

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PSICOPATIA E AGRESSIVIDADE EM MULHERES APENADAS

CEMA CARDONA GOMES

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, 2010

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PSICOPATIA E AGRESSIVIDADE EM MULHERES APENADAS

Cema Cardona Gomes

Orientadora: Prof^a Pós Dr^a Rosa Maria Martins de Almeida

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, 2010

*Dedico esta dissertação a minha mãe, ao meu
padrasto João Carlos, a minha avó Petrona e
ao meu marido Thiago.*

AGRADECIMENTOS

Acho importante salientar que através da minha pesquisa tive a oportunidade de me inserir em um mundo completamente diferente do meu, onde conheci histórias que me emocionaram, outras que me preocuparam, mas que, principalmente, me fizeram repensar e perceber que a liberdade é uma das coisas mais valiosas da vida, portanto agradeço:

A todos os responsáveis pelo Presídio Regional de Santa Maria, por permitirem que este trabalho pudesse ser realizado no local.

As mulheres que entrevistei, por terem aceitado participar da pesquisa e permitido que eu pudesse conhecer um pouco das suas histórias de vida.

À Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Martins de Almeida pela orientação dada durante esta trajetória e pelas palavras de conforto nos momentos de maior ansiedade.

Ao Prof. Dr. Maycoln Teodoro por ter proporcionado o meu primeiro contato com o teste PCL-R, aplicado nesta pesquisa, através de um treinamento organizado por ele e por se mostrar sempre receptivo em todos os momentos em que o procurei.

Ao Prof. Dr. Gabriel Gauer, pelas contribuições dadas por ocasião da Banca de Qualificação.

A todos os professores da UNISINOS, pois são excelentes mestres e com certeza me ensinaram muito ao longo destes dois anos.

A minha avó Petrona, que além de avó é uma grande amiga e esteve ao meu lado desde que nasci, ajudando na minha criação e contribuindo para eu me tornar a pessoa que sou hoje.

Ao meu padrasto, que sempre me incentivou e apoiou as minhas decisões.

Ao meu marido Thiago, que mesmo sem a minha presença em função das aulas do mestrado, nunca deixou de me estimular a persistir.

E em especial a minha mãe, por sempre acreditar em mim e muitas vezes me acompanhar nas cansativas viagens para que eu concretizasse mais esta etapa de vida.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	6
Resumo	7
Apresentação	8
Seção I. Artigo Teórico - Psicopatia: Relações com áreas cerebrais e gênero.....	9
Psicopatia.....	10
Psicopatia e suas relações com as funções cerebrais.....	13
A psicopatia em relação ao gênero	14
Considerações Finais	16
Seção II. Artigo Empírico.....	18
Introdução.....	19
Psicopatia.....	20
A psicopatia e a agressividade no sexo feminino.....	21
Objetivos	23
Material e Métodos.....	23
Delineamento do Estudo	23
Participantes	23
Instrumentos	23
Considerações Éticas	25
Análise de Dados	25
Resultados	25
Discussão.....	30
Conclusão	33
Seção III. Relatório de Pesquisa.....	34
Psicopatia e suas características	35
Objetivos	39
Objetivo Geral	39
Objetivos Específicos	39
Método.....	39
Delineamento do Estudo	39

Participantes	39
Procedimentos de Pesquisa.....	39
Procedimentos Éticos.	40
Procedimentos de Coleta de Dados	40
Instrumentos	41
Procedimentos de Análise de Dados	43
Resultados	44
Considerações Finais	46
Referências	48
Anexos.....	53
Anexo A - Escala Hare PCL-R.....	54
Anexo B - Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI).....	82
Anexo C - Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética.....	84
Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos	26
Tabela 2. Porcentagem da psicopatia e média dos fatores	26
Tabela 3. Tipos de delitos, metas em longo prazo, abuso sexual, prostituição e DSTS.....	28
Tabela 4. Tipos de drogas utilizadas	29
Tabela 5. Correlação Psicopatia, Agressividade e Reincidência.....	29

RESUMO

A psicopatia tem como principal característica uma alteração de caráter que facilita a exteriorização de comportamentos anti-sociais, o que pode causar prejuízos na relação destes indivíduos com a sociedade. No primeiro estudo, foi feita uma revisão da literatura sobre a psicopatia em relação ao sexo e também o envolvimento de disfunções cerebrais nos comportamentos anti-sociais, e foi observado que anormalidades cerebrais podem estar contribuindo para o aparecimento de comportamentos semelhantes aos de psicopatas, em alguns indivíduos. Além disto, foram verificadas diferenciações de características sintomáticas entre os sexos, que evidenciaram alterações na externalização dos comportamentos patológicos de homens e mulheres. Já no segundo estudo foram investigadas a psicopatia e a agressividade em mulheres apenadas, onde fizeram parte da amostra 40 mulheres ($N=40$), com média de idade de 33,7 anos ($DP = 12,2$), que foram avaliadas através da aplicação da Escala Hare PCL- R e do Inventário de Expressão de Raiva com Estado e Traço (STAXI). Neste estudo, 30% das mulheres foram diagnosticadas como psicopatas ($n=12$) e 70% ($n=28$) não. Tanto as mulheres que foram diagnosticadas como psicopatas quanto as não psicopatas apresentaram média alta nos fatores do PCL-R, o que torna o prognóstico destas mulheres preocupante. Dos 70% das mulheres não psicopatas ($n=28$), 50% ($n=20$) se enquadraram no Transtorno Parcial de Personalidade - forma mais atenuada da psicopatia, mas que apresenta algumas das características - e apenas 20% ($n=8$) não foram classificadas com nenhum tipo de transtorno. Também foi constatado um alto índice de abuso de drogas, comportamento sexual promíscuo e reincidência nesta amostra de apenadas, porém não foram encontradas correlações positivas, neste estudo, destes fatores com a psicopatia.

Apresentação

A presente dissertação trata do tema psicopatia e agressividade em mulheres apenadas e foi desenvolvida no Programa de Pós Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Os resultados da pesquisa foram dispostos em dois artigos, sendo um artigo teórico e o outro empírico, além de um relatório de pesquisa.

Na primeira seção desta dissertação é apresentado um artigo de revisão de literatura que aborda tanto a questão da psicopatia em mulheres e homens, quanto o envolvimento de estruturas cerebrais envolvidas na externalização de alguns comportamentos pertencentes a este transtorno, além das diferenciações que ocorrem entre os sexos. Já na segunda seção é apresentado o artigo empírico, que exhibe os principais resultados encontrados sobre a psicopatia e a agressividade em mulheres apenadas e também outros fatores associados ao transtorno. Por fim, na terceira e última seção é apresentado o relatório de pesquisa, no qual todas as atividades relacionadas ao projeto estão descritas, bem como sua metodologia e resultados.

SEÇÃO I – ARTIGO TEÓRICO

PSICOPATIA: RELAÇÃO COM ÁREAS CEREBRAIS E GÊNERO

Psicopatia

A psicopatia é um estado mental patológico caracterizado por desvios, principalmente, de caráter, que desencadeiam comportamentos anti-sociais. Este desvio de índole costuma ir se estruturando desde a infância por isso, na maioria das vezes, alguns dos seus sintomas podem ser observados nesta fase e/ou na adolescência, através de comportamentos agressivos que, durante estes períodos, são denominados como transtorno de conduta (APA, 2002; Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003). A psicopatia é um transtorno que tende a se cronificar e causar prejuízos na vida do próprio indivíduo, de quem com ele convive e até mesmo para a sociedade (APA, 2002; Kaplan et al., 2003; OMS, 1993).

Por fazer parte dos transtornos de personalidade, a psicopatia só pode ser diagnosticada a partir dos dezoito anos de idade. É importante ressaltar que os transtornos de personalidade não são propriamente doenças, mas anormalidades do desenvolvimento psicológico que perturbam a integração psíquica de forma persistente e ocasionam padrões profundamente entranhados, inflexíveis e mal-ajustados, tanto em relação a seus relacionamentos, quanto à percepção do ambiente e de si mesmos (Kaplan et al., 2003; Laranjeira, 2007). Então, após se concretizar, a psicopatia pode se tornar um fator de risco para a ocorrência de atos infracionais, pois os indivíduos acometidos por este transtorno têm maior facilidade em utilizar charme, manipulação, mentira, violência e intimidação para controlar as pessoas e alcançar seus objetivos (Richell, Mitchell, Newman, Leonard, Cohen, & Blair, 2003; Valmir, 1998).

Existem outros transtornos, com características bastante semelhantes as da psicopatia que também são conhecidos, como o transtorno de personalidade anti-social (TPAS) e a sociopatia, mas embora compartilhem da maioria dos sintomas, segundo Hare (1991) a psicopatia apresenta características que não estão presentes nos anti-sociais e sociopatas. Em contrapartida, a APA (2003) classifica o transtorno de personalidade anti-social como sendo igual à psicopatia e a sociopatia. Deste modo, o TPAS, a psicopatia e a sociopatia não são categorias distintas, mas sim categorias sobrepostas e complementares (Shine, 2000). Portanto, pode se inferir que todos os psicopatas podem ser considerados anti-sociais e sociopatas, mas nem todos estes podem ser considerados psicopatas (Blair, 2003; Morana, 2004).

As características que definem detalhadamente o perfil do psicopata foram descritas por Cleckley (1988) em sua obra clássica *The mask of sanity*. Dentre estas estão: o charme

superficial, ausência de delírios e outros sinais de pensamento irracional, inteligência, ausência de nervosismo e manifestações psiconeuróticas, falta de confiabilidade, deslealdade ou insinceridade, falta de remorso ou pudor e tentativas de suicídio. Um comportamento anti-social inadequadamente motivado, capacidades de *insight*, fraco poder de julgamento, incapacidade de aprender com a experiência, egocentrismo patológico, incapacidade de sentir amor ou afeição, vida sexual impessoal ou pobremente integrada e incapacidade de seguir algum plano de vida também fazem parte destas características. Além da escassez de relações afetivas importantes, comportamento inconveniente ou extravagante após a ingestão de bebidas alcoólicas ou mesmo sem o uso desta e insensibilidade geral a relacionamentos.

A impulsividade, característica importante e presente nos psicopatas, é uma tendência a não inibição de comportamentos de risco, mal adaptados, mal planejados e que são precocemente executados. Ela pode ser hereditária, um traço da personalidade, ou até mesmo ser adquirida por lesão no sistema nervoso central (SNC). Os comportamentos mais comuns, nestes casos, vão desde a incapacidade em planejar o futuro até a ocorrência de atos violentos ou agressivos (Del-Ben, 2005).

Porém, é importante diferenciar os tipos de impulsividade e de comportamentos impulsivos, que podem ser classificados como não patológicos e patológicos. Exemplos de impulsividade não patológica podem ser encontrados em praticantes de esportes radicais. Essas pessoas, assim como os psicopatas, não se sentem desconfortáveis na presença de uma situação de risco e tem prazer ao praticar atividades perigosas, mas no caso destes esportistas, a baixa ansiedade é compensada por um espírito crítico e habilidades cognitivas compensatórias (Abreu, Tavares, & Cordás, 2008).

Já os psicopatas, como possuem uma deficiência empática e são desprovidos de emoção, apresentam dificuldades ao se colocar no lugar do outro, o que faz com que não ponderem sobre os efeitos de suas atitudes. São indivíduos frios, que tem uma afetividade pouco elaborada, que como os praticantes de esportes radicais não se sentem ansiosos em situações de risco, mas a diferença é que as suas atitudes podem prejudicar outras pessoas, além de não existir uma recompensa positiva em seus comportamentos. Se os seus interesses forem contra os da sociedade poderão infringir leis e regras para obter o desejado, o que acaba associando fortemente o transtorno ao sistema penitenciário e torna importante a precisa identificação do mesmo (Lewis, 2005; Suecker, 2005).

Embora estas características descrevam o perfil psicopata, nem sempre elas são suficientes para a sua correta identificação no momento de um diagnóstico, pois os sintomas deste transtorno não são tão evidentes como no caso das psicoses, em que a pessoa se mostra

claramente transtornada. Aparentemente, estes indivíduos têm um comportamento normal, demonstrando serem pessoas agradáveis e de bom convívio social, o que dificulta a sua identificação e facilita o acesso as suas vítimas. Alguns psicopatas chegam a ser denominados de atores da vida real, pois tem o dom de fazer com que as pessoas acreditem neles e se sintam responsáveis por ajudá-los, e por isso, ao se aproveitar das fraquezas humanas conseguem enganar outras pessoas. Por outro lado, em certos momentos, podem ter atitudes extravagantes e em desacordo com as normas estabelecidas, o que permite certa dúvida sobre sua sanidade mental entre aqueles com quem convivem, pois são as pessoas mais próximas que tem mais facilidade de perceber este tipo de alteração comportamental (Del-Ben, 2005; Scarpa & Raine, 1997).

Outro fator que contribui para dificultar o diagnóstico dos transtornos de personalidade em geral, mas principalmente o da psicopatia, é o fato de existirem várias graduações dentro desta, fazendo com que nem todos os psicopatas apresentem níveis de agressividade e intensidade de comportamentos iguais. Dentre estas graduações estão os que cometem pequenos delitos, mentem compulsivamente e ignoram regras, características que podem facilmente ser confundidas com as de criminosos comuns (Morana, Câmara, & Flórez, 2006; Nouvion, Cherek Lane, Tcheremissine, & Lieving, 2007). Existem também os que cometem os mais variados tipos de crimes, nos quais estão inseridos os *serial killers* (assassinos em série), que são considerados os psicopatas mais violentos, que neste caso, são identificados com maior facilidade (Morana, Stone, & Filho, 2006). Além disto, ocorre também o desinteresse de muitos profissionais da área de saúde em relação ao transtorno, pois ao entenderem que esta patologia é permanente, ou seja, não possui cura, acabam por acreditar que o atendimento especializado não seria compensatório (Morana, 1999).

Em uma universidade britânica, onde pesquisam sobre psicopatia há cerca de 25 anos, os autores retrataram as reações emocionais de indivíduos considerados psicopatas e não psicopatas, enfocando as suas diferenças. Assim, puderam observar que existem discrepâncias entre os dois tipos de mentes, verificando que os psicopatas parecem ser incapazes de possuir sentimentos em relação a outras pessoas e a eles mesmos. Para chegar a esta conclusão os dois grupos foram submetidos a testes contendo os mesmos estímulos, um dos testes executados foi à aplicação de choques de pequena intensidade nos dois grupos e a análise das reações de cada um. Desta forma, verificaram que antes da aplicação dos choques os psicopatas não expressaram qualquer tipo de ansiedade, diferente dos não psicopatas que se mostraram fortemente ansiosos através do suor nas mãos. Estímulos de outras espécies também foram aplicados, como por exemplo, a exposição aos dois grupos, de fotos contendo cenas neutras e

fotos, contendo estímulos aversivos. Os psicopatas continuaram não apresentando nenhum tipo de sentimento, já o outro grupo se mostrou bastante incomodado ao ver as fotos com conteúdos mais fortes (Nadis, 2002).

