



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**ARIANE SOUZA VASCONCELOS**

**PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS PROTOTÍPICAS DA PSICOPATIA EM  
USUÁRIOS DE DROGAS COM HISTÓRICO DE CONFLITO COM A LEI, EM UM  
CAPSad DE SALVADOR-BA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Salvador - BA**

**2020**

**ARIANE SOUZA VASCONCELOS**

**PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS PROTOTÍPICAS DA PSICOPATIA EM  
USUÁRIOS DE DROGAS COM HISTÓRICO DE CONFLITO COM A LEI, EM UM  
CAPSad DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Manuela Garcia Lima

Salvador - BA

2020

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

V331 Vasconcelos, Ariane Souza  
Prevalência de características prototípicas da psicopatia em usuários de drogas com histórico de conflito com a lei, em um CAPSad de Salvador-BA. / Ariane Souza Vasconcelos. – 2020.  
113f.: 30cm.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Manuela Garcia Lima

Mestre em Medicina e Saúde Humana

Inclui bibliografia

1. Psicopatia. 2. Transtorno de personalidade antissocial. 3. PCL-R. 4. Drogas. I. Lima, Manuela Garcia. II. Prevalência de características prototípicas da psicopatia em usuários de drogas com histórico de conflito com a lei, em um CAPSad de Salvador-BA.

CDU: 615

**ARIANE SOUZA VASCONCELOS**

**“PREVALÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS PROTOTÍPICAS DA  
PSICOPATIA EM USUÁRIOS DE DROGAS COM HISTÓRICO DE  
CONFLITO COM A LEI, EM UM CAPSad DE SALVADOR-BA”**

Dissertação apresentada à  
Escola Bahiana de Medicina e  
Saúde Pública, como requisito  
parcial para a obtenção do Título de  
Mestre em Medicina e Saúde  
Humana.

Salvador, 21 de agosto de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Hayasi Pinho  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, UFRB

---

Prof. Dr. Antônio Carlos Cruz Freire  
Doutor em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sylvia Maria Barreto da Silva  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dedico este trabalho a meu pai, que vive presente em meu coração. Tenho certeza que, onde quer que esteja, está vibrando por esta vitória.

## RESUMO

**Introdução:** A psicopatia é uma das personalidades que tem consequências sociais mais graves, caracterizada por charme superficial, superestima, tendência ao tédio, mentira patológica, manipulação, ausência de remorso ou culpa, insensibilidade afetivo-emocional, falta de empatia, estilo de vida parasitário, descontrole comportamental, impulsividade e irresponsabilidade. Difere do Transtorno de Personalidade Antissocial, principalmente, por este estar associado a condutas transgressoras, enquanto na psicopatia destacam-se aspectos emocionais. Ademais, as características da psicopatia podem se distinguir em afetivas e interpessoais, que são herdadas geneticamente e, por isso, chamadas de características primárias; e estilo de vida e conduta antissocial, que são desencadeadas por ambiente aversivo, sendo consideradas como características secundárias. **Objetivo:** Descrever a prevalência de características prototípicas da psicopatia em usuários de um serviço para tratamento de dependência química, com histórico de conflito com a lei. Os objetivos específicos foram: classificar os participantes conforme critérios da Escala *Psychopathy Checklist - Revised* (PCL-R) e analisar relação de características prototípicas da psicopatia com o delito/contravenção e com as substâncias psicoativas (SPA's) usadas. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal que envolveu 73 participantes do sexo masculino, matriculados em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas de Salvador. Para coleta de dados, foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico, a Escala PCL-R e análise de prontuário. As variáveis numéricas foram representadas como média e desvio padrão e as variáveis categóricas como frequência e porcentagem, além de utilizar o Teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a associação proposta no objetivo específico. **Resultados:** 30% (95%IC 21-41) dos participantes foram classificados como psicopatas. Dentre as características do fator 1, a prevalência foi alta apenas em ausência de remorso ou culpa (45%, 95%IC 34-57). No fator 2 ressaltam-se: transtorno de conduta na infância (40%, 95%IC 29-51), delinquência juvenil (44%, 95%IC 33-55), ausência de metas realistas e de longo prazo (52%, 95%IC 41-63), impulsividade (52%, 95%IC 41-63), irresponsabilidade (55%, 95%IC 43-66) e descontrole comportamental (58%, 95%IC 46-68). A pesquisa demonstrou associação entre psicopatia e uso de drogas ilícitas ( $p = 0,011$ ), se destacando os atributos: estilo de vida parasitário, transtorno de conduta na infância, ausência de metas realistas, incapacidade de aceitar responsabilidades pelos próprios atos, delinquência juvenil e versatilidade criminal. A psicopatia também apresentou associação com a prática de crime e contravenção ( $p = 0,004$ ), sobressaindo as características: manipulação, ausência de remorso e culpa, transtorno de conduta na infância, incapacidade de aceitar responsabilidades pelos próprios atos, delinquência juvenil e versatilidade criminal. **Conclusão:** A pesquisa demonstrou que 30% da amostra foi contemplada como psicopata, além da associação entre psicopatia com o uso de drogas ilícitas e a prática de crime e contravenção. A amostra pontuou alto no fator 2, que refere estilo de vida e comportamento antissocial, e baixo no fator 1, que mensura aspectos afetivos e interpessoais, sugerindo se aproximar da definição de psicopatia secundária.

**Palavras chaves:** Psicopatia. Transtorno de Personalidade Antissocial. PCL-R. Drogas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Psychopathy is one of the personalities with the most serious social consequences, characterized by superficial charm, overestimation, tendency to boredom, pathological lying, manipulation, absence of remorse or guilt, affective-emotional insensitivity, lack of empathy, parasitic lifestyle, lack of control behavioral, impulsiveness and irresponsibility. It differs from Antisocial Personality Disorder, mainly in that it is associated with transgressive behaviors, while in psychopathy emotional aspects stand out. Furthermore, the characteristics of psychopathy can be distinguished into affective and interpersonal, which are genetically inherited and, therefore, called primary characteristics; and lifestyle and antisocial conduct, which are triggered by an aversive environment, being considered as secondary characteristics. **Objective:** To describe the prevalence of prototypical characteristics of psychopathy in users with a history of conflict with the law, of a service for the treatment of chemical dependence. The specific objectives were: to classify the participants according to the Psychopathy Checklist - Revised Scale (PCL-R) and to analyze the relationship of prototypical characteristics of psychopathy with the offense / misdemeanor and with the psychoactive substances (SPA's) used. **Method:** This is a cross-sectional study involving 73 male participants, enrolled in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in Salvador. For data collection, a sociodemographic questionnaire, the PCL-R Scale and medical record verification were used as instruments. Numerical variables were represented as mean and standard deviation and categorical variables as frequency and percentage, in addition to using Pearson's Chi-square test to assess the association proposed in the specific objective. **Results:** 30% (95% CI 21-41) of the participants were classified as psychopaths. Among the characteristics of factor 1, the prevalence was high only in the absence of remorse or guilt (45%, 95% CI 34-57). In factor 2, the following stand out: conduct disorder in childhood (40%, 95% CI 29-51), juvenile delinquency (44%, 95% CI 33-55), absence of realistic and long-term goals (52%, 95% CI 41-63), impulsivity (52%, 95% CI 41-63), irresponsibility (55%, 95% CI 43-66) and behavioral lack of control (58%, 95% CI 46-68). The research showed an association between psychopathy and use of illicit drugs ( $p = 0.011$ ), highlighting the following attributes: parasitic lifestyle, conduct disorder in childhood, absence of realistic goals, inability to accept responsibility for one's acts, juvenile delinquency and versatility criminal. Psychopathy was also associated with the practice of crime and misdemeanor ( $p = 0.004$ ), highlighting the characteristics: manipulation, absence of remorse and guilt, conduct disorder in childhood, inability to accept responsibility for one's acts, juvenile delinquency and criminal versatility. **Conclusion:** The research showed that 30% of the sample was considered as a psychopath, in addition to the association between psychopathy with the use of illicit drugs and the practice of crime and misdemeanor. The sample scored high on factor 2, which refers to lifestyle and antisocial behavior, and low on factor 1, which measures affective and interpersonal aspects, suggesting approaching the definition of secondary psychopathy.

