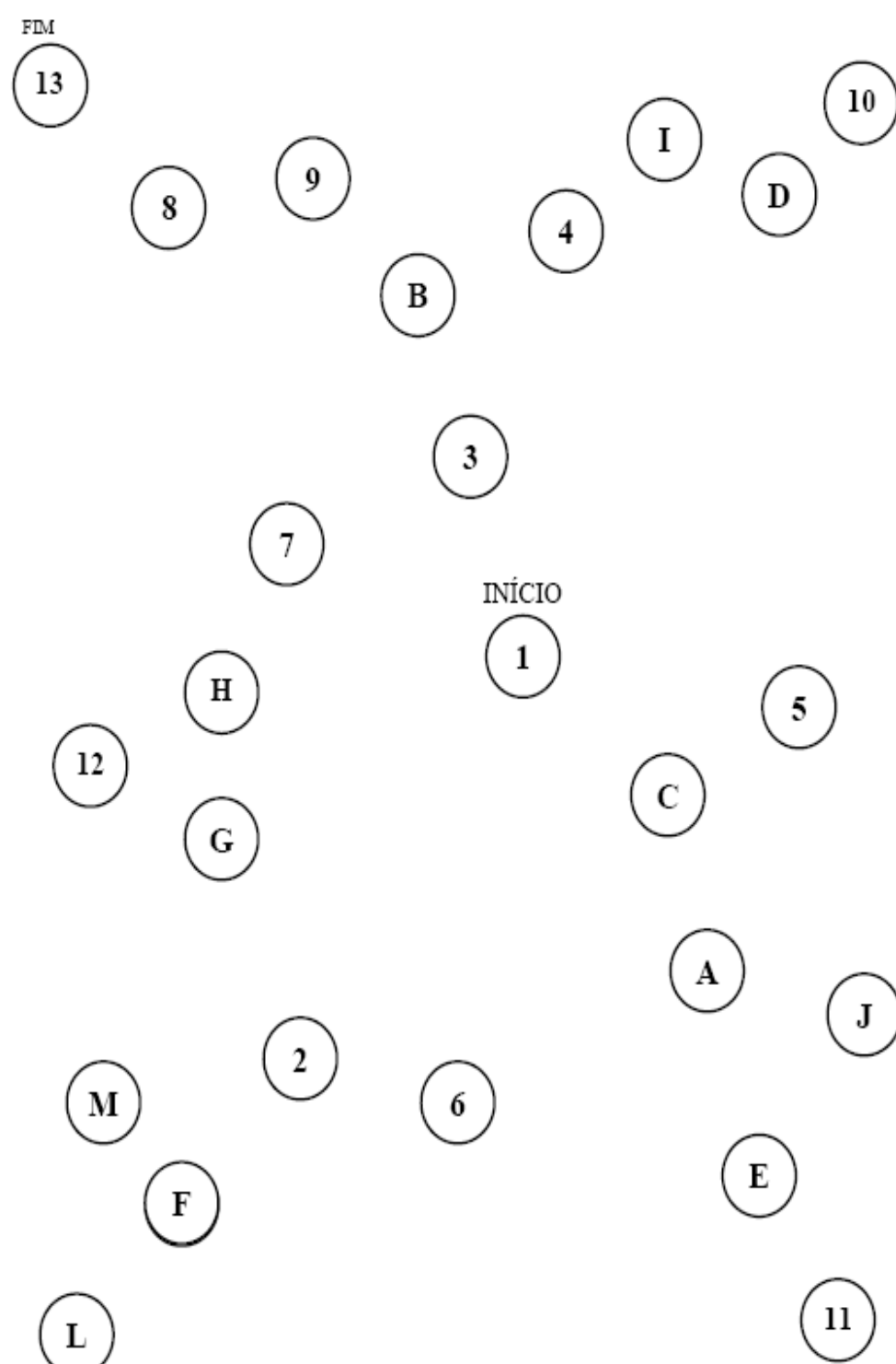
Tempo: _____

Média (amostra): _____

Sd (amostra): _____

Z: _____

P: _____



ANEXO D: Comitê Ética



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 07/08/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0356/08**, intitulada: **"PROCESSAMENTO DAS FUNÇÕES FRONTAIS EM JOVENS INFRATORES PSICOPATAS E NÃO PSICOPATAS"** apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisadores Responsáveis: **Dr. Sérgio Paulo Rigonatti, Dr. Antonio de Pádua Serafim**