Até o presente momento, pouco é conhecido a respeito das causas da psicopatia, existindo evidências de que aspectos biológicos (fatores genéticos, hereditários e lesões cerebrais), psicológicos e sociais estão associados ao transtorno (Morana et al., 2006). Esses fatores bio-psico-sociais contribuem para a formação da nossa personalidade desde a infância e podem ou não exercer influência sobre o desenvolvimento de uma psicopatia na vida adulta (Gauer, 2001).

Psicopatia e a sua relação com as funções cerebrais

Além das questões psicológicas e sociais estarem envolvidas nas características dos psicopatas, existe indícios de que prejuízos emocionais também podem estar associados com algum tipo de dano no córtex pré-frontal. Algumas evidências obtidas em pesquisas nesta área sugerem que, anormalidades cerebrais podem ser responsáveis por inúmeros aspectos clínicos da psicopatia (Glenn, Raine, Yaralian, & Yang, 2009; Yang & Raine, 2008). Nos seres humanos, o córtex é altamente desenvolvido e responsável pelas características que nos distinguem de outros animais. A autoconsciência, a capacidade de resolução de problemas e a capacidade de planejamento são algumas destas características. Portanto, danos nesta parte cerebral podem comprometer muito a vida dos indivíduos afetados (Souza et al., 2008).

Vários estudos mostram a associação entre lesões pré-frontais e comportamentos impulsivos, agressividade e inadequação social (Brenan & Raine, 1997; Yang, Raine, Lencz, Bihrlé, LaCasse, & Colletti, 2005). A sociopatia adquirida é um exemplo da mudança de comportamento que pode ocorrer após uma lesão nesta área. Ou seja, um indivíduo apresenta comportamentos dentro dos padrões normais e após sofrer um acidente em que o córtex é atingido passa a apresentar comportamentos anti-sociais (Del-Ben, 2005). Estes dados confirmam o fato de que possa existir um componente cerebral envolvido no comportamento dos psicopatas (Raine, Buchsbaum, Stanley, Lottenberg, Abel, & Stoddard, 1994; Souza et al., 2008).

Em uma pesquisa utilizando neuroimagem, os autores buscaram compreender quais seriam exatamente os fatores cerebrais associados à psicopatia. Nesta pesquisa, encontraram uma diminuição da matéria cinzenta na região pré-frontal, uma diminuição do volume do

hipocampo posterior e um aumento da matéria branca do corpo caloso, diferenças estas que, segundo eles, contribuiriam para o aparecimento de comportamentos mais agressivos (Moll, Eslinger, & Souza, 2001; Pridmore, Chambers, & Mc Arthur, 2005).

Por outro lado, um estudo feito no Brasil, com 29 homicidas investigou a correlação entre disfunção cerebral e psicopatia (Jozef, Silva, Greenhalgh, Leite, & Ferreira, 2000). A pesquisa revelou que dentre os 29 participantes, 15 foram classificados como psicopatas e 14 foram classificados como não psicopatas. Para obter estes resultados eles utilizaram o teste Hare PCL-R (Escala de Avaliação de Psicopatia - Anexo A) e testagem neuropsicológica através de testes voltados para atividade em lobo frontal (*Trail Making Test A e B*, e subtestes do WAIS {Mosáico, Semelhanças e Símbolos Numéricos}).

Os pesquisadores observaram também que as idades dos participantes ficavam em torno dos 26 anos para os psicopatas e de 36 para os não psicopatas. O que pode ter sido um fator propiciador de uma maior pontuação no Hare PCL-R, já que a psicopatia costuma se manifestar em populações mais jovens. Em relação aos resultados neuropsicológicos, os pesquisadores constataram que existiu uma relação entre disfunção cerebral e comportamento homicida em não psicopatas, porém, nesta amostra, não foram encontrados prejuízos em lobos frontais de psicopatas. Quanto às características dos crimes cometidos, os não psicopatas tenderam a cometer mais homicídios do tipo reativo, ou seja, manifestado em resposta a eventos ou situações que provocam algum tipo de sentimento no indivíduo, resultando em um comportamento agressivo. Já os psicopatas tenderam a cometer mais homicídios predatórios, ou seja, que ocorreram sem nenhuma razão específica, são situações em que o indivíduo age simplesmente por não conseguir conter a sua impulsividade, que é uma característica importante da psicopatia (Cima & Raine, 2009; Jozef et al., 2000).

Ainda são necessários estudos mais aprofundados em relação ao funcionamento cerebral, pois existem indicativos de que possa haver uma associação entre disfunção cerebral e comportamento agressivo ligados à psicopatia, mas ainda não existem dados definitivos a este respeito.

A psicopatia em relação ao gênero

A psicopatia apresenta algumas peculiaridades em relação ao sexo, pois existem diferenças na prevalência, incidência, curso, comportamentos e idade de manifestação. Os primeiros sintomas costumam aparecer no sexo feminino no período da pré-adolescência e no

sexo masculino antes desta fase (Kaplan et al., 2003). A prevalência e a incidência de mulheres psicopatas são menores em relação aos homens, chegando a menos da metade de mulheres com este diagnóstico (APA, 2002; Dolan & Vollm, 2009).

Grann (2000) em um de seus estudos confirmou a diferença existente entre homens e mulheres em relação à prevalência, mas também mostrou que, em termos do grau de intensidade do transtorno não existe uma diferença significativa entre os sexos. Este estudo foi feito na Suécia, em um hospital forense e verificou que de 36 homens e 36 mulheres que passaram pela testagem da escala Hare PCL-R para verificar a existência de psicopatia, 31% dos homens e 11% das mulheres apresentaram o transtorno. No entanto, mesmo a psicopatia tendo apresentado uma porcentagem diferente, o grau de psicopatia apresentou pouca diferença entre os sexos, tendo os homens uma média de 19,42 enquanto as mulheres uma média de 17,78 pontos.

Neste mesmo estudo, Grann (2000) verificou também que dentre os 20 itens presentes no PCL-R, a insensibilidade, a falta de empatia e a delinquência juvenil discriminaram mais o gênero masculino, enquanto o comportamento sexual promíscuo discriminou mais o gênero feminino. Estes dados vêm ao encontro dos achados de Shine (2000), que também apontaram o fato das mulheres estarem relacionadas com comportamentos de promiscuidade e abuso de substâncias alcoólicas.

Em outro estudo feito com 528 mulheres presidiárias, Vitale, Smith, Brinkley e Newman (2002) aplicaram a escala Hare PCL-R e a correlacionaram com a avaliação da ansiedade, depressão, existência de algum tipo de abuso, dependência de álcool, avaliação do tipo de personalidade do indivíduo, grau de inteligência e outros sintomas psiquiátricos. Foi verificado então, que a pontuação obtida no PCL-R estava associada com a ansiedade, afeto negativo e baixa inteligência nas mulheres afro-americanas. Além disto, foi constatado que pontuações contínuas no PCL-R estão associadas com a proporção de criminalidade, incluindo tipos de crimes, número de crimes violentos e números de crimes não violentos.

Segundo Warren, South, Burnette, Rogers et al. (2003) a diferença em relação ao sexo aparece na forma e severidade da violência cometida por homens e mulheres, sendo que estas apresentam menores índices de crimes violentos, enquanto os homens apresentam um índice maior. Este fator pode estar ligado ao fato dos homens apresentarem uma menor sensibilidade emocional em relação às mulheres, que quando cometem atos violentos aparecem mais associadas ao uso de drogas como álcool e maconha (Dembo, Jainchill, Turner, Fong, Farkas, & Childs, 2007; Dolan & Doyle, 2007).

Os traumas precoces podem ter uma influência negativa no desenvolvimento de habilidades para regular a raiva e o afeto. A negligência como uma das formas de trauma infantil, se mostrou associada a pontuações elevadas no PCL-R, quando aplicado em jovens, e nos adultos apareceu relacionada a sadismo e traços anti-sociais. Quando as mulheres sofrem traumas na infância, tem maiores chances de apresentar comportamentos agressivos quando adultas. Foi encontrada também uma forte associação entre traumas de outros tipos e agressividade e entre psicopatia e agressividade. Além disto, as mulheres têm a negligência emocional como fator bastante influente para o comportamento anti-social (Krischer & Sevecke, 2008).

Das, Ruiters e Doreleijers (2008) apontam que o perfil de mulheres com o transtorno psicopático apresenta, durante o período da infância, negligência por parte de seus cuidadores, profundo sentimento de isolamento e introversão. Na adolescência começa a intensificação de comportamentos anti-sociais, adição de várias substâncias como álcool e outras drogas, podendo até mesmo apresentar comportamentos sexuais promíscuos e perversos. Quando adultas, não gostam de ser contrariadas e são bastante persuasivas, sedutoras e carismáticas, tem contato volúvel com a realidade e dificilmente possuem relacionamentos emocionais intensos. A impulsividade não costuma ser um traço comum nas mulheres, como é nos homens, mas existem algumas características que são semelhantes aos dois, como a insensibilidade, a violência, as emoções superficiais e a ausência de culpa (Del-Ben, 2005).

Considerações Finais

Este estudo de revisão buscou informações a respeito da psicopatia, apresentando suas características, questões de anormalidades cerebrais responsáveis pela exteriorização de comportamentos anti-sociais e algumas diferenças existentes entre homens e mulheres psicopatas. Os principais fatores norteadores desta pesquisa foram a violência e a criminalidade, que sempre estiveram presentes nas mais diferentes sociedades, mas que, atualmente, vem apresentando números de ocorrências progressivamente maiores, e suas repercussões atingem cada vez mais o convívio social.

Isto ressalta a importância de pesquisar como a psicopatia está ocorrendo não só nos homens, mas em ambos os sexos, pois há mais pesquisas com o sexo masculino. Portanto, os dados aqui levantados buscaram identificar que fatores podem estar levando a ocorrência destes comportamentos patológicos em homens e mulheres. Sabe-se que comportamentos

anti-sociais geram uma grande preocupação, pois, geralmente, chegam a conseqüências extremistas, como homicídios, suicídios, abusos sexuais, e perversões de todos os tipos (De Sá, 1999; Filho, 2004).

Desde cedo muitos indivíduos tem que aprender a lidar com os mais diversos tipos de problemas, e na maioria das vezes, precisam se tornar indiferentes aos sentimentos. Estas vivências de vida, muitas vezes, são repletas de maus tratos, humilhações, abusos, e mais uma série de fatores, que somados, podem levar ao enrijecimento do indivíduo, favorecendo a instalação deste transtorno. Desta forma, as predisposições constitucionais de um indivíduo, a etapa do ciclo vital em que ele se encontra, a sua situação de doença ou saúde e as circunstâncias de vida familiar e social que ele vivenciou são fatores muito importantes e que estão fortemente associados à psicopatia (Kernberg et al., 2003; O'Connel, 1998).

Quando manifestado em mulheres, a identificação do transtorno pode se tornar mais difícil, pois existem algumas diferenças na apresentação clínica dos comportamentos anti-sociais, principalmente quando se trata da agressividade, que é uma característica visível e mais presente nos homens, enquanto nas mulheres esse comportamento não é tão intenso. Menos da metade das mulheres apresentam o diagnóstico de psicopatia, o que é um dado relevante, frente ao número crescente de crimes e outros tipos de delitos cometidos por elas (APA, 2003; Dolan & Vollm, 2009).

Acredita-se que o sexo feminino pode estar sendo pouco investigado e até mesmo subdiagnosticado. Por isso, é muito importante uma maior atenção, pois quando mulheres apresentam traços anti-sociais têm sérios riscos de conseqüências prejudiciais ao longo do tempo, como: dificuldades de aprendizagem, problemas emocionais, dificuldades no casamento, relações violentas com homens e pobre experiência materna (Das, Ruiters, & Doreleijers, 2008).

Desta forma, é importante conhecer as características da psicopatia, para intervir junto a este tipo de população, que é mais encontrada em instituições prisionais. Assim, talvez seja possível diminuir as reincidências criminais, pois se tem evidências que indivíduos diagnosticados como psicopatas têm maiores chances de reincidir em crimes, em relação aos que os que não possuem o diagnóstico deste transtorno de personalidade (Morana, 2004).

No Brasil, o índice de reincidência fica em torno de 70%, o que destaca a necessidade de mais estudos e de novas intervenções (Ambiel, 2006; Morana, 2004). Conhecer melhor as manifestações da psicopatia poderá propiciar novos procedimentos, voltados para a recuperação desta população, assim como a geração de ações sociais preventivas, visando minimizar a incidência deste transtorno.

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

PSICOPATIA E AGRESSIVIDADE EM MULHERES APENADAS

Introdução

A psicopatia se enquadra nos transtornos de personalidade e tem como principal característica uma alteração de caráter que facilita a exteriorização de comportamentos anti-sociais. Não foram encontrados estudos feitos com mulheres em nosso país, mas há alguns dados que mostram algumas características relacionadas aos sexos. Nas mulheres este transtorno apresenta algumas divergências no curso, incidência e prevalência, quando comparado aos homens psicopatas. A agressividade também se diferencia entre os sexos, sendo as mulheres, geralmente, menos agressivas do que os homens, principalmente quando cometem delitos contra terceiros (APA, 2003).

Porém, a maioria das características sintomáticas não é diferenciada entre os sexos, tendo início, habitualmente, a partir da infância e/ou da adolescência, permanecendo até a fase adulta, na qual estes indivíduos acabam fracassando ao tentar se adaptar às normas da sociedade, entrando em confronto com a mesma. Mas, na fase adulta, algumas características são mais associadas ao sexo feminino do que ao masculino, como: o uso de drogas ao cometer delitos, o comportamento sexual promíscuo, a não existência de metas em longo prazo, dentre outras (Shine, 2000).

Assim, esses comportamentos acabam por associar este transtorno ao sistema penitenciário, ressaltando a importância da precisa identificação do mesmo (Kaplan, Sadock, & Greeb, 2003). Esta identificação é essencial para que se conheça de que maneira e intensidade a psicopatia está ocorrendo em nossa população, é importante também para compreendermos que características estão associadas a este transtorno no sexo feminino, pois através disso, pode se pensar em trabalhos preventivos, tanto em relação à formação do transtorno, quanto à reincidência do mesmo, depois de confirmado o seu diagnóstico.

Desta forma, este estudo quantitativo teve por objetivo geral verificar a existência de psicopatia e agressividade em mulheres apenadas. Como objetivos específicos foram verificados a existência ou não de abuso sexual, os tipos de drogas mais utilizadas pelas apenadas, a existência de reincidências, de tentativas de suicídio e se houve ou não o uso da prostituição como meio de vida. Também foi verificado o tipo de convivência que elas tiveram com os seus pais ou outros cuidadores, os tipos de delitos cometidos e a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Psicopatia

A psicopatia é um transtorno que, geralmente, apresenta alguns traços sintomáticos desde a infância, como comportamentos negativistas, oposicionistas, desafiadores, impacientes, vingadores e hostis, que são expressos em atitudes de desobediência, teimosia, dificuldade em reconhecer os erros e a intenção em perturbar as pessoas através de seus atos. Durante este período, estes comportamentos são nomeados como transtorno desafiador opositivo, podendo com o tempo, se estender para o transtorno de conduta. O transtorno de conduta é mais severo que o transtorno desafiador opositivo, pois ele envolve agressões, destruição de patrimônio, furtos e defraudações, comportamentos que também estão presentes nos psicopatas. Portanto, crianças diagnosticadas com o transtorno desafiador opositivo têm maiores chances de desenvolver o transtorno de conduta, e indivíduos que são diagnosticados com transtorno de conduta tem maiores chances de desenvolver a psicopatia na vida adulta, pois esta só pode ser diagnosticada a partir dos 18 anos de idade (Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, & Hutz, 2005).

Os psicopatas têm como característica principal um desvio de caráter, responsável por provocar os comportamentos anti-sociais. Portanto, este tipo de personalidade se torna um fator de risco para a ocorrência de atos infracionais, pois os indivíduos acometidos pela psicopatia utilizam uma série de comportamentos patológicos para controlar as pessoas e alcançar seus objetivos. Dentre os comportamentos mais utilizados estão: o charme, a manipulação, a mentira, a violência e a intimidação (Richell, Mitchell, Newman, Leonard, Cohen, & Blair, 2003; Valmir, 1998). Esse padrão comportamental também é facilitado pela ausência de ansiedade nestes indivíduos (Gauer & Vasconcellos, 2004). Esta ausência de ansiedade é uma característica comum aos psicopatas e que provoca danos a sociedade, pois os comportamentos exteriorizados vão contra os padrões aceitos pela mesma (APA, 2003).

Outras características também fazem parte e complementam o perfil comportamental e psicológico dos psicopatas, como: o grau de inteligência inalterado, ausência de delírios e outros sinais de pensamento irracional, ausência de manifestações psiconeuróticas, falta de confiabilidade, deslealdade, falta de remorso ou pudor e tentativas de suicídio. O fato de possuírem fraca capacidade para julgamentos, incapacidade de aprender com a experiência, egocentrismo patológico, incapacidade de sentir amor ou afeição, vida sexual impessoal ou pobremente integrada e a incapacidade de seguir planos de vida também são características ressaltadas pelo autor. Além da escassez de relações afetivas importantes, comportamento

inconveniente ou extravagante após a ingestão de bebidas alcoólicas ou mesmo sem o uso destas e insensibilidade geral a relacionamentos (Cleckley, 1988).

Trabalhando com populações forenses, Morana (1999) distinguiu dois subtipos deste transtorno, que foram chamados de: Transtorno Global da Personalidade (TG) e Transtorno Parcial da Personalidade (TP). O primeiro relaciona-se com as características da psicopatia apresentadas por Cleckley (1988) e Hare (1991), no qual o indivíduo não apresenta sensibilidade afetiva nem propensão à socialização. O segundo seria uma forma mais atenuada do transtorno, no qual se enquadrariam os “bandidos comuns”, que não manifestam com tanta frequência o descontrole dos impulsos, surgindo apenas em algumas circunstâncias e em razão de um fato específico (Morana, Câmara, & Flórez, 2006).

Diante das peculiaridades da psicopatia, é importante salientar que essa não possui cura, pois é um transtorno abrangente, que acaba por trazer prejuízos emocionais, desencadear comportamentos anti-sociais e atingir as características interpessoais dos indivíduos (Hare, 1991; Yang & Raine, 2008). Ademais, há pouco conhecimento a respeito de suas causas, mas existem evidências de que alguns aspectos, como os biológicos, psicológicos e sociais estão associados a esse transtorno (Morana et al., 2006).

Esses aspectos estão presentes na formação da personalidade desde a infância, e podem vir a exercer influência sobre o desenvolvimento de uma psicopatia na vida adulta. Isso dependerá de como foram as vivências infantis e juvenis do indivíduo, das suas predisposições constitucionais, da etapa do ciclo vital em que ele se encontra, da sua situação de doença ou saúde e das circunstâncias de vida familiar e social. Sem esquecer os fatores biológicos, que congênitos ou não, também podem ser influenciados pelos estímulos ambientais (Gauer, 2001; Kernberg et al., 2003; O’Connel, 1998).

Psicopatia e agressividade no sexo feminino

A psicopatia nas mulheres ainda é pouco explorada em nosso país, porém há dados internacionais indicando que no sexo feminino os primeiros sintomas do transtorno aparecem no período da pré-puberdade, e a prevalência e a incidência é menor em relação aos homens. Além disto, a maioria dos estudos indica que o padrão anti-social é mais comum no sexo masculino (Dolan & Vollm, 2009; OMS, 2003).

Porém, Wangby et al. (1999) constataram que problemas advindos de comportamentos anti-sociais também são preocupantes em mulheres. Isto foi comprovado a

partir de um estudo feito com uma amostra de 500 meninas, que foram acompanhadas por todo período da infância, até o início da idade adulta. Neste estudo os pesquisadores verificaram que os comportamentos de externalização, que incluem a agressividade, impulsividade, desobediência, entre outros, estabilizaram ao final da infância e início da adolescência. Apesar disso, estes comportamentos facilitaram a instalação de vários problemas de ajustamento na idade adulta, como a criminalidade, o abuso de substâncias e alguns problemas de saúde mental. Portanto, esses dados indicam que embora alguns estudos apontem uma maior prevalência de comportamentos anti-sociais entre os homens, à estabilidade e a evolução desses problemas nas mulheres também merecem atenção.

Outras pesquisas mostram que existem diferenças na forma dos crimes cometidos e no tipo de violência empregada por homens e mulheres, quando estes estão cometendo algum delito. As mulheres apresentam menores índices de crimes com atitudes violentas, enquanto os homens apresentam um índice maior. Isto pode estar associado ao fato dos homens possuírem, na maioria das vezes, uma menor sensibilidade emocional, em relação às mulheres, sendo que estas, quando cometem atos violentos, geralmente estão sob efeito de drogas (Dembo, Jainchill, Turner, Fong, Farkas, & Childs, 2007; Dolan & Doyle, 2007, Warren et al., 2003).

Fatores como traumas precoces e negligência sofrida na infância aparecem como uma das influências negativas no desenvolvimento de habilidades para regular a raiva e o afeto. Em um estudo, após a aplicação do PCL-R a negligência foi um dos fatores que favoreceu as pontuações elevadas no teste, quando este foi aplicado em jovens, quando aplicado em adultos, resultou em sadismo e traços anti-sociais. Especificamente, quando mulheres sofrem traumas na infância, estas têm maiores chances de ter comportamentos agressivos quando se tornam adultas. Além disto, mulheres que sofreram negligência emocional também apresentam maiores chances de expressar comportamentos anti-sociais. Neste estudo foi encontrada uma forte associação entre psicopatia e agressividade no sexo feminino (Krischer & Sevecke, 2008).

Das, Doreleijers e Ruiters (2008) apontaram que o perfil de mulheres psicopatas, geralmente, se forma a partir de experiências negativas, que ocorrem durante o período da infância. Um exemplo de experiência negativa bastante comum é a negligência que algumas crianças sofrem por parte de seus cuidadores, o que pode acabar causando um profundo sentimento de isolamento e introversão durante este período. A partir daí, quando entram na adolescência, os comportamentos anti-sociais provavelmente aparecerão e se intensificarão juntamente com a adição de várias substâncias como álcool e drogas ilícitas. Neste período,

também podem ser verificados comportamentos sexuais promíscuos e perversos. Já na fase adulta, estas mulheres tendem a se tornar persuasivas, sedutoras, de contato volúvel com a realidade e costumam estabelecer vários relacionamentos emocionais superficiais, características que pertencem ao transtorno psicopático.

Objetivos

Os objetivos desta pesquisa foram verificar a existência de psicopatia e agressividade em mulheres apenadas da cidade de Santa Maria, RS. Também foram verificados fatores como a existência de abuso sexual, o uso de drogas e os tipos de drogas utilizadas, a existência de reincidências, as tentativas de suicídio, prostituição e a existência de metas em longo prazo.

Material e métodos

Delineamento do Estudo

Esta pesquisa é do tipo quantitativa transversal explicativa e *ex post facto*.

Participantes

Participaram deste estudo 40 mulheres adultas, apenadas do Presídio Regional da cidade de Santa Maria, RS, com média de idade de 33,7 anos ($DP=12,19$), sendo a menor idade 20 anos e a maior idade 68 anos. Como critérios de inclusão para esta pesquisa foram considerados estar cumprindo pena no Presídio Regional de Santa Maria, ter condições psíquicas suficientes para responder as questões propostas pelos testes aplicados e a vontade de participar da pesquisa. Excluiu-se do estudo 10 mulheres que não responderam aos quesitos anteriores.

Instrumentos

- Escala Hare PCL-R (Ver Anexo A)

Um dos instrumentos aplicados foi a escala PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*) que consiste em um instrumento, criado por Robert Hare e seu grupo, em 1991 para a

verificação do transtorno de personalidade psicopática em adultos. Esta escala foi desenvolvida após 25 anos de estudo e tem sido muito utilizada em populações forenses e carcerárias de diversos países. No ano de 2003, o instrumento foi validado por Hilda Morana, em sua tese de doutorado e tem sido umas das escalas mais utilizadas neste contexto, tendo apresentado maiores índices de aceitabilidade entre pesquisadores (Jozef, Silva, Greenhalgh, Leite, & Ferreira, 2000).

A escala consiste em uma entrevista semi-estruturada, composta por 20 itens que são divididos em dois fatores: os itens que fazem parte do Fator I analisam as características nucleares dos traços de personalidade e os itens do Fator II analisam a instabilidade de comportamento. Esses itens são pontuados de 0 a 2, perfazendo um total de 40 pontos, sendo que uma pontuação 0 significa que o item não se aplica ao indivíduo, uma pontuação 1 significa que o item se aplica até certo ponto e uma pontuação 2 significa que o item se aplica parcialmente ou totalmente ao indivíduo. Essa pontuação deve ser dada de forma subjetiva pelo entrevistador, com base na entrevista e nas informações coletadas na instituição (Hare, 1991; Morana, Câmara, & Flórez, 2006).

Um indivíduo que obtêm uma pontuação de 0 a 12 seria considerado um não psicopata, de 12 a 23 teria um transtorno parcial de personalidade e de 23 a 40 um transtorno global de personalidade. Por fim, um resultado acima de 30 pontos na escala Hare PCL-R descreveria um psicopata típico. No Brasil, diferente de outros países, para um indivíduo ser considerado psicopata a pontuação é de 23, pois como não existe a pena de morte não existe uma grande preocupação de haver falsos positivos. Desta forma, para esta pesquisa, foram utilizadas as normas brasileiras. Em pesquisas realizadas com mulheres, o coeficiente alfa de Cronbach foi superior a 0,70 (Morana, 2004).

- Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) – (Anexo B)

Outro instrumento aplicado, com a finalidade de avaliar a agressividade através da mensuração de experiências e expressões de raiva foi o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) de Charles D. Spielberger (1927), traduzido e adaptado para o Brasil, por Ângela M. B. Baggio no ano de 2003. A experiência de raiva no STAXI é avaliada como estado e traço. O estado de raiva é emocional e são sentimentos negativos que variam de intensidade em função de uma situação. Já o traço de raiva é a disposição, maior ou menor, do indivíduo para perceber várias situações como desagradáveis ou frustradoras, tendendo a reagir sobre elas. Com relação às expressões da raiva, estas são concebidas de

três formas: a primeira é a raiva para fora, que é a expressão da raiva em relação aos outros ou aos objetos; a segunda é a raiva dirigida para dentro, que são os sentimentos e a terceira é em relação ao grau de intensidade com que as pessoas tentam controlar a expressão. A escala é composta por 44 itens e o formulário de aplicação possui três partes: a primeira com itens para o sujeito dizer como está se sentindo no momento, a segunda indica como o sujeito se sente comumente e a terceira se relaciona com o que ele faz e o que sente quando está com raiva ou furioso. Cada item contém quatro alternativas de frequência que correspondem a: (1) “quase nunca”, (2) “às vezes”, (3) “freqüentemente” e (4) “quase sempre”. As três partes do formulário apresentam coeficientes alfa maiores que 0,60.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, tendo sido aprovado em 25/05/2009 (Anexo C) sob o protocolo 09/046. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo D) foi assinado em duas vias pelas participantes, sendo uma delas entregue a participante e outra ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

Análise dos dados

A análise de dados consistiu em procedimentos descritivos para as variáveis de interesse (Psicopatia e Agressividade) e para as variáveis sociodemográficas, envolvendo propriedades de distribuição, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade. Considerando o aspecto descritivo do estudo, os dados foram apresentados em termos de escores observados. A estatística inferencial consistiu em cálculos de diferenças entre médias (A-nova de Friedman) e cálculos correlacionais (Coeficiente de correlação para postos de Pearson).

Resultados

Na Tabela 1 podem ser visualizados os principais dados sociodemográficos da amostra das apenas entrevistadas.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos

		n %
Sexo	Feminino	40 (100%)
Escolaridade	Nenhuma	2 (5%)
	Ensino Fundamental Incompleto	27 (67,5%)
	Ensino Fundamental Completo	8 (20%)
	Ensino Médio Incompleto	2 (2,5%)
	Ensino Médio Completo	0 (0%)
	Ensino Superior Incompleto	0 (0%)
	Ensino Superior Completo	1 (1,25%)
Estado Civil	Casada/Mora junto	34 (85%)
	Solteira	6 (15%)
Filhos	Sim	36 (90%)
	Não	4 (10%)
		Média (DP)
Idade		33,67 (12,19)
Números de filhos		2,47 (1,97)

Em relação à psicopatia, das 40 mulheres investigadas, 30% apresentaram o transtorno e 70% não apresentaram. O teste PCL-R, responsável pela obtenção do diagnóstico da psicopatia é dividido em dois fatores, o fator 1 corresponde as características nucleares dos traços de personalidade, o fator 2 corresponde a instabilidade do comportamento, e a soma dos fatores 1 e 2 apresenta o diagnóstico do transtorno. Desta forma, foram analisadas as médias e o desvio padrão das apenas em relação ao fator 1, ao fator 2 e ao total da soma dos dois fatores. No fator 1 o máximo de pontos é 16, no fator 2 são 18 pontos e na soma total dos dois fatores o máximo são 34 pontos. Na Tabela 2, os valores recebidos pelas apenas podem ser melhor visualizados.

Tabela 2

Porcentagem da Psicopatia e Média dos Fatores

		N%/ Média (DP)
Psicopatia	Sim	30%
	Não	70%
Fator 1	Todas as Apenas	9,6 (3,35)
Fator 2	Todas as Apenas	9,25 (4,49)

		N%/ Média (DP)
Total	Todas as Apenadas	18,82 (7,15)
Fator 1	Psicopatas	12,91 (1,62)
Fator 2	Psicopatas	14,66 (1,66)
Total	Psicopatas	27,5 (2,06)
Fator 1	Não Psicopatas	8,17 (4,48)
Fator 2	Não Psicopatas	6,92 (4,11)
Total	Não Psicopatas	15,10 (8,12)

Da amostra de mulheres entrevistadas, 40% eram reincidentes em seus delitos e 60% tinham cometido seu primeiro delito. Porém, dos 30% das mulheres diagnosticadas como psicopatas, 20% eram reincidentes. A média do tempo de prisão delas foi estimada em 8,64 anos ($DP= 4,59$). Já em relação às tentativas de suicídio, 32,5% já haviam tentado suicídio pelo menos uma vez e 67,5% nunca tentaram, mas destas que tentaram pelo menos uma vez, 20% eram psicopatas.

Em relação à agressividade, pode se verificar, através da aplicação do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI), que as mulheres apresentaram uma média de 14,15 pontos ($DP = 4,07$) para o estado de raiva, o que estava acima da média padrão para mulheres brasileiras. O estado de raiva está relacionado aos sentimentos negativos, que variam de intensidade em função de uma situação. Com relação às expressões da raiva, a raiva para dentro e o controle da raiva apresentaram respectivamente médias 19,5 ($DP = 4,05$) e 25,15 pontos ($DP = 5,23$), estas médias também estão acima dos padrões. Já nos outros itens, como o traço de raiva, a reação, a raiva para fora e a expressão, apresentaram valores abaixo das médias estabelecidas para esta população.

Também foram verificadas por quem foram criadas as apenadas e que tipos de relacionamento tiveram com seus pais ou outros cuidadores. Então, foi verificado que 62,5% das entrevistadas foram criadas pelo pai e pela mãe, 12,5% foram criadas somente pela mãe, 12,5% em lares que acolhem crianças e 12,5% foram criadas por pais adotivos. Dez por cento das mulheres alegaram que nunca tiveram nenhuma convivência com os pais, 37,5% alegaram que tiveram uma boa convivência, 37,5% dizem que a convivência que tiveram com os pais era ruim e 15% que tiveram uma convivência mediana.

Dos 30% das mulheres diagnosticadas neste estudo com psicopatia, 12,5% cresceram em lares que acolhem crianças, ou tiveram passagem por estes locais em algum momento.

Das apenas psicopatas que não estiveram em lares e foram criadas pelos pais ou outros cuidadores 25% tiveram uma convivência não satisfatória com eles.

Na Tabela 3 podem ser visualizados os tipos de delitos cometidos pelas 40 apenas entrevistadas, se elas possuem ou não metas em longo prazo, o índice de abuso sexual e a existência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTS).

Tabela 3

Tipos de Delitos, Metas em Longo Prazo, Abuso Sexual, Prostituição e DSTS

		N% Geral	N % Psicopatas	% Não psicopatas
Tipos de Delitos	Tráfico de Drogas	24 (60%)	5 (33,33%)	19 (67,85%)
	Tráfico e Associação	6 (15%)	2 (16,66%)	4 (14,28%)
	Assalto	5 (12%)	3 (25%)	2 (7,1%)
	Roubo	3 (7,5%)	1 (8,3%)	2 (7,1%)
	Golpe	2 (5%)	1 (8,3%)	1 (3,57%)
Metas em LP ^a	Sim	19 (47,5%)	5 (41,66%)	14 (50%)
	Não	21 (52,5%)	7 (58,33%)	14 (50%)
Abuso	Sim	10 (25%)	6 (50%)	4 (14,28%)
	Não	30 (75%)	6 (50%)	24 (85,71%)
Prostituição	Sim	11 (27,5%)	8 (66,66%)	3 (10,71%)
	Não	29 (72,5%)	4 (33,33%)	25 (89,28%)
DSTS ^b	Sim	8 (20%)	7 (58,33%)	4 (14,28%)
	Não	32 (80%)	5 (41,66%)	24 (85,71%)

^a Metas em LP = Metas em longo Prazo

^b DSTS = Doenças Sexualmente Transmissíveis

Pode se observar, nos resultados expostos na tabela 3, que a maioria das apenas estava cumprindo pena devido ao tráfico de drogas e que a maioria também não possuía metas em longo prazo, mostrando que a probabilidade de reincidência é grande. Quanto ao abuso, dos 25% das mulheres que sofreram abuso, 15% eram psicopatas e dos 27,5% que se prostituíram 20% também eram psicopatas. Dos 17,5% das mulheres que não possuem metas em longo prazo, 10% apresentam psicopatía. Já em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTS), dos 20% que possuíam algum tipo de doença, 10% tiveram o diagnóstico de psicopata. Das mulheres psicopatas, 20% apresentaram comportamento sexual promíscuo, ou seja, se prostituíram, tendo em média de 139,5 ($DP = 278,13$) parceiros sexuais.

O uso de drogas também está associado às mulheres, e o índice de usuárias deste estudo foi alto, portanto foram analisados os tipos de drogas utilizadas pelas apenas. A Tabela 4 apresenta os tipos de drogas utilizadas pelas 40 apenas.

Tabela 4

Tipos de Drogas Utilizadas pelas 40 Apenadas

		N% Geral	% Psicopatas	% Não Psicopatas
Tipos de Drogas Utilizadas	Nenhuma	11 (27,5%)	3 (25%)	8 (28,57%)
	Cocaína	15 (37,5%)	4 (33%)	11 (39%)
	Maconha	17 (42,5%)	7 (58,33%)	10 (35,71%)
	Crack	15 (37,5%)	6 (50%)	9 (75%)
	Álcool	19 (47,5%)	5 (41,66%)	14 (50%)

Nesta tabela, pode se verificar a porcentagem das apenadas que fazia uso de substâncias ilícitas. Notou-se que mais da metade das 40 mulheres entrevistadas fazia uso de pelo menos algum tipo de drogas. Das psicopatas, 27,5% faziam uso de algum tipo destas substâncias, e dentro destas 27,5% as drogas mais utilizadas foram o crack e o álcool, seguido da maconha e da cocaína.

A tabela 5 mostra os valores de correlação entre as variáveis avaliadas neste estudo. Psicopatia correlacionou-se de forma positiva significativa com o fator de Reação ($r = 0,60$; $p < 0,03$) e negativamente com o Estado de Raiva ($r = - 0,70$; $p < 0,01$) e a Reincidência ($r = - 0,70$; $p < 0,009$).

Tabela 5

Correlação entre Psicopatia, Agressividade e Reincidência

	R	p
Reação	,60	0,03*
Estado de Raiva	- ,70	0,01***
Reincidência	-,70	0,009**
Temperamento	,666	ns
Raiva para dentro	,315	ns
Raiva para fora	,184	ns
Expressão	,184	ns
Traço de raiva	,76	ns
Controle	,633	ns
Promiscuidade	,438	ns
Metas	,505	ns

Drogas	,389	ns
--------	------	----

***Correlação significativa 0,01

**Correlação significativa 0,009

*Correlação significativa 0,03

ns = não significativo

Discussão

Foi identificado que 30% das apenas entrevistadas apresentaram psicopatia ($n=12$) e que 70% das mulheres não apresentaram o transtorno ($n=28$), porém, de acordo com Morana (2004), o resultado da média de 15,10 pontos, obtidos na soma dos fatores 1 e 2 das mulheres não psicopatas as enquadra na classificação de transtorno parcial de personalidade (TP), que tem como pontuação valores que vão de 12 a 22 pontos. O transtorno parcial apresenta alguns traços anormais de caráter e é uma forma atenuada da psicopatia, mas merece atenção. Das 28 apenas que não obtiveram o diagnóstico de psicopatia, 20 se enquadram neste transtorno e apenas oito não estão enquadradas em nenhum tipo de categoria, obtendo pontuações que vão de 0 a 11.

Já nas mulheres diagnosticadas com o transtorno, a maior pontuação foi obtida no fator 1, que é responsável pelas características da personalidade do indivíduo, resultado de suma importância, visto que, a personalidade não pode ser modificada. Além disto, a média da soma dos fatores destas mulheres foi alta, 27,5 pontos, considerando que o máximo de pontuação obtida nesta somatória é de 34 pontos. Estes resultados tornam o prognóstico das não psicopatas e das psicopatas bastante comprometedores.

A média da pontuação do escore total de psicopatia, das 40 apenas deste estudo foi de 18,82 ($DP=8,12$) pontos. Quando comparada a dois estudos feitos com apenas de um Presídio Regional de Missouri, que tinha como amostra 120 mulheres ($n=120$) e outro da Província de British Columbia, que tinha como amostra 40 mulheres ($n=40$), apresentou valor inferior ao dos dois outros estudos. Na primeira pesquisa as mulheres apresentaram média de 21,1 ($DP=6,5$) pontos e na segunda apresentaram uma média de 24,9 ($DP=7,2$) pontos na soma total dos fatores (Neary, 1990; Strachan, Williamson, & Hare, 1990). Estes dados indicam que as apenas da América do norte apresentaram valores bem superiores, comparadas às brasileiras desta pesquisa. Quando comparadas com homens, as mulheres pesquisadas também apresentaram valores inferiores. Presos ($n=124$) de uma instituição de segurança mínima no estado de Wisconsin apresentaram uma média de 28,0 ($DP=5,9$)

pontos, e em outra pesquisa feita na mesma instituição, os presos ($n=232$) obtiveram uma média de 25,7 ($DP=6,9$) pontos (Kosson, Smith, & Newman, 1990). Os quatro estudos, de países da América do Norte, mostraram médias superiores às brasileiras, o que sugere que o perfil destas mulheres pode ser diferente.

A psicopatia apresentou correlação positiva com a reação, e negativa com o estado de raiva, quando aplicado o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI). O estado de raiva é emocional e são sentimentos negativos que variam de intensidade em função de uma situação e reação é a forma como são expressos os sentimentos. Nesta amostra, embora não tenha aparecido correlação significativa, a raiva voltada para dentro apresentou os maiores valores, estando acima da média estabelecida para a população feminina brasileira.

A reincidência, fator importante da psicopatia e que também faz parte das características ressaltadas por Cleckley (1988), também apresentou resultados significativos estatisticamente. Vinte por cento, dos 30% das mulheres psicopatas eram reincidentes, porcentagem bastante sugestiva. Porém, mesmo com o valor elevado, a associação entre psicopatia e reincidência foi negativa neste estudo e ressalta a importância do transtorno ser identificado entre as apenadas e melhor investigado quanto a sua associação com o transtorno, pois ao receberem benefícios penitenciários ou serem libertadas, as mulheres reincidentes necessitam receber maior atenção.

Em relação à agressividade, foi verificado que as maiores pontuações se deram nos comportamentos não manifestos, mostrando que estas mulheres apresentam dificuldades na exteriorização de seus sentimentos e conseguem controlar a sua raiva. Este resultado está de acordo com estudos anteriores que também descrevem as mulheres como sendo contidas em suas atitudes (Dembo, Jainchill, Turner, Fong, Farkas, & Childs, 2007; Dolan & Doyle, 2007, Warren et.al., 2003).

O perfil das mulheres entrevistadas foi de baixa escolaridade, casadas, com filhos e com idade média inferior a 35 anos. Dentre os delitos cometidos por elas, o principal foi o de tráfico de drogas, tendo como tempo médio de prisão cerca de oito anos. A utilização de drogas ilícitas é bastante presente entre essas mulheres, e os tipos de drogas utilizadas são os mais variados, porém, este item, não apresentou correlação significativa com a psicopatia. O comportamento sexual promíscuo também é presente nesta amostra, principalmente nas mulheres que foram diagnosticadas como psicopatas, mas, na análise, também não apresentou correlação positiva com o transtorno psicopático, apesar de apresentarem um número muito alto de parceiros sexuais.

No grupo de mulheres desta pesquisa, também ficou evidenciado a falta de metas em longo prazo, característica importante da psicopatia e que pode estar associada à reincidência. Sabe-se que o fato de não se possuir metas em longo prazo faz com que o indivíduo só consiga focar nos acontecimentos atuais, não se preocupe com o futuro e com as coisas que não conquistou, também faz parte desta característica possuir metas irreais, as quais o indivíduo nunca conseguirá alcançar (Morana, 2004; Cleckley, 1988). Portanto, se estas mulheres não possuem metas em longo prazo a chance de reincidirem em seus crimes é alta.

Acredita-se que as más condições sócio-econômicas estão contribuindo cada vez mais para a maior ocorrência de atitudes violentas e conseqüentemente para a instalação de muitas patologias, como a psicopatia. Um dos maiores prejuízos deste transtorno está no comprometimento do funcionamento social dos acometidos, pois acarreta problemas na externalização de comportamentos, que de maneira geral são anti-sociais, o que acaba levando a conflitos com o ambiente social. Estas atitudes patológicas se tornam a principal forma de interação dos indivíduos com as pessoas a sua volta, e embora seja uma forma primitiva de enfrentamento, se torna efetivo para que estes indivíduos consigam mudar o ambiente de acordo com as suas necessidades (Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, & Hutz, 2005).

As características anti-sociais começam a aparecer, muitas vezes, na infância e estão relacionadas, dentre outras questões, às características da interação familiar. A relação entre pais/cuidadores e filhos é de extrema importância em uma possível formação da psicopatia, e os pais, como, geralmente, carregam consigo uma bagagem de funcionamento, tanto psicológico como comportamental fora dos padrões, não conseguem se utilizar de reforçadores positivos, quando necessário e fracassam nas tentativas de utilizar técnicas disciplinares para enfraquecer comportamentos desviantes. Geralmente, utilizam comportamentos agressivos quando julgam que seus filhos necessitam de algum tipo de orientação. Desta forma acabam reforçando os problemas de conduta e favorecendo a inabilidade social (Das, Ruiters & Doreleijers, 2008).

Muitas vezes, este tipo de relacionamento é o único que existe no contexto familiar destes indivíduos, pois o contato com seus pais ou cuidadores é extremamente superficial e com pouco envolvimento parental, o que também favorece a perda de controle dos pais sobre as atitudes, companhias e envolvimento de seus filhos (Kernberg et al., 2003). Devido a isto, muitas destas crianças acabam sendo levadas para lares que acolhem crianças

abandonadas ou que foram vítimas de maus tratos, o que também pode favorecer o desenvolvimento deste transtorno (Reidy, Zeichner, & Foster, 2009).

Os dados obtidos mostraram que no Brasil algumas características permanecem as mesmas, quando comparadas com estudos feitos em outros países, o que aponta que as diferenças regionais podem não ter influência sobre as características do transtorno. Portanto, é de suma importância a execução de mais pesquisas enfocando mulheres brasileiras em relação à psicopatia, buscando um melhor conhecimento e novas alternativas de trabalho. Este é, com certeza, um campo fértil para futuras pesquisas, explorado por poucos estudiosos até o momento e que pode auxiliar a este tipo de público, se melhor investigado.

Conclusão

Concluiu-se que a psicopatia foi encontrada no sexo feminino, e foi verificado que existe uma correlação entre psicopatia, reincidência criminal e alguns fatores da agressividade. O comportamento sexual promíscuo e o uso de drogas, neste estudo, não apresentaram associações com este transtorno, porém os índices, tanto do uso de drogas, quanto do número de parceiros sexuais, foram altos e necessitam ser melhor investigados.

Estes resultados servem como informações iniciais de um assunto que envolve saúde pública e que, portanto, interessa a toda nossa sociedade. Então, a partir destas constatações mais investigações podem ser feitas, explorando outros aspectos da psicopatia e da população feminina, para que ainda sejam descobertas mais características a respeito deste transtorno bastante comprometedor.

Portanto, ainda são necessárias mais pesquisas, para que através dos dados encontrados consiga se trabalhar de forma mais eficaz com esta população. Estudos futuros podem abordar a questão da promiscuidade sexual e do uso de drogas nas mulheres, para melhor esclarecer os altos índices encontrados. Além disto, comparar o sexo feminino de diferentes países também podem ser de grande valia, visto que as pontuações se mostraram desiguais na psicopatia.

SEÇÃO III

RELATÓRIO DE PESQUISA

Psicopatia e suas características

Manipulação, mentira, violência, intimidação e charme são algumas das características presentes nos psicopatas. Eles se utilizam destes comportamentos para controlar as pessoas e obter o que desejam (APA, 2003; Richell, Mitchell, Newman, Leonard, Cohen, & Blair, 2003). Assim, a psicopatia é um transtorno de personalidade que causa um desvio de caráter e a manifestação de comportamentos anti-sociais (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003).

Um dos pontos principais da psicopatia é que estas atitudes vão contra os princípios da sociedade, o que acaba fazendo com que estes indivíduos entrem em confronto com a mesma (Kernberg et al., 2003; Laranjeira, 2007). Comportamentos desviantes, que em sua maioria são manifestos, podem ser observados até mesmo durante as fases da infância e da adolescência, o que favorece a identificação da patologia na fase adulta, pois a psicopatia só pode ser diagnosticada a partir dos 18 anos de idade (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003).

As características que definem a personalidade psicopata são: o charme superficial, o grau de inteligência inalterado, ausência de delírios e outros sinais de pensamento irracional, ausência de nervosismo e manifestações psiconeuróticas, falta de confiabilidade, deslealdade, insinceridade, falta de remorso ou pudor, tentativas de suicídio e comportamento anti-social inadequadamente motivado. O fato de possuírem pouca capacidade para julgamentos, incapacidade de aprender com a experiência, egocentrismo patológico, incapacidade de sentir amor ou afeição, vida sexual impessoal ou pobremente integrada e a incapacidade de seguir planos de vida também são características ressaltadas pelo autor. Além da escassez de relações afetivas importantes, comportamento inconveniente ou extravagante após a ingestão de bebidas alcoólicas ou mesmo sem o uso destas e insensibilidade geral a relacionamentos (Cleckley, 1988).

Já a APA (2003) tem como característica principal, a desconsideração e a violação dos direitos alheios, que inicia, geralmente, na infância ou na adolescência como um Transtorno de Conduta e persiste até a idade adulta. Estas características são mais intensas até os 40 anos, após esta idade tende a haver um declínio destes comportamentos. O diagnóstico de anti-social requer alguns pré-requisitos, como: o indivíduo ter pelo menos 18 anos de idade (Critério B), ter tido uma história de alguns sintomas do Transtorno de

Conduta (comportamentos persistentes e repetitivos que incluem uma ou mais destas quatro categorias: furto ou defraudação, agressão a pessoas ou animais, séria violação de regras, destruição de propriedade) antes dos quinze anos (Critério C), os comportamentos anti-sociais não podem ter ocorrido durante um episódio maníaco ou esquizofrenia (Critério D) e pelo menos três desses critérios devem estar presentes (Critério A): Fracasso em respeitar normas pertinentes a um comportamento dentro dos parâmetros legais; Enganar e manipular pessoas para obter ganhos pessoais ou por simples prazer; mentir repetidamente, fingir, ludibriar; Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro; Agressividade e irritabilidade indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas; Desrespeitar a segurança alheia e a sua própria segurança; Irresponsabilidade financeira; Ausência de remorso por atitudes negativas infringidas a outros (APA, 2003; Kaplan et al., 2003).

Existem indicativos de que a psicopatia possa se formar devido à influência de fatores psicossociais, como a negligência e a falta de afeição por parte dos pais ou cuidadores, a ocorrência de abuso físico e/ou sexual e até mesmo a institucionalização (Kernberg et al., 2003; O'Connell, 1998). A psicopatia compromete o indivíduo e faz com que ele manifeste maior impulsividade, falta de empatia, de culpa, de remorso e de consideração pelo outro, além da expressão de condutas impiedosas, que podem suceder em crime (Suecker, 2005). Desta forma, o transtorno, muitas vezes, acaba associado ao sistema penitenciário, o que torna importante a sua precisa identificação (Morana, Stone, & Filho, 2006).

Porém, as características pertencentes ao transtorno nem sempre são suficientes para a sua correta identificação, pois os sintomas não são tão evidentes como no caso de outros transtornos de personalidade, em que a pessoa se mostra claramente transtornada. Pelo contrário, os psicopatas aparentemente são indivíduos de comportamentos normais, são pessoas agradáveis e de bom convívio social, o que facilita o acesso a suas vítimas e dificulta ainda mais a sua identificação (Morana, Stone, & Filho, 2006).

Quando se trata de adolescentes, a dificuldade em diagnosticar aumenta ainda mais, pois existe uma grande relutância em diagnosticar um transtorno de personalidade, principalmente nesta fase. Acredita-se que estes indivíduos ficariam rotulados como tendo um transtorno grave, que prejudicaria o seu futuro. Mas, é importante salientar que desta forma, acaba não se oferecendo o tratamento necessário, podendo comprometer ainda mais o desenvolvimento deste jovem (Kernberg et al., 2003).

Porém, deve se prestar atenção no que é patológico e no que é normal desta fase, pois a adolescência é um momento onde tendem a ocorrer comportamentos inconstantes dos

quais, muitas vezes, as infrações fazem parte, até para que perante seus grupos de amigos, eles consigam expressar certa autonomia. Além disto, estes comportamentos também podem servir como uma válvula de escape para externalizar os medos, conflitos e as desordens internas comuns a esta etapa do desenvolvimento. Esses comportamentos delinquentes costumam ter seu pico entre os 15 e 17 anos, tendendo a diminuir depois desta idade quando se caracterizam simplesmente como algo normal da fase adolescente, ou podem permanecer, se tornando um problema crônico, como o desenvolvimento de uma psicopatia (Laranjeira, 2007).

Portanto, o reconhecimento de precursores desenvolvimentais de jovens que estão em uma possível trajetória para a psicopatia é necessário, pois desta maneira, tenta-se evitar um desenvolvimento maior dos seus sintomas. Além de evitar reincidências criminais, no caso de jovens que já estão presos ou sob liberdade assistida, pois a psicopatia está diretamente ligada com a reincidência criminal (Kernberg et al., 2003).

Em adultos, a identificação se torna mais precisa e aceita, embora se acredite que as mulheres adultas ainda estão sendo pouco investigadas, pois ainda predominam estudos com o sexo masculino. Uma característica comum nos adultos, que pode auxiliar na hora de fazer um diagnóstico, é a intensificação da impulsividade, que se caracteriza por uma tendência a não inibição de comportamentos de risco, mal adaptados, mal planejados e que são precocemente executados. A impulsividade pode ser hereditária, um traço da personalidade, ou até mesmo ser adquirida por lesão no sistema nervoso central (SNC). Os comportamentos mais comuns, nestes casos, vão desde a incapacidade em planejar o futuro até a ocorrência de atos violentos ou agressivos (Del-Ben, 2005).

É importante ressaltar também que dentro da psicopatia existem graduações, e Morana (1999) em seus trabalhos com populações forenses, dividiu o transtorno psicopático em dois subtipos, que foram chamados de: Transtorno Global da Personalidade (TG) e Transtorno Parcial da Personalidade (TP). O primeiro aproxima-se das características da psicopatia apresentadas por Cleckley (1988), no qual o indivíduo não apresenta sensibilidade afetiva nem propensão à socialização. O segundo seria uma forma mais atenuada do transtorno, onde não haveria uma manifestação de descontrole dos impulsos com tanta frequência, surgindo apenas em algumas circunstâncias e em razão de um fato específico (Morana, Câmara, & Flórez, 2006).

Esta classificação de Morana (1999) é perpassada pela classificação que Raine (1998) deu a alguns tipos de agressividade, que ele chamou de afetiva ou reativa e predatória. A primeira é manifestada em resposta a eventos ou situações que provocam

algum tipo de sentimento no indivíduo e faz com que de alguma forma ele tenha um comportamento agressivo. A segunda ocorre sem nenhuma razão específica, é uma situação em que o indivíduo age simplesmente por não conseguir conter a sua impulsividade (Nouvion, Cherek, Lane, Tcheremissine, & Lieving, 2007; Scarpa, & Raine, 1997).

A violência e a criminalidade sempre estiveram presentes nas mais diferentes sociedades, o que desperta maior interesse em pesquisar sobre os fatores que podem levar a ocorrência desses comportamentos. Sabe-se que comportamentos anti-sociais geram uma grande preocupação, pois, geralmente, chegam a conseqüências extremistas, como homicídios, abusos sexuais, perversões e suicídio (De Sá, 1999; Filho, 2004).

Desta forma, é de extrema importância a identificação deste transtorno em indivíduos presidiários, pois os dados obtidos na pesquisa podem contribuir de forma preventiva, auxiliando na redução de possíveis reincidências criminais após a libertação ou concessão de benefícios penitenciários. Já está comprovado que indivíduos diagnosticados como psicopatas têm maiores chances de reincidir em crimes, quando comparados aos que os que não possuem o diagnóstico deste transtorno de personalidade (Ambiel, 2006; Morana, 2004).

Indivíduos com comportamentos anti-sociais são encontrados em maior número em instituições prisionais e devido a isto, a pesquisa foi realizada no Presídio Regional de Santa Maria, RS. As mulheres foram a população alvo do estudo, devido as poucas pesquisas relacionando este transtorno a este sexo em nosso país. Além disto, quando mulheres apresentam traços anti-sociais têm sérios riscos de conseqüências prejudiciais ao longo do tempo, como: dificuldades de aprendizagem, problemas emocionais, dificuldades no casamento, relações violentas com homens e pobre experiência materna (Das, Ruiters, & Doreleijers, 2008). A partir destas constatações, o objetivo foi de verificar a psicopatia e a agressividade em mulheres e também identificar que outros fatores podem estar envolvidos quando se trata de psicopatia feminina.

Assim, com uma verificação mais precisa é possível identificar o grau de periculosidade das mulheres pesquisadas e desta forma minimizar prováveis reincidências, pois a reincidência também está diretamente ligada ao grau do transtorno (Vincent, Odgers, McCormick, & Corrado, 2008; Vitale et al., 2002). Conhecer melhor as manifestações da psicopatia poderá propiciar novos procedimentos, voltados para a recuperação desta população, assim como a geração de ações sociais preventivas, visando minimizar a incidência deste transtorno.

Objetivos

Objetivo Geral

Foi de verificar a existência de psicopatia e agressividade em mulheres apenadas da cidade de Santa Maria, RS.

Objetivos específicos

Foi de verificar a existência de abuso sexual, uso de drogas, tipos de drogas, reincidência, tentativas de suicídio, prostituição e existência de metas em longo prazo. Também se verificou o tipo de convivência destas mulheres com os seus cuidadores, os tipos de delitos cometidos e a presença ou não de doenças sexualmente transmissíveis (DSTS).

Método

Delineamento do Estudo

Esta pesquisa é do tipo quantitativa transversal explicativa *ex post facto*

Participantes

Participaram desta pesquisa 40 mulheres com média de idade de 33,7 anos, apenadas do Presídio Regional da cidade de Santa Maria, RS. Para a escolha destas mulheres, o procedimento de seleção utilizado foi o fato de todas serem apenadas e terem condições psicológicas de responder as questões propostas pelos testes. Já o critério de exclusão foi o fato da recusa de algumas mulheres em participar e a não condição psicológica de responder as questões propostas. Foi escolhido o número de 40 mulheres para participaram da pesquisa, pois no presídio as apenadas somavam um total de 50.

Procedimentos de pesquisa

Para dar início a pesquisa, primeiramente foi feito um contato inicial com os responsáveis pelo presídio, onde foi explicado de que forma seria feito o trabalho. Neste primeiro contato também foram recebidas informações sobre o funcionamento da instituição, e a partir deste dia foi autorizado o início da coleta de dados.

O contato com as participantes era feito somente no dia em que ocorria a entrevista, pois não tinha como haver um contato prévio, devido ao local onde elas se encontravam. As entrevistas eram feitas individualmente, em uma sala que foi cedida dentro do presídio e cada entrevista levou cerca de três horas, contando a aplicação dos dois testes.

Os dados foram obtidos primeiramente com a aplicação da escala PCL-R, que levou cerca de duas horas e meia e através da qual se adquiriu informações sobre a psicopatia, e logo após foi feita a aplicação da escala STAXI, que levou cerca de meia hora e serviu para a verificação da agressividade.

Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, tendo sido aprovado em 25/05/2009 (Anexo C) sob o protocolo 09/046. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo D) foi assinado em duas vias pelas participantes, sendo uma delas entregue a participante e outra ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

Procedimentos de coleta de dados

Treinamento

Em um primeiro momento foi feito um treinamento, na antiga UNISINOS, para compreender a forma de utilização da escala PCL-R. Este treinamento consistiu em uma observação da aplicação do PCL-R e foi realizado por uma profissional da UFRGS, que já aplicava o instrumento em seu cotidiano de estudos e pesquisas. Esta observação pode ser feita mediante a autorização do entrevistado e a boa estrutura do local, que permitia presenciar todo processo da entrevista através de uma sala de espelho. Com esta observação pode se aprender as técnicas e o manejo utilizados durante todo o processo da coleta dos dados do entrevistado.

Estudo Piloto

Após o treinamento foi feita a aplicação da escala PCL-R, pela própria pesquisadora, em forma de um estudo piloto. Este estudo foi realizado na Casa Abrigo, na cidade de Santa Maria, RS. Essa casa é habitada por jovens delinquentes ou que sofreram algum tipo de violência por seus cuidadores e estão no local sob custódia da justiça. Optou-se por fazer o

estudo piloto nesta casa, pois ela tem uma população que se enquadra na conduta anti-social, o que favoreceu a coleta de dados.

É importante ressaltar que este estudo não teve como objetivo rotular estes jovens, e sim, dar oportunidades de intervenção mais apropriadas para eles. A escala PCL-R, aplicada neste estudo piloto, foi adaptada para este público, pois o formato original é para adultos e abrange questões que ainda não se enquadram no contexto do qual a população jovem faz parte.

A aplicação da escala, no estudo piloto, foi feita com três meninas adolescentes e cada uma delas foi entrevistada individualmente, na própria instituição. Durante a aplicação da escala, que é feita em forma de entrevista, permaneceram na sala somente a entrevistadora e a entrevistada. Estas entrevistas foram filmadas, pois este material poderá contribuir para futuras pesquisas que também abordem esta temática.

Coleta de dados no presídio

Após o estudo piloto, foi feito o primeiro contato com os responsáveis pelo Presídio Regional da cidade de Santa Maria, RS, para explicar de que forma seria executada a pesquisa e obter a autorização do diretor para iniciar o processo de coleta dos dados. As entrevistas ocorreram durante os dias da semana em que era permitida a entrada de profissionais que não trabalham no local, pois oito dias no mês, ou seja, duas vezes na semana ocorriam as visitas dos familiares, portanto nestes dias não podia se realizar a pesquisa.

A aplicação dos testes foi feita individualmente com as 40 apenadas e levaram cerca de três horas com cada uma. O primeiro teste aplicado foi o PCL-R, para a verificação da psicopatia, após foi feita a aplicação do Staxi, que verificou a agressividade nestas mulheres. Durante a aplicação dos testes as apenadas ficaram algemadas, como método de prevenção contra qualquer possível ato de rebeldia contra a entrevistadora e também para evitar qualquer tentativa de fuga.

Instrumentos

- Escala Hare PCL-R

Foi aplicado o PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*) que consiste em uma escala, criada por Robert Hare e seu grupo, em 1991 para a verificação do transtorno de

personalidade psicopática em adultos. A escala foi desenvolvida após 25 anos de estudo e tem sido muito utilizada em populações forenses e carcerárias em diversos países. Foi validada no Brasil no ano de 2003 por Hilda Morana, em sua tese de doutorado e tem sido umas das escalas mais utilizadas e que tem apresentado maiores índices de aceitabilidade entre pesquisadores, pois apresentou índices bastante positivos em pesquisas deste tipo (Jozef et al., 2000).

Vários estudos demonstraram a utilidade do PCL-R como instrumento de avaliação de risco de violência, incluindo a identificação de prováveis recidivas. Além disto, esta escala verifica os aspectos mais importantes considerados por Hare, que são o núcleo de características afetivas e interpessoais que diferencia os psicopatas das pessoas consideradas normais ou não-psicopatas. A escala foi desenvolvida a partir de 16 características que definem o perfil do psicopata segundo Cleckley (psiquiatra americano e pioneiro no campo da psicopatia), com o objetivo de avaliar o grau de periculosidade e readaptação à vida em sociedade de maneira segura, de forma a tentar minimizar as reincidências criminais (Laurell, & Daderman, 2007; Jozef et al., 2000).

A escala consiste em uma entrevista semi-estruturada, composta por 20 itens que são divididos em dois fatores: os itens que fazem parte do Fator I analisam as características nucleares dos traços de personalidade e os itens do Fator II analisam a instabilidade de comportamento. Esses itens são pontuados de 0 a 2, perfazendo um total de 40 pontos, sendo que uma pontuação 0 significa que o item não se aplica ao indivíduo, uma pontuação 1 significa que o item se aplica até certo ponto e uma pontuação 2 significa que o item se aplica parcialmente ou totalmente ao indivíduo. Essa pontuação deve ser dada de forma subjetiva pelo entrevistador, com base na entrevista e nas informações coletadas na instituição (Morana, Câmara, & Flores, 2006; Hare, 1991).

Um indivíduo que obtêm uma pontuação de 0 a 12 seria considerado um não psicopata, de 12 a 23 teria um transtorno parcial de personalidade e de 23 a 40 um transtorno global de personalidade. Por fim, um resultado acima de 30 pontos na escala Hare PCL-R descreveria um psicopata típico. No Brasil, diferente de outros países, para um indivíduo ser considerado psicopata a pontuação é de 23, pois como não existe a pena de morte não existe uma grande preocupação de haver falsos positivos.

Os 20 elementos que fazem parte desta escala são: 1) loquacidade/charme superficial; 2) auto-estima inflada; 3) necessidade de estimulação/tendência ao tédio; 4) mentira patológica; 5) controle/manipulação; 6) falta de remorso ou culpa; 7) afeto superficial; 8) insensibilidade/falta de empatia; 9) estilo de vida parasitário; 10) frágil

controle comportamental; 11) comportamento sexual promíscuo; 12) problemas comportamentais precoces; 13) falta de metas realísticas; 14) impulsividade; 15) irresponsabilidade; 16) falha em assumir responsabilidade; 17) muitos relacionamentos conjugais de curta duração; 18) delinquência juvenil; 19) revogação da liberdade condicional; 20) versatilidade criminal (Hare, 1991; Morana, Câmara, & Flórez, 2006). Portanto é uma escala bastante completa, que abrange todas as características propostas por Cleckley, mapeando a personalidade do indivíduo e oferecendo um diagnóstico confiável (Hare, 1991). Em estudos realizados com mulheres, o coeficiente alfa foi superior a 0,70.

- Inventário de Expressão da Raiva como Estado e Traço (STAXI)

Com a finalidade de avaliar a agressividade através da mensuração de experiências e expressões de raiva, foi utilizado o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI – Anexo B) de Charles D. Spielberger (1927), que foi traduzido e adaptado para o Brasil, por Ângela M. B. Baggio no ano de 2003. A experiência de raiva no STAXI é avaliada como estado e traço. O estado de raiva é emocional e são sentimentos negativos que variam de intensidade em função de uma situação. Já o traço de raiva é a disposição, maior ou menor, do indivíduo para perceber várias situações como desagradáveis ou frustradoras, tendendo a reagir sobre elas. Com relação às expressões da raiva, estas são concebidas de três formas: a primeira é a raiva para fora, que é a expressão da raiva em relação aos outros ou aos objetos; a segunda é a raiva dirigida para dentro, que são os sentimentos e a terceira é em relação ao grau de intensidade com que as pessoas tentam controlar a expressão. A escala é composta por 44 itens e o formulário de aplicação possui três partes: a primeira com itens para o sujeito dizer como está se sentindo no momento, a segunda indica como o sujeito se sente comumente e a terceira se relaciona com o que ele faz e o que sente quando está com raiva ou furioso. Cada item contém quatro alternativas de frequência que correspondem a: (1) “quase nunca”, (2) “às vezes”, (3) “freqüentemente” e (4) “quase sempre”. As três partes do formulário apresentam coeficientes alfa maiores que 0,60.

Procedimentos de análises de dados

A análise de dados consistiu em procedimentos descritivos para as variáveis de interesse (Psicopatia e Agressividade) e para as variáveis sociodemográficas, envolvendo propriedades de distribuição, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade. Considerando o aspecto descritivo do estudo, os dados foram apresentados em

termos de escores observados. A estatística inferencial consistiu em cálculos de diferenças entre médias (A nova de Friedman) e cálculos correlacionais (Coeficiente de correlação para postos de Pearson).

Resultados

Os resultados encontrados estão baseados nas características propostas por Cleckley (1988), para a psicopatia e no estudo de Morana (2003) na validação do teste PCL-R, aplicado para a obtenção de alguns dados deste estudo. Na Tabela 1 podem ser visualizados os dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos

		n %
Sexo	Feminino	40 (100%)
Escolaridade	Nenhuma	2 (5%)
	Ensino Fundamental Incompleto	27 (67,5%)
	Ensino Fundamental Completo	8 (20%)
	Ensino Médio Incompleto	2 (2,5%)
	Ensino Médio Completo	0 (0%)
	Ensino Superior Incompleto	0 (0%)
	Ensino Superior Completo	1 (1,25%)
Estado Civil	Casada/Mora junto	34 (85%)
	Solteira	6 (15%)
Filhos	Sim	36 (90%)
	Não	4 (10%)
		Média (DP)
Idade		33,67 (12,19)
Números de filhos		2,47 (1,97)

Através da Tabela 1 pode se verificar que o perfil da maioria das mulheres é de baixa escolaridade, casadas/moravam junto e com filhos. Os tipos de delitos cometidos por elas foram o tráfico de drogas, sendo o principal, com 60% das mulheres cumprindo pena devido a esta infração, 15% cumpria pena por tráfico de drogas e associação ao tráfico, 12,5% por assalto, 7,5% por roubo e 5% por golpe. Quarenta por cento das apenadas eram reincidentes

em seus delitos e 60% tinham cometido seu primeiro delito, sendo a média do tempo de prisão destas mulheres de 8,64 anos ($DP= 4,59$). A relação entre mulheres e utilização de drogas é grande e na Tabela 2 podem ser visualizados os tipos de drogas utilizadas.

Tabela 2

Tipos de Drogas Utilizadas pelas 40 apenadas

		N% Geral	% Psicopatas	% Não Psicopatas
Tipos de Drogas Utilizadas	Nenhuma	11 (27,5%)	3 (25%)	8 (28,57%)
	Cocaína	15 (37,5%)	4 (33%)	11 (39%)
	Maconha	17 (42,5%)	7 (58,33%)	10 (37,5%)
	Crack	15 (37,5%)	6 (50%)	9 (75%)
	Álcool	19(47,5%)	5 (41,66%)	14 (50%)

Através desta tabela, pode se perceber o alto índice de mulheres usuárias de algum tipo de substância. Das 40 mulheres entrevistadas 29 eram usuárias de drogas.

Sabe-se que a relação entre pais/cuidadores e filhos apresenta grande influência na formação da psicopatia na vida adulta, portanto foram investigadas por quem as apenadas foram criadas e que tipos de convivência tinham com seus pais/cuidadores. Assim, 62,5% das entrevistadas foram criadas pelo pai e pela mãe, 12,5% foram criadas somente pela mãe, 12,5% em lares que recebem crianças e 12,5% foram criadas por pais adotivos. Dez por cento das mulheres alegam que nunca tiveram nenhuma convivência com os pais, 37,5% alegam que tiveram uma boa convivência, 37,5% dizem que a convivência que tiveram com os pais era ruim e 15% que tiveram uma convivência mediana.

Por fim, o índice de psicopatia desta amostra foi de 30%, e em relação à agressividade foi verificado que o estado de raiva, o temperamento, a raiva para dentro e o controle da raiva apresentaram uma média acima dos padrões para mulheres brasileiras.

Considerações Finais

Pode se verificar, através deste estudo, que a população feminina apresentou psicopatia, e que a maior parte das mulheres é de baixa escolaridade, casadas/moram junto e

com filhos. Também mostrou que a maioria faz uso de drogas e foi constatado que a agressividade, nestas apenadas, não é exposta através de comportamentos manifestos, e sim, através de raiva voltada para dentro, pois suas pontuações foram maiores nestes itens.

A relação entre pais/cuidadores, destas mulheres, indicou que a maioria possuía uma relação ruim ou inexistente com eles, confirmando os estudos já executados explorando este ponto (Krischer & Sevecke, 2008; Reidy, Zeichner, & Foster, 2009). O uso de drogas e o(s) tipo(s) utilizado(s) apresentaram números realmente preocupantes, pois o uso destas substâncias pode estar associado ao cometimento dos delitos. O tipo de delito mais cometido entre elas foi o tráfico de drogas, o que, de certa forma, aproxima cada vez mais as mulheres das substâncias ilícitas, podendo favorecer seu uso.

Desta forma, este estudo tem relevância social, pois é importante conhecer o funcionamento de nossa população, principalmente quando uma parte desta apresenta um transtorno tão sério, e que traz conseqüências não só para os que convivem diretamente com os acometidos pela psicopatia, mas para todos os indivíduos de nossa sociedade. Por isso, é importante nos apropriar cada vez mais deste tema e das características associadas a ele, e desta forma, lidar melhor com a psicopatia, intervindo de forma mais eficaz e principalmente preventiva.

Os dados coletados através desta pesquisa poderão contribuir para futuros estudos, onde esta população também poderá ser explorada em outros aspectos, que são de grande importância e ainda desconhecidos, e que, portanto, precisam ser divulgados. Assim, o fato de ter investigado um assunto pouco pesquisado em nosso país é um dos pontos fortes deste trabalho, pois através de pesquisas e estudos serão descobertas alternativas de manejo diferenciadas e mais adequadas a este tipo de público. Já em relação às limitações desse estudo, verificou-se a falta de materiais brasileiros sobre o assunto, o que dificulta a comparação dos dados obtidos nesta pesquisa com outros estudos feitos com a nossa população.

Portanto, ainda é preciso haver mais pesquisas, onde sejam verificadas alternativas para trabalhar com a população psicopata, não desacreditando que podem ser feitas intervenções, principalmente preventivas. Uma das maneiras de se desenvolver um trabalho como este, talvez seja trabalhar com crianças e adolescentes que apresentam um desvio de conduta, pois esses ainda estão em formação e têm chances de absorver exemplos positivos, que talvez consigam dar um rumo diferente as suas vidas.

Para que isto aconteça, é importante ter instituições preparadas para receber crianças e adolescentes com transtorno de conduta. Saber lidar com este tipo de transtorno,

administrar os problemas e as inúmeras situações difíceis que se têm ao manejar com crianças e adolescentes é essencial para obter êxito neste trabalho. Mas, infelizmente, ainda são poucos os lugares que realmente oferecem uma boa estrutura, com profissionais bem preparados para lidar com estas questões. Além disto, é importante melhorar não só as instituições, mas uma série de condições, como a situação, política, econômica e social do nosso país.

Referências

- Abreu, C. N., Tavares, H., & Cordás, A. T. et al. (2008). *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed.
- Ambiel, R. A. (2006). Diagnóstico de psicopatia: Avaliação psicológica no âmbito judicial. *Psico USF, 11*, 265-266.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ªed). Porto Alegre: Artmed.
- Blair, R. J. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *Journal of psychiatry, 182*, 5-7.
- Brenan, P., & Raine, A. (1997). Biosocial bases of antisocial behavior: Psychophysiological, neurological, and cognitive factors. *Clinical Psychological Review, 17*, 589-604.
- Cima, M., & Raine, A. (2009). Distinct characteristics of psychopathy relate to different subtypes of aggression. *Personality and individual differences, 47*, 835- 840.
- Cleckley, H. (1988). *The mask oh sanity*. St. Louis, MO: Mosby
- Das, J., Ruiters, C., & Doreleijers, T. (2008). Reliability and validity of the Psychopathy Checklist: Youth Version in Dutch female adolescents. *International Journal of Law and Psychiatry, 31*, 219-228.
- De Sá, A. A. (1999). Algumas questões polêmicas relativas à psicologia da violência. *Psicologia: Teoria e prática, 1*, 53-63.
- Del-Ben, C. M. (2005). Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria Clínica, 32*, 27-36.
- Dembo, R., Jainchill, N., Turner, C., Fong, C., Farkas, S., & Childs, K. (2007). Levels of psychopathy and its correlates: A study of incarcerated youths in three states. *Behavioral Sciences and the Law, 25*, 717-738.
- Dolan, M., & Doyle, M. (2007). Psychopathy: Diagnosis and implications for treatment. *Principles of forensic psychiatry, 6*, 404-408.
- Dolan, M., & Vollm, B. (2009). Antisocial personality disorder and psychopathy in women: A literature review on reliability and validity of assessment instruments. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*, 2-9.
- Eisenbarth, H., Alpers, G. W., Segrè, D., Calogero, A., & Angrilli, A. (2008). Categorization and evaluation of emotional faces in psychopathic women. *Psychiatry Research, 159*, 189-195.

- Filho, E. A. (2004). Avaliação de risco de violência em psiquiatria forense. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 279-284.
- Gauer, G. (2001). Personalidade e conduta violenta. *Revista de Ciências Sociais*, 1, 45-66.
- Gauer, G., & Vasconcellos, S. (2004). A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria*, 26, 78-85.
- Glenn, A. L., Raine, A., Yaralian, P. S., & Yang, Y. (2009). Increased volume of striatum in psychopathic individuals. *Biological Psychiatry*, 67, 52-58.
- Grann, M. (2000). The PCL-R and gender. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 147-149.
- Hare, R. D. (1991). *Manual da escala Hare PCL: Critérios para a pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jozef, F., Silva, J., Greenhalgh, S., Leite, M., & Ferreira, V. (2000). Comportamento violento e disfunção cerebral: Estudo de homicidas no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 124-129.
- Kaplan, H. B., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2003). *Transtornos de personalidade em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Kosson, D. S., Smith, S. S., & Newman, J. P. (1990). Evaluating the construct validity of psychopathy on black and white male inmates: Three preliminary studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 250-259.
- Krischer, M. K., & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 253-262.
- Laranjeira, C. A. (2007). A análise psicossocial do jovem delinqüente: Uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 12, 221-227.
- Laurell, J., & Daderman, A. M. (2007). Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders: Some reliability issues. *Law and Psychiatry*, 30, 127-135.
- Lewis, D. (2005). Sociopatia: Transtorno e delinqüência. *Direito e Justiça*, 31, 25- 40.
- Moll, J., Eslinger, P., & Souza, R. (2001). Frontopolar and anterior temporal córtex activation in a moral judgment task. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59, 657-664.
- Morana, H. C. (1999). Subtypes of antisocial personality disorder and the implications for forensic research: issues in personality disorder assessment. *Internal Medicine*, 6, 187-99.
- Morana, H. C. (2004). *Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia revisados*. (Versão brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Morana, H. C., Stone, M. H., & Filho, E. A. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 74-79.
- Morana, H. C., Câmara, F. P., & Flórez, J. A. (2006). Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: Differentiation of two patterns of criminal profiles. *Forensic Science International*, 164, 98-101.
- Nadis, D. (2002). Utter amorality: Can psychopaths feel emotions? *Academic Search Premier*, 17, 12-12.
- Neary, A. (1990). DSM-III and Psychopathy Checklist assessment of antisocial personality disorder in black and white female felons. Unpublished doctoral dissertation. St. Louis, MO: University of Missouri.
- Nouvion, S. O., Cherek, D. R., Lane, S. D., Tcheremissine, O. V., & Lieving, L. M. (2007). Human proactive aggression: Association with personality disorders and psychopathy. *Aggressive Behavior*, 33, 552-562.
- O'Connell, S. (1998). *Mindreading: An investigation into how we learn to love and lie*. London: Arrow Books Ltda.
- Organização Mundial de Saúde. (Ed.).(1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID -10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pacheco, S., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 55-61.
- Pridmore, S., Chambers, A., & McArthur, M. (2005). Neuroimaging in psychopathy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 856-865.
- Raine, A. et al. (1998). Prefrontal glucose deficit in murderers lacking psychosocial deprivation. *Neuropsychiatry Neuropsychology Behavioral Neurology*, 11, 1-7.
- Raine, A., Buchsbaum, M., Stanley, J., Lottenberg, S., Abel, L., & Stoddard, J. (1994). Selective reductions in prefrontal metabolism in murderers. *Society of Biological Psychiatry*, 36, 365-373.
- Reidy, D., Zeichner, A., & Foster, J. (2009). Psychopathy, aggression and emotion processing of violent imagery in women. *Journal of Research in Personality*, 43, 928-932.
- Richell, R. A., Mitchell, D. G., Newman, C., Leonard, A., Cohen, S. B., & Blair, R. J. (2003). Theory of mind and psychopathy: Can psychopathic individuals read the language of the eyes? *Neuropsychologia*, 41, 523-526.

- Rutter, M. (1971) Parent-child separation: Psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 233-260.
- Rutter, M. (1979) *Changing youth in a changing society: Patterns of adolescent development and disorder*. London: Nulfield Provincial Hospitals Trust.
- Scarpa, A., & Raine, A. (1997). Psychophysiology of anger and violent behavior: Anger, aggression, and violence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 375-394.
- Shine, S. K. (2000). *Psicopatia: coleção clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, R., Hare, R., Bramati, I., Garrido, G., Ignácio, F., Tovar-Moll, F., & Moll, F. (2008). Psychopathy as a disorder of the moral brain: Fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *Neuroimage*, 40, 1202-1213.
- Spielberger, C. D. (1927). *Manual do inventário de expressão de raiva como estado e traço - STAXI*. Tradução e adaptação: Ângela M. B. Biaggio (2003). São Paulo: Vetor.
- Strachan, K., Williamson, S., & Hare, R. D. (1990). Psychopathy and Female Offenders. Unpublished data. Department of Psychology. Columbia, Vancouver: University of British.
- Suecker, B. (2005). Sociopatia: Transtorno e delinquência. *Direito e Justiça*, 31, 25-40.
- Valmir, A. S. (1998). *Dicionário de Psicologia*. Rio de Janeiro. Ediouro.
- Vincent, M. G., Odgers, L. C., McCormick, A. V., & Corrado, R. R., (2008). The PCL: YV and recidivism in male and female juveniles: A follow-up into young adulthood. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 287-296.
- Vitale, J., Smith, S., Brinkley, C., & Newman, J. (2002). *Criminal Justice and Behavior*, 29, 202-231.
- Wangby, M., Bergman, L., & Magnusson, D. (1999). Development of adjustment problems in girls: What syndromes emerge? *Child Development*, 70, 678-699.
- Warren, J. I., South, S. C., Burnette, M. L., Rogers, A., Friend, R., Bale, R., & Patten, I. V. (2003). Understanding the risk factors for violence and criminality in women: The concurrent validity of the PCL-R and HCR-20. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 269-289.
- Wilson, K., Demetriooff, S., & Porter, S. (2008). A pawn by any another name? Social information processing as a function of psychopathic traits. *Journal of research in personality*, 10, 287-296.
- Yang, Y., & Raine, A. (2008). Functional neuroanatomy of psychopathy. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 7, 133-135.

- Yang, Y., Raine, A., Lencz, T., Bihrlle, S., LaCasse, L., & Colletti, P. (2005). Volume reduction in prefrontal gray matter in unsuccessful criminal psychopaths. *Biological Psychiatry*, 57, 1103-1108.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

ANEXOS

ESCALA HARE PCL-R: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS E INFORMAÇÕES

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

Versão brasileira:
Hilda Morana Ph.D

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

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

PARTE I:

roteiro de entrevista para o PCL-R

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

1. AJUSTAMENTO ESCOLAR

Em quantas escolas do curso básico (fundamental) você estudou?

[Por que você mudou de escola?]

Em quantas escolas do curso médio você estudou?

[Por que você mudou de escola?]

Como era a sua frequência escolar?

[Você ia todo dia para a aula ou cabulava muitas vezes por semana? Evasões? Por quê? Idade(s)?]

Até que série ou nível você estudou?

[Você repetiu muitas vezes? Por quê? Idades?]

Você gostava da escola?

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

4

Hilda Morana

6. Como era a convivência com os colegas de escola?

[Você tinha algum amigo próximo ou predileto?]

7. Como era seu comportamento na escola?

[Você fazia bagunça, aprontava ou arrumava problemas como perturbar a classe, estar embriagado, deprender a escola, trapaças, furtos etc.? Quantas vezes? Idade(s)?]

[Você costumava brigar? Com que frequência? Idade(s)? Você provocava ou era provocado? Você alguma vez machucou alguém com gravidade?]

[Você alguma vez foi suspenso ou expulso? Quantas vezes? Idade(s)?]

8. Você concluiu o curso médio?

[SENÃO CONCLUIU, PERGUNTAR: Você abandonou a escola? Quando? Por quê?]

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

10. Você fez algum curso técnico ou profissionalizante? De graduação, especialização ou pós-graduação?

[Descreva-o. O que você fazia?]

B. HISTÓRICO PROFISSIONAL:

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

2. Quantos empregos ou trabalhos diferentes você teve?

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

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

(Qual era o cargo? Quais eram seus deveres?)

(Por quanto tempo você exerceu? Quando?)

(Você gostava do que fazia? Você achava chato? E sobre a remuneração?)

(Quando você deixou este trabalho? Por quê? Você abandonou o trabalho ou foi demitido?)

4. Você é um funcionário digno de confiança?

[Você é trabalhador? Como você seria descrito por seus chefes?]

[Você alguma vez arrumou confusão no trabalho por chegar atrasado ou faltar, por ingerir álcool ou usar drogas etc.?

Quantas vezes? Idade(s)?]

[Você já foi demitido? Quantas vezes? Idade(s)?]

5. Você alguma vez deixou um trabalho sem ter outro em vista?

[Quantas vezes? Por quê? Idade(s)?]

6

Hilda Morana

6. Você já ficou desempregado?

[Quantas vezes? Idades(s)? Por quanto tempo? Como fez para se sustentar?]

[Você procurou trabalho? Com seriedade/empenho?]

7. Você alguma vez recebeu seguro-desemprego, seguro social ou alguma outra forma de assistência social?

[Quantas vezes? Idade(s)?]

8. Como você se sustentava fora da prisão?

[Você dependia de alguém para obter comida, dinheiro ou moradia? Quem? Idade(s)? Por quanto tempo?]

[Você alguma vez viveu do crime (venda de drogas, roubo, furto, prostituição, cafetinagem, fraude, embustes etc.?)

Idade(s)?]

C. METAS PROFISSIONAIS/CARREIRA**1. Há algum negócio, ofício, emprego ou ocupação que você gostaria de ter?**

[Durante quanto tempo você quis fazer isto? Você, de alguma maneira, traçou algum plano, um projeto ou se preparou para isto? Qual é o preparo necessário?]

2. Quais são seus planos para quando for solto?

[Onde vai morar? Como vai se sustentar?]

3. Você tem alguma meta a longo prazo?

[Onde gostaria de estar daqui dez anos?]

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

D. FINANÇAS

1. Você alguma vez conseguiu empréstimos em bancos ou com pessoas?

[Quantas vezes? Idade(s)? Você pagou? Por quê?]

2. Você tem crédito na praça?

[Você alguma vez deixou de pagar ou atrasou o pagamento de suas contas? Quantas vezes? Idade(s)?]

3. Você teve de pagar pensão alimentícia para esposa ou filho(s)?

[Quanto/Qual valor e por quanto tempo? Foi determinação judicial? Você alguma vez deixou de pagar ou atrasou os pagamentos?]

E. SAÚDE

1. Você já teve algum problema grave de saúde?

[Descreva-o(s). Quando começou(aram)?]

2. Você alguma vez recebeu atendimento psicológico ou psiquiátrico?

[Para quê? Idade(s)? Na prisão ou em liberdade? Qual foi o diagnóstico? Tratamento(s)?]

[Você alguma vez esteve hospitalizado por problemas mentais ou emocionais? Para tratar do quê? Idade(s)?]

3. Na infância, você foi diagnosticado como criança “hiperativa”?

[Por quem? Idade? Você fez tratamento?]

4. Já tomou algum remédio para problemas nervosos?

[Qual era a medicação e a dosagem? Finalidade? Quem prescreveu?]

5. Você alguma vez tentou suicídio?

[Quantas vezes? Por quê? Idade(s)? Foram ocorrências graves ou meios de chamar atenção?]

F. VIDA FAMILIAR

1. Você foi criado por seus pais naturais?

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

SOBRE A CASA DOS PAIS, PERGUNTAR:

[Como era sua vida em família?]

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

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

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

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

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

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

[Como era sua vida lá?]

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

[Havia rigor ou severidade? Muitas regras? Você quebrava estas regras com frequência (mentiras, fugas, roubos etc.)?]

[Idade(s)? Por quê? Como você era punido?]

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

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

10

Hilda Morana

2. Você alguma vez sofreu abusos físicos, sexuais ou emocionais?

[Quem abusou de você? Idade(s)? O que aconteceu?]

3. Quantos anos você tinha quando saiu de casa?

[Por quê? O que aconteceu?]

4. Você alguma vez “colocou o pé na estrada” e viajou sem planos traçados, sem rumo?

[Em que idade(s)? Qual foi o tempo mais longo que você esteve fora? Onde você foi? O que fez? Você contou para alguém onde estava?]

5. Como você vê o relacionamento com sua família agora?

[Com que frequência você tem contato com familiares?] [O que eles estão fazendo agora? Como eles estão?]

G. RELACIONAMENTOS SEXUAIS

1. Quantos relacionamentos conjugais (HETEROSSEXUAL E HOMOSSEXUAL)?

[Quantas vezes você casou ou viveu maritalmente?]

SE O INDIVÍDUO TEVE VÁRIOS RELACIONAMENTOS, PERGUNTAR:

[Por que você teve tantos relacionamentos?]

E NEGOU RELACIONAMENTOS CONJUGAIS, PERGUNTAR:

Você teve algum(a) namorado(a) “firme”/sério?]

Você já teve algum relacionamento homossexual?]

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

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

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

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

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

Você alguma vez já esteve profundamente apaixonado?

[Por quem?]

Qual era a sua idade quando teve seu primeiro relacionamento sexual ou sua primeira experiência sexual?

[Foi com um parceiro estável/fixo ou alguém desconhecido?]

Quantos parceiros sexuais você já teve?

[Quantos foram casuais (um único encontro)?]

12

Hilda Morana

5. Você se relacionava com mais de uma pessoa ao mesmo tempo?

[Conte-me sobre isso.]

6. Você foi infiel com algumas de suas (seus) parceiras(os)?

[Quantas vezes? Idade(s)?]

[Alguma vez foi descoberto? Como sua (seu) companheira(o) reagiu?]

7. Você tem filhos biológicos, adotivos ou enteados?

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

H. USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

1. Você bebe (ingere bebida alcoólica) ou usa drogas?

[Que tipo? Desde que idade?]

[Você alguma vez abusou de bebidas alcoólicas ou usou drogas? Você já foi dependente?]

[Por que você usava drogas, como estimulante, fuga, para relaxar, descontração, divertimento etc.?)]

[A bebida ou as drogas interferiram ou prejudicaram sua vida? Você já fez algo perigoso ou arrumou problemas quando embriagado ou drogado (dirigir sem condições, brigas, apreensão, detenção etc.)?]

2. Você já cometeu loucuras ou atos perigosos para se divertir?

[De que tipos? Idade(s)? Mediante quais situações?]

3. Você já arrumou brigas, envolvendo-se em lutas ou agressões físicas?

[Alguma vez ficou descontrolado? Qual foi o estrago ou prejuízo mais grave que já causou a alguém?]

4. **COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Quando você era criança fazia tumultos, rebeliões, arrumava encrencas fora do ambiente escolar ou nos arredores da escola (atos de vandalismo, atear fogo, machucar animais por brincadeira ou divertimento, roubo, furto etc.)?

[O que você costumava fazer? Qual era a frequência? Idade(s)? Alguma vez foi pego? Qual foi o castigo? Isso lhe afetou?]

Você teve problemas com a polícia quando tinha 12 anos de idade ou menos?

[O que fez? Idade(s)?]

Você foi preso durante a adolescência (com 17 anos de idade ou menos)?

[Quantas vezes? Idade(s)? O que fez? Você foi condenado?]

14

Hilda Morana

4. Qual era sua idade ao cometer o primeiro delito?

[O que você fez? Você cometeu algum delito e não foi pego? Qual?]

J. COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL (ADULTO)

1. Neste momento, do que você é acusado, ou está “tirando cadeia” por quê?

[Qual o motivo da sua condenação, ou está “tirando cadeia” por quê?]

PARA CADA INFRAÇÃO, PERGUNTAR:

[O que aconteceu? O que você fez? O que a polícia disse que você fez?]

[Foi planejado ou não?]

[Você foi a única pessoa envolvida ou havia mais alguém? Você conhecia a vítima? Você estava alcoolizado ou drogado no momento da infração?]

[Como você foi preso?]

2. Você acha que a sua acusação (ou sentença) atual terá alguma consequência na sua vida?

[Que tipo de consequência, boa ou má?]

SE O ENTREVISTADO ESTIVER CUMPRINDO PENA, PERGUNTAR:

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

O que você acha da atuação do seu advogado?]

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

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

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

[Por que você cometeu o delito?]

[Por que você começou a praticar crimes?]

SE O ENTREVISTADO ASSUMIR RESPONSABILIDADE PESSOAL PELOS CRIMES, PERGUNTAR:

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

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

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

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

[Por quê? Por que não?]

16

Hilda Morana

7. Quais as conseqüências do(s) seu(s) delito(s) para a(s) vítima(s)?

[O que você sente em relação às conseqüências de seu(s) delito(s) para a(s) vítima(s)?]

[Você teve contato posterior com a(s) vítima(s)?]

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

9. O que você sente quando está praticando um crime?

[Você fica nervoso, excitado, entusiasmado, assustado ou apavorado?]

[Você gosta de cometer crimes?]

10. Você cometeu algum crime e não foi descoberto?

[Que tipo? Quantas vezes? Idade(s)?]

11. Você já quebrou liberdade condicional ou sursis? Fugiu, “viveu na ilegalidade” ou deixou de comparecer à audiência?

[Quais? Quantas vezes? Idade(s)?]

12. Você já usou nome falso?

[Quantos? Por quê?]

QUESTÕES GERAIS

Você já teve sentimento de culpa ou arrependimento por alguma coisa (fora os crimes)?

[O que você fez? Por que você se sentiu mal com isso?]

Se o “preço a pagar” foi justo, há algo que você não faria?

[O quê?]

Quando trabalha ou se envolve com alguma atividade durante um certo tempo, você se “aborrece” facilmente?

Você conta muitas mentiras?

[Mente muito? Você é bom nisso?]

Você acha fácil “enrolar” ou manipular as pessoas?

[Você já fez isso? Dê exemplos.]

As pessoas dizem que você tem “temperamento difícil”?

[Que tipos de ocorrências o deixam muito bravo ou zangado?]

[O que você faz quando está zangado?]

18

Hilda Morana

7. Você tem amigos (próximos/íntimos/“chegados”)?

[Quantos? Há quanto tempo você o(s) conhece? Você mantém contato com ele(s)?]

[O que é “ser um chegado”?]

8. O que você acha de si mesmo?

[Como é sua auto-estima? Classifique sua auto-imagem numa escala de zero a dez.]

9. Já morreu alguém muito querido para você?

[De que maneira isto lhe afetou? Como você lidou com essa situação? Foi ao enterro?]

SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA, PERGUNTAR:

[Alguém muito querido para você já ficou seriamente doente? Como isso lhe afetou? Como você lidou com essa situação? Você foi ao hospital?]

10. Qual foi a sua maior tristeza ou decepção?

11. Qual foi a sua maior alegria?

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

PARTE II: *Manual de aplicação do PCL-R***Roteiro para obtenção das informações objetivas**

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

A. DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade e data de nascimento:

Sexo:

Raça e Etnia:

B. HISTÓRICO FAMILIAR

Descrição da família e experiências durante a infância:

Tipos e frequência dos problemas de comportamento no lar:

História familiar de doença mental:

22

Hilda Morana

4. Histórico familiar de comportamento criminoso:

5. História familiar de abuso de álcool e drogas:

C. HISTÓRICO ESCOLAR

1. Instrução formal (número de anos):

2. Desempenho acadêmico e comportamento escolar:

3. Aprendizagem, promoções e programas de treinamento:

D. HISTÓRICO PROFISSIONAL

1. Ocupação atual ou mais recente:

Roteiro para entrevistas e informações do PCL-R

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

Ocupações ilegais:

CASAMENTOS / UNIÕES CONJUGAIS

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

Número de filhos:

Relacionamento com o cônjuge e/ou filhos:

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

HISTÓRICO MÉDICO

Histórico psiquiátrico (diagnósticos, tratamentos, medicações):

Infância:

24

Hilda Morana

b) Adolescência:

c) Vida adulta:

d) Hospitalizações:

e) Tratamentos atuais:

f) Comentários adicionais provenientes dos relatórios psiquiátricos:

2. Antecedentes Clínicos:

a) Principais doenças e hospitalizações:

b) Doenças crônicas:

c) Condições neurológicas:

d) Condição atual:

e) Comentários adicionais dos relatórios médicos e assistenciais

3. HISTÓRICO CRIMINAL

. Juventude

) Primeiro delito (Idade):

) Número e tipos dos delitos:

) Outros problemas de comportamento na comunidade:

. Adulto

) Primeiro contato com a criminalidade (Idade):

) Número e tipos dos delitos anteriores:

26

Hilda Morana

c) Número e tipos dos delitos atuais:

d) Descrição policial dos delitos atuais:

e) Suspeita de atividades criminais:

f) Problemas legais não-criminais:

H. HISTÓRICO DO USO DE SUBSTÂNCIAS (PSICOATIVAS)

1. Drogas:

a) Início do uso (idade):

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

2. Álcool:

a) Início do uso (Idade):

Frequência e intensidade:

COMPORTAMENTO INSTITUCIONAL

Número e tipos de faltas disciplinares

Número e tipos de acusações institucionais e condenações:

Comentários adicionais e relatórios de funcionários:

RESULTADOS DE TESTES PSICOLÓGICOS

Resultados das avaliações de personalidade:

Resultados da avaliação intelectual:

Teste STAXI

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Nome: _____ Sexo: _____

Idade: _____ anos e _____ meses Data: _____ / _____ / _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Ocupação: _____

INSTRUÇÕES:

Antes de começar, preencha as informações que lhe são pedidas no ALTO da folha de respostas.

Este folheto está dividido em três partes. Cada parte contém várias afirmações que as pessoas usam para descrever seus sentimentos e comportamentos.

Por favor, note que **cada parte tem instruções diferentes.**

Leia cuidadosamente as instruções de cada parte antes de marcar suas respostas.

Não há respostas CERTAS ou ERRADAS. Ao responder a cada afirmação, dê a resposta que melhor descreve você.

Copyright 1992, 2000 - VETOR Editora Psico-Pedagógica Ltda. - São Paulo
 PAR - Psychological Assessment Resources, Inc. - Copyright 1979, 1986, 1988
 É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade, mesmo sob forma informatizada, sem autorização expressa dos editores.



VETOR[®]

EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.

Rua Cubatão, 48 - CEP 04013-000 - SP

Tel. (11) 3146-0333 - Fax. (11) 3146-0340

www.vetoreditora.com.br

vendas@vetoreditora.com.br

PARTE UM – INSTRUÇÕES:

Abaixo você verá várias afirmações que as pessoas costumam usar para descrever-se a si mesmas. Leia cada afirmação e depois assinale aquela que indica como você se sente agora, neste momento. Lembre-se de que não há respostas certas ou erradas. **Não perca muito tempo** em cada uma delas, mas dê a resposta que lhe parece mais adequada para descrever seus sentimentos atuais.

Preencha (1) para “absolutamente não”

(2) para “um pouco”

(3) para “moderadamente”

(4) para “muito”

COMO EU ME SINTO AGORA

Estou furioso(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
Eu me sinto irritado(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
Eu me sinto zangado(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
Estou com vontade de gritar com alguém.	(1)	(2)	(3)	(4)
Estou com vontade de quebrar coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)
Estou louco(a) de raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)
Estou com vontade de dar um soco na mesa.	(1)	(2)	(3)	(4)
Estou com vontade de bater em alguém.	(1)	(2)	(3)	(4)
Eu estou fervendo de raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)
Estou com vontade de xingar.	(1)	(2)	(3)	(4)

PARTE DOIS – INSTRUÇÕES:

Abaixo você verá várias afirmações que as pessoas costumam usar para descrever a si mesmas. Leia cada afirmação e então marque aquela que indica como você geralmente se sente. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas. **Não perca muito tempo** em cada uma das afirmações, mas dê a resposta que melhor descrever “como você geralmente se sente”.

Preencha (1) para “quase nunca”

(2) para “algumas vezes”

(3) para “frequentemente”

(4) para “quase sempre”

COMO EU GERALMENTE ME SINTO

1. Eu me irrita com facilidade.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Sou temperamental.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Eu sou uma pessoa de “cabeça quente”.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Eu me irrita quando tenho que retardar o meu ritmo por causa dos erros dos outros(as).	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Fico irritado(a) quando não recebo reconhecimento por ter feito um bom trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Perco as estribeiras.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Quando eu estou furioso(a), digo coisas desagradáveis.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Fico furioso(a) quando sou criticado(a) na frente dos(as) outros(as).	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Quando fico frustrado(a), tenho vontade de bater em alguém.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Fico furioso(a) quando faço um bom trabalho e recebo uma avaliação fraca.	(1)	(2)	(3)	(4)

PARTE TRÊS – INSTRUÇÕES:

Todo mundo se sente zangado(a) ou furioso(a) de vez em quando, mas as pessoas diferem na maneira como reagem quando estão sentindo raiva. A seguir aparecem várias afirmações que as pessoas costumam usar para descrever suas reações quando se sentem zangadas ou furiosas. Leia cada afirmação e então marque o número que indica “como geralmente você reage ou se comporta ao descrever seus sentimentos de raiva ou fúria”. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas. **Não perca muito tempo** em cada uma das afirmações.

- Preencha (1) para “quase nunca”
 (2) para “às vezes”
 (3) para “frequentemente”
 (4) para “quase sempre”

QUANDO ESTOU COM RAIVA OU FURIOSO...

21. Controlo meu temperamento.	(1)	(2)	(3)
22. Expresso minha raiva.	(1)	(2)	(3)
23. Eu guardo as coisas dentro de mim.	(1)	(2)	(3)
24. Sou paciente com os outros(as).	(1)	(2)	(3)
25. Fico emburrado(a).	(1)	(2)	(3)
26. Eu me afasto das pessoas.	(1)	(2)	(3)
27. Eu faço comentários sarcásticos aos(às) outros(as).	(1)	(2)	(3)
28. Fico frio(a).	(1)	(2)	(3)
29. Faço coisas como bater com a porta.	(1)	(2)	(3)
30. Fervo por dentro, mas não demonstro.	(1)	(2)	(3)
31. Eu controlo meu comportamento.	(1)	(2)	(3)
32. Discuto com os outros.	(1)	(2)	(3)
33. Tendo a guardar rancor mas não falo para ninguém.	(1)	(2)	(3)
34. Eu ataco qualquer coisa que me enfureça.	(1)	(2)	(3)
35. Eu consigo evitar perder a cabeça.	(1)	(2)	(3)
36. Critico intimamente os(as) outros(as).	(1)	(2)	(3)
37. Tenho mais raiva do que estou disposto(a) a admitir.	(1)	(2)	(3)
38. Eu me acalmo mais depressa do que a maioria das pessoas.	(1)	(2)	(3)
39. Digo coisas desagradáveis.	(1)	(2)	(3)
40. Eu tento ser tolerante e compreensivo(a).	(1)	(2)	(3)
41. Fico mais irritado(a) do que as pessoas percebem.	(1)	(2)	(3)
42. Perco a cabeça.	(1)	(2)	(3)
43. Se alguém me aborrece, tenho a tendência de dizer-lhe como me sinto.	(1)	(2)	(3)
44. Controlo meus sentimentos de raiva.	(1)	(2)	(3)

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO 033/2009

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 09/046 **Versão do Projeto:** 25/05/2009 **Versão do TCLE:** 25/05/2009

Coordenadora:

Mestranda Cema Cardona Gomes (PPG em Psicologia)

Título: Psicopatia, comorbidades e agressividade em mulheres apenadas.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 25 de maio de 2009.



Prof. Dr. José Roque Junges
 Coordenador do CEP/UNISINOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que analisará os aspectos comportamentais, emocionais e do pensamento. Verificar estes aspectos é muito importante para que se possa compreender melhor de que forma os seres humanos se manifestam em diversas situações de suas vidas. Portanto, a pesquisa tem por objetivo investigar de que forma isto está ocorrendo no sexo feminino. Os aspectos, comportamentais, emocionais e do pensamento serão investigados através de escalas e questionários que abordarão questões da vida cotidiana, possibilitando assim que todas as participantes consigam responder aos instrumentos sem maiores dificuldades.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco ou gasto financeiro. Os nomes de todas as pessoas que participarem da pesquisa serão preservados e não divulgados. A participação nessa pesquisa é voluntária, tendo a participante o pleno direito de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento do processo, sem que isso acarrete qualquer risco ou penalidade.

A pesquisa será conduzida por mim, Cema Cardona Gomes, Psicóloga, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa, a participante poderá contatar a pesquisadora responsável pelo telefone (55) 99829767.

O termo será assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora responsável e outra com a participante. Desde já agradeço a sua colaboração nessa pesquisa, ressaltando que os resultados ajudarão na melhor compreensão dos aspectos comportamentais, emocionais e do pensamento de seres humanos.

Atenciosamente,

CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa descrita.

Assinatura da participante _____

Data: _____