**Keywords:** Psychopath. Antisocial Personality Disorder. PCL-R. Drugs.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas da amostra Salvador (BA), 2019.....	34
<b>Tabela 2</b> - Padrão de uso de drogas na amostra. Salvador (BA), 2019. ....	35
<b>Tabela 3</b> - Crime ou delito cometido pela amostra e sua penalidade. Salvador (BA), 2019...	35
<b>Tabela 4</b> - Características prototípicas da psicopatia na amostra, baseada na Escala PCL-R.	36
<b>Tabela 5</b> - Resultado da Escala PCL-R na amostra. Salvador (BA), 2019.....	36
<b>Tabela 6</b> - Associação entre as características prototípicas da psicopatia com o tipo de droga utilizada. Salvador (BA), 2019 .....	37
<b>Tabela 7</b> - Associação entre as características prototípicas da psicopatia com o tipo de crime/contravenção cometido.....	38
<b>Tabela 8</b> - Associação entre o resultado da Escala PCL-R com o tipo de droga utilizada. Salvador (BA), 2019.....	39
<b>Tabela 9</b> - Associação entre o resultado da Escala PCL-R com os tipos de crime/contravenção cometidos.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARD-FC	Aliança de Redução de Danos - Fátima Cavalcanti
BA	Bahia
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
HD	<i>Hard Disk</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist-Revised</i>
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SPA's	Substâncias psicoativas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPA	Transtorno de Personalidade Antissocial
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	12
2.1	Objetivo primário	12
2.2	Objetivos secundários	12
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	13
3.1	Um passeio pelo histórico do conceito de psicopatia	13
3.2	Psicopatia versus TPA: divergências epistemológicas	19
3.3	Uso de Substâncias Psicoativas e Psicopatia	23
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	28
4.1	Desenho de Estudo	28
4.2	Local de Pesquisa	28
4.3	Participantes	29
4.4	Instrumentos	30
4.5	Coleta de Dados	31
4.6	Aspectos Éticos	32
4.7	Análise Estatística	33
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	34
5.1	Estatística Descritiva	34
5.2	Estatística Inferencial	37
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	40
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	46
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	47
	<b>REFERÊNCIAS</b>	48
	<b>APÊNDICES</b>	52
	<b>ANEXOS</b>	56

## 1 INTRODUÇÃO

A história da psicopatia é marcada por significativas mudanças na hipótese da etiologia e aprimoramento das características que a qualificam. Considera-se como um momento de destaque a publicação de Hervey Cleckley, na década de 40, o qual descreveu pela primeira vez de forma detalhada que os psicopatas têm charme acima da média, egocentrismo, grande poder de convencimento, incapacidade de amar, ausência de remorso ou culpa nas suas ações e incapacidade de aprender com as experiências<sup>1</sup>.

Atualmente há controvérsias na literatura sobre a compreensão da psicopatia, pois existem correntes teóricas que a considera como sinônimo de transtorno de personalidade antissocial (TPA) e outras que as qualificam como psicopatologias distintas<sup>2</sup>. Até a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), o TPA era considerado como psicopatia, sociopatia ou transtorno de personalidade dissocial<sup>3</sup>. No entanto, a edição mais atual do referido manual adverte que os referidos conceitos são distintos<sup>4</sup>.

É compreensível a dificuldade de diferenciá-las, pois a psicopatia não está contemplada nos manuais diagnósticos de psiquiatria e as duas condições compartilham algumas características<sup>5</sup>. No entanto, atribui-se como sinais e sintomas do TPA, principalmente, aspectos comportamentais relacionados à transgressão a norma, enquanto a psicopatia destaca-se aspectos emocionais e interpessoais<sup>2,6,7</sup>.

Nos relacionamentos, os psicopatas tendem a estabelecer contatos superficiais, são narcisistas e vaidosos, tem habilidade para enganar e manipular as pessoas; afetivamente são pessoas desprovidas de remorso ou culpa com o efeito de suas ações sobre o outro, não têm empatia, apresentam pouca demonstração de emoções e possuem restrito controle emocional; e em termo comportamental, tendem se portar de maneira impulsiva, têm necessidade contínua de excitação, comportamento reativo e agressivo, falta de responsabilidade em várias esferas da vida, problemas precoces de comportamento e possuem suas próprias regras<sup>2,8</sup>.

Existe uma preocupação em distinguir as características afetivas e interpessoais, que corresponderiam a características herdadas geneticamente; do estilo de vida e conduta antissocial, que seriam mais influenciadas pelo ambiente<sup>9</sup>. Alguns autores chamam de psicopatia primária ou inata quando os componentes afetivos e interpessoais são mais exuberantes e de psicopatia secundária ou adquirida quando se destacam os aspectos relacionados ao estilo de vida e conduta antissocial<sup>10</sup>.

Aliado ao genótipo, a expressão das características prototípicas da psicopatia tem relação com a história de vida do sujeito, considerando as variáveis ambientais como gatilhos para manifestações extremas da psicopatia, bem como para melhor ajuste do convívio em sociedade<sup>11</sup>. Dentre as variáveis ambientais, podemos exemplificar como fatores preditores: ambiente familiar desestruturado, histórico de abuso na infância e condição socioeconômica desfavorável<sup>11</sup>.

A psicopatia é uma das personalidades que tem consequências sociais mais graves, por causa dos comportamentos antissociais deste público, podendo executar repetidamente atos que constituem motivo de detenção. Estas pessoas tendem a apresentar maior frequência de comportamento antissocial do que a população geral, bem como uma quantidade maior de crimes violentos quando comparados a população carcerária<sup>12</sup>. No entanto, alguns autores advertem que a conduta antissocial não é um constructo central da psicopatia, destacando aspectos afetivos e interpessoais<sup>13</sup>.

A maioria dos estudos com psicopatas tem sido realizados no ambiente forense, o que, em alguma medida, reforça a associação da psicopatia com a criminalidade<sup>5, 11</sup>. A psicopatia, porém, não se restringe a este contexto, sendo frequente a presença destas pessoas na população em geral<sup>1</sup>. O funcionamento destas pessoas tende a ser desviante, mas não necessariamente criminoso, sendo mais comum o comportamento passivo, que tende a parasitar e explorar outras pessoas<sup>2</sup>.

É possível encontrar psicopatas com elevado comprometimento nos componentes afetivo e interpessoal, porém não apresentam conduta criminosa, levando uma vida aparentemente normal, sendo atribuída a denominação psicopatas de sucesso<sup>1</sup>. Alguns psicopatas possuem inteligência, habilidades sociais e circunstâncias que lhes permitem construir uma fachada de normalidade e conseguir o que desejam com relativa impunidade<sup>2</sup>. No entanto, embora sua conduta possa ser considerada legal, frequentemente desafia os valores éticos da sociedade<sup>2</sup>.

Por outro lado, realizar pesquisa com psicopatas fora do ambiente prisional é um dificultador, pois são indivíduos que não reconhecem ter um problema, logo dificilmente vão ao sistema de saúde solicitar ajuda<sup>14</sup>. Apesar de não os reconhecer, estudos apontam que eles tendem a apresentar algum transtorno mental ao longo da vida<sup>4</sup>. Como pacientes, os psicopatas tendem a ser resistentes ao tratamento, devido a necessidade de estar no controle, dificuldade de criar vínculo com a equipe, manipulação para ganho secundário e comportamento sedutor<sup>2</sup>.

Em relação ao uso de drogas, há uma forte associação entre o uso nocivo de substâncias psicoativas (SPA's), comportamento antissocial e impulsividade<sup>15</sup>. Ademais, a combinação de uso de SPA's e impulsividade aumenta o risco de os psicopatas cometerem crimes com mais violência e agressividade<sup>5</sup>.

A psicopatia é mais comum em homens do que em mulheres, chegando à proporção de 3:1 respectivamente<sup>4</sup>. Porém, tem havido preocupação de que este transtorno pode estar sendo subdiagnosticado nas mulheres<sup>8</sup>, em decorrência de: poucos estudos com este gênero; aspectos culturais podem estar camuflando o diagnóstico, sendo mais comumente rotuladas com transtorno de personalidade histriônico ou *borderline*; e as normas sociais ensinam as mulheres a controlar a expressão de raiva<sup>4</sup>.

A prevalência de psicopatia na população em geral é entre 1-3%<sup>2,4</sup>, nos que fazem uso de SPA's aumenta para 5%<sup>8</sup> e nas populações prisionais estima-se em 15-20%<sup>(16)</sup>. Por isso, há maior prevalência de características psicopáticas entre homens que fazem abuso de SPA's e estiveram em diferentes configurações forenses<sup>2</sup>, público-alvo desta pesquisa.

A alta prevalência, as controvérsias conceituais e as consequências para terceiros justificam a necessidade de aprofundar pesquisas com o referido tema. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi descrever a prevalência de características prototípicas da psicopatia em usuários de um serviço para tratamento de dependência química, com histórico de conflito com a lei.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo primário**

Descrever a prevalência de características prototípicas da psicopatia em usuários de um serviço para tratamento de dependência química, com histórico de conflito com a lei.

### **2.2 Objetivos secundários**

Classificar os participantes conforme critérios da Escala PCL-R.

Analisar a relação de características prototípicas da psicopatia com a prática de delito/contravenção e com o uso de SPA's.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Um passeio pelo histórico do conceito de psicopatia

A palavra *psicopatia* literalmente significa “doença mental”, do grego, *psyché* = alma, mente; e *pathos* = paixão, sofrimento, doença<sup>2</sup>. Devido a nomenclatura, durante muito tempo a expressão “psicopata” foi utilizada na literatura médica para designar os doentes mentais de uma forma geral<sup>17</sup>. Deve-se ter cuidado, contudo, para não confundí-la com outros transtornos mentais, pois a psicopatia tem características singulares.

Em 1801, Philippe Pinel teve importante contribuição com a publicação do *Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, onde utilizou o termo “mania sem delírio” para descrever um padrão de comportamento sem remorso e com ausência de contenção<sup>18</sup>. A designação atribuída por Pinel é um dos primeiros achados na literatura científica sobre a caracterização da psicopatia<sup>2</sup>.

James Prichard, em 1835, cunhou o termo “loucura moral” para qualificar pessoas que considerava ter perversão mórbida dos sentimentos, afetos, inclinações, temperamento, hábitos, disposições morais e impulsos; desprovidas de qualquer desordem observável ou distorção do intelecto; e sem presença de ilusão ou alucinação<sup>17,18</sup>.

Ainda na década de 1830, Étienne Esquirol utilizou a nomenclatura “monomania” para se referir aos psicopatas, caracterizando-os com alteração da inteligência, sensibilidade e vontade; presença de delírios; e ideias e impulsos que o dominavam<sup>18</sup>. As ideias de Prichard e Esquirol convergiam com relação a dificuldade no controle dos impulsos e afeto distanciado, mas se afastavam, em especial, quanto a alteração na função psicopatológica do pensamento e inteligência.

Morel, em 1860, denominou de “maníacos instintivos” as pessoas com tendências inatas ao mal e propensões precoces de desregramento que acarretam em uma existência moral triste<sup>17</sup>. Nota-se que desde o século XIX supõe-se que o psicopata já nasce com as características particulares desta condição. Ainda na década de 60, Próspero Despina publicou a obra *Psychologie naturelle* na qual destacou a anormalidade psíquica de delinquentes desprovidos de senso moral<sup>17</sup>.

Em 1870, Kraft Ebing associou a condição “psicopática” com a de degeneração e Kandinsky defendeu que a psicopatia inicia na infância<sup>19</sup>. Em 1876, Cesare Lombroso publicou *O Homem Delinquente*, onde defendeu a tese que por ação de causas de ordem moral, física e mental, existiam indivíduos portadores de um atavismo que teriam grande

probabilidade a atos criminosos desde o nascimento; e em estudos posteriores acrescentou o fator social<sup>18</sup>. Com isso, a ideia então vigente que a psicopatia seria inata perde força e começa a aparecer a influência do fator social.

Apesar do termo “psicopático” ter sido usado anteriormente por outros autores, Kock, em 1891, com a publicação da obra *As Inferioridades Psicopáticas* difundiu a nomenclatura, apresentando que a “disposição psicopática” seria decorrente de inferioridades congênitas da constituição cerebral<sup>17</sup>. Comungando com Kock, Henry Maudsley, em 1895, acreditava que existiria uma parte específica do cérebro em que haveria os sentimentos morais naturais, e déficits cerebrais nesta referida área seriam a causa para os comportamentos moralmente depravados, a estas pessoas atribuía o termo de “imbecilidade moral”<sup>18</sup>.

Em 1904, Emil Kraepelin identificou quatro tipos de pessoas que seriam associadas a psicopatia: (1) mentirosos e vigaristas mórbidos, os quais eram cordiais e encantadores, mas desprovidos de moralidade interna e preocupação com os outros; (2) criminosos por impulso, que não conseguiam controlar a vontade de se envolver em crimes; (3) criminosos profissionais, os quais tinham boas maneiras e eram socialmente aceitos, mas eram, também, manipuladores e egocêntricos; e (4) vagabundos mórbidos, que encaravam a vida sem responsabilidade e com ociosidade<sup>17</sup>. As tipologias de Kraepelin contribuiriam para o direcionamento do conceito de psicopatia rumo ao antissocial<sup>17, 18</sup>.

Karl Birnbaum, em 1909, sugeriu o termo “sociopatia” em substitutivo a psicopatia, pois acreditava que nem todos os delinquentes tinham anomalias morais ou eram naturalmente criminosos, mas sim consequência do ambiente social em que estavam inseridos<sup>17</sup>. Com este conceito, Birnbaum retoma o foco de estudo da psicopatia para as relações, onde o meio no qual o sujeito está inserido é considerado causa do seu adoecimento.

Em seu último *Tratado de Psiquiatria*, publicado em 1915, Kraepelin concebeu o diagnóstico de “personalidade psicopática”, onde considerava a existência de um estado de predisposição a doenças mentais, a partir do qual poderiam ser originadas diversas patologias mentais e do qual os comportamentos moralmente reprováveis ou perversos seriam indícios significativos<sup>18</sup>.

Kretschmer, em sua obra *Biótipo e Caráter*, de 1922, rompeu com a fronteira entre psicopatia, psicose e normalidade, defendendo que a personalidade psicopática era uma forma atenuada de transtorno mental<sup>17</sup>. A ideia de Kretschmer, no entanto, não foi totalmente aceita. Dois anos depois, Eugene Bleuler utilizou o conceito de psicopatia, na publicação *Tratado de Psiquiatria*, referindo como defeito moral congênito ou adquirido<sup>20</sup>, aliando, assim, a possibilidade de fatores biológicos e sociais.

Em 1941, Hervey Cleckley fez um marco na história da psicopatia, com a publicação de *The Mask of Sanity*, ao descrever minuciosamente as tendências comportamentais destas pessoas. Foi identificado nos psicopatas um aparência sedutora, boa inteligência, ausência de remorso ou culpa nas suas ações, desprezo com a verdade, não confiáveis, condutas antissociais não motivadas pelas contingências, incapacidade de aprender com as experiências, egocentrismo, incapacidade de amar, pobreza nas reações afetivas, pouco *insight*, comportamento extravagante ou inconveniente, dificuldade de seguir planos, vida sexual trivial, ausência de alteração no pensamento, baixa ansiedade e o suicídio é raramente praticado<sup>1</sup>.

Nos seus estudos, Cleckley destacou a ausência de alterações psicóticas e enfatizou a deficiência do juízo crítico<sup>17</sup>. Cleckley estimava que apenas os psicopatas malsucedidos em manter uma “máscara de sanidade” satisfatória acabavam em instituições de asilamento, a maioria deles não é percebida em sua natureza antissocial, por vezes ocupando papéis sociais de prestígio<sup>18</sup>. Cleckley tira o foco da associação da psicopatia com a criminalidade e alerta que existe uma grande parcela de psicopatas que conseguem, aparentemente, se ajustar socialmente, dando vazão ao comportamento perverso de forma mais sutil.

Ainda na década de 1940, Gough comungou com Cleckley caracterizando o psicopata como imediatista, despreocupado com os outros, impulsivo, incapaz de criar vínculos intensos e constantes, tem dificuldade de fazer planos a longo prazo, aparente falta de sofrimento pela sua inadaptação social, tendência a projetar nos outros a culpa dos seus atos, pobreza emocional, não se responsabiliza por seus fracassos e mente frequentemente<sup>20</sup>.

Em 1952 foi criado o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e contava com 106 classificações de doenças mentais, sendo o transtorno equivalente a psicopatia o “distúrbio de personalidade sociopática”, o qual podia se apresentar de quatro formas: reação antissocial, reação dissocial, desvio sexual e vícios<sup>18</sup>. Nesta época prevalecia, ainda, a ideia do contexto social como determinante para o transtorno, o que justifica a nomenclatura do mesmo.

Ainda na década de 1950, os McCord reforçaram a falta de capacidade do psicopata em formar vínculos afetivos prolongados e a presença de heteroagressividade; e Ackerman e Lindner advertiram que estas pessoas têm inabilidade no processo de empatia, são egocêntricos, dominadores e consideram-se onipotentes<sup>21</sup>.

Stone e Church, na década seguinte, conotaram o termo “delinquência psicopática” para fazer alusão ao indivíduo que é incapaz de ter sentimentos sinceros e ligações emocionais pelos outros; Henry Ey destacou que além da inadaptação social, os psicopatas

agem com normalidade frente aos crimes cometidos; e Sullivan advertiu sobre a instabilidade do psicopata em relação a criação de vínculos<sup>21</sup>.

Para atender a preocupação com a precisão diagnóstica, o DSM II, publicado em 1968, adotou a nomenclatura “personalidade antissocial”, enfocando aspectos comportamentais da antissocialidade, que são mais fáceis de avaliar, sem levar em conta aspectos da personalidade<sup>22</sup>. Com isso, aumentou a concordância e confiabilidade entre os avaliadores, mas continuou sem especificação, mantendo uma categoria diagnóstica heterogênea<sup>22</sup>. Em consonância com algumas associações da época de psicopatia com criminalidade, o respectivo manual acrescentou como critério a presença de crimes e/ou delitos no histórico do sujeito<sup>23</sup>.

No mesmo período, Kurt Schneider concebeu a psicopatia como uma variação estatística a partir da média normal, que tanto poderia ter um caráter negativo, antissocial, quanto positivo, gênio<sup>17</sup>. Na década de 1970, Schneider definiu os transtornos de personalidade, na época denominada “personalidades psicopáticas”, como comportamentos que traz certo nível de dor para o indivíduo e a sociedade, assim como não aprende com as experiências<sup>24</sup>.

Em 1980, o DSM III manteve a nomenclatura personalidade antissocial, antecedido pelo termo “transtorno”. Desde então, os transtornos de personalidade não são considerados doenças, mas anormalidades do desenvolvimento psíquico, sendo considerados como perturbação da saúde mental, com desarmonia da afetividade e da excitabilidade, manifestando-se nos relacionamentos<sup>4</sup>.

Um transtorno de personalidade se qualifica como um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, manifestando-se em pelo menos duas áreas (cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e/ou controle dos impulsos); o padrão de pensamento, sentimento e comportamento é inflexível e abrange situações pessoais e sociais; provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; começa na adolescência ou no início da idade adulta e permanecendo estável ao longo do tempo<sup>4</sup>.

A Organização Mundial de Saúde caracteriza os transtornos de personalidade como comportamentos enraizados e duradouros, que se expressam de maneira inflexível a situações pessoais e sociais diversas; retratam desvios significativos das percepções, pensamentos, sensações e relações com os outros em uma dada cultura; e geralmente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento das relações interpessoais<sup>25</sup>.

Os transtornos de personalidade podem trazer intenso sofrimento subjetivo para o indivíduo, como, também, atingir as pessoas que com ele convive, devido ao comportamento desajustado deste público. Estas pessoas comumente são vistas como problemáticas e de difícil relacionamento interpessoal, pois têm atitudes incoerentes, buscam a satisfação imediata, são improdutivos quando considerado o histórico de suas vidas e acabam por não conseguir se estabelecer<sup>4</sup>.

Eysenck e Gudjonsson, ainda na década de 1980, elaboraram a Teoria da Excitação Geral da Criminalidade, onde teria uma condição biológica comum subjacente às tendências comportamentais dos psicopatas. Estas pessoas seriam extrovertidas, impulsivas e caçadoras de emoções, apresentando um sistema nervoso pouco sensível a baixos níveis de estimulação<sup>26</sup>. O ato delituoso, nesse contexto, funciona para aumentar a excitação.

Em 1992, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, na 10ª revisão (CID-10), categorizou a psicopatia como “transtorno de personalidade dissocial”, sendo qualificada por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia, desrespeito às normas estabelecidas, o comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, não aprende com punições, baixa tolerância à frustração, baixo limiar de descarga da heteroagressividade e tendência a culpar terceiros ou fornecer explicações plausíveis para justificar um comportamento delituoso<sup>25</sup>.

A CID-10 fala, ainda, que o transtorno de personalidade dissocial pode ser considerado como personalidade: amoral, antissocial, associal, psicopática e sociopática<sup>25</sup>. O DSM IV, em 1994, seguindo o modelo da CID-10, acrescentou que o “transtorno de personalidade antissocial” (TPA) também pode ser referido como psicopatia, sociopatia ou transtorno dissocial de personalidade<sup>4</sup>, o que causou controvérsias no meio científico<sup>17</sup>.

As referidas classificações sofreram duras críticas alegando associar o TPA com a criminalidade, marginalidade e delinquência, contribuindo para a patologização de práticas desviantes<sup>17</sup>. Ademais, alguns autores defenderam ser necessário distinguir a psicopatia do TPA, por entender que o último está associado a comportamentos criminosos e a psicopatia com desvios da personalidade<sup>2</sup>. Esta discussão foi atendida na versão seguinte do DSM, dissociando a psicopatia do TPA, e há expectativa para que a CID-11 também contemple estas diferenças.

O DSM-5, publicado em 2013, aborda como critérios diagnósticos para o TPA que o indivíduo tenha padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, indicado por, no mínimo, três das seguintes características: (1) incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos lícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem

motivo de detenção; (2) propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer; (3) impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro; (4) irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas; (5) descaso pela segurança própria ou alheia; (6) irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras; e (7) ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém<sup>4</sup>.

Para ser considerado antissocial a pessoa deve ter no mínimo 18 (dezoito) anos de idade; ter evidência de transtorno da conduta antes dos 15 (quinze) anos de idade, o qual se caracteriza por agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, fraude ou roubo ou séria violação a regras; e a ocorrência do comportamento antissocial não acontecer exclusivamente durante o curso de outras psicopatologias<sup>4</sup>.

O DSM-5 pontua que a característica principal do TPA é um padrão de indiferença e transgressão aos direitos de terceiros, o qual começa a aparecer na infância ou adolescência, e que já foi referido como psicopatia, sociopatia ou transtorno da personalidade dissocial em manuais anteriores<sup>4</sup>. Atualmente, se atribui o comportamento antissocial a traços disruptivos de personalidade<sup>2</sup>.

Em termo de categoria nosológica, TPA é o que mais se aproxima da psicopatia, porém não contempla as características subjetivas, como ausência de empatia e insensibilidade afetiva, valorizando, apenas, os aspectos comportamentais antissociais, por isso a necessidade de distinção<sup>27</sup>. O DSM-5 qualifica a psicopatia como uma variante do TPA, caracterizando-a por baixos níveis de ansiedade, retraimento e medo; intensa busca de atenção; e estilo interpessoal audacioso que pode mascarar comportamentos mal adaptativos<sup>4</sup>.

A maioria dos psicopatas preenchem critério para TPA, mas a recíproca não é verdadeira<sup>28</sup>. Podemos considerar que a psicopatia se manifesta como uma forma mais grave de TPA, tendendo a menor chance de reabilitação, dificuldade de ajuste em sociedade, reincidência em crime e violência<sup>28</sup>. A psicopatia seria quadros de comportamentos antissociais extremados, em que as faculdades da razão não estão prejudicadas<sup>22</sup>.

Com este passeio na história da psicopatia pode-se perceber que a compreensão sobre a mesma teve significativas mudanças nos últimos séculos, passando pela ideia de perversão, doença, criminalidade e transtorno de personalidade. Ainda longe se ser consenso, mas, no mínimo, o conceito mais sensato, a psicopatia pode ser considerada como uma forma

acentuada do transtorno de personalidade antissocial, uma vez que provoca sofrimento, em especial, para terceiros.

Estudar o percurso da percepção da psicopatia ajuda a elucidar sobre o estigma criado com estas pessoas. Um dos maiores desafios, talvez, para quem estuda este tema é contribuir na desconstrução da marginalização dos psicopatas, por entendê-los como pessoas com desenvolvimento de personalidade fora dos padrões referendados socialmente.

### **3.2 Psicopatia versus TPA: divergências epistemológicas**

Há controvérsias na literatura sobre a compreensão da psicopatia, pois existem correntes teóricas que a considera como sinônimo de transtorno de personalidade antissocial (TPA) e outras que as qualificam como psicopatologias distintas<sup>2,4</sup>. No entanto, a perspectiva da psicopatia como um transtorno de personalidade distinto do antissocial vem ganhando força no âmbito acadêmico, considerando os prejuízos nas esferas interpessoal, afetiva e comportamental<sup>29</sup>.

Nas relações sociais os psicopatas costumam estabelecer diálogos eloquentes, com conversas divertidas e respostas inteligentes, porém com contatos superficiais; são egocêntricos, narcisistas e vaidosos; não têm remorso ou culpa com o efeito de suas ações sobre o outro; não têm empatia; possuem habilidade para enganar e manipular as pessoas, o nível de persuasão é alto; e apresentam pouca demonstração de emoções<sup>2</sup>. Tendem a admirar nos outros qualidades exteriores, como beleza, riqueza e poder; desvalorizam as habilidades adquiridas com esforço, as conquistas e lealdade a ideais; e são incapazes de enxergar qualidades éticas e morais em terceiros<sup>30</sup>.

O estilo de vida desse público tende a ser marcado por comportamento impulsivo, não dependendo muito tempo pensando nos prós e contras das suas ações, são motivados pelo prazer imediato; possuem pouco controle emocional, adotando comportamento reativo e agressivo; têm necessidade contínua de excitação, apreciam viver desafiando o perigo; falta de responsabilidade em várias esferas da vida; problemas precoces de comportamento; e possuem suas próprias regras<sup>2</sup>. Outros traços característicos são a megalomania (que se manifesta por exibicionismo não sexual), excesso de ambição, dependência por admiração e insegurança<sup>30</sup>.

São observadas atitudes de desrespeito a pessoas e normas na história de psicopatas desde a infância, onde pode-se perceber rendimento baixo na escola (sem relação com problemas cognitivos), relacionamento tumultuado com os responsáveis ou figuras de

autoridade, insubmissão às orientações, fuga de casa, envolvimento em brigas, violência de característica sádica contra animais, irritabilidade constante, promiscuidade sexual e estão sempre testando os limites da tolerância dos outros<sup>2</sup>.

Por outro lado, nos indivíduos com TPA as características mais marcantes são condutas ilícitas e antiéticas, egocentrismo, insensível falta de preocupação com os outros, desonestidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou exposição a riscos, impactando na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade com terceiros<sup>4</sup>.

Pessoas com TPA apresentam dificuldade em adequar-se às normas sociais referentes a comportamento legal, levando a realizar, com certa frequência, atos que são motivos de detenção; possui tendência a enganar o outro para obter vantagem ou prazer pessoal; dificuldade em fazer planos consistentes para o futuro, devido a impulsividade, o que pode acarretar em mudanças corriqueiras de emprego e relacionamentos; são facilmente irritáveis e agressivos, com histórico de violência perpetrada contra terceiros; tem descaso com a própria segurança e com a de outros, podendo ser evidenciada na negligência do cuidado de um filho; é irresponsável em várias esferas da vida, como na dificuldade em honrar o trabalho e cumprir obrigações financeiras; e demonstram pouco remorso pelas consequências de seus atos para terceiros, indicando indiferença ou racionalização<sup>4</sup>.

Neste sentido, a literatura aponta que o TPA é associado a comportamentos transgressores, podendo apresentar afetividade e boa socialização. Já a psicopatia está vinculada a comprometimento nos componentes afetivo e interpessoal, sendo capaz de não apresentar conduta criminosa e levar uma vida aparentemente normal<sup>1</sup>. Alguns psicopatas possuem inteligência, habilidades sociais e circunstâncias que lhes permitem construir uma fachada de normalidade e conseguir o que desejam sem cometer atos ilícitos<sup>2</sup>. Existem dois tipos de psicopatas: os passivos, que tendem a parasitar e explorar outras pessoas; e os agressivos, que cometem crimes<sup>30</sup>.

A prevalência de psicopata na população em geral é cerca de 1%<sup>4</sup>, nas pessoas com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa aumenta para 5% e nas populações prisionais estima-se em 15-20%<sup>16</sup>. Já as taxas de TPA situam-se entre 0,2 e 3,3% da população, chegando, no entanto, a 70% entre pessoas do gênero masculino internadas em clínicas especializadas em abuso de substância, prisões ou outros ambientes forenses<sup>4</sup>. A prevalência é maior em amostras afetadas por fatores socioeconômicos ou culturais, como migração<sup>4</sup>.

O transtorno de personalidade antissocial é mais comum em homens do que em mulheres, chegando à proporção de 3:1 respectivamente<sup>8</sup>. Embora essa diferença na

prevalência provavelmente indique distinções de gênero, deve-se ter cautela para estereótipos sociais acerca de papéis e comportamentos esperados para mulheres e homens não interferirem no diagnóstico<sup>4</sup>.

Tem havido preocupação de que o TPA pode estar sendo subdiagnosticado nas mulheres em decorrência de: poucos estudos com este gênero; aspectos culturais podem estar camuflando o diagnóstico, mais comumente rotuladas com transtorno de personalidade histriônico ou *borderline*; e as normas sociais ensinam as mulheres a controlar a expressão de raiva<sup>4</sup>.

O desenvolvimento da personalidade é por si só um assunto complexo que envolve variáveis ambientais aleatórias, fatores perinatais, genéticos, individuais e sociais. Neste sentido, a etiologia da psicopatia e do TPA ainda não estão devidamente esclarecidas no meio científico<sup>31</sup>.

Com relação ao fator preditor, pesquisas com filhos biológicos e adotivos indicaram que descendentes de pais com TPA têm risco aumentado de desenvolver psicopatologia, a saber: as pessoas do gênero masculino têm maior probabilidade de desenvolver transtorno por uso de substância e o transtorno antissocial, ao passo que as do gênero feminino apresentam com mais frequência transtorno de sintomas somáticos<sup>4</sup>.

Existem estudos apontando a influência do convívio com pais antissociais para o desenvolvimento da psicopatia no filho, adotivos ou biológicos, pois tendem a ser irresponsáveis no cuidado, a exemplo de: desnutrição, doença resultante de falta de higiene, dependência de terceiros para cuidados básicos, falha em encontrar um cuidador ou desperdício frequente de dinheiro para a manutenção doméstica<sup>4</sup>. Ademais, pais alcoolistas e a falta de cuidado materno durante os primeiros cinco anos de vida da criança também são fatores significativos<sup>30</sup>.

A probabilidade de desenvolvimento de TPA aumenta se o sujeito teve diagnóstico de transtorno da conduta, em especial antes dos 10 anos de idade, e de déficit de atenção/hiperatividade, histórico de abuso ou negligência na infância, comportamento instável dos pais ou disciplina inconsistente<sup>4</sup>.

Existe uma preocupação em distinguir as características afetivas e interpessoais, que corresponderiam a características herdadas geneticamente, do estilo de vida e conduta antissocial, que seriam mais influenciados pelo ambiente<sup>9</sup>. Aliado ao genótipo, a expressão das características prototípicas da psicopatia tem relação com a história de vida do sujeito, considerando as variáveis ambientais como gatilhos para manifestações extremas da

psicopatia, bem como para melhor ajuste do convívio em sociedade<sup>11</sup>. Portanto, o desenvolvimento da psicopatia e do TPA tem relação entre os fatores genéticos e ambientais.

Com relação a neurofisiologia, os psicopatas têm substância cinzenta pré-frontal diminuída, quando comparados a população em geral, o que sugere falta de refreamento do córtex frontal, ou seja, falta de freio dos impulsos agressivos; e baixa excitação autônoma e menor atividade na amígdala, o que promove a heteroagressividade e diminuição do medo<sup>32</sup>. Além disso, estas pessoas têm escassez de neurônios espelho, os quais permitem que a pessoa se coloque no lugar da outra, tenha empatia<sup>30</sup>.

Como comorbidade, o psicopata e o antissocial podem apresentar disforia, abrangendo queixas de tensão e humor deprimido; transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos por uso de substâncias, transtorno de sintoma somático, transtorno de jogos de azar, transtornos do controle dos impulsos e outros transtornos de personalidade, em especial o *borderline*, histriônica e narcisista<sup>4</sup>. Além disso, tendem a experimentar sentimento crônico de vazio interior, necessitando de estimulação permanente para dar sentido à vida, o que pode leva-los a situações de risco<sup>30</sup>.

Ambos os transtornos têm um curso crônico, mas podem tornar-se menos evidente à medida que o indivíduo envelhece, em especial por volta dos 40 anos de idade, quando a remissão tende a ocorrer com o comportamento criminoso, não sendo provável uma diminuição no espectro total de condutas antissociais e uso de substâncias psicoativas<sup>2,4</sup>. Indivíduos com TPA são mais propensos do que a população em geral a morrer prematuramente por meios violentos, como acidentes ou homicídios<sup>4</sup>.

Como mencionado anteriormente, a psicopatia não está contemplada nos manuais diagnósticos de doenças, sendo o TPA a psicopatologia que mais se aproxima de suas características. Para o diagnóstico de antissocial, deve-se investigar a história de vida do sujeito e a dinâmica dos processos psíquicos, pois, assim, assegura-se que os sintomas não sejam confundidos com os de outros transtornos.

O objetivo no tratamento de um transtorno de personalidade é tornar os comportamentos disfuncionais em mais adaptativos ao convívio social, de forma que seu relacionamento com o mundo traga menos danos para si e terceiros. As pesquisas são limitadas com relação a intervenções farmacológicas com este público, devido a confusão entre o conceito de psicopatia e TPA, amostras pequenas e, na sua maioria, realizado apenas em ambientes forenses, além de poucos estudos randomizados e com cegamento<sup>33</sup>.

A farmacoterapia, no entanto, tem se mostrado um aliado no controle da impulsividade, irritabilidade e agressividade, em especial com o uso de: estabilizadores de

humor, como o lítio, carbamazepina, valproato, etc; antipsicóticos atípicos, a exemplo da risperidona e clozapina; antipsicóticos de depósito, citando o zuclopentixol, haloperidol e a paliperidona; inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como a fluoxetina e sertralina, no entanto, parecem aumentar o charme e a ousadia; antagonistas opioides, por exemplo a naltrexona; anti-epiléticos, em especial a fenitoína; e anti-hipertensivos, como propranolol e clonidina<sup>33</sup>.

Com a abordagem psicossocial se pode trabalhar a autorresponsabilização, ajudando-os a perceber que a conduta disfuncional tem relação com suas escolhas e não com terceiros, sociedade ou circunstâncias, como costumam atribuir<sup>2</sup>. Grupos terapêuticos podem auxiliar a melhorar habilidade social.

A psicoterapia profunda, de longo prazo, é contraindicada para psicopatas, pois estudos mostraram que estes em acompanhamento psicológico se tornaram mais manipuladores e violentos do que os demais<sup>2</sup>. Além disso, estas pessoas apresentam características que dificultam o processo terapêutico, a saber: estão satisfeitos consigo mesmo, sendo, geralmente, encaminhadas para tratamento por solicitação de pessoas que convivem com elas e sofrem devido suas condutas disfuncionais, acarretando em baixa implicação no tratamento; temem intimidade, por isso não se entregam para criação de vínculo com o profissional; têm baixa tolerância a frustração e a críticas, levando a postura defensiva; não gostam quando controlam seu comportamento; e as condutas desviantes proporcionam prazer<sup>2</sup>.

### 3.3 Uso de Substâncias Psicoativas e Psicopatia

As drogas estão presentes nas mais diversas culturas, exercendo funções variadas. Desde um passado remoto, o desejo por essas substâncias ocorre em várias situações, com diversas motivações e finalidades, por vezes como remédio outras como veneno, de forma divina ou demonizada, configurando-se como uma prática humana milenar e universal<sup>34</sup>.

Ao longo da história, as drogas sofreram diversas variações na maneira de entender e utilizá-las. Presentes nas mais diversas culturas, podem ser consideradas necessidades humanas, sendo utilizadas para atender questões médicas, religiosas e festivas, integrantes dos ritos de sociabilidade, cura, devoção, consolo e prazer<sup>35</sup>.

O termo *droga* tem etimologia na palavra francesa *drogue*, cuja origem é associada a palavra neerlandesa medieval *droge*, produto seco, que era formado em *droge vate*, tonéis secos<sup>34</sup>. Um sinônimo frequentemente admitido para o termo *droga* é a palavra grega

*phármakon*, que contempla remédio e veneno, sendo o caráter nocivo ou benéfico associado a dosagem, pureza da substância, circunstância em que é utilizada, condições de acesso e percepções culturais ligadas ao consumo<sup>36</sup>.

Seu significado possui várias acepções, sofrendo variações de acordo com a época, cultura e o referencial teórico a que está relacionado. Neste estudo, é adotada a perspectiva biomédica, pois este enfoque é utilizado para referenciar as práticas da assistência e prevenção no uso de drogas.

De acordo com Ministério da Saúde, droga significa toda “substância não produzida pelo organismo que tenha propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento, podendo ser depressoras, estimulantes e perturbadoras<sup>37</sup>. Esta definição elucida que, de maneira geral, droga é toda substância, natural ou sintética, que modifica um ou mais sistema biológico. A legislação brasileira complementa que são “substâncias ou produtos capazes de causar dependência”, conforme explicitado no parágrafo único art.1º da Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD)<sup>38</sup>.

Dentre as diversas possibilidades de classificação das drogas, a farmacológica considera as propriedades químicas das substâncias e seu mecanismo de ação, sendo categorizadas em depressoras, estimuladoras e perturbadoras. As substâncias depressoras diminuem ou inibem os mecanismos cerebrais de vigília, causando relaxamento, sedação, sonolência ou anestesia, tendo como exemplo de drogas lícitas o álcool e os benzodiazepínicos e entre as ilícitas o ópio e a maconha<sup>36</sup>.

As substâncias estimuladoras são aquelas que produzem euforia, repercutindo em sensação de bem estar, aumento de energia, estado de alerta, atividade motora e estimulação cardiovascular, sendo anfetaminas, nicotina e cafeína exemplos de drogas lícitas e a cocaína e o crack de ilícitas. As substâncias perturbadoras, também chamadas de alucinógenas, atuam produzindo alterações qualitativas no sistema nervoso central e entre as drogas lícitas destaca-se a ayuasca e alguns tipos de cogumelos, e entre as drogas ilícitas têm-se o LSD e o extase<sup>36</sup>.

Ressalta-se que esta classificação retrata uma tentativa de diferenciar as substâncias dentro de princípios psicofarmacológicos, a partir dos principais efeitos a elas referidos, mas não respondem de maneira igual para todos os sujeitos<sup>36,39,40</sup>. Longe de ser uma questão meramente biológica, o efeito de uma droga é reflexo da interação das propriedades da substância, ambiente de uso e estado psíquico do usuário<sup>40</sup>.

Nesse sentido, o uso de drogas “é o resultado do encontro de um indivíduo com uma determinada substância em um dado contexto sócio-cultural”<sup>41</sup>. Equivale afirmar que existem

múltiplos aspectos relacionados a este consumo, que atravessam o farmacológico, psicológico, social, político, econômico e cultural, todos eles entrelaçados de maneira peculiar para cada sujeito<sup>39</sup>.

Ainda sobre as formas de uso de drogas, deve-se levar em consideração a quantidade e periodicidade do consumo, o qual pode ser ocasional, abusivo ou dependente de drogas<sup>25</sup>. Usuário ocasional é aquele sujeito em que o uso ocorre poucas vezes e não obedece uma frequência habitual, sendo o consumo esporádico<sup>36</sup>. Para ser considerado abusivo, o uso deve ocorrer em situações em que traga danos, tendendo o sujeito a manter a ingestão independente de saber os problemas sociais, psicológicos ou físicos atribuíveis a utilização da substância<sup>36</sup>.

Na dependência, devido uso repetido da substância, observa-se o desenvolvimento de um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, a saber: desejo incontrolável pela droga, dificuldade de conter a ingestão, consumo persistente mesmo sabendo de suas conseqüências danosas, despende prioridade no uso da substância, adquirir tolerância pela droga e síndrome de abstinência, que são sinais e sintomas decorrentes da diminuição ou interrupção abrupta do uso de determinada substância<sup>25</sup>.

Em relação ao uso de drogas, a CID-10 classifica como *transtornos mentais e comportamentais decorrente do uso de substâncias psicoativas* (Anexo A), subdividindo em itens que indicam a que tipo de substância psicoativa o transtorno está associado<sup>25</sup>. Ainda é possível especificar o tipo de transtorno, a saber: intoxicação aguda, uso nocivo para a saúde, síndrome de dependência, estado de abstinência, estado de abstinência com delírio, transtorno psicótico, síndrome amnésica, transtorno psicótico residual e de início tardio, outros transtornos mentais e de comportamento, e transtorno mental e de comportamento não especificado<sup>25</sup>.

O DSM-5 refere como *transtornos do uso de substâncias* (Anexo B) um padrão de uso de drogas que acarreta em comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, classificando em leve, moderado ou grave, dependendo do número de critérios atendidos pelo sujeito, sendo 2 ou 3 atributos presentes classificado como leve, 4 ou 5 como moderado e a partir de 6 como grave<sup>4</sup>. Vale ressaltar que a maioria das pessoas consomem drogas de maneira moderada e/ou ocasional, ao passo que outras são muito vulneráveis aos seus efeitos, tendendo a tornar-se consumidores compulsivos e com grande dificuldade para deixar o seu uso<sup>36</sup>.

Para um uso prejudicial, deve-se considerar a capacidade da droga de estimular áreas cerebrais responsáveis pela sensação de prazer; a experiência de vida do usuário, história de

uso de drogas por pessoas próximas, existência de comorbidade psiquiátrica e características da personalidade; e o ambiente social e familiar, acesso a substância e rede de apoio<sup>40</sup>.

Além de critérios nosológicos, para compreender o fenômeno de dependência de drogas convém observar que: 1) esta se manifesta de maneira distinta, devendo considerar as características da personalidade do usuário, o contexto em que se realizam o consumo e a qualidade da substância; 2) o uso de drogas refere-se a um fenômeno com variáveis biopsicossocioespirituais onde, em alguns casos, poderão suceder manifestações patológicas, porém existem outras possibilidades, como prazer, relaxamento, identificação e pertencimento a grupos sociais; e 3) as heranças sociais e culturais de cada sujeito influenciam na relação que estabelece com a substância, sendo difícil traçar um limite preciso entre o consumo recreativo de uma droga e seu uso abusivo para todos<sup>36</sup>.

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2019 estima que 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos usaram drogas no ano anterior, o que equivale a 271 milhões de pessoas (ou 1 em cada 18 pessoas) e aumento de 30% nos últimos 10 anos<sup>42</sup>. Esta expansão está relacionada, em parte, ao crescimento da população mundial, mas também a maior prevalência de uso de opioides na África, Ásia, Europa e América do Norte, e de maconha na América do Norte, América do Sul e Ásia, quando comparado a 2009<sup>42</sup>.

A droga ilícita mais usada no mundo é a maconha, porém o uso de cocaína e metanfetamina tem causado preocupações crescentes em várias regiões, por exemplo: o cultivo de coca e a fabricação de seus derivados atingiram recordes em 2017 e a Ásia aumentou em 8 vezes a produção de metanfetamina no período de 10 anos<sup>42</sup>. Ademais, o uso de opioides farmacêuticos sem prescrição médica tem se tornado uma grande ameaça, como na América do Norte que tem registrado números alarmantes de mortes por overdose de opioides sintéticos, principalmente fentanilos fabricados ilegalmente<sup>42</sup>.

Apesar do elevado número de pessoas que fazem uso de drogas, apenas 13% desta população sofre de transtornos mentais e/ou comportamentais relacionados a este consumo, correspondendo a 0,71% da população mundial<sup>42</sup>. Destes, em média, 5% preenche critério para psicopatia<sup>8</sup>. Deve-se ficar alerta, porém, para não confundir as condutas antissociais associadas ao transtorno por uso de substância a psicopatia, sendo o diagnóstico desta mais preciso quando as características se mantêm mesmo em períodos de abstinência e quando os sinais da referida psicopatologia estejam presentes desde a infância<sup>4</sup>.

Dentre as drogas de abuso, o álcool é a mais frequente entre os psicopatas, acarretando no surgimento de comportamentos extravagantes, chocantes e incompreensíveis<sup>17</sup>. Há uma forte associação entre o uso nocivo de SPA's, comportamento antissocial e à impulsividade<sup>15</sup>.

Ademais, a combinação de consumo de drogas e impulsividade aumenta o risco de os psicopatas cometerem crimes com mais violência e agressividade<sup>5</sup>.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho de Estudo**

Esta dissertação foi fruto de um estudo de corte transversal, caracterizado em: primário, original, observacional, descritivo e analítico.

### **4.2 Local de Pesquisa**

Com a Lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, o atendimento a portadores de transtornos mentais e/ou a pessoas que fazem uso de SPA's deve ser realizado em serviço aberto, valorizando a desinstitucionalização e uma assistência mais humanizada<sup>43</sup>. Neste sentido, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) tem sido a principal estratégia para tratar pessoas com transtornos severos e persistentes em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, no Sistema Único de Saúde (SUS).

O CAPSad oferta atendimento multiprofissional no tratamento para dependência química e reinserção social de indivíduos pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Seu funcionamento, de acordo com a portaria 336/02, deve ser das 8:00 às 18:00 horas, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até às 21:00 horas<sup>44</sup>.

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas Gregório de Matos, localizado nas dependências da Faculdade de Medicina da Bahia, no Largo Terreiro de Jesus, sem número, Pelourinho, Salvador – Bahia (BA). A respectiva unidade é um projeto da Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti (ARD-FC), Programa de Extensão Permanente do departamento de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que objetiva prestar atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e seus familiares, além de ser docente de práticas profissionais de assistência à saúde desta população.

O CAPSad Gregório de Matos foi criado com o propósito de ser um serviço de referência voltado para a capacitação em Saúde Mental na área de atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas, para todo o estado da Bahia. Apresenta como diferencial seu caráter docente-assistencial, em que se constitui como campo de prática para estágio de graduação em saúde, residências multiprofissionais, residências médicas e técnicos de saúde

mental. Este serviço é fruto da parceria firmada entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) e a UFBA.

Dentre os serviços oferecidos têm-se atendimento multiprofissional, acolhimento diurno, leitos para observação e repouso, grupos, oficinas, atividades de lazer e profissionalização, visita domiciliar e a campo com os redutores de danos (atividade exclusiva deste serviço), dispensação de medicamento e capacitações para profissionais de saúde, assistência social, segurança pública e educação, em especial.

Devido sua localização, no Centro Histórico de Salvador (BA), o CAPSad Gregório de Matos tem a particularidade, comparando a outros serviços desta natureza na capital baiana, de atender número expressivo de pessoas em situação de rua, emigrante, profissionais do sexo e pessoas de outros estados do Brasil de passagem pela cidade. A maioria dos usuários deste serviço é negra, de baixa renda, com nível educacional limitado ao ensino fundamental e exerce trabalho informal.

### **4.3 Participantes**

A população-alvo desta pesquisa foram pessoas que fazem uso de SPA's e possuem histórico de delito e/ou contravenção com a Justiça brasileira. A população acessível foi formada por usuários, com passado de divergência com a lei, matriculados no CAPSad Gregório de Matos, serviço especializado para o cuidado em meio aberto de pessoas com questões relacionadas ao uso de drogas.

A amostra desta pesquisa foi composta por 73 participantes, selecionados por critério de conveniência, que estavam disponíveis no momento da coleta, sem alteração das funções psíquicas e aceitaram participar do estudo. O cálculo do tamanho amostral foi realizado na calculadora WINPEPI, através do comando de estimativa de prevalência. Com base em um estudo brasileiro, realizado com mais de mil infratores cumprindo pena em mais de 90 configurações forenses no sul do país, que estimou prevalência de 23%<sup>45</sup>, considerando nível de confiança de 95% e aceitando diferença de 10%, em uma população total de 374 indivíduos (quantitativo de homens matriculados no CAPSad Gregório de Matos na época da coleta de dados), era necessário  $n = 58$ .

A seleção da amostra foi formada pessoas do sexo masculino, maiores de 18 anos, com matrícula ativa na unidade por no mínimo 6 meses e que apresentam histórico de divergência com a Justiça brