

FACULDADE DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Günter Santana Lühring

**AVALIAÇÃO DE TRAÇOS DE PSICOPATIA E ABUSO DE DROGAS EM
UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.**

**Porto Alegre
2010**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Günter Santana Lühring

**AVALIAÇÃO DE TRAÇOS SE PSICOPATIA E ABUSO DE DROGAS EM UMA
AMOSTRA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof. Dr. Gabriel Jose Chittó Gauer

Orientador

Porto Alegre, janeiro de 2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L951a Lühring, Ginter Santana

Avaliação de traços de psicopatia e abuso de drogas em uma amostra de adolescentes em conflito com a lei / Ginter Santana Lühring. – Porto Alegre, 2010.

68 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Fac. de Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

1. Psicologia. 2. Psicologia Clínica. 3. Psicopatia 4. Psicopatologia. 5. Adolescentes - Violência. 6. Adolescentes – Uso de Drogas. I. Gauer, Gabriel José Chittó. II. Título.

CDD 155.5
616.89

Bibliotecária Responsável: Elisete Sales de Souza, CRB 10/1441

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**AVALIAÇÃO DE TRAÇOS SE PSICOPATIA E ABUSO DE DROGAS EM UMA
AMOSTRA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Presidente

Prof. Dr. Prof. Ruth Gauer

PUCRS

Prof. Dra. Irani Argimon

PUCRS

Porto Alegre, Janeiro de 2010

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Dr. Gabriel Gauer, meu orientador, professor e amigo, por sua confiança em meu potencial e pela liberdade para desenvolver o trabalho, sem nunca deixar de dar preciosas contribuições.

Uma pesquisa deste porte não é viável sem o apoio de grandes instituições. Agradeço ao CNPq pelo apoio financeiro fornecido, e a FASE – Novo Hamburgo, sua diretoria e funcionários, pela colaboração com as instalações e toda a ajuda oferecida durante o período da coleta de dados.

A todos os integrantes e colaboradores do Grupo de Avaliação e Intervenção em Saúde Mental, pelas contribuições com o desenvolvimento deste trabalho, e outros que realizamos juntos, além da amizade que neste grupo encontrei. Especialmente aos colegas Ms. Ramiro Ronchetti, pelo início deste trabalho. Sua pesquisa foi de grande relevância para que esta Dissertação pudesse ser desenvolvida. Tárzia Rita Davoglio, companheira em muitos e cansativos dias de coletas de dados na FASE – NH.

Aos bolsistas e colaboradores Aline Rubim, Carissa Trevisan, Gabriela Kilian, Jamile Moraes, Pedro Marini, pela colaboração na análise e tratamento de dados. Aos amigos doutorandos, Leonardo Silva e Prisca Calvetti pela paciência e muitos momentos dedicados a correção e leitura de meus manuscritos. Ao Dr. Silvio José Lemos Vasconcellos, por sua ajuda como pesquisador adjunto. Ao Dr. David S. Kosson, pelo treinamento com o PCL:YV, e pelo importante apoio dado a nossa pesquisa.

Agradeço ao Dr. José Carlos Carvalho Leite pelo suporte dado na análise de dados.

A meus pais, por todo o investimento feito em mim até os dias de hoje. A Manuela Santos, por todo amor, carinho, apoio em importantes momentos e compreensão com os finais de semana dedicados a pesquisa.

A caminhada até aqui não foi curta, e os momentos de estudo, onde somente o silêncio e a concentração me permitiam ser produtivo não foram poucos. Sendo assim, quero finalizar agradecendo a todos os amigos, não apenas os que estiveram próximo, apoiando quando necessário, mas também a compreensão daqueles dos quais me afastei ao longo deste tempo todo e que mesmo com a distância mantiveram acesa a chama da

amizade.

RESUMO

A violência é um problema que tem acompanhado a humanidade através dos tempos, pois faz parte da constituição humana. De gênese multifatorial pode estar relacionada a diversos fatores. Assim, todas as pessoas estão sujeitas a cometer atos violentos, basta que o potencial para tal seja estimulado. Os estudos demonstram que na maior parte dos episódios de violência, o uso de drogas pode tornar-se facilitador, ou mesmo motivador de ações violentas e criminosas. As drogas podem ser estímulos, motivos, respostas ou mediadoras de comportamentos. Neste estudo realizamos uma avaliação de traços psicopáticos de adolescentes infratores com o uso do Inventário de Psicopatia de Hare: Versão Jovens (PCL:YV) e relacionamos os escores obtidos com dados sócio demográficos, história criminal e uso de substâncias. Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS 11.0. As comparações das médias dos escores obtidos no PCL:YV e das variáveis sócio-demográficas e uso de substâncias foram efetuadas com Análise de Variância (ANOVA), Correlação de Pearson, diagramas de dispersão, e teste t. Os resultados apontam que o maior consumo de substâncias quanto à frequência, diversidade de substâncias e idade de início estão relacionadas com a violência e traços psicopáticos.

Palavras chave

Psicologia; Psicologia Clínica; Psicopatia; Psicopatologia; Adolescentes; Violência.

ABSTRACT

Violence has been accompanying the human kind for ages since it's part of its constitution. Of multifactorial genesis, it may be related to various factors. Thus, everybody is capable of having violent behaviour, as long as the potential for which is stimulated. Studies have shown that in the majority of violent episodes drug intake might work as a facilitator or a trigger for either violent or criminal actions. Drugs can be stimulus, reasons, answers, or mediator to several behaviours. In this study we have evaluated the psychopathic features of young lawbreakers by using the Psychopathy Checklist - youth version (PCL:YV) and relating the obtained scores to sociodemographical data, criminal antecedents and substances intake. For the analysis of the data, the statistical package for social science for windows (SPSS 11.0) has been used. The comparison of the average of the scores obtained from PCL: YV, the sociodemographical variants and the substances intake have been brought about by using the Analysis of Variance (ANOVA), Pearson's Correlation, Dispersion diagrams and T test. The results indicate that the major use of substances concerning frequency, diversity of substances and age of onset are related to violence and psychopathic features.

Keywords

Psychology; Clinical Psychology; Psychopathy; Psychopatology; Adolescents; Violence.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE GRÁFICOS.....	10
CAPITULO I - REVISÃO DE LITERATURA.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
CAPITULO II - ESTUDO EMPIRICO.....	35
BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS A NÍVEL DE CONCLUSÃO.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APENDICE.....	62

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CVmPf	Cortex Ventromedial Pre-frontal
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Epidemiological Catchment Area
FASE	Fundação de Atendimento Sócio Educativo
ICD/CID	Classificação Internacional de Doenças
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL	Illinois
IML	Instituto Médico Legal
MHS	Multi Health Systems
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCL – R	Inventário de Psicopatia de Hare
PCL: YV	Inventário de Psicopatia de Hare: Versão Jovens
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
QSD-US	Questionário Sócio Demográfico e de Uso de Substâncias
SNC	Sistema Nervoso Central
TC	Transtorno de Conduta
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TPAS	Transtorno de Personalidade Anti-Social

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Traços de Psicopatia por Cleckley

Quadro II – Quantidade de indivíduos por delito em função da frequência de uso de drogas.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I – Relação entre idade de início do uso de substâncias e escore do PCL:YV

Gráfico II - Relação entre frequência do uso de substâncias e escore do PCL:YV

Gráfico III - Relação entre diversidade de substâncias usadas e escore do PCL:YV

CAPITULO I

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE

TRAÇOS DE PSICOPATIA E DROGAS DE ABUSO EM UMA AMOSTRA DE

ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

INTRODUÇÃO

A violência é um dos problemas mais complexos e preocupantes do mundo (Gauer & Pereira, 2005) e pode estar relacionada a fatores culturais, econômicos, políticos, psicológicos e biológicos, entre outros. De gênese multifatorial e não totalmente explicada, pode ser vista como uma falha de comportamento quanto aos limites da agressão aceitável e inaceitável.

Mesmo com todos os esforços e pesquisas que envolvem este tema, ele não foi completamente explicado. Todas as pessoas estão sujeitas a cometer atos violentos e moralmente condenáveis, basta que o potencial para tal seja estimulado, pois a violência faz parte da constituição humana (Gauer, 2001). Considerando esta visão generalista, acreditamos na existência de características específicas e diferentes limiares para que uma pessoa desenvolva uma mente homicida, violenta e psicopática.

Alguns tipos de personalidade apresentam maior propensão a cometer atos violentos e criminosos, sendo a personalidade psicopática a mais extrema neste aspecto. Capazes de atos violentos pelo impulso de satisfazer uma vontade, pessoas com traços de psicopatia são, com alguma frequência, encontrados em instituições sócio educativas ou carcerárias.

Os estudos demonstram que na maior parte dos episódios de violência, o uso de drogas torna-se facilitador ou mesmo motivador da ação violenta e criminosa (Nessa, Latif, Siddiqui, Hussain, Hossain, 2008; Priuli, & Moraes, 2007, Pechansky, Szobot, & Scivoletto, S., 2004). Segundo Minayo, e Deslandes, (1998), as drogas podem ser estímulos, motivos, respostas ou mediadoras de comportamentos sociais violentos.

Para encontrarmos uma relação causal entre determinadas drogas e a violência, seria necessário saber se os comportamentos violentos ocorreriam ou não na mesma situação, caso a droga não estivesse presente. Acreditamos que o efeito deste tipo de substância pode agravar a conduta psicopática. Sendo assim, são objetivos do presente estudo: revisar a literatura sobre o tema psicopatia e drogadição bem como realizar uma avaliação de traços psicopáticos de adolescentes em conflito com a lei por meio do Inventário de Psicopatia de Hare: Versão Jovens (PCL:YV), relacionando os escores obtidos com o uso de substâncias e com os dados sócio demográficos.

Foram realizadas ao longo deste estudo, entrevistas com 185 adolescentes os quais cumpriam medida sócio educativa, devido a condutas delitivas variadas. Nestas

entrevistas investigamos os traços de psicopatia, o uso de drogas e dados sócio demográficos dos jovens, que permitiram criar um perfil do interno da instituição.

O trabalho foi dividido em dois capítulos, sendo o primeiro, uma revisão de literatura. A primeira parte do conteúdo traz conceitos fundamentais sobre a violência e o tema “drogadição”. Embora as substâncias com potencial de abuso sejam agrupadas em oito classes: álcool, nicotina, cocaína, anfetaminas e êxtase, inalantes, opióides, ansiolíticos benzodiazepínicos e maconha (Laranjeira et al, 2003), não foram incluídas na revisão informações sobre os opióides, anfetaminas, e benzodiazepínicos, pois dentre os indivíduos entrevistados não foi referido o uso para este tipo de substância.

Realizamos também, um breve histórico sobre Transtorno Anti-Social de Personalidade e Psicopatia. Nesta parte objetivamos o esclarecimento entre as diferenças entre psicopatia, sociopatia e transtorno anti-social de personalidade. Não poderiam faltar colocações referentes à Adolescência e Transtorno de Conduta, pois a amostra investigada neste estudo foi composta por adolescentes em conflito com a lei. Além disso, o transtorno de conduta é um pré-requisito à psicopatia. Entretanto, cabe ressaltar que nem todo o adolescente que apresenta transtorno de conduta será quando adulto um psicopata. Porém, os psicopatas foram em sua maioria adolescentes com transtorno de conduta. Esta afirmativa, no entanto, pode por muitos ser entendida como contraditória. Como pode o transtorno de conduta ser um requisito a um psicopata e nem todos os psicopatas terem apresentado durante seu período de adolescência tal transtorno? Esta questão é respondida na parte final da revisão da literatura, onde abordamos fatores neurológicos em estudos mais recentes acerca do tema psicopatia.

Na segunda parte ou pesquisa empírica, são apresentados os objetivos, metodologia, análise de dados, resultados encontrados e conclusão. Este estudo foi importante à medida que relacionou as drogas ao comportamento violento e psicopático, e permitiu apresentar um perfil sócio demográfico do adolescente em conflito com a lei e gerou novos questionamentos a serem investigados em pesquisas futuras.

Esta dissertação está vinculada a dois projetos coordenados pelo Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer e pelo Prof. Dr. Silvio José Vasconcellos, intitulados “Validação para o português (Brasil) do Inventário de Psicopatia de Hare: versão jovens (PCL:YV) – uma correlação com aspectos clínicos e psicossociais e uso de software para avaliação de traços afetivos” ofício 527/08 (Anexo I), e “Avaliação psicológica e situação jurídico-penal de adolescentes” ofício 0934/07 (Anexo II), aprovados pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), e

a bolsa de mestrado do CNPq, numero de processo 566848/2008-2, edital 27/2007, também vinculado a bolsa de produtividade do Prof. Dr. Gabriel J. C. Gauer e processo vinculado à bolsa da FAPERGS ARD003/2009.

REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2002) define violência como sendo o uso intencional da força, ou poder, em forma de ameaça contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade que ocasiona (ou tem grandes probabilidades de ocasionar) lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento e privações. (Soethe, 2006). O comportamento humano de acordo com Gauer (2001) deve ser compreendido a partir de uma perspectiva bio-psico-social. As regras ajudam a manter a ordem social e nos protegem de possíveis danos causados por sua transgressão. Elas nos ajudam a viver juntos, como membros de uma família ou de uma comunidade. Ocasionalmente, é normal que as regras sejam quebradas, no entanto, algumas pessoas não agem desta maneira, e desde a infância se rebelam contra todo tipo de regulamento. E apesar de todas as sanções a que estão sujeitas, tais como o castigo parental, o ostracismo, o fracasso ou a prisão, elas permanecem presas em seu fosso de mau comportamento.

O comportamento violento está se tornando mais comum entre os adolescentes (Trenchs Sainz de la Maza, Planas, Barcenilla, Cubells, & Fernández, 2008; Duailibi, Ponicki, Grube, Pinsky, Laranjeira, & Raw, 2007). Em algumas situações, a agressividade juvenil excede o limite da rebeldia, invadindo intensamente o âmbito da crueldade e da criminalidade, como é possível observar em jornais e noticiários com alguma frequência. Exemplo disso são as ações das gangues, os franco-atiradores de escolas, os queimadores de mendigos, os homicidas de grupos étnicos e as agressões intrafamiliares.

A criminalidade na adolescência está diretamente relacionada à delinqüência comum, pois os adolescentes com tal comportamento costumam agir por si, ou vinculados a organizações débeis. Estes jovens colocam sua integridade física em risco com frequência, na realização de delitos de natureza variada, em que a sociedade, por sua vez, manifesta dificuldades de suportar os índices de agressividade. Os agredidos aceitam perder os bens materiais para garantirem a sua integridade física e moral. No entanto, esse espaço de negociação parece estar diminuindo consideravelmente, visto

que muitos crimes não se resumem a uma agressão ao patrimônio, mas a pessoa, comprometendo a integridade física e moral da vítima (Gauer, 1999).

Existe uma heterogeneidade substancial entre adolescentes quanto aos tipos de delitos cometidos e a severidade e cronicidade do comportamento anti-social, bem como quanto às suas motivações subjacentes (Forth, Kosson, & Hare, 2006). Ainda de acordo com os mesmos autores, estudos com adultos tem demonstrado uma forte relação entre psicopatia e crimes repetitivos graves. Também apontam que a presença deste transtorno de modo geral está associada com um pobre prognóstico de tratamento. Este fato evidencia a importância da identificação precoce de tais traços.

Alguns transtornos de personalidade apontam, com frequência, dependência de algum tipo de substância, sendo que 95% dos indivíduos com Transtorno de Personalidade Anti-social apresentam dependência de álcool ou outras drogas, e que 30% faz uso de mais de uma substância (Zaleski, 2004).

Pesquisas indicam que dos crimes cometidos pelos adolescentes 68,6% são contra o patrimônio, 15% tráfico de drogas e 1,3% contra a vida e a pessoa (Barnow, Lucht, & Freyberger, 2001). Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000 destacavam que morreram cerca de 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro como resultado da violência (Priuli, & Moraes, 2007).

Drogas, Dependência e Abuso: Conceitos Fundamentais

Não se sabe ao certo a origem da palavra *droga*. Poderia ter vindo do persa *droa*, que significa odor aromático, do hebraico *rakab*, perfume, ou do holandês *droog*, substância ou folha seca. Substâncias ou drogas psicoativas são aquelas que modificam o estado de consciência do usuário. Os efeitos são variados, podendo ir de uma estimulação suave a severas alterações do funcionamento psíquico. Quando usada de forma abusiva pode levar a manifestações de dependência. (Seibel e Toscano, 2001).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2002) define droga como qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função. Define como uso nocivo, um padrão de consumo de substância que está causando dano a saúde. Outros autores definem drogas como substâncias que alteram o estado de consciência do usuário gerando efeitos que perpassam desde uma estimulação suave até efeitos alucinógenos (Dalla-Déa, Santos, Itakura, & Olic, 2004).

Todo o consumo de substâncias, seja ela lícita ou não, sofre influência de um conjunto de fatores, os quais se influenciam mutuamente, e que aumentam ou diminuem

o risco de complicações em decorrência do uso. Estes fatores de risco para o surgimento da dependência química podem ser de natureza biológica, psicológica e social. Os fatores biológicos envolvem, além da predisposição genética, a capacidade do cérebro e do corpo em tolerar a presença constante da substância e metabolizá-la, assim como a natureza farmacológica da substância quanto à toxicidade e via de administração escolhida. Os fatores psicológicos são referentes a distúrbios do desenvolvimento, morbidades psiquiátricas, problemas de comportamento e repertório de habilidades sociais, e expectativa quanto ao efeito da substância. Nos fatores sociais estão envolvidos a estrutura familiar, escolaridade, opções de lazer, exposição a violência e pressão do grupo de convívio para o uso (Marques & Ribeiro, 2006).

Uma vez ingerida, qualquer substância psicoativa, causa no usuário diversas alterações metabólicas, relacionadas, pelo menos no primeiro momento, com efeitos de prazer. Estes efeitos prazerosos associados ao consumo da droga incidem sobre o funcionamento cerebral modificando as vias e redes neurais sobre as quais produzem atuação. Portanto o uso continuado obriga o organismo a uma adaptação (Argimon, 2010).

A partir de questões particulares de cada indivíduo é desenvolvido um padrão de consumo de substâncias. Quando o consumo de alguma droga é freqüente, compulsivo, destinado a evitar os sintomas da abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais, estamos nos referindo à dependência (Marques & Ribeiro, 2006).

O novo conceito para dependência química é descritivo, baseado em sinais e sintomas, assim é vista como uma síndrome determinada através de diversos fatores de risco. Foram estabelecidos padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua. Os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas dividem-se em: nenhum, leve, moderado, substancial e pesado (Laranjeira et al, 2003). Nesta divisão o usuário pesado o qual possui graves problemas quanto ao uso é o dependente.

A Associação Americana de Psiquiatria (2003) considera por Dependência de Substância “a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga”.

Entende-se por tolerância a necessidade de maiores quantidades da droga para atingir o mesmo efeito. E por abstinência, as respostas comportamentais, fisiológicas e cognitivas mal adaptativas, de configuração e gravidade variáveis à redução da concentração de uma substância no organismo de um indivíduo que manteve uso pesado e prolongado da mesma. Após o desenvolvimento dos sintomas, a pessoa tende a voltar a consumir a droga para aliviar ou evitar os sintomas (DSM-IV TR, 2003)

Os critérios de dependência, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, IV edição, Revisada (DSM-IVTR, 2003), compreendem “um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, ocorrendo durante qualquer tempo num período de 12 meses.

O diagnóstico de dependência pode ser sintetizado em três perfis básicos: 1) o padrão de consumo e a presença de critérios de dependência; 2) a gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida; e 3) a motivação para a mudança (Laranjeira et al, 2003).

Conforme a APA (2003), o Abuso de Substância é “caracterizado por um padrão mal-adaptativo de uso, manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância”. Pode haver um fracasso repetido em cumprir obrigações importantes; uso em situações em que pode apresentar risco de integridade física; múltiplos problemas legais, sociais e interpessoais recorrentes. A diferença dos critérios de Dependência para Abuso é que neste último não se inclui tolerância, abstinência ou um padrão compulsivo de uso. Um diagnóstico de Abuso de Substância é cancelado por um de Dependência.

O uso de álcool, tabaco e outras drogas estão presentes em todos os países do mundo. O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial, sendo a maconha a mais consumida, seguida pelas anfetaminas em segundo, a cocaína em terceiro e opiáceos em quarto. As substâncias com potencial de abuso são agrupadas em oito classes: álcool, nicotina, cocaína, anfetaminas e êxtase, inalantes, opióides, ansiolíticos benzodiazepínicos e maconha (Laranjeira et al, 2003).

Mais da metade da população das Américas e Europa já fizeram uso de álcool alguma vez na vida, sendo que a dependência acomete de 10% a 12% da população mundial. Os problemas referentes ao consumo do álcool não estão necessariamente relacionados ao uso crônico (Marques, Araújo, Laranjeira & Zaleski, 2010). No Brasil existe uma estimativa que 6,6% da população está dependente da substância, sendo a

bebida mais consumida a cerveja. Em estudos realizados junto ao IML (Instituto Médico Legal) foram analisados homicídios na cidade de Curitiba, e os resultados mostravam que 53,6% das vítimas e 58,9% dos autores dos crimes estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas no momento da ocorrência criminal (Galduróz & Caetano, 2004).

Os sinais e sintomas da intoxicação por álcool caracterizam-se por crescentes níveis de depressão central. Inicialmente a manifestação é de euforia leve, evoluindo para tonturas, incoordenação motora, passando para confusão e desorientação, atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma (Marques, Araújo, Laranjeira & Zaleski, 2010).

O consumo do tabaco é um dos piores problemas de saúde pública, o qual abrange proporções internacionais. Segundo levantamento realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2007), cerca de três milhões de pessoas no mundo morrem precocemente devido a doenças relacionadas ao tabagismo e aproximadamente um terço da população adulta mundial faz uso de produtos do tabaco.

O cigarro e outras formas de uso do tabaco são capazes de provocar dependência em decorrência da ação da nicotina, sendo que os processos farmacológicos e comportamentais são similares aos que determinam a dependência da heroína e da cocaína. A idade média para início de uso de tabaco está entre 13 e 14 anos, e quanto mais precoce o início, maiores serão a gravidade da dependência e os problemas a ela associados (Marques & Ribeiro, 2003; Marques, Araújo, Laranjeira & Zaleski, 2010).

O uso de estimulantes vem crescendo nas últimas 3 décadas, principalmente da cocaína, crack, e ecstasy. Segundo o I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID (2007), até 2005 7,2% dos indivíduos do sexo masculino, entre 25 e 34 anos de idade, já usaram cocaína ou crack alguma vez na vida. Estas drogas são consumidas por 0,3% da população mundial (Ribeiro, Romano, & Marques, 2003; Marques, Araújo, Laranjeira & Zaleski, 2010).

A população de usuários da cocaína é extremamente jovem, variando dos 15 aos 45 anos. O consumo da substância pode se dar por qualquer via de administração com rápida e eficaz absorção pelas mucosas. O uso desencadeia euforia, efeito anestésico local e sintomas físicos de natureza autonômica. Pode provocar complicações nos sistemas cardiovascular, sistema nervoso central, além de complicações psiquiátricas agudas como: ansiedade, agitação, heteroagressividade, sintomas paranóides e alucinações (Marques, Araújo, Laranjeira & Zaleski, 2010).

O crack não é uma droga nova, de fato, o crack e a merla são a cocaína em sua forma de base livre, uma nova forma de cocaína preparada e administrada. Para poder ser fumada, o sal da cocaína precisa voltar a forma base, neutralizando-se o cloridrato ou a parte ácida. O resultado deste processo é um produto potencialmente perigoso devido sua impureza, composta por uma mistura da cocaína com bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, resultando em pequenos grãos porosos, que são fumados em cachimbos (Bordin, Figlie, & Laranjeira, 2004).

Conforme CEBRID (2004), todos os efeitos provocados no cérebro pela cocaína também são causados pelo crack, entretanto o uso deste provoca maiores danos no sistema vascular. Além disso, usuários entrevistados comentaram com alguma frequência sobre um estado de paranóia assim que o efeito desejado começa a passar. Uma vez que o crack penetra no cérebro, os efeitos estimulantes iniciam, gerando uma sensação de aumento das habilidades físicas e mentais do usuário (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004).

Desde a década de 1930 a maconha é considerada um “problema social”. Alguns países começaram a relacionar o abuso da maconha à degeneração psíquica, ao crime e a marginalização do indivíduo, e é atualmente a droga ilícita mais usada. Nos EUA 40% da população adulta já usou esta substância psicoativa pelo menos uma vez, sendo que 1 em cada 10 usuários tornam-se dependentes em algum momento (Marques, Araújo, Laranjeira & Zaleski, 2010).

Os efeitos da intoxicação aparecem após alguns minutos do uso, e são sintomas: déficits motores e cognitivos. O consumo pode desencadear quadros temporários de ansiedade, como pânico, ou sintomas psicóticos, sendo capaz de piorar quadros de esquizofrenia. O uso prolongado pode causar prejuízos cognitivos, relacionados com integração e organização de conteúdos, além de processos de atenção e memória. Embora a maioria dos usuários não se torne dependente, o risco da dependência aumenta conforme a extensão do consumo (Marques, Araújo, Laranjeira & Zaleski, 2010).

Os solventes ou inalantes estão entre as drogas mais usadas pelos estudantes de escolas públicas brasileiras, e entre adolescentes de baixa renda. O mecanismo de ação desta droga é pouco entendido, pois são muitas as classes químicas envolvidas e associação entre diferentes solventes. As doses iniciais trazem sensação de euforia e desinibição, risos imotivados e fala pastosa, seguidas de confusão mental, desorientação e possíveis alucinações. Em uma fase seguinte, sintomas como a redução do estado de

alerta, perda da coordenação motora e consciência podendo ser seguido de convulsões, coma e morte (Marques & Ribeiro, 2006).

Alguns autores enfatizam o consumo de drogas como um importante facilitador de situações de violência. Não faltam evidências científicas da presença das mesmas, nos homicídios, suicídios, violência doméstica, crimes sexuais, atropelamentos e acidentes de trânsito (Laranjeira, Duailibi, & Pinsky, 2005; Moraes, 2001). Além disso, o nas duas últimas décadas o aumento do uso de substâncias psicoativas com potencial de abuso tem sido considerável, sendo alvo de preocupação da sociedade brasileira, e este tipo de comportamento está se tornando mais precoce entre adolescentes e mesmo crianças (Laranjeira, 2003).

Transtorno Anti-Social de Personalidade e Psicopatia

Profissionais da área da saúde têm dedicado sua atenção ao estudo de indivíduos transgressores de leis e normas de conduta. Muitos conceitos foram desenvolvidos para denominar estes quadros clínicos, tais como o de Psicopatia, Transtorno de Personalidade Anti-Social, Sociopatia (Gauer & Cataldo, 2003) e Transtorno Dissocial como no Código Internacional das Doenças (CID-10) (Gauer & Vasconcelos 2003).

Provavelmente uma das primeiras descrições registradas sobre algum comportamento que pudesse se identificar à idéia de Personalidade Psicopática foi a de Girolano Cardamo (1501-1596), um professor de medicina da Universidade de Pavia. O filho de Cardamo foi decapitado por ter envenenado sua mulher (mãe do réu) com raízes venenosas. Neste relato, Cardamo fala em “improbidade”, quadro que não alcançava a insanidade total porque as pessoas que disso padeciam mantinham a aptidão para dirigir sua vontade. Philippe Pinel utilizou a expressão “loucura sem delírio” para descrever um padrão de comportamento de falta de remorso (Gauer & Cataldo, 2003).

Kraepelin, quando faz a classificação das doenças mentais em 1904, usa o termo Personalidade Psicopática, que hoje utilizamos para referir-nos, precisamente, a este tipo de pessoas que não são neuróticos nem psicóticos, também não estão incluídas no esquema de mania-depressão, mas que se mantêm em choque contundente com os parâmetros sociais vigentes. Em 1923, Schneider elabora uma conceituação e classificação do que é, para ele, a Personalidade Psicopática. Schneider descarta, no conjunto classificatório da personalidade, atributos tais como a inteligência, os instintos e sentimentos corporais, valorizando como elementos distintivos o conjunto dos sentimentos e valores, das tendências e vontades (Gauer & Cataldo, 2003).

Em 1952, o DSM-I apresentava a descrição de personalidade psicopática, sendo que o transtorno abrangia um espectro muito maior de entidades do que hoje, incluindo emocionalidade patológica (posteriormente personalidade histérica/histriônica). Dentro desta personalidade, outros subtipos eram classificados. Entre eles, a reação anti-social, aplicada à indivíduos “sempre em problemas com a lei, não aprendendo com a experiência e incapazes de manter lealdade a pessoas, códigos ou grupos. Demonstram hedonismo, imaturidade emocional, com falta de senso de responsabilidade e habilidade para racionalizar seu comportamento de modo a parecer razoável e justificável”. Outros subtipos de psicopatia incluíam dependência química, alcoolismo e desvios sexuais (American Psychiatric Association, 1952).

As idéias de Cleckley tiveram participação direta no DSM-I (1952). Em 1941, Cleckley escreveu um livro chamado “A máscara da sanidade”, o qual se referia a esta psicopatologia. Esta obra apresentou quatro revisões (Cleckley, 1976), constituindo-se fundamental na compreensão da personalidade psicopática. O autor definiu o transtorno em termos semelhantes à visão contemporânea, como uma entidade distinta de outros transtornos psiquiátricos e alterações comportamentais. Em 1964, Cleckley descreveu as características mais freqüentes do transtorno que hoje chamamos psicopatia, as quais podem ser definidas em 16 traços (Quadro-1).

Quadro 1 – Traços de psicopatia por Cleckley (1976)

- 1- sedução superficial e “inteligência astuta”
- 2- ausência de alucinações e outros sinais de pensamento irracional
- 3- ausência de ansiedade ou outros sinais de transtornos psiconeuróticos
- 4- incapacidade de manter vínculo de confiança
- 5- falta de sinceridade, desconfiança
- 6- ausência de arrependimento ou vergonha
- 7- comportamento anti-social
- 8- julgamento empobrecido e dificuldade em aprender com a experiência
- 9- egocentricidade e incapacidade para amar
- 10- relacionamentos superficiais
- 11- pobreza de insight
- 12- pobre relacionamento interpessoal
- 13- comportamento alterado e convidativo à bebida
- 14- raramente com conduta/atitude suicida
- 15- vida sexual impessoal, trivial e pouco integrada
- 16- dificuldade em seguir/estabelecer um plano de vida.

Atualmente o conceito que se tem de psicopatia é o mesmo que se tem de Transtorno Anti-social de Personalidade. Em algumas ocasiões, o termo “sociopata” é utilizado no lugar de psicopata. O uso dessa expressão, hoje em desuso, era freqüente nos anos 60 e 70, quando alguns pretendiam destacar a origem social do quadro. A partir de 1968, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) introduziu o conceito de “Personalidade Anti-social” (DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da APA). Apesar da descrição inicial se aproximar dos conceitos desenvolvidos por Cleckley, as descrições posteriores forçaram um diagnóstico baseado em uma série de comportamentos anti-sociais e atos delituosos, evitando a maioria dos traços de personalidade tão bem descritos por Cleckley (Garrido, 2005).

Mesmo com os esforços em “simplificar critérios para o transtorno e incluir itens mais tradicionais, típicos da psicopatia”, com o intuito de aumentar a “congruência e a compatibilidade” entre o DSM-IV TR e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (ICD/CID 10; World Health Organization, 1990) o que se observa é uma manutenção de um constructo, que difere muito da psicopatia. Alguns autores enfatizam que a psicopatia pode ser considerada um quadro mais amplo que o TPAS, havendo uma considerável sobreposição no que se refere à sintomatologia dos dois transtornos (Hare, & Neumann, 2005; Blair, 2003). De acordo com essa perspectiva, a psicopatia não seria um sinônimo de TPAS, mas sim uma extensão do mesmo quadro nosológico, sendo a psicopatia uma categoria mais ampla e grave (Hare, 1991). O TPAS se refere fundamentalmente a condutas delitivas e anti-sociais, já a psicopatia além destas condutas abrange também aspectos dinâmicos e traços da personalidade (Hare, & Neumann, 2005).

De acordo com Hare (1996), o psicopata não é um insano, mas uma pessoa com a capacidade para diferenciar o certo do errado. Ele sabe que o que está fazendo pode prejudicar outra pessoa, porém não se importa. Ele pode escolher tomar ou não uma atitude criminosa ou violenta, contudo, o que será um elemento crucial em sua tomada de decisões é a possibilidade de uma retaliação imediata.

Outra crítica aos critérios de Transtorno de Personalidade Anti-Social: eles representam uma quebra radical com a tradição e com a prática clínica (Cleckley, 1976), com as versões anteriores do DSM-IVTR (American Psychiatric Association, 1952) e com a nomenclatura diagnóstica internacional (ICD/CID 10; World Health Organization, 1990). Especificamente, o DSM-IV exclui, ou pelo menos não inclui de

forma explícita, características como egoísmo, egocentrismo, manipulação, falta de empatia, dentre outros comumente e historicamente associados à psicopatia.

Conforme Robert Hare: *“Aqueles que preenchem os critérios para Transtorno de Personalidade Anti-Social podem ser anti-sociais, porém diferem muito nas suas motivações e nas características interpessoais, afetivas e psicopatológicas (...) Paradoxalmente, os critérios para Transtorno de Personalidade Anti-Social parecem definir uma categoria diagnóstica ao mesmo tempo ampla, abrangendo criminosos e anti-sociais psicologicamente diferentes, e restrita, excluindo aqueles que possuem a estrutura da personalidade compatível com a psicopatia, porém que não demonstraram comportamentos específicos associados ao Transtorno de Personalidade Anti-Social”*; (Hare, Hart & Harpur, 1991).

Adolescência patológica e transtorno de conduta

A adolescência é um período de começo e extensão variáveis, marcando o final da meninice e estabelecendo o início da maturidade. Este desenvolvimento envolve 3 níveis; o biológico, sinalizado pela aceleração final do crescimento do esqueleto e pelo início do desenvolvimento sexual; o psicológico, caracterizado por uma aceleração do crescimento cognitivo e formação da personalidade; e o social, um período de preparação para o papel do jovem adulto (Pappalia, 2000).

Conforme Rocha e Levy (2003), o período da adolescência tende a ser mais longo quanto mais complexa a sociedade, pois maiores são os requisitos para o status adulto e mais imprecisos são os limites do adolescente. Em sociedades primitivas os rituais de passagem da adolescência para a fase adulta são abruptos. Nas sociedades industrializadas, a adolescência tornou-se um período confuso em decorrência do grande número de exigências e possibilidades, que não raro são contraditórias.

Segundo Erickson (1968), a identidade se forma à medida que as pessoas resolvem três questões importantes: a escolha da ocupação, a adoção de valores nos quais acreditar e segundo os quais viver e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória. Quando os jovens têm problemas para estabelecer uma identidade ocupacional, eles correm o risco de apresentar comportamentos com graves conseqüências negativas, como gravidez precoce ou atividade criminosa.

O Transtorno de Conduta, o Transtorno Anti-Social de Personalidade e Psicopatia caracterizam-se pela violação de direitos básicos das regras sociais e das pessoas em geral, porque possuem pouca ou nenhuma empatia e preocupação com os

sentimentos alheios. Porém, o diagnóstico para transtorno de Personalidade Anti-Social só pode ser feito após os 18 anos e, de acordo como DSM-IV TR (2003), apresenta como critério (Critério C) evidências de Transtorno de Conduta com início antes dos 15 anos de idade. O modelo proposto por Hare para Psicopatia sugere a existência de problemas comportamentais precoces (Forth et al., 2006). Quanto ao prognóstico, alguns estudos ressaltam o fato de que o auge do comportamento anti-social costuma ocorrer no final da adolescência e/ou início da vida adulta, sendo que os sintomas mostram-se propensos a diminuir com o decorrer da idade (Gauer, & Vasconcellos, 2003).

Dois subtipos de transtorno de conduta são propostos. Um com início na infância, e o outro na adolescência. O primeiro subtipo é definido por pelo menos um critério característico de Transtorno de Conduta antes dos 10 anos de idade. Os indivíduos que apresentam este tipo de transtorno são geralmente do sexo masculino, frequentemente demonstram agressividade física para com os outros e estão mais propensos a desenvolverem Transtorno de Personalidade Anti-Social na idade adulta. O segundo subtipo é definido pela ausência de quaisquer critérios característicos antes dos 10 anos de idade. Estes indivíduos estão menos propensos a comportamentos agressivos, tendem a ter relacionamentos normais, estão menos propensos a Transtornos de Personalidade Anti-Social na idade adulta (DSM-IV TR, 2003).

Fatores neurobiológicos

É importante investigar associações entre fatores biológicos e comportamentos violentos e ou destrutivos, principalmente em crianças e adolescentes, pois é nesta fase que adultos violentos, criminosos e antissociais começaram a mostrar este tipo de comportamento.

Um dos primeiros casos a atrair a atenção dos neurocientistas foi o de Phineas Gage, no século XIX. Gage teve seu crânio transfixado por uma barra de ferro, após um acidente com explosivos. A barra entrou por sua bochecha esquerda, dilacerou o olho, atravessou a parte frontal do cérebro e saiu pelo topo do crânio, do outro lado. Gage perdeu a consciência por algum tempo e recuperou-se dos ferimentos causados pelo acidente, apesar da gravidade. Contudo, tornou-se uma pessoa grosseira, desrespeitosa e de gênio ruim, exatamente o oposto do que costumava ser. Ele passou a agir sem dar importância para conseqüências, abandonou os amigos e seus planos futuros. Este caso tornou-se muito conhecido e citado como uma das primeiras evidências científicas que

indicavam que a lesão nos lóbulos frontais pode alterar a personalidade, emoções e a interação social (Le Doux, 1998). Casos estudados como o de Phineas Gage permitiram identificar uma pseudopsicopatia, que não é desenvolvida, mas adquirida em razão de uma lesão no lobo frontal (Blumer & Benson, 1975).

As neurociências vêm realizando estudos com o objetivo de identificar anormalidades morfológicas e de funcionamento do “cérebro psicopata”. Embora diferentes partes do cérebro estejam sendo estudadas, a amígdala está em evidência entre as pesquisas, sendo constantemente apontada como uma parte “deficiente” do cérebro em pessoas que desenvolvem a psicopatia ou apresentam traços da patologia. Blair afirmava saber disto através de estudos que envolviam pacientes os quais tiveram a amígdala cirurgicamente removida em tratamentos de epilepsia (Ilman, 1998).

Com o uso de imagens funcionais por ressonância magnética foram comparados meninos com diagnóstico de Transtorno de Conduta (TC), com um grupo controle de meninos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pois este é comumente uma comorbidade do TC. Os resultados indicam uma maior redução da ativação da amígdala cerebral em crianças com comportamento antissocial (Herpertz, Huebner, Marx, Vloet, Fink, Stoecker, Shah, Konrad, & Herpertz-Dahlmann, 2008).

Outro estudo (Dadds, Perry, Hawes, Merz, Riddell, Haines, Solak, & Abeygunawardane, 2006) aponta que a habilidade de reconhecer o medo está presente na amígdala. Esta capacidade é reduzida em pessoas com lesões na amígdala e interessantemente em adultos psicopatas e adolescentes com traços de psicopatia. Esta pesquisa suporta que a psicopatia e o mau funcionamento da amígdala estão relacionados.

Blair e Coles (2000) mostram em suas pesquisas que adolescentes que apresentam traços de psicopatia possuem deficiência em reconhecer expressões faciais de medo e tristeza. Com base nestes achados, estudos similares com psicopatas adultos, realizados com o uso de neuroimagem, apontam um funcionamento anormal da amígdala. Contudo, não está claro se o caminho que conduz ao precoce desenvolvimento da psicopatia é neuropsicológico, pela dificuldade de reconhecer as expressões faciais emocionais de tristeza e medo, ou neurobiológico, por uma disfunção da amígdala.

Além das pesquisas envolvendo a amígdala cerebral, outras partes do cérebro também vem sendo estudadas. Diversas pesquisas (Boes, Tranel, Anderson, &

Nopoulos, 2008; Finger, Marsh, Mitchell, Reid, Sims, Budhani, Kosson, Chen, Towbin, Leibenluft, Pine, & Blair, 2008) apontam também a existência de alterações no córtex ventromedial pré frontal (CvmPF), e que o funcionamento destes sistemas estão envolvidos na psicopatia. A amígdala é fundamental para a associação de estímulos de reforço, punição, recompensa e no processamento de expressões emocionais. O CvmPF é representativo no reforço das expectativas e, conseqüentemente, da tomada de decisões.

Outro estudo (Huebner, Vloet, Marx, Konrad, Fink, Herpertz, & Herpertz-Dahlmann, 2008) com adolescentes com transtorno de conduta aponta redução do volume da massa cinzenta na região orbitofrontal esquerda e no lobo temporal bilateralmente, incluindo amígdala e hipocampo. Os mesmos autores ainda afirmam que análises de regressão em grupos clínicos indicam uma associação inversa entre os sintomas de hiperatividade/impulsividade e anormalidades na massa cinzenta no córtex frontoparietal e temporal.

Os dados sugerem que alterações neuronais em adolescentes com transtorno de conduta com comorbidade de déficit de atenção e hiperatividade apresentam alterações em áreas frontolímbicas semelhantes àquelas apresentadas por adultos com comportamento anti-social.

Com a utilização de imagens por ressonância magnética, foi estudado um grupo composto por 27 indivíduos psicopatas. Estas mostraram uma quantidade significativamente reduzida no volume de massa cinzenta no córtex médio frontal direito, córtex orbitofrontal bilateral, comparados ao grupo controle, composto por 32 integrantes. Déficits estruturais nestas áreas pré-frontais e na amígdala podem acarretar em desequilíbrio emocional, pobre controle de comportamento, e uma tomada de decisões morais prejudicada. Os resultados dos estudos se mostraram consistentes para a hipótese de anormalidades na região orbitofrontal, cortex dorsolateral pré frontal e amígdala, os quais são bases neuronais cruciais no desenvolvimento da psicopatia (Yang, 2008).

CONCLUSÃO

Quando falamos na conduta violenta de uma personalidade psicopática temos um agravante: O uso de drogas. É freqüente a este tipo de personalidade o uso de substâncias em algum nível, como: abuso ou dependência. Sabendo que as drogas são

facilitadoras ou motivadoras da violência, torna-se complexo identificar se um ato violento ou criminoso foi cometido em decorrência de uma personalidade psicopática ou movido pelo uso de drogas.

Em vista disto, pesquisas que visam identificar e compreender a psicopatia e a drogadição tornam-se de grande importância. Estudos envolvendo psicopatas adultos têm revelado que as alternativas terapêuticas atualmente existentes não vêm atingindo resultados significativos. Por esta razão, é necessário colocar o foco nas crianças e adolescentes. Ao nos referirmos a uma personalidade patológica, neste caso a psicopática, é de grande pertinência que se explore a compreensão do problema de forma precoce para que se possa desenvolver e aplicar diferentes intervenções terapêuticas que venham a surtir efeito com este tipo de transtorno.

Muitos estudos ainda são necessários em diversos campos, para se compreender a psicopatia e, por conseguinte, tentar tratá-la. A droga, por sua vez, ajuda a trazer a tona o potencial para violência contido em cada um de nós. Assim, é de grande relevância social, estudos no sentido de compreender o quanto a substância psicoativa auxilia no desenvolvimento da psicopatia. São necessárias investigações que respondam o quanto a droga pode conduzir um indivíduo a desenvolver uma personalidade psicopática, ou se o indivíduo, pelos traços de psicopatia apresentados ainda na infância busca precocemente o uso das drogas. Cabe ainda outro questionamento, se usuários de drogas cometeriam os mesmos crimes caso não fizessem uso de substâncias psicoativas. A psicopatia, o abuso de drogas e a violência estão originalmente juntas, entretanto é necessário compreender o quanto uma interfere na outra.

Considerando as descobertas neurológicas envolvidas nesta psicopatologia, torna-se indispensável a contínua busca de mais conhecimentos a fim de reforçar a interface com a neurociência, objetivando a aquisição de mais uma importante ferramenta no entendimento e tratamento do transtorno.

Pesquisas com jovens podem conduzir para o desenvolvimento de estratégias de intervenções precoces concebidas para modificar a trajetória grave e persistente do comportamento anti-social, bem como do comportamento adicto. Desse modo, também é crucial a investigação minuciosa em crianças com idade até dez anos que apresentam a sintomatologia, pois se trata de um grupo de risco para o desenvolvimento da personalidade psicopática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adorno, S. (1998). Conflitualidade e Violência. Reflexões sobre a anomia na contemporaneidade. *Tempo Social. Revista Sociologia da USP*, 10(1), 22-23.

Argimon, I.I.L. (2010). Diretrizes para Avaliação Cognitiva no Tratamento da Dependência Química. In Gigliotti, A. & Guimarães, A. *Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química*. Rio de Janeiro: Rubio.

Associação Psiquiátrica Americana - (APA). (2003). *DSM-IV-TRTM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* [Manual]. Porto Alegre: ARTMED.

Barnow, S., Lucht, M. & Freyberger, H. (2001). Influence of punishment, emotional rejection, child abuse and broken home on aggression in adolescence: An examination of aggressive adolescents in Germany. *International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology, Phenomenology and Clinical Diagnostic*, 34(4), 167-173.

Blair, R.J.R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 182(1), 5-7.

Blair, R.J.R. & Coles, M. (2000) Expression recognition and behavioral problems in early adolescence. *Cognitive development*, 15, 421 – 434.

Blumer, D., & Benson, D.F. (1975). Personality changes with frontal and temporal lobe lesions. In Benson, D.F. & Blumer, D. (Eds.). *Psychiatric aspects of neurological disease*. New York: Grune & Stratton.

Boes, A.D., Tranel, D., Anderson, S.W., Nopoulos, P. (2008). Right anterior cingulate: a neuroanatomical correlate of aggression and defiance in boys. *Behav Neurosci*, 122(3), 677-684.

Bordin, S., Figlie, N. & Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em dependencia química*. São Paulo: Roca.

Carlini, E.A., Galdruóz, J.C.E., Noto, A.R. & Nappo, A.S. (2002). *Primeiro levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). São Paulo: Cromossete.

Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R. & Nappo, S.A. (2007). *II levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). São Paulo: UNIFESP.

Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N. R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Cleckley, H. (1976). *The mask of Sanity*. (5th ed.) St Louis, MO: Mosby.

Dadds, M.R., Perry, Y., Hawes, D.J., Merz, S., Riddell, A.C., Haines, D.J., Solak, E., Abeygunawardane, A.I. (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 280-281.

Dalla-Déa, H., Santos, E., Itakura, E., & Olic, T. (2004). A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. *Psicol. cienc. prof*, 24(1), 108-115.

Duailibi, S., Ponicki, W., Grube, J., Pinsky, I., Laranjeira, R., Raw, M. (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *Am J Public Health*, 97(12), 2276-2280.

Erickson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.

Finger, E.C., Marsh, A.A., Mitchell, D.G., Reid, M.E., Sims, C., Budhani, S., Kosson, D.S., Chen, G., Towbin, K.E., Leibenluft, E., Pine, D.S., Blair, J.R. (2008). Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with psychopathic traits during reversal learning. *Arch Gen Psychiatry*, 65(5), 586-594.

Forth, A.E., Kosson, D.S. & Hare, R.D. (2006). *Inventário de Psicopatia de Hare: Versão Jovens (PCL:YVTM)* [Manual Técnico]. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Galduróz, J.C.F., Noto, A.R, Carlini, E.A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1^o e 2^o grau de 10 capitais brasileiras 1997*, São Paulo, SP, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

Galduróz, J.C.F., & Caetano, R. (2004). Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 26 (Supl I): 3-6.

Garrido, V. (2005). *O Psicopata um Camaleão na Sociedade Atual*. São Paulo: Paulinas.

Gauer, G. J. C.; Gauer, R. M. (1999). *A Fenomenologia da Violência*. Curitiba: Juruá.

Gauer, G.J.C. (2001). Personalidade e Conduta Violenta. *Revista de Ciências Sociais*, 1(2), 45-65.

Gauer, G.J.C. & Cataldo Neto, A. (2003). Transtorno de Personalidade Anti-Social. In Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N.R. (Orgs). *Psiquiatria Para o Estudante de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Gauer, G.J.C. & Vasconcellos, S.J.L. (2003). O Transtorno de Personalidade Anti-Social: Uma Revisão das Características Clínicas, Epidemiologia e Tratamento. *Revista de Estudos Criminais*, 12, 144-155.

Gauer, G.J.C. & Pereira, L.A. (2005). Exercício da Medicina: Intimidação e Violência. *Revista AMRIGS*, 49(3), 195 - 201.

Gauer, R.M.C. (1999) Alguns Aspectos da Fenomenologia da Violência. In *A Fenomenologia da Violência*. Curitiba: Juruá.

Gigliotti, A. & Guimarães, A. (2010). *Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química*. Rio de Janeiro: Rubio.

Hare, R.D. (1991). *Hare Psychopathy Checklist-Revised manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (1996). *Who is a psychopath?* Toronto: The National Magazine - CBC Television.

Hare, R.D., Hart, S.D., & Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for Antisocial Personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391-398.

Hare, R.D. & Neumann, C.S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7(1), 57-64.

Herpertz, S.C., Huebner, T., Marx, I., Vloet, T.D., Fink, G.R., Stoecker, T., Shah, N.J., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B., (2008). Emotional processing in male adolescents with childhood-onset conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(7), 781-791.

Huebner, T., Vloet, T.D., Marx, I., Konrad, K., Fink, G.R., Herpertz, S.C., Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Morphometric brain abnormalities in boys with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(5), 540-547.

Ilman, J. (1998). U.K. research illuminates psychopathy. Toronto: The Globe and Mail.

Izumino, W.P & Neme, C. (2002). Violência Urbana e Graves Violações de Direitos Humanos. *Ciência e Cultura*, 54(1), 47-49.

Laranjeira, R. et al. (2003). *Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento* 2ª Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira.

Laranjeira, R., Duailibi, S. & Pinsky, I. (2005). Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 27(3), 176-177 .

LeDoux, J. (1998). *O Cerebro emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Lorenzo, P., Ladero, J. & Lizasoain, I. (1999). *Drogodependencias: farmacologia, patologia, psicopatologia, legislación*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Marques, A.C.P.R. & Ribeiro, M. (2003). Nicotina: Abuso e Dependência. In Laranjeira, R. et al. *Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento*. 2ª Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira.

Marques, A.C.P.R. & Ribeiro, M. (2006). *Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde*. São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria.

Marques, A.C.P.R., Ribeiro, M, Laranjeira, R., Zaleski (2010). Diretrizes Farmacológicas para Tratamento de Álcool. In Gigliotti, A. & Guimarães, A. *Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química*. Rio de Janeiro: Rubio.

Marques, A.C.P.R., Ribeiro, M, Laranjeira, R., Zaleski (2010). Diretrizes Farmacológicas para Tratamento da Dependência de Cocaína. In Gigliotti, A. & Guimarães, A. *Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química*. Rio de Janeiro: Rubio.

Marques, A.C.P.R., Ribeiro, M, Laranjeira, R., Zaleski (2010). Diretrizes Farmacológicas para Tratamento da Dependência de Maconha. In Gigliotti, A. & Guimarães, A. *Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química*. Rio de Janeiro: Rubio.

Marques, A.C.P.R., Ribeiro, M, Laranjeira, R., Zaleski (2010). Diretrizes Farmacológicas para Tratamento da Dependência de Nicotina. In Gigliotti, A. & Guimarães, A. *Diretrizes Gerais para Tratamento da Dependência Química*. Rio de Janeiro: Rubio.

Marzial, M. (2004). A Violência no Setor Saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(2), 147-148.

Minayo, M^a.C. & Deslandes, F. (1998). Drogas e mudanças bio-psico-sociais que possibilitam a violência: por um enfoque mais amplo das condutas individuais. *Cad Saúde Pública*, 14(1), 35-42.

Moraes, R. (2001). *Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento*. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). São Paulo: Komedi.

Nessa, A., Latif, S.A., Siddiqui, N.I., Hussain, M.A. & Hossain, M.A. (2008). Drug abuse and addiction. *Mymensingh Med J*, 17(2), 227-235.

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Genebra (SWZ): OMS.

Papalia, D. & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

Pechansky, F., Szobot, C. & Scivoletto, S. (2004) Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 26(suppl.), 14-17.

Priuli, R.M.A. & Moraes, M.S. (2007). Adolescentes em conflito com a lei. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(5), 1185-1192.

Ramos, S.P. & Bertolote, J.M. (1997). *Alcoolismo hoje* (3^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ribeiro, M., Romano, M., & Marques, A.C.P.R. (2003) Cocaína: Abuso e Dependência. In Laranjeira, R. et al. *Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento*. 2^a Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira.

Rocha, G.P. & Levi, R. (2003). Adolescência. In Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N.R. (Orgs). *Psiquiatria Para o Estudante de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Seibel, S.D. & Toscano, A. (2001). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.

Soethe, J. (2006). *Conexões para uma nova civilização*. São Leopoldo: Oikos.

Trenchs Sainz de la Maza, V., Planas, A.M., Barcenilla, A.I.C., Cubells, C.L. & Fernández, J.P. (2008). Violence and adolescence. A perspective from and Emergency Department. *An Pediatr*, 69(2), 106-109.

Yang, Y. (2008). *Structural brain imaging in psychopathy*. California: University of Southern California.

Zaleski, M. (2004). Transtornos de Personalidade X Dependência de Álcool e Outras Drogas. Comorbidades. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD).

CAPITULO II
ESTUDO EMPIRICO

**AVALIAÇÃO DE TRAÇOS DE PSICOPATIA E ABUSO DE DROGAS EM
UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.**

INTRODUÇÃO

Inúmeros casos de violência são motivados pelo uso ou para o uso de drogas. Este tipo de comportamento está se tornando mais comum entre os adolescentes (Trenchs Sainz de la Maza, Planas, Barcenilla, Cubells, & Fernández, 2008; Laranjeira, 2005), os quais vêm excedendo os limites da rebeldia, envolvendo requintes de crueldade além da contravenção legal. O crescimento da violência nos coloca frente a situações inusitadas e para as quais temos de buscar novas abordagens, a fim de encontrar novas soluções. Os estudos epidemiológicos nos auxiliam a delimitar o problema e avaliar o grau em que este afeta os indivíduos e a sociedade.

Quando o consumo de alguma droga é freqüente, compulsivo, destinado a evitar os sintomas da abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais, estamos nos referindo à dependência (Marques & Ribeiro, 2006). O dependente passa a viver pela droga, fazendo o possível para consegui-la, excluindo as barreiras morais. Assim, o uso de drogas pode ser visto na atualidade por dois diferentes prismas: segurança e saúde pública.

Dentre os usuários de drogas existem diversos tipos: os que fazem o dito uso esporádico ou recreativo, os abusadores e os dependentes. Estes dois últimos apresentam maior tendência a se envolverem em situações de risco e, conseqüentemente, de violência. Conforme o DSM-I (1952), o uso de drogas é uma característica associada à personalidade psicopática, entretanto não é especificado para uso, abuso ou dependência.

Pensando de forma conjunta à problemática drogadição, em nível de dependência ou abuso e psicopatia, teremos indivíduos sem empatia ou remorso, capazes de qualquer comportamento para a obtenção de drogas. Em outras palavras, estaríamos juntando a pólvora ao fogo e, como resultado, teríamos uma explosão de violência. Cabe então o questionamento se os indivíduos com maior tendência à psicopatia fazem mais uso de drogas.

A psicopatia pode ser vista como uma geradora de situações de violência. O comportamento violento vem apresentando pobre prognóstico de tratamento. A falta de evidências de intervenções eficazes se reflete na carreira criminosa de psicopatas adultos. Por este motivo, a atenção deste estudo está voltada aos adolescentes em

conflito com a lei, pois acreditamos que com uma identificação do problema e intervenções precoces o desenvolvimento de tais traços pode ser revertido ou evitado.

O presente estudo relaciona as drogas ao comportamento violento e psicopático. Evidentemente, nem toda a violência está associada ao consumo de substâncias, entretanto, são freqüentes as discussões sobre a legalização de algumas drogas, sob o argumento que a violência em decorrência do tráfico seria reduzida. Contudo, outra questão de maior complexidade poderia ser feita: seriam cometidos os mesmos crimes sem o uso da droga, ou sem a físsura para obtê-la?

Nas paginas a seguir será apresentado um perfil sócio demográfico do adolescente em conflito com a lei, de uma instituição de amparo sócio-educativo de Novo Hamburgo. Estes dados serão correlacionados com traços de psicopatia, identificados com o uso do PCL:YV, e com o uso de substâncias quanto a freqüência, tipos de drogas e idade de início do uso.

Conforme o manual do PCL:YV, pesquisas realizadas nos Estados Unidos apontam que o ponto de corte para traços de psicopatia para adultos (uso do PCL-R) é 30 enquanto no Canadá é 27. Para o PCL:YV não foi fornecido um ponto de corte, pois a personalidade ainda está sendo formada. Da amostra coletada, 21,6% dos entrevistados obtiveram escore igual ou superior a 30, e 34,6% obtiveram escores igual ou superior a 27. A média geral obtida pela amostra investigada nos escores do PCL:YV foi 23,18.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar traços de psicopatia e uso de substâncias em adolescentes internos da FASE (Fundação de Apoio Sócio-Educativo).

Objetivos Específicos

- 1- Identificar o perfil do menor infrator;
- 2- Verificar se existe alguma relação entre os dados sócio-demográficos, drogadição e psicopatia.
- 3- Descrever os hábitos do uso de drogas quanto à freqüência, tipo de drogas utilizadas e idade de início em adolescentes em conflito com a lei, verificando correlação com os traços de psicopatia.

- 4- Verificar correlação entre o uso de drogas e fator Anti-social.

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de estudo transversal, descritivo e correlacional.

Amostra

Foram incluídos no estudo 185 adolescentes internos da FASE, do sexo masculino, com idades entre 12 e 18 anos, que apresentam histórico de repetidos atos de violência, agressões a pessoas e a propriedade desde a infância.

critérios de inclusão:

Indivíduos pertencentes à faixa de idade proposta que concordaram em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

critérios de exclusão:

Foram considerado fatores de exclusão para a amostra detentos que não estavam na faixa etária proposta, que estivessem severamente desorganizados, que apresentassem déficit cognitivo percebidos pelos pesquisadores, que se recusassem a participar ou não aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comentários Ético-Legais

A coleta de dados foi realizada na FASE após o prévio contato com a Diretoria Geral do local. (Declaração de aprovação – Anexo IV). Os pesquisadores se comprometeram a manter a confidencialidade em termos da identidade das pessoas entrevistadas e só foram incluídos na pesquisa aqueles que concordaram em participar da mesma e assinaram um termo de consentimento.

Procedimento de Coleta de Dados:

Inicialmente foi estabelecido contato com a FASE de Novo Hamburgo. Após a aprovação da pesquisa nas dependências da entidade, foi iniciado o processo de fidedignidade do instrumento, em abril de 2008. Cada visita era previamente agendada,

procurando adequar o horário dos pesquisadores ao horário de funcionamento da instituição.

Os adolescentes foram encaminhados aleatoriamente pelos funcionários da FASE e convidados a participar da pesquisa. Foi esclarecida aos indivíduos entrevistados, individualmente, a natureza e o propósito da mesma e que eles possuíam total autonomia para decidir se queriam ou não participar. Também foi salientado que a pesquisa não lhes traria qualquer benefício imediato ou prejuízo.

Os adolescentes foram avaliados nas dependências da FASE por profissionais com nível mínimo de graduação completa, treinados para o uso do instrumento de avaliação de psicopatia em adolescentes. A aplicação do Questionário Investigativo de Uso de Substâncias ocorreu de forma subsequente à aplicação do PCL:YV, pelos mesmos profissionais.

Instrumentos

PCL:YV

Foi utilizado para o presente estudo o manual, versão em português. O Inventário para Psicopatia de Hare: Versão Jovens (PCL:YVTM), (Robert D. Hare, Ph.D. e Multi-Health Systems Inc. 2003) é uma escala com 20 itens para a avaliação de traços de psicopatia em adolescentes. O PCL:YV foi adaptado do Inventário Psicopatia de Hare, uma das medidas de psicopatia para adultos mais amplamente utilizada. Evidências extensivas da confiabilidade e validade do PCL-RTM podem ser encontradas na segunda edição do Manual Técnico do PCL-R – validado para o Português do Brasil e aprovado como instrumento pelo Conselho Federal de Psicologia.

O PCL:YV consiste de um Guia de Entrevista e um Formulário de Contagem Rápida usado para registrar as pontuações. O Guia de Entrevista inclui as questões de entrevista recomendadas para extrair as informações. É fornecido espaço para o entrevistador anotar as respostas. A entrevista abrange o âmbito do ajustamento escolar, a história laboral, objetivos profissionais, história psiquiátrica, saúde, vida familiar, relacionamentos interpessoais, uso de drogas, atitudes consigo mesmo e com os outros e o comportamento anti-social na infância e adolescência. O Formulário de Resposta é utilizado para registrar os escores do entrevistado em cada um dos 20 itens do PCL:YV. Não são necessários o gabarito de contagem, nem os códigos, já que o Formulário de Resposta transfere automaticamente os valores para uma grade de escores.

O avaliador pode então obter o escore total para o PCL:YV e convertê-lo em percentis de classificação ou escores T. Assim, o PCL:YV não se caracteriza por ser um instrumento de avaliação comum, mas que implica o pesquisador em sua competência técnica e subjetividade na elaboração dos resultados.

Para o desenvolvimento do PCL:YV, os autores tomaram como base o PCL-R. Assim, de acordo com o manual, “o PCL:YV é uma extensão adaptada do PCL-R, avaliando domínios e conteúdos similares” (Forth, et al, 2006; p9.). Como a versão anterior, utilizada para adultos, o PCL:YV mede as características interpessoais, afetivas, anti-sociais e comportamentais.

A aplicação e preenchimento do instrumento corretamente fornecem ao aplicador um escore dimensional que representa o número e gravidade dos traços psicopáticos apresentados pelo jovem. Um ponto de corte para psicopatia não é fornecido, pois seria prematuro adotá-lo até que existam suficientes dados empíricos sólidos sobre a permanência dos traços de psicopatia em adolescentes até a idade adulta. No entanto, alguns investigadores, teoricamente, têm obtido resultados significativos em pesquisa com o ponto de corte de 30, frequentemente utilizado com criminosos adultos. (Forth, et al, 2006; pp.9).

O estudo em questão também já conta com a autorização por parte da MHS (Multi-Health System - Canadá) que detém os direitos autorais para utilização e comercialização da escala PCL:YV. O instrumento não foi incluído nos anexos.

confiabilidade do instrumento

A etapa de fidedignidade do instrumento foi realizada nos meses de abril e maio de 2008. Esta etapa contou com um grupo de dois psicólogos (um doutor e um mestrando) e dois psiquiatras (um pós-doutorado e outro mestrando). O procedimento consistia em entrevistar um adolescente interno da FASE, nas dependências da instituição. O grupo elegeu para tal um entrevistador, responsável pela condução da entrevista e pontuação do seu inventário, enquanto os demais observavam a entrevista e pontuavam seus respectivos inventários de forma independente.

O roteiro de entrevista utilizado foi o proposto pelo Dr. David Kosson, um dos autores do instrumento e Prof. Adjunto da Rosalind Franklin University (Chicago, IL). Em outubro de 2007, o então grupo de “Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e Bioética Clínica”, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq, bolsa de apoio ao pesquisador visitante, processo no 452959/2007-1), trouxe o

Dr. Kosson para treinamento dos participantes do estudo. O treinamento teve duração de aproximadamente uma semana. Questões pertinentes à aplicabilidade do instrumento, relacionadas à realidade do Brasil foram discutidas, não somente entre os pesquisadores, mas com um dos autores do instrumento, o que possibilitou melhor compreensão e aprendizado sobre o conteúdo proposto.

No momento seguinte, os resultados obtidos por cada um dos integrantes do grupo em relação às entrevistas de cada um dos jovens foram submetidas à análise de fidedignidade, utilizando o Coeficiente de Kendall. A análise foi realizada item a item e pontuação total. O resultado total foi de 0,92 ($p < 0,01$), representando um alto índice de confiabilidade interavaliador.

Questionário de dados sócio-demográficos

Foi elaborado pelos pesquisadores um questionário Sócio-Demográfico contendo as questões consideradas relevantes (Anexo V).

Questionário investigativo de uso de substâncias

Com o objetivo de investigar a sintomatologia sugestiva de transtorno relacionado ao uso de substâncias foi utilizado o questionário de Galduróz, Noto, & Carlini, (1997). Tais questões objetivam pesquisar uso e abuso de drogas, tipos de substâncias utilizadas, idade do início do consumo, frequência de uso, e a contribuição do uso para a prática do delito (Anexo VI).

Procedimento de análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizado o SPSS 11.0. As comparações das médias dos escores obtidos no PCL:YV e das variáveis sócio-demográficas e uso de substâncias foram realizadas com Análise de Variância (ANOVA), Correlação de Pearson, diagramas de dispersão e teste t.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil do interno da FASE

Com o uso do questionário sócio demográfico e de uso de substâncias foi possível descrever o perfil da maioria destes adolescentes como sendo caucasianos (60%), com idades entre 16 e 17 anos (60,5%) e baixa escolaridade, com somente

28,1% dos entrevistados tendo cursado além do sexto ano do ensino fundamental. Além disso, 83,6% da amostra afirmava ter repetido pelo menos um ano letivo e 89,2% dos entrevistados não estavam estudando no período em que cometeram a contravenção. Assim, não é errado atribuir a esta população fracasso escolar, pois comumente estão deslocados do ano letivo que cronologicamente teriam condições para cursar.

Aproximadamente 30% dos indivíduos entrevistados são reincidentes, e quase a metade da população (49,3%) possui algum familiar que cumpriu pena ou medida sócio-educativa. A razão do cumprimento da atual medida é distribuída em: 54,6% assalto, 12,6% furto, 10,4% homicídio, 7,7% tentativa de homicídio, 6% latrocínio, 2,7% tráfico e 6% outros delitos. Chama a atenção que 23,8% dos crimes não são apenas transgressões da lei, mas atos violentos que comprometem a integridade física das vítimas, como homicídio ou a tentativa de homicídio e latrocínio.

Algumas comorbidades são comuns a psicopatia, como a hiperatividade, e déficit de atenção (Finger, Marsh, Mitchell, Reid, Sims, Budhani, Kosson, Chen, Towbin, Leibenluft, Pine, & Blair, 2008). No Questionário Sócio Demográfico e de Uso de Substâncias (QSD-US), os adolescentes foram questionados se haviam em algum momento consultado com psicólogo ou psiquiatra. 68,1% respondeu negativamente e apresentaram média de escore 22,30 no PCL:YV. Já o grupo que afirmou ter consultado algum profissional de saúde mental, composto por 31,9% da amostra, obteve maior média nos escores do PCL:YV, 25,05. Quando questionados sobre o motivo, as respostas mais comuns eram: “sou muito agitado” ou “por causa dos nervos”. Este dado, entretanto, não foi significativamente estatístico.

Foi explorado no QSD-US se os indivíduos haviam sofrido algum tipo de acidente em que tiveram traumatismo craniano, com que idade e qual a severidade. Tal fato apresentou uma correlação baixa entre acidentes em que os entrevistados bateram a cabeça e escores de psicopatia ($r=0,199$; $p<0,01$). A etiologia da psicopatia pode também abranger na sua etiopatogenia problemas neurológicos. Existem diversos estudos que apontam uma hipoatividade no córtex pré frontal e no ventromedial-pré frontal, além de uma redução no tamanho e atividade do córtex anterior cingulado e das amígdalas cerebrais (Boes, Tranel, Anderson, & Nopoulos, 2008; Finger, et al 2008; Huebner, Vloet, Marx, Konrad, Fink, Herpertz, Herpertz-Dahlmann, 2008). Alguns destes sintomas podem ser decorrentes de lesões cerebrais causadas por traumatismos.

As médias entre grupos obtidas do escore total do PCL:YV mostram que os indivíduos que nunca bateram a cabeça apresentaram escores menores que os demais.

Estes apresentaram escore 21,93 (n=99) enquanto o grupo de indivíduos que afirma ter “batido” a cabeça mais de uma vez obteve escore médio 29,33 (n=3). Embora baixa ($r=0,199$; $p<0,01$), foi identificada uma correlação entre o número de vezes que bateram a cabeça e o escore obtido. Existem neste contexto duas possibilidades: a) Os acidentes crânio-encefálicos ocorridos com os adolescentes potencializaram ou desenvolveram a tendência psicopática; ou b) as atividades realizadas pelos adolescentes com tendência a psicopatia eram mais arriscadas, causando então acidentes onde os mesmos batiam a cabeça.

Entretanto, convém salientar que a única fonte de informação referente a esta questão foi o relato do próprio adolescente. Nenhum exame ou método científico foi utilizado para verificar a extensão do dano relatado.

Relação entre os dados sócio demográficos

dados familiares.

A maioria dos jovens entrevistados (76,8%) vive com os pais ou pelo menos um deles. A quantidade média de habitantes na mesma casa é de 4,6; modal 4 pessoas. As famílias são freqüentemente numerosas, e os entrevistados tinham normalmente em torno de 3 irmãos (modal) e em média 4,37. Apenas 25,9% dos entrevistados tinham até 2 irmãos. Os demais excediam esta quantia, chegando a 16 irmãos em um caso específico. Apenas 6 indivíduos afirmaram serem filhos únicos.

Os adolescentes da amostra, em praticamente sua totalidade, eram provenientes de uma população de baixa renda, inferior a 2 salários para 57,3% da amostra. Tomando por base esta informação, podemos afirmar que a renda familiar média da amostra estudada é inferior a meio salário por habitante da mesma casa, sendo que 50,3% dos pais e 41,6% das mães possuem atividade laboral formal. Consideramos por atividade laboral formal o trabalho realizado com carteira assinada, ou autônomo, desde que em atividade reconhecida. Os “bicos” ou “biscates”, não eram reconhecidos como atividade formal. Por exemplo: freqüentemente, os adolescentes entrevistados afirmavam que os pais eram pedreiros. Quando estes trabalhavam para alguma empreiteira, a atividade era considerada formal, do contrário, a atividade era considerada como informal. A renda familiar não apresentou correlações significativas com os escores obtidos no PCL:YV. Cleckley (1976), em sua definição de psicopatia, através de diversas vinhetas, afirmava que este transtorno transcende as classes sociais.

Uso parental de substâncias psicoativas

Os adolescentes com alguma frequência manifestaram que os pais fazem ou fizeram uso de drogas. Consideramos como pais usuários os quais os adolescentes afirmavam o uso ou dependência de substâncias ilícitas, ou o abuso / dependência de substâncias lícitas. O dito “uso social” explicado como: “toma uma cerveja durante um churrasco”, “fuma cigarros”, ou “às vezes toma um copo no fim de semana”, não foi considerado como uso nocivo, pois tal comportamento pode ser observado como conduta socialmente aceita na maioria das sociedades do mundo ocidental.

A correlação de Pearson para uso de drogas pelo casal foi baixa ($r=0,238$; $p<0,01$), sugerindo uma baixa influência no uso de drogas entre os cônjuges. 31,4% da amostra tinham, pelo menos, um dos pais usuários de drogas. 2,2% afirmaram que ambos os pais faziam uso de drogas. Os 36,8% restantes relataram que nenhum dos pais fazia uso de substâncias.

Dos adolescentes entrevistados, 29,7% não dispunham das respostas a respeito da drogadição dos pais, por desconhecimento, falecimento de pelo menos um dos parentes ou por não possuir contato próximo. Consideramos este viés como incerteza. Obtivemos então a seguinte distribuição para o uso de drogas pelos pais: 73% de mães não usuárias, 8,1% de mães usuárias, 18,9% de incerteza. Os pais por sua vez foram apontados como 43,2% não usuários, 28,1% usuários e 28,7% de incerteza.

A média do escore obtido no PCL:YV para o grupo de indivíduos que ambos os pais eram usuários foi de 25,75. Para o grupo que somente um dos pais era usuário foi de 23,51, e para o grupo em que nenhum dos pais fazia uso de drogas a média foi 21,74. Encontramos uma baixa correlação entre os traços de psicopatia e uso de drogas no ambiente familiar ($r=0,146$; $p<0,05$). Esta correlação foi encontrada especificamente nos itens 6 ($r=0,161$; $p<0,05$), 11 ($r=0,155$; $p<0,05$), 12 ($r=0,163$; $p<0,05$) e 15 ($r=0,207$; $p<0,01$) do PCL:YV, que são respectivamente: ausência de remorso, comportamentos sexuais impessoais, e problemas comportamentais precoces e irresponsabilidade. Os resultados sugerem que o uso de substâncias psicoativas por parte dos pais pode exercer uma pequena influência na conduta psicopática dos filhos.

Escolaridade

As médias do PCL:YV entre grupos mostraram-se superiores para grupos de menor escolaridade, revelando uma baixa correlação negativa ($r= -0,162$; $p<0,05$). O grupo que havia estudado, ou estava estudando até no máximo a 4ª série do ensino

fundamental obteve média 24,12 no PCL:YV. O grupo entre 5ª e 8ª série obteve média 22,92. O grupo do ensino médio obteve média 19,14. A mesma tendência pode ser observada para a variedade de drogas utilizadas. O grupo de menor escolaridade experimentou maior diversidade de drogas com uma baixa correlação negativa ($r=-0,162$, $p<0,01$). Conforme Romano (2004), o dependente em geral desenvolve Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), sendo esta a comorbidade mais prevalente entre os dependentes químicos. É caracterizada por: indiferença, diminuição ou interrupção da atividade motora, diminuição ou perda da capacidade cognitiva (deteriorização intelectual), passividade, apatia, isolamento, etc. Tal síndrome pode ocasionar prejuízos escolares. Das crianças com TDAH, 40% vão desenvolver personalidade anti-social, abuso de substâncias e conduta delitativa durante a adolescência ou idade adulta.

As médias entre grupos apontaram também que aqueles com menor escolaridade e os que haviam abandonado a escola há mais tempo apresentavam maior quantidade de Medidas Sócio Educativas (MSE). O abandono escolar e a reincidência criminal também obtiveram uma baixa correlação com os escores do PCL:YV ($r=0,157$; $p<0,01$).

Os grupos com menor escolaridade apresentaram uma baixa correlação negativa ($r=-0,246$; $p<0,01$) com o número de pessoas que habitavam a mesma casa. Ou seja, quanto mais habitantes menor o nível de escolaridade.

A pouca escolaridade mostrou uma baixa correlação negativa para os itens 4 ($r=-0,197$; $p<0,01$), 12 ($r=-0,216$; $p<0,01$) e 19 ($r=-0,216$; $p<0,01$), que são respectivamente: mentira patológica, problemas comportamentais precoces, e graves violações da liberdade condicional. O abandono escolar apresentou uma baixa correlação ($r=0,246$; $p<0,01$) com o uso parental de substâncias.

As correlações entre os dados demográficos, uso de drogas e psicopatia foram baixas. Estes dados colaboram com a explicação etiológica da psicopatia como sendo multifatorial.

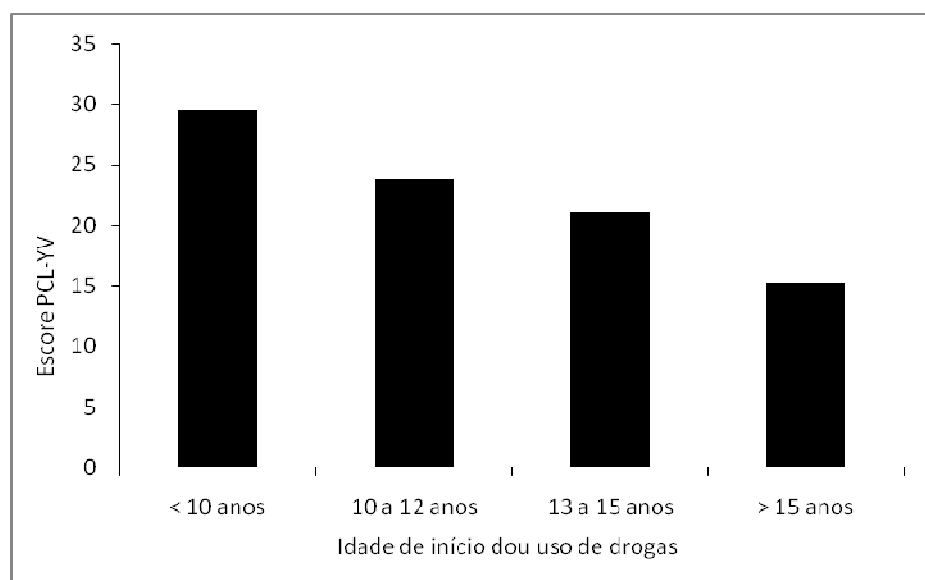
Drogadição quanto à frequência, tipo de drogas utilizadas, idade de início e traços de psicopatia

A amostra em praticamente sua totalidade confirmou o uso de algum tipo de droga (98,4%), sendo que 2,2% da amostra não recordavam a idade que haviam experimentado drogas pela primeira vez. 11,4% iniciaram o consumo com menos de 10

anos, 44,9% entre 10 e 12 anos, 37,8% entre 13 e 15 anos e 2,2% com idade superior aos 15 anos. A idade de início de consumo de substâncias apresentou uma baixa correlação negativa ($r=-0,232$; $p<0,01$) com os escores do PCL:YV. Estes resultados sugerem que quanto mais jovem ocorre o uso de substâncias, maiores tendem a ser os traços de psicopatia.

Na análise de variâncias entre grupos, os que iniciaram o consumo mais jovens obtiveram medias mais elevadas nos escores do PCL:YV, sugerindo a existência de uma relação entre a drogadição e os traços de psicopatia. O grupo que iniciou uso de drogas antes dos 10 anos obteve escore 29,49; entre 10 e 12 anos, 23,80; de 13 a 15 anos, 21,07; e com mais de 15 anos, 15,25.

Gráfico I – Relação entre idade de início do uso de substâncias e escore do PCL:YV. Para < 10 anos (n=21); 10 a 12 anos (n= 83); 13 a 15 anos (n=70) e >15 anos (n=4).

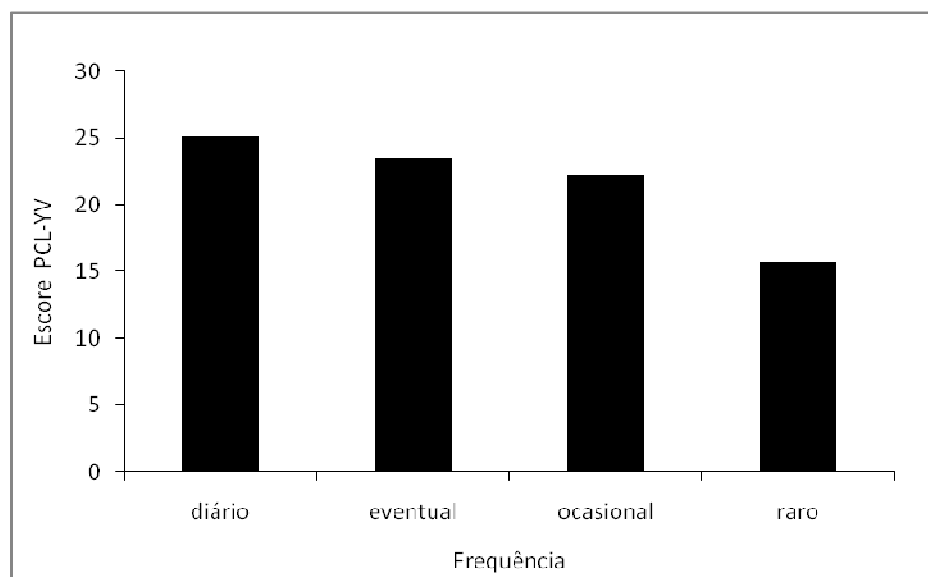


O gráfico apresenta a relação entre a idade de início do uso de substâncias e das médias dos escores do PCL:YV obtidos por cada um dos grupos referidos. É possível observar que os escores diminuem conforme aumenta a idade de início do uso de drogas. Mesmo a correlação sendo pequena, é possível observar uma diferença de quase o dobro da pontuação média entre o grupo que começou o uso com idade inferior a 10 anos e o grupo que começou o uso com idade superior a 15 anos.

A mensuração quanto à frequência do consumo de drogas foi distribuída em quatro níveis: uso diário, eventual, ocasional e raro, conforme proposto pela escala utilizada do uso de substâncias (Galduróz, Noto, Carlini, 1997). O primeiro foi atribuído ao indivíduo que afirmava usar alguma substância todos os dias. Este dado representa 48,6% da amostra. O segundo foi atribuído ao indivíduo que afirmava usar entre duas e seis vezes por semana. Este dado representa 15,1% da amostra. O terceiro, aos indivíduos que faziam uso de drogas até duas vezes por semana. Este dado representa 25,9% da amostra. O último, para os indivíduos que faziam uso de drogas em uma frequência inferior a uma vez por semana. Este dado representa 8,6% da amostra. Os demais afirmaram nunca terem feito uso.

A frequência no uso de drogas mostrou correlação média (0,333; $p < 0,01$) com o escore obtido no PCL:YV. A média dos escores obtidos foram 25,08 para uso diário, 23,45 para uso eventual, 22,23 para uso ocasional e 15,72 para uso raro. Os dados sugerem que a frequência do uso de drogas pode ser um indicativo de traços de psicopatia.

Gráfico II - Relação entre frequência do uso de substâncias e escore do PCL:YV. Para < diário (n=90); eventual (n= 28); ocasional (n=48) e raro (n=16).



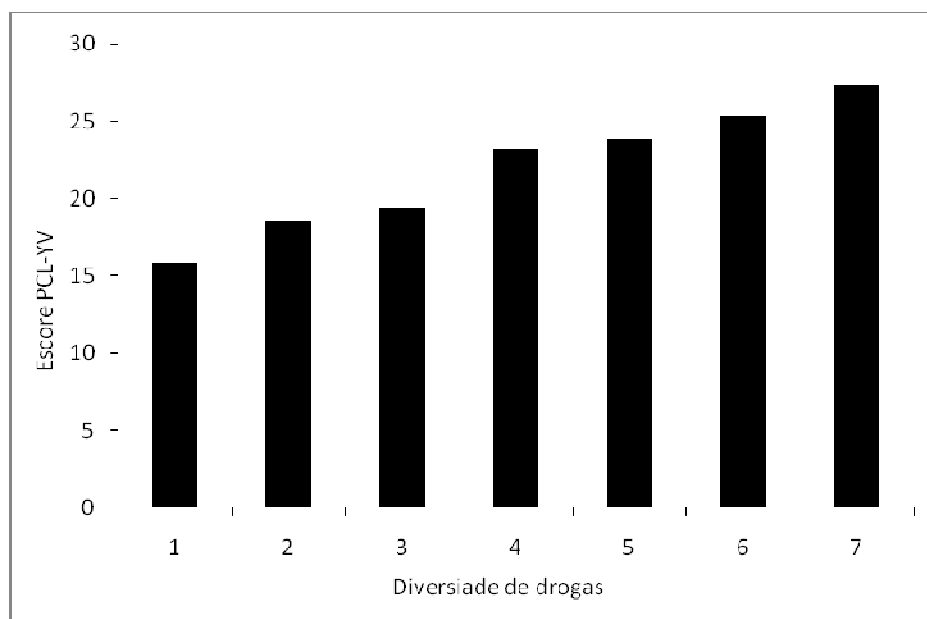
Neste gráfico é possível observar a relação entre a frequência de uso de substâncias e os escores do PCL:YV obtidos pelos grupos referidos. Existe uma

tendência dos escores reduzirem conforme diminui a frequência do uso. Convém ressaltar que nem todo usuário de drogas é um psicopata, entretanto, os adolescentes da amostra entrevistada, que faziam uso mais frequente de substâncias obtiveram em média maior escore no PCL:YV, conforme é possível observar no gráfico.

De acordo com Ferreira & Ferreira (2003), é comum ao dependente químico desenvolver comportamentos antissociais, e conforme Zaleski (2010), 95% dos pacientes com Transtorno de Personalidade Anti-social são dependentes de álcool e/ou outras substâncias. Assim, tornam-se frequentes os furtos, aumento de agressividade, tráfico, homicídios, prostituição, e um estado de tensão social que gera acidentes, suicídios, conflitos familiares, ocupacionais, etc.

A variedade de substâncias usadas pelos indivíduos entrevistados apresentou correlação média ($r=0,412$; $p<0,01$) com os escores obtidos no PCL:YV. As médias dos indivíduos que usavam maior diversidade de drogas mostraram-se superiores. Para o grupo de entrevistados que havia experimentado 7 diferentes tipos de drogas a média dos escores obtidos no PCL:YV foi de 27,35; para os que experimentaram 6 tipos a média foi 25,35; para 5 tipos 23,90; para 4 tipos 23,20; para 3 tipos 19,39; 2 tipos 18,61 e 1 tipo 15,83.

Gráfico III - Relação entre diversidade de substâncias usadas e escore do PCL:YV. Para < 1 (n=9); 2 (n= 14); 3 (n=23); 4 (n=20); 5 (n=60); 6 (n=29) e 7 (n=28).



No gráfico acima observamos a relação entre grupos referentes à variedade de drogas usadas e os escores do PCL:YV. As drogas referidas foram: nicotina, álcool, maconha, crack, cocaína, inalantes (cola, solvente) e ácido. É possível observar que as médias são crescentes, de acordo com a diversidade de drogas consumidas, ou seja, os grupos que referiram maior diversidade de consumo apresentaram maior escore médio.

Os jovens relataram que as drogas usadas com maior frequência foram o álcool em primeiro (97,3%), em segundo a nicotina (87,6%), seguida pela cocaína (69,8%) e crack (65,9%). Mais da metade dos entrevistados afirma ter feito uso de crack, maconha e álcool no último ano.

Correlação entre o uso de drogas e fator Anti-social do PCL:YV.

Dos adolescentes entrevistados, 60,5% afirmaram que o fato de usarem drogas não possuía qualquer relação com a contravenção cometida. Assim, não acreditavam que o uso de drogas tivesse ocasionado ou potencializado a possibilidade de realização da contravenção pela qual estava cumprindo pena.

O número de MSE que os entrevistados vinham cumprindo até o momento mostrou correlação baixa para a variedade de drogas usadas ($r=0,197$; $p<0,01$), para a frequência de uso ($r=0,180$; $p<0,05$) e correlação negativa para idade de início de uso de substâncias ($r=-0,146$; $p<0,05$). As médias no PCL:YV se mostraram progressivas para o número de medidas sócio educativas cumpridas até o momento. As médias entre grupos foram: para 1 MSE, 21,99 ($n=131$); para 2, 24,46 ($n=36$); para 3, 29,19 ($n=14$), para 4, 30,17 ($n=3$) e para 5 ou mais 28,00 ($n=1$). É possível observar que o último grupo obteve média inferior ao grupo com 3 MSE. Cabe ressaltar que somente um indivíduo afirmou estar cumprindo a 5ª medida sócio educativa ($n=1$). Esta avaliação se dá entre grupos, e este caso especificamente conta com apenas um indivíduo.

Algumas vezes quando entrevistados, os indivíduos não sabiam dizer por qual razão estavam cumprindo medida ou aguardando por julgamento e afirmavam não ter cometido nenhuma das contravenções descritas. Tal fato acontecia em parte devido à grande quantidade de contravenções cometidas pelo jovem, que não sabia por qual delas estava respondendo, ou simplesmente por manipulação de impressões. Ao cruzarmos os dados de delitos cometidos com os de uso de substâncias, obtivemos o número de infratores em cada delito de acordo com a frequência do uso de cada substância (Quadro I).

Quadro II – Quantidade de indivíduos por delito em função da frequência de uso de drogas.

Delito	Frequencia de uso				Total
	Diário	Eventual	ocasional	Raro	
Furto	14	4	4	1	23
Assalto	48	16	29	7	100
Homicídio	8	3	6	2	19
Tent. Homicídio	6	3	3	2	14
Latrocínio	6	2	2	1	11
Tráfico	5	0	0	0	5
Total	87	28	44	13	172

Dentre as contravenções especificadas, como: furto, assalto, homicídio, tentativa de homicídio, latrocínio e tráfico, apresentaram os números mais expressivos em quantidades de indivíduos os grupos que faziam uso diário de alguma substância. Além disso, os grupos que manifestaram uso raro também expressam menor quantidade de indivíduos em todos os delitos, conforme é possível perceber no Quadro II.

Alguns dos entrevistados referiram estar sob o efeito de drogas no momento em que realizaram o delito, outros que cometiam o delito para obter dinheiro para adquirir a droga. Assim, podemos mais uma vez perceber a droga como objetivo, motivadora ou facilitadora de um ato delitivo.

Foram excluídos desta tabela os indivíduos que estavam incluídos na categoria de delitos chamada “Outros”, composta por contravenções que apresentariam quantidades inexpressivas individualmente, e também os indivíduos que afirmavam não fazer uso de substâncias.

É possível perceber que mais da metade das contravenções foram cometidas por indivíduos que faziam uso diário de alguma substância (n=87). A contravenção cometida pelo maior número de indivíduos foi o assalto, sendo que 48% deles por indivíduos que faziam uso diário de drogas.

Para correlacionar o uso de substâncias com a psicopatia, tomamos um fator específico do PCL:YV chamado fator Anti-social. A análise que determinou os fatores foi desenvolvida a partir de amostras internacionais. As pesquisas utilizando o PCL:YV no Brasil são recentes, porém os resultados obtidos vêm mostrando alguma semelhança com os resultados obtidos em pesquisas nos Estados Unidos.

Existe ampla evidência de uma tradição clínica que define psicopatia tanto em termos de características de personalidade inferidas quanto comportamentos socialmente desviantes (Cleckley, 1976; Hare, 2003). Recentemente, análises fatoriais de grandes amostras de transgressores adultos sugerem que um modelo com quatro fatores correlacionados fornece uma explicação muito boa para o padrão de covariância entre os escores dos itens do PCL-R (Hare, 2003).

Adotamos como modelo de fator Anti-Social o Modelo Estrutural para a solução de 4 fatores proposto por Hare (2003), o qual apresenta os itens: Dificuldade em controlar a raiva (item 10), Problemas comportamentais precoces (item 12), Comportamento criminoso grave (item 18), Violações graves da liberdade condicional (item 19) e Versatilidade criminal (item 20).

Dificuldade em controlar a raiva.

O item “Dificuldade em controlar a raiva”, apresentou baixa correlação para a Frequência do uso de drogas ($r=0,206$; $p<0,01$). As médias entre grupos se mostraram superiores neste item para usuários diários, sugerindo assim, que usuários costumários são mais violentos. Cabe aqui ressaltar, que a pontuação mínima para cada item é zero, e o máximo é 2. As médias para uso raro foram 0,76 ($n=17$), para uso ocasional 1,33 ($n=48$), para uso eventual 1,32 ($n=28$) e para uso diário 1,46 ($n=90$).

A idade de início do uso de substâncias não apresentou correlações significativas com a dificuldade em controlar a raiva. Entretanto, os indivíduos que iniciaram o uso com idade inferior a 10 anos apresentaram média 1,71 ($n=21$); com idade entre 10 e 12 anos, média 1,42 ($n=83$); com idade entre 13 e 15 anos, média 1,15 ($n=71$) e com idade superior a 15 anos, média 1,00 ($n=4$). É possível observar que as médias entre grupos são sensivelmente mais elevadas quanto menor a idade do início do uso de substâncias e tendem a diminuir de acordo com o aumento da idade de início do uso.

A variedade de drogas usadas apresentou baixa correlação ($r=0,289$; $p<0,01$) com o item dificuldade em controlar a raiva, e as médias entre grupos obtidas não mostraram um aumento proporcional à diversidade de drogas usadas. Porém, é possível perceber claramente que a média mais alta entre grupos foi para o que consumia maior quantidade de drogas. O grupo com menor média foi o que consumiu um tipo de droga. O grupo que consumia 1 tipo de substância apresentou média 0,78 ($n=9$); para 2 tipos de drogas, média 1,21 ($n=14$); para 3 tipos de drogas, média 0,87 ($n=23$); para 4 tipos de drogas, média 1,15 ($n=20$); para 5 tipos de drogas, média 1,52 ($n=60$); para 6 tipos de

drogas, média 1,52 (n=29); e para 7 diferentes tipos de drogas, média 1,54 (n=28).

Não temos informações suficientes para afirmar se os indivíduos que utilizam drogas em maior variedade e frequência apresentam temperamento mais explosivo em decorrência do uso de substâncias, ou se pela raiva mal administrada buscam na droga uma forma de amenizá-la. Contudo, é fato que existe correlação entre o uso de drogas e a dificuldade no controle da raiva, o que torna os infratores usuários de drogas mais perigosos.

Um jovem com o alto escore neste item pode ser predisposto a comportamentos agressivos súbitos e não provocados ou comportamento agressivo que parece excessivo em relação às provocações. Este item descreve um jovem facilmente raivoso ou frustrado, que pode ser descrito como “pavio curto” ou “cabeça quente” e tende a responder a frustração, fracasso e críticas com comportamento violento ou com ameaças e abuso verbal.

Problemas comportamentais precoces.

O item “problemas comportamentais precoces” apresentou baixa correlação com a frequência do uso de drogas ($r=0,217$; $p<0,01$). As médias entre grupos para este item, quanto à frequência do uso de substâncias, foram progressivas de acordo com a demanda, sendo maiores para aqueles que fazem uso diário e menores para os que usam raramente. As médias para uso raro foram 0,41 (n=17), para uso ocasional, 0,94 (n=48), para uso eventual, 1,11 (n=28) e para uso diário, 1,14 (n=87). Os resultados sugerem que indivíduos com problemas comportamentais precoces têm maior propensão ao uso diário de drogas.

A idade de início no uso de drogas é definitivamente um indicador de problemas comportamentais precoces, de acordo com Forth et al. (2006). Além da média correlação negativa ($r=-0,368$; $p<0,01$) apresentada, as médias entre grupos obtidas para este item mostram-se decrescentes, apontando que o grupo que iniciou uso de drogas em idade inferior a 10 anos obteve a maior média para este item. Os jovens que iniciaram o uso com mais de 15 anos apresentaram a média mais baixa. Os indivíduos que começaram o uso com idade inferior a 10 anos apresentaram média 1,71 (n=21); com idade entre 10 e 12 anos, média 1,11 (n=82); com idade entre 13 e 15 anos, média 0,71 (n=69) e com idade superior a 15 anos, média 0,25 (n=4).

A variedade de drogas usadas apresentou baixa correlação ($r=0,244$; $p<0,01$) com o item. Os grupos que experimentaram maior variedade de drogas apresentaram

escores superiores àqueles que experimentaram poucas, porém não houve uma proporcionalidade entre os escores, ou seja, as médias mais baixas e mais altas não foram respectivamente para os grupos de 1 tipo de substância e para o de 7 tipos de substâncias. Teria-se, entretanto, médias que iriam da menor a maior se o consumo relativo à variedade de drogas fosse agrupado em três categorias: o consumo até 2 tipos de substâncias; de 3 a 5 substâncias; e mais de 6 substâncias. Obtivemos para este item as seguintes médias: o grupo que consumia 1 tipo de substância apresentou média 0,56 (n=9); para 2 tipos de drogas, média 0,54 (n=13); para 3 tipos de drogas, média 0,87 (n=23); para 4 tipos de drogas, média 0,84 (n=19); para 5 tipos de drogas, média 1,10 (n=59); para 6 tipos de drogas, média 1,21 (n=29) e para 7 diferentes tipos de drogas, média 1,21 (n=28). Este item sugere uma correlação, ainda que leve, para a quantidade de drogas consumidas e problemas comportamentais precoces.

Importante salientar que o retraimento, a depressão e a ansiedade não são considerados para pontuação neste item. O item “problemas comportamentais precoces” descreve um jovem que teve graves problemas comportamentais com 10 anos ou menos. Esses problemas podem incluir trapaças, furtos, roubos, empenhar-se em atear fogo em algo, “matar” aulas, interrupção de atividade de classe, vandalismo, violência, intimidações, fugas de casa, atividades sexuais precoces e abuso de substâncias. Esses comportamentos são mais graves do que aqueles apresentados pela maioria das crianças e, com frequência, resultam em queixas dos outros, suspensão ou expulsão da escola e contatos com a polícia ou profissionais da saúde mental. Um indivíduo que se envolve em problemas comportamentais variados, frequentes e persistentes quando criança, recebe o escore 2 (pontuação máxima) .

Comportamento criminal grave.

Este item apresentou baixa correlação ($r=0,214$; $p<0,01$) com a frequência do uso de drogas. Entretanto, a média entre grupos mostra que usuários mais frequentes tendem a apresentar maior pontuação para o “comportamento criminal grave”. É possível observar o crescimento das médias conforme aumenta a intensidade do uso. As médias para uso raro foram 1,44 (n=16), para uso ocasional, 1,57 (n=47), para uso eventual, 1,71 (n=28) e para uso diário, 1,79 (n=90).

A correlação com a idade de início do uso de substâncias foi baixa e negativa ($r=-0,204$; $p<0,01$). Porém, na análise das médias entre grupos chama atenção que o grupo de indivíduos que afirmou ter iniciado antes dos 10 anos de idade obteve grau

máximo (2) para este item. Assim podemos afirmar que na amostra estudada, a totalidade dos indivíduos que iniciaram o uso de drogas com menos de 10 anos de idade apresentam conduta criminal grave. Assim, é possível inferir que menores infratores que fazem uso de drogas com idade inferior a 10 anos tendem a cometer crimes graves. Os indivíduos que iniciaram o uso com idade inferior a 10 anos apresentaram média 2,00 (n=21); com idade entre 10 e 12 anos, média 1,67 (n=82); com idade entre 13 e 15 anos, média 1,61 (n=70) e com idade superior a 15 anos, média 1,5 (n=4).

A correlação foi média ($r=0,320$; $p<0,01$) para a quantidade de drogas experimentada. As médias entre grupos foram de modo geral alta para praticamente toda amostra. Sua distribuição não foi progressiva de acordo com a quantidade de drogas consumidas. Obtivemos para este item as seguintes médias: o grupo que consumia 1 tipo de substância apresentou média 1,00 (n=8); para 2 tipos de drogas, média 1,71 (n=14); para 3 tipos de drogas, média 1,26 (n=23); para 4 tipos de drogas, média 1,79 (n=19); para 5 tipos de drogas, média 1,80 (n=60); para 6 tipos de drogas, média 1,69 (n=29); e para 7 diferentes tipos de drogas, média 1,93 (n=28).

Os grupos com jovens que afirmaram fazer uso de diversas substâncias (4 ou mais) apresentaram médias mais elevadas, sugerindo uma tendência do comportamento criminal grave quanto ao uso de múltiplas substâncias.

Este item descreve um adolescente que se envolveu em atividades criminais graves. O comportamento criminal grave é definido por crimes violentos: assassinato, assalto, roubo, posse de arma, assalto simples, roubo de carro, invasão de propriedade, incêndio, fraude, tráfico de drogas, violações maiores ao dirigir, fuga, etc. Isso inclui tanto acusações e condenações por infrações criminais, quanto atos criminais cometidos, dos quais o jovem não foi acusado. De modo geral, os entrevistados tendem a minimizar seu comportamento criminal, contando menos do que de fato realizaram, ou dando menor ênfase ao delito.

Graves violações da liberdade condicional.

Este item apresentou baixa correlação ($r=0,196$; $p<0,01$) com a frequência do uso de drogas. As médias entre grupos foram: para uso raro 0,18 (n=17), para uso ocasional 0,60 (n=48), para uso eventual 0,75 (n=28) e para uso diário 0,81 (n=90). As médias entre grupos, embora tenham sido baixas, mostram-se proporcionalmente crescentes quanto à frequência do uso, sugerindo que o uso frequente de substâncias aumenta a tendência do indivíduo em burlar a medida sócio educativa. Embora não

tenha sido especificamente investigado, as tentativas de fuga de instituições sócio educativas podem ser motivadas, entre outras razões, pelo desejo de usar a droga, também conhecido por fissura.

A idade de início apresentou correlação negativa média ($r=-0,300$; $p<0,01$) com as graves violações da liberdade condicional. Os indivíduos que iniciaram o uso com idade inferior a 10 anos apresentaram média 1,10 ($n=21$); com idade entre 10 e 12 anos, média 0,81 ($n=83$); com idade entre 13 e 15 anos, média 0,44 ($n=71$) e com idade superior a 15 anos, média 0 ($n=4$). Os indivíduos que experimentaram alguma droga com idade superior aos 15 anos obtiveram a pontuação zero para todo o grupo, evidenciando nenhuma tendência a burlar o sistema sócio educativo. Este item seguiu a tendência dos anteriores, apontando que as conseqüências do uso de drogas tendem a ser mais severas quanto mais jovem o indivíduo passa a utilizá-las.

O item apresentou correlação média ($r=0,323$; $p<0,01$) com a variedade de drogas usadas. Obtivemos para este item as seguintes médias: o grupo que consumia 1 tipo de substância apresentou média 0,00 ($n=9$); para 2 tipos de drogas, média 0,14 ($n=14$); para 3 tipos de drogas, média 0,43 ($n=23$); para 4 tipos de drogas, média 0,70 ($n=20$); para 5 tipos de drogas, média 0,70 ($n=60$); para 6 tipos de drogas, média 1,14 ($n=29$); e para 7 diferentes tipos de drogas, média 0,89 ($n=28$). Conforme é possível verificar, os indivíduos que fizeram uso de um tipo de substância apresentaram zero nas médias entre grupos, sugerindo nenhuma tendência a enganar o sistema sócio educativo.

Este item descreve um jovem que cometeu duas ou mais violações graves da liberdade condicional ou que tenha, em duas ou mais ocasiões, fugido ou tentado fugir de uma instituição de segurança. Todos os tipos de liberdade condicional são considerados, incluindo liberdade condicional ou supervisão obrigatória, estágio probatório, fiança e ausências temporárias ou licença. Descreve também as violações graves da liberdade condicional definidas como: aquelas que resultam na revogação da liberdade condicional ou envolvimento em atos criminais enquanto em liberdade condicional.

Versatilidade criminal

A Versatilidade criminal apresentou baixa correlação ($r=0,217$; $p<0,01$) com a frequência do uso de drogas. O item obteve nas médias entre grupos resultados maiores para aqueles que faziam uso com maior frequência. As médias para uso raro foram 0,65 ($n=17$), para uso ocasional 1,00 ($n=48$), para uso eventual 1,00 ($n=28$) e para uso diário

1,23 (n=90).

A idade de início apresentou baixa correlação negativa ($r=-0,193$; $p<0,01$) com o item. A média entre grupos apresentou resultados mais elevados para os jovens que iniciaram o uso de drogas mais cedo. Obtivemos as seguintes médias: os indivíduos que iniciaram o uso com idade inferior a 10 anos, média 1,62 (n=21); com idade entre 10 e 12 anos, média 1,06 (n=83); com idade entre 13 e 15 anos, média 0,97 (n=71) e com idade superior a 15 anos, média 0,75 (n=4).

A variedade de drogas usadas apresentou baixa correlação ($r=0,291$; $p<0,01$) com o item. A média entre grupos não apresentou um aumento exato de acordo com a quantidade de drogas utilizadas. Obtivemos para este item as seguintes médias: o grupo que consumia 1 tipo de substância apresentou média 0,56 (n=9); para 2 tipos de drogas, média 0,64 (n=14); para 3 tipos de drogas, média 0,78 (n=23); para 4 tipos de drogas, média 1,20 (n=20); para 5 tipos de drogas, média 1,18 (n=60); para 6 tipos de drogas, média 1,07 (n=29); e para 7 diferentes tipos de drogas, média 1,43 (n=28).

O grupo que menos experimentou drogas apresentou a menor média, a qual foi quase 3 vezes menor que o grupo que mais experimentou. Tal resultado sugere que a quantidade de drogas utilizadas apresenta alguma relação com a versatilidade criminal.

O item versatilidade criminal descreve um jovem que se envolveu em muitos tipos de atos criminais. É considerado somente o comportamento criminal cometido a partir dos 11 anos, e é pontuado com base na variedade dos diferentes atos criminais cometidos pelo adolescente e não pela severidade ou frequência destes atos. Os atos criminais são divididos em categorias e se um ato se encaixa em duas ou mais categorias, a categoria mais violenta é escolhida. Um jovem precisa ter cometido seis diferentes atos criminais para obter um escore de 2 nesse item.

BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS A TÍTULO DE CONCLUSÃO.

No Brasil o termo psicopatia é usado com maior expressão no campo jurídico, e não como diagnóstico clínico no campo da psicologia ou psiquiatria. O DSM-IV TR apresenta o diagnóstico Transtorno Anti-social de personalidade, que aborda algumas questões, como: estilo de vida parasitário, repetidas contravenções e um histórico de violência. Entretanto, o conceito de psicopatia, de acordo com o proposto por Cleckley (1976) em sua obra “A máscara da sanidade” de 1941, era mais amplo que o Transtorno

Anti-social. O trabalho de Cleckley exerceu influência direta na elaboração do DSM-I (1952), o qual mencionava a Personalidade Psicopática.

Em decorrência de um possível interesse da APA em simplificar a linguagem e, por conseguinte, o diagnóstico do transtorno anti-social, algumas características relevantes referentes à psicopatia foram deixadas de fora, ou pelo menos não foram incluídas de forma explícita no manual. Tais características são: egoísmo, egocentrismo, manipulação, falta de empatia, dentre outros comumente e historicamente associados à psicopatia. Entretanto, concentraram sua atenção nas características comportamentais relacionadas a atos de irresponsabilidade, violência ou criminalidade. Em nosso entendimento, o Transtorno Anti-social de Personalidade e a Personalidade Psicopática se sobrepõem em diversos aspectos, contudo o segundo seria uma progressão do primeiro, assim como a personalidade Anti-Social está para um transtorno de conduta.

O PCL:YV, conforme o modelo proposto por Hare (2003), é dividido entre quatro fatores, dentre eles o fator anti-social. Escolhemos este fator da personalidade psicopática para analisar o quanto o uso de substâncias pode potencializar tais características. Mesmo acreditando que a psicopatia apresenta mais do que apenas características anti-sociais, optamos por iniciar por este fator, pois é difícil imaginar um psicopata despido da conduta violenta e criminoso, enfatizada pela conduta anti-social.

Nossas análises apontaram que praticamente a totalidade da amostra de adolescentes em conflito com a lei (98,4%) fizeram uso de drogas e apresentaram baixa escolaridade, estando comumente deslocados do ano letivo que cronologicamente teriam condições para cursar, e a maior parte da amostra não estava freqüentando a escola quando cometeu a contravenção. Os grupos que apresentaram maior média no PCL:YV foram e os grupos com menor escolaridade e que haviam abandonado a escola a mais tempo. Chama atenção que praticamente a quarta parte dos crimes cometidos comprometiam a integridade física das vítimas.

Quase um terço da amostra tinha pelo menos um dos pais usuários de drogas. Os resultados sugerem que o uso de drogas pelos pais pode potencializar as características psicopáticas nos filhos, bem como a busca pelas drogas quanto a variedade e freqüência de uso. Segundo Del Moral e Fernández (1998), a genética do indivíduo também pode interferir, tanto na busca, quanto na ação farmacológica das drogas.

Mesmo que 60,5% dos entrevistados tenham afirmado que o fato de usarem drogas não possui qualquer relação com a contravenção cometida, pela qual está

cumprindo pena, os resultados sugerem uma tendência contrária. Os delitos eram com frequência realizados na tentativa de se obter recursos para a aquisição da droga.

Ao analisar nos adolescentes o uso de substâncias, foi investigada a idade de início do uso de drogas, a frequência de uso e a diversidade de drogas experimentadas. Estes hábitos mostraram-se, em decorrência das correlações e médias entre grupos, consistentes para afirmarmos que a drogadição e a psicopatia estão relacionadas. A frequência de uso e a diversidade de drogas apresentaram correlação média com os escores do PCL:YV, e mesmo a correlação estatística sendo significativamente baixa com a idade de início do uso de substâncias, a média entre grupos dos usuários com menos de 10 anos foi bastante alta.

De acordo com Ferreira e Ferreira (2003), é comum ao dependente químico desenvolver comportamentos antissociais, e conforme Zaleski (2010), 95% dos pacientes com Transtorno de Personalidade Anti-social são dependentes de álcool e/ou outras substâncias. Esta afirmação corrobora com os resultados obtidos. Porém, cabe ressaltar que mais estudos são necessários neste sentido para que se possa determinar se o uso de drogas contribui para o desenvolvimento de uma personalidade psicopática, ou se o indivíduo com traços psicopáticos precoces tende a buscar mais cedo, com maior frequência e variedade o uso de substâncias.

Embora não seja informado propositalmente um ponto de corte para o trabalho com adolescentes, nos Estados Unidos o ponto de corte para adultos é 30 e no Canadá 27, e a média entre os adolescentes entrevistados foi 23,18. Grupos que iniciaram o uso de drogas com idade inferior a 10 anos de idade apresentaram média nos escores do PCL-YV 29,49. Aqueles que faziam uso diariamente apresentaram média 25,08. Os grupos que experimentaram 7 drogas diferentes apresentaram média 27,35. Todos estes obtiveram resultados acima da média geral. Desta maneira, verifica-se que, de modo geral, os grupos que apresentaram as maiores médias são os que fazem uso mais intenso de drogas, pela diversidade, frequência ou idade de início.

Dentre as contravenções especificadas como: furto, assalto, homicídio, tentativa de homicídio, latrocínio e tráfico, o grupo que fez uso diário de alguma substância cometeu mais da metade das contravenções. Além disso, aqueles que manifestaram uso raro também expressam menor quantidade de indivíduos por delito.

Ao analisar o uso de substâncias com o fator anti-social da psicopatia, observamos separadamente cada um dos itens envolvidos neste fator. Convém lembrar que o escore máximo, e por consequência, a média máxima a ser obtida em cada item

separadamente é 2. Para todos os itens que envolvem este fator, o uso de drogas mostrou algum nível de significância quanto a frequência, diversidade de drogas experimentadas e idade de início, apresentando nas médias entre grupos escores maiores para os que faziam uso diário, aos que consumiam 6 ou 7 diferentes tipos de drogas, e aos que iniciaram o uso com idade inferior a 10 anos.

Os resultados apontaram os usuários costumários de drogas como mais violentos. Não podemos, entretanto, afirmar se os indivíduos que utilizam drogas em maior variedade, frequência e em idade inferior a 10 anos são mais violentos pela dificuldade em controlar a raiva causada pela droga, ou se pela dificuldade em controlar a raiva, o indivíduo busca precocemente o uso de substâncias com o intuito de sedar este sentimento.

A idade inferior a 10 anos para o início de uso já é por si um problema de comportamento precoce, o qual apresentou uma média alta entre grupos (1,71). Além disso, os resultados sugerem que indivíduos com problemas comportamentais precoces apresentam maior propensão ao uso diário de drogas e buscam maior variedade de substâncias também.

O item comportamento criminal grave apresentou revelações importantes a respeito da drogadição na psicopatia, pois obteve os escores mais altos nas médias dos grupos comparado aos outros itens. Este Resultado confirma que o dependente de drogas perde, se não totalmente em grande parte, os parâmetros sociais e morais para obter a droga. A análise deste item gerou a seguinte questão: o infrator usuário de drogas é mais perigoso sob o efeito da droga ou sob a físsura que esta causa? O uso diário apresentou média 1,79; o uso de 7 diferentes substâncias apresentou média 1,93; enquanto o uso com idade inferior a 10 anos apresentou média 2. Este resultado aponta de forma significativa que os jovens que fizeram uso de drogas em idade inferior a 10 anos apresentam, sem exceção, conduta criminal grave.

O item “Graves violações da liberdade condicional” apresentou correlações significativas com a variedade de drogas usadas e a idade de início do uso. Sugerindo, assim, que o uso precoce e indiscriminado de substâncias pode potencializar condutas anti-sociais futuras, como: burlar o sistema sócio-educativo.

Existem grupos que defendem a liberação do uso de drogas, afirmando que o tráfico gera violência. Entretanto, é necessário rever tal posição, considerando também as correlações e médias anteriormente citadas, pois estas evidenciam que atos criminosos são realizados em decorrência do uso destas substâncias.

A riqueza dos dados obtidos com esta pesquisa permite dar segmento ao estudo da psicopatia. Sugere-se novas pesquisas que enfoquem a verificação de quantos fatores, identificados como agravantes para a formação de uma personalidade psicopática, fazem parte da história de um mesmo indivíduo, que tenha obtido uma alta pontuação no PCL:YV. Acreditamos também que políticas educacionais para prevenção do uso de drogas devem ser mais intensas e continuadas nas escolas e comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association – APA. (1952). *DSM-I: Diagnostical and statistical manual of mental disorders* [Manual]. Washington, DC: Author.

Boes, A.D., Tranel, D., Anderson, S.W., Nopoulos, P. (2008). Right anterior cingulate: a neuroanatomical correlate of aggression and defiance in boys. *Behav Neurosci*, 122(3), 677-684.

Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N.R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Cleckley, H. (1976). *The mask of Sanity*. (5th ed.) St Louis, MO: Mosby.

Del Moral, M.M., Fernández, P.L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. In Lorenzo, P., Ladero, J. & Lizasoain, I. (Orgs). *Drogodendencias, farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Ferreira, P.E.M.S. & Ferreira, P.O. (2003). Conceitos fundamentais de dependência às drogas. In Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N.R (Orgs). *Psiquiatria para o Estudante de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Finger, E.C., Marsh, A.A., Mitchell, D.G., Reid, M.E., Sims, C., Budhani, S., Kosson, D.S., Chen, G., Towbin, K.E., Leibenluft, E., Pine, D.S., Blair, J.R. (2008). Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with psychopathic traits during reversal learning. *Arch Gen Psychiatry*, 65(5), 586-594.

Forth, A.E., Kosson, D.S. & Hare, R.D. (2006). *Inventário de Psicopatia de Hare: Versão Jovens (PCL:YVTM)* [Manual Técnico]. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., Carlini, E.A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1^o e 2^o grau de 10 capitais brasileiras 1997*, São Paulo, SP, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist- Revised* (2^a ed.). Toronto: Multi Health Systems.

Huebner, T., Vloet, T.D., Marx, I., Konrad, K., Fink, G.R., Herpertz, S.C., Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Morphometric brain abnormalities in boys with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(5), 540-547.

Laranjeira, R., Duailibi, S. & Pinsky, I. (2005). Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 27(3), 176-177.

Marques, A.C.P.R. & Ribeiro, M. (2006). Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde. São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria.

Romano, M. (2004). O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade X Dependência de Álcool e outras substâncias. *Comorbidades*. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD).

Trenchs Sainz de la Maza, V., Planas, A.M., Barcenilla, A.I.C., Cubells, C.L. & Fernández, J.P. (2008). Violence and adolescence. A perspective from and Emergency Department. *An Pediatr*, 69(2), 106-109.

Zaleski, M. (2004). Transtornos de Personalidade X Dependência de Álcool e Outras Drogas. *Comorbidades*. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD).

APÊNDICES



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 527/08-CEP

Porto Alegre, 06 de junho de 2008.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04142, intitulado: **“Validação para o português (Brasil) do Inventário de Psicopatia de Hare: versão jovens (PCL:YV) - uma correlação com aspectos clínicos e psicossociais e uso de software para avaliação de traços afetivos”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios do andamento do protocolo deve ser encaminhada a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Gabriel José Chittó Gauer
N/Universidade

PUC

Campus Central
Av. Itália, 6090 – Flandia – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone/Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/proppg/cep



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0934/07-CEP

Porto Alegre, 16 de agosto de 2007.


Senhor(a) Pesquisador(a):

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03708, intitulado:
"Avaliação psicológica e situação jurídico-penal de adolescentes".

Sua investigação está autorizada a partir da
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa
devem ser entregues a este CEP.

Atenciosamente,


p/ Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Gabriel José Chittó Gauer
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo de avaliação psicológica e psicossocial com adolescentes que cumprem medida sócio-educativa na FASE, o qual é importante para ajudar os profissionais a compreender os fatores que contribuíram para a internação e para, no futuro, apoiar intervenções terapêuticas precoces aos adolescentes. Esta pesquisa implica na sua participação em uma entrevista realizada por psicólogo ou psiquiatra. Além disso, seu prontuário poderá ser examinado para verificar o histórico na FASE e o tipo de delito que resultou na medida sócio-educativa, bem como, algum monitor poderá ser chamado para fornecer informações sobre sua conduta na Instituição. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, sob a coordenação do Prof. Dr. Gabriel Gauer, pesquisador do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e Bioética Clínica.

Salientamos que as informações coletadas são confidenciais e serão utilizadas tão somente para fins de pesquisa. Os dados obtidos serão colocados à disposição da pesquisa anonimamente e sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo. Sua participação nesse estudo é voluntária, porém, seu maior desconforto será quanto à disponibilidade do tempo necessário para a atividade. Seu benefício será a contribuição para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico que poderá ajudar os adolescentes.

Eu _____
 (nome completo do participante) declaro que fui informado sobre os objetivos especificados acima de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido, do desconforto que a pesquisa pode acarretar e dos benefícios esperados. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento aos pesquisadores pelo fone (51)33203550, ramal 7735, ou ao Comitê de Ética em pesquisa da PUCRS através do fone 3320 3345.

 Assinatura do participante

_____/_____/_____
 Data

 Dr. Gabriel J.C.Gauer
 Pesquisador Orientador

 Pesquisador do PPGP/PUCRS



SECRETARIA DO TRABALHO, CIDADANIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SÓCIO-EDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL

DECLARAÇÃO

Eu, Liliane Gonçalves Saraiva, presidente da Fase-RS, declaro que conheço o projeto de pesquisa "Avaliação de traços de psicopatia numa amostra brasileira de adolescentes infratores através do inventário de psicopatia de hare: versão jovens (pci:yv): uma avaliação da história criminal, correlação com aspectos clínicos e psicossociais e desenvolvimento de software para avaliação de psicopatia", coordenado pelo professor doutor Gabriel J. Chittó Gauer, e autorizo a coleta de dados nesta instituição, após aprovação do referido projeto pelos órgãos competentes.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Liliane', written over a faint circular stamp.

Liliane Gonçalves Saraiva
Presidente da Fase-RS

Porto Alegre 14 de maio de 2007.

Questionário sócio demográfico

Identificação:

Data:

Procedência:

Naturalidade:

1. Idade: 2. Biotipo: ()Caucasiano ()Afro ()Asiático ()Índio ()Mestiço
 3. **Escolaridade** série _____ 4. Abandono/tempo: (0)estuda (1) (2) (3) (4) (5 ou +)
 5. Repetência (0)nunca (1) (2) (3) (4) (5 ou +)

Situação Familiar

6. Com quem mora?

(1)Pais (2)um dos pais (3)um dos pais e step. (4)Avós (5)Tios (5)Irmãos (6)Outros

7. Renda média da família em SM: (0) Não respondeu (1)Menos de 1 (2) 1 a 2 (3) 2 a 5

(4) 5 a 10 (5) Mais de 10.

8. Familiares na mesma casa: _____

9. Numero de irmãos: _____

10. Algum familiar preso ou em MSE? (0)Não (1) em 1º Grau (2)em 2º Grau (3) Distantes

11. Profissão da mãe: (0)Não trab. (1)Formal (2)Informal (3)Illegal

12. Uso de Álcool / Drogas (1)S (0)N

13. Profissão do pai: (0)Não trab. (1)Formal (2)Informal (3)Illegal

14. Uso de Álcool / Drogas (1)S (0)N

15. Tipo de **delito** relacionado a MSE:

(1)Furto (2)Assalto (3)Homicídio (4)Tentativa (5)Latrocínio (6)Outro

16. Quantas vezes já esteve em MSE: (1) (2) (3) (4) (5 ou mais)

História Progressiva Médica

17. Teve acidente em que bateu a cabeça? (0)Nunca (1) (2) (3) (4) (5ou mais)

18. Idade (0)nunca (1) menos de 10 anos (2) 10 anos ou mais (3)muitas vezes

19. Severidade (0)nada (1) desmaio (2) perda cs

20. Doença física

(0)Nada (1)Infecção-parasitárias (2)Câncer (3)nutricionais e imunes

(4)Doenças do sangue e órgãos relacionados (5)Sistema nervoso e órgãos sensoriais

(6)Circulatório

(7)Respiratório (8)Digestivo (9)Genitourinário (10)Pele (11)músculo-esquelético e tecido conjuntivo (12)Congênita (13)Ferimentos (14) não definida

21. Faz algum tratamento? (1)S (0)N 22. Acompanhamento psiquiátrico (1)S (0)N

Questionário Para Uso de drogas

1. **Fumou cigarro (não maconha)?** 2. De um ano para cá você fumou? (1)S (0)N
3. Idade no primeiro uso: (0) nunca fumei (1) Não me lembro (____) anos
4. **Experimentou maconha?** 5. De um ano para cá você fumou? (1)S (0)N
6. Idade no primeiro uso: (0) nunca fumei (1) Não me lembro (____) anos
7. **Usou cocaína?** 8. De um ano para cá você usou? (1)S (0)N
9. Idade no primeiro uso: (0) nunca usei (1) Não me lembro (____) anos
10. **Usou crack?** 11. De um ano para cá você usou? (1)S (0)N
12. Idade no primeiro uso: (0) nunca usei (1) Não me lembro (____) anos
13. **Você já cheirou algum produto (exceto cocaína) para sentir um barato?**
14. De um ano para cá você cheirou? (1)S (0)N
15. Idade no primeiro uso: (0) nunca usei (1) Não me lembro (____) anos
16. **Usou outra substância psicoativa?**
17. Qual? (0)Nenhuma (1)Loló/cola (2)Ácido (3)Ecstasy (4) Outra
18. De um ano para cá você usou? (1)S (0)N
19. Idade no primeiro uso: (0) nunca usei (1) Não me lembro (____) anos
20. **Já tomou bebida de álcool** 21. De um ano para cá você bebeu? (1)S (0)N
22. Idade na primeira vez que bebeu: (0) nunca usei (1) Não me lembro (____) anos
23. Qual o tipo de bebida alcoólica que você tomou por último?
(0) nunca tomei (1) cerveja ou chopp (2) destilado (3) vinho
24. Com que frequência você costuma beber ou usar drogas?
(0) Nunca (1) diariamente (2) eventualmente (mais de 2X/ semana)
(3) ocasionalmente (1-2 X/semana) (4) raramente (1-2 X/ mês)
25. Você acha que o uso de drogas influenciaram na prática de seu delito? (1)S (0)N
26. Você já sofreu punição disciplinar por uso de drogas dentro da FASE? (1)S (0)N
27. Fora da FASE você já comercializou drogas?
(0) Não (1)Maconha (2)Cocaína (3)Crack (4)Duas anteriores (5)Todas