Pesquisador (a) Executante: **Maria Fernanda Faria Achá**

CAPPesq, 07 de Agosto de 2008

Recebido em 08/08/08, às 12h12
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisas do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br

ANEXO E: Termo Consentimento Informado

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

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: Processamento das funções frontais em jovens infratores psicopatas e não psicopatas.
PESQUISADOR : Sérgio Paulo Rigonatti
CARGO/FUNÇÃO: Médico INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 15100
UNIDADE DO HCFMUSP: IPQ – Núcleo de Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica – NUFOR

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 30 meses

Prezado Colaborador;

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa "Processamento das funções frontais em jovens infratores".

Esta pesquisa tem como objetivo estudar a relação entre atos infracionais e processos atencionais. Para que esse estudo seja realizado você deverá responder um questionário para investigação de doenças psiquiátricas e realizar alguns testes psicológicos. Esses procedimentos são compostos de tarefas simples que envolvem somente o uso de lápis e papel. Não será realizada nenhuma intervenção que traga riscos ou desconforto a sua saúde física e/ou mental. Todas as informações que você fornecer só serão utilizadas com a finalidade única de pesquisa, sendo preservado o total sigilo de sua identidade. Seus dados serão mantidos em local seguro, ao qual só os pesquisadores envolvidos terão acesso. A participação na pesquisa como voluntário não envolve custos pessoais, tampouco há compensação financeira relacionada à sua participação, bem como benefício ou prejuízo ao processo que você responde.

Se desejar você pode entrar em contato os responsáveis pela pesquisa, Prof. Dr. Sérgio Paulo Rigonatti e/ou Dr. Antonio de Pádua Serafim. No endereço R: Dr. Ovídio de Pires Campos, 785, Cerqueira César – São Paulo – SP, telefone: (11) 3069 7929 ou pelo e-mail nufor@hcnet.usp.br

Após ter sido informados a respeito de todos os processos envolvidos na pesquisa e ter conversado com a pesquisadora Maria Fernanda Faria Achá sobre minha decisão em participar deste estudo, declaro que consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Assinatura do paciente

Data ____ / ____ / ____

(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 ____ / ____ / ____

10.REFERÊNCIAS

Adorno S, Bordini EBT, Lima RS. O adolescente e as mudanças na criminalidade urbana. *São Paulo em Perspectiva*. 1999; 13(4):62-74.

Alves GS, Rozenthal M. Avaliação neuropsicológica dos circuitos pré-frontais relacionados à tomada de decisão na esquizofrenia: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Psiquiatr RS*. 2006; 28(3):330-41

Aricapa CB, Zapata SLH *Características de la función ejecutiva y autoreporte de aspectos del desarrollo en adolescentes homicidas y no homicidas de Cali* [monografía]. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencias Sociales; 2008.

American Psychiatry Association (APA). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais - DSM-IV*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

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

Antonucci AS, Gansler DA, Tan S, Bhadelia R, Patz S, Fulwiler C. Orbitofrontal correlates of aggression and impulsivity in psychiatric patients. *Psychiatric Research: Neuroimaging*. 2006;147:213-20.

Barros PB, Silva FBN. Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. *Rev.Bras.Ter.Cogn.* 2006; 2(1):55-66.

Barkataki I, Kumari V, Das M, Hill M, Morris R, O'Connell P, et.al. A neuropsychological. Investigation into violence and mental illness. *Schizophrenia Research.* 2005; 74 (1):1-13.

Benavente R. Delinquencia juvenil: da disfunção social à psicopatologia. *Análise Psicológica.* 2002; 4:637-645.

Blair RJR, Colledge E, Mitchell, DGV. Somatic Markers and Response Reversal: Is there orbitofrontal cortex dysfunction in boys with psychopathic tendencies? *J Abnorm Child Psychol.* 2001, 29, 6:499-511.

Blair KS, Newman C, Mitchell DG, Richell RA, Leonard A, Morton J, Blair RJR. Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: Neuropsychological test findings. *Neuropsychology.* 2006; 20 (2):153-65.

Bonilla J, Guinea SF. Neurobiologia y Neuropsicología de la conducta antisocial. *Rev. Psicopatologia Clinica, Legal y Forense.* 2006; 6: 67-81.

Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*, lei nº8069 de 13 de Julho de 1990.

Brower MC, Price BH. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: a critical review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2001; 71(6):720-26.

Campbell MA, 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.

Capovilla AGS, Assef ECS; Cozza HFP. Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Aval. Psicol*. 2007; 6(1):51-60.

Cardoso CO, Carvalho JCN, Cotrena C, Bakos DGS, Kristensen CH, Fonseca RP. Estudo de fidedignidade do instrumento neuropsicológico Iowa Gambling Task. *J.Bras.Psiqui*. 2010; 59(4):279-285.

Castro JC de. Jovens lideram estatística de homicídios dolosos no Brasil. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro. 2007 fevereiro 09. [citado 7 de Julho de 2010].

Disponível em:

<http://oglobo.globo.com/rio/mat/2007/02/09/294517620.asp>

Cherek DR, Moeller FG, Dougherty DM, Rhoades H. Studies of violent and nonviolent male parolees: II Laboratory and psychometric measurements of impulsivity. *Biol. Psychiatry*. 1997; 41:523-29.

Cleckley H. *The mask of sanity*. St.Louis, USA: Mosby; 1988.

Coid J, Yang M, Ullrich S, Roberts A, Hare RD. Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *Int. Journ. of Law and Psych.* 2009; 32:65-73.

Cruzeiro ALS, Silva RA da, Horta BL, Souza LD de M., Faria AD, Pinheiro RT, et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cad.Saúde Pública*. 2008; 24(9):2013-20.

Dahle, KP. Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006; 29: 431–442.

Damasio A.R. On some functions of the human prefrontal cortex. *Ann NY Acad Sci*. 1995; 15(769):241-51.

Del-Ben CM. Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. *Rev. Psiquiatria Clínica*. 2005; 32(1):27-36.

Del Pino V; Werlang BSG. Homicídio e lobo frontal: revisão da literatura. *Interação em Psicologia*. 2006; 10(1):127-137.

Diekstra RFW. Depression and suicidal behaviors in adolescence: sociocultural and time trends. In: Rutter M (org) *Psychosocial disturbances in young people*. Londres: Cambridge University Press, 1995.

Dolan M, Park I. The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychological Medicine*. 2002; 32 (3): 417-27.

Dvorak-Bertsch JD, Curtin JJ, Rubinstein TJ, Newman JP. Psychopathic traits moderate the interaction between cognitive and affective processing. *Psychophysiology*. 2009; 46:913-21.

Fabian JM. Neuropsychological and neurological correlates in violent and homicidal offenders: A legal and neuroscience perspective. *Aggression and Violent Behavior*. 2010; 15:209-223.

Ferigolo M, Barbosa FS, Arbo E, Malysz AS, Stein AT, Barros HMT. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004; 26(1): 10-6.

Flores RZ. Neurobiologia do Comportamento. In: Knapp P. e cols. *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, K. Xenitidis. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2006; 29:68–73.

Fundação Casa, 2006. Disponível em: <http://www.casa.sp.gov.br/>

Gallo AE, Williams LC de A. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2005; 7(1): 81-95.

Gil R. *Neuropsicologia*. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2002.

Goldberg E. *O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

Golden CJ, Jackson ML, Peterson-Rohne A, Gontkovsky S. Neuropsychological correlates of violence and aggression: a review of the clinical literature. *Aggression and Violent Behavior*. 1996; 1(1):3-25.

Gómez-Pérez E, Ostrosky-Solís F, Próspero-García O. Desarrollo de la atención, la memoria y los procesos inhibitorios: relación temporal con la maduración de la estructura y función cerebral. *Rev. Neurol*. 2003; 37(6):561-67.

Gomide PIC. A influência de filmes violentos em comportamentos agressivos de crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e crítica*. 2000; 13(1): 127-41.

Gorenstein EE. Frontal Lobe Functions in Psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*. 1982; 91(5):368-379.

Guimarães NM, Pasian SR. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicologia em estudo*. 2006; 11(1):89-87.

Hare RD, Hart SD, Harpur TJ. Psychopathy and the DSM – IV criteria for antisocial personality disorder. *J. Abnorm Psychol*. 1991; 100(3):391-8.

Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi –Health Systems; 1991.

Hare RD. Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatry Q*. 1999; 70(3):181-197.

Hare RD, Neumann CS. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008; 4:217–246.

Heaton, RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtiss GC. *Manual do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

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):183-193.

Joly H. A tribo dos meninos perdidos. *Revista Veja*, São Paulo. 2007 Janeiro 10; Especial Crime p.80-86.

Jurado MA, Junque C. Psicopatía y neuropsicología del córtex prefrontal. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. 1996, 24(3): 148-55.

Kiehl KA, Smith AM, Mendrek A, Forster BB, Hare RD, Liddle PF. Temporal lobe abnormalities in semantic processing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res*. 2004; 130(3):27-42.

Laranjeira CA. A análise psicossocial do jovem delinqüente: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*. 2007; 12(2):221-27.

Lebel C, Walker L, Leemans A, Phillips L, Beaulieu C. Microstructural maturation of the human brain from childhood to adulthood. *NeuroImage*. 2008; 40(4):1044–1055.

Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological Assessment*. 4ª ed. Oxford, 2004.

Luria AR. *Fundamentos de Neuropsicologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1984.

Lynam DR, Gudonis L. The Development of Psychopathy. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; 1:381-407.

Maranhão OR. *Psicologia do crime*. São Paulo: Malheiros, 2003.

Mendes DD, Mari JJ, Singer M, Barros GM, Mello AF. Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. *Rev.Bras.Psiquiatr.* 2009; 31(supIII):77-85.

Mitchell DGV, Colledge E, Leonard A, Blair RJR. Risky decisions and response reversal: is there evidence of orbitofrontal cortex dysfunction in psychopathic individuals? *Neuropsychologia.* 2002; 40(12):2013-22.

Morana HCP. *Manual Escala Hare PCL-R: Critérios para pontuação de Psicopatia.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Morana HCP, Stone MH, Abdalla-Filho E. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Rev. Bras Psiq.* 2006; 28(supl II):74-9.

Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review.* 2000; 20(1):113-136.

Mosquera CAM, Valencia JG, Acosta CAP, Rico OAC, Restrepo CG, Arango-Viana, JC. Aspectos neurobiológicos de la psicopatía. *Iatreia.* 2004; 17(4):370-82.

Navas-Collado E, Muñoz-García JJ. El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Rev. Neurología.* 2004; 38(6):582-590.

Oliveira-Souza R de, Hare RD, Bramati IE, Garrido GJ, Ignácio FA, Tovar-Moll F, Moll J. Psychopathy as a disorder of the moral brain: Fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *NeuroImage*. 2008; 40:1202-213.

Olvera RL, Semrud-Clikeman M, Pliszka ST, O'Donnell L. Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder: a pilot study. *Bipolar Disorders*. 2005; 7:57-67.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.

Organização Mundial da Saúde (OMS): CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, décima edição – transtornos mentais de comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

Pacheco J, Alvarenga R, Reppold C, Piccinini CA, Hutz CS. Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005; 18(1):55-61.

Papalia DE, Olds S W. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

Pliszka SR. *Neurociência para o clínico de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

Priuli RMA, Moraes MS de. Adolescente em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(5):1185-1192.

Ringe WK, Saine KC, Lacritz LH, Hynan LS, Cullum CM. Dyadic Short Forms of the Wechsler Adult Intelligence Scale – III. *Assessment*. 2002; 9(3):254-60.

Rocca CCA. *Estudo controlado das funções executivas no transtorno bipolar*. [tese]. São Paulo: Programa de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

Saboya E, Franco CA, Mattos P. Relações entre processos cognitivos nas funções executivas. *J. Bras. Psiquiatria*. 2002, 51(2):91-100.

Sadeh N, Verona E. Psychopathic personality traits associated with abnormal selective attention and impaired cognitive control. *Neuropsychology*. 2008; 22(5):669-80.

Salekin RT, Rogers R, Sewell KW. A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist—Revised: predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychol Sci Prac*. 1996; 3:203-215.

Santos FH dos. Funções Executivas. In: Andrade VM, Santos FH dos, Bueno O. *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

Schmitt R, Pinto TP, Gomes KM, Quevedo J, Stein A. Personalidade psicopática em uma amostra de adolescentes infratores brasileiros. *Rev.Psiq.Clín*. 2006; 33(6):297-303.

Serafim, AP. Aspectos etiológicos do comportamento criminoso: parâmetros biológicos, psicológicos e sociais. In: Rigonatti, SP (coord.) *Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica*. São Paulo: Vetor, 2003.

Serafim AP. *Correlação entre ansiedade e comportamento criminoso: padrões de respostas psicofisiológicas em homicidas* [tese]. São Paulo: Programa de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

Serafim AP, Barros DM, Valim AC, Gorenstein C. Cardiac response and anxiety levels in psychopathic murderers. *Rev Bras Psiq*. 2009; 31:214-218.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM – IV and ICD – 10. *J. Clin. Psychiatry*. 1998, 59(suppl 20): 22-33.

Siever JL. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 429-442.

Silva ERA, Gueresi S. Adolescente em conflito com a lei: Situação do atendimento institucional no Brasil. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. 2003; 979:1-102.

Silva, DFN. *O desenvolvimento das trajetórias do comportamento delinquente em adolescentes infratores* [tese]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Silva APS. *O jovem em conflito com a lei na cidade de Ribeirão Preto (SP): 1986 – 1996* [dissertação]. Ribeirão Preto, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 1999.

Sohlberg MM, Mateer CA. *Reabilitação Cognitiva: Uma abordagem Neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos Editora, 2009.

Sreenivasan, S *et al*. Predictors of recidivistic violence in criminally insane and civilly committed psychiatric inpatients. *International Journal Law Psychiatry*. 1997; 20(2):279-91.

Strauss DT, Alexander MP Executive function and frontal lobes: a conceptual view. *Psychol. Research*. 2000; 63:289-98.

Strauss E, Sherman EMS, Spreen O. *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary*. New York: Oxford University Press; 2006.

Steinberg L. *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill; 1999.

Teixeira J. Quando o mal triunfa. *Revista Veja*, São Paulo, 2008 Abril 2009; p. 88-92.

Teichner G, Golden CH, Crum TA, Azrin NH, Donohue B, Hasselt, VBV. Identification of neuropsychological subtypes in a sample of delinquent adolescents. *J Psychiatr Res*. 2000; 34:129-132.

Teichner G, Golden CJ The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: a conceptual review. *Aggression and Violent Behavior*. 2000; 5(6):509-28.

Tirapu-Ustárrroz J, Muñoz-Céspedes JM. Memoria y funciones ejecutivas. *Rev. Neurología*. 2005; 41(8):475-84.

Toledo GW. *A delinqüência juvenil no Estado de São Paulo: características, freqüência, evolução e tendências observadas entre os anos de 1950, 1960, 1979, 1985, 1995, 2000, 2001 e 2002* [dissertação]. Ribeirão Preto, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 2006.

Vasconcellos SJL, Picon PP, Ávila KN de, Borges KR, Gauer GKC. Aspectos cognitivos do transtorno de personalidade anti-social. *J.Bras.Psiquiatria*. 2004; 53(6):360-6.

Vaughn MG, Howard MO, Delisi M. Psychopathic personality traits and delinquent careers: an empirical examination. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008; 31(5):407-416.

Vermeiren R, De Clippelle A, Schwab-Stone, M, Ruchkin V. Neuropsychological characteristics of three subgroups of Flemish delinquent adolescents. *Neuropsychology*. 2002; 16(1):49-55.

Vien A, Beech AR. Psychopathy: theory, measurement, and treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2006; 7(3):155-74.

Wechsler D. Manual da *Escala de Inteligência Wechsler para adultos: Adaptação e padronização de uma amostra brasileira*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004a.

Wechsler D. *Manual Técnico Escala de Inteligência Wechsler para Adultos 3ª edição*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b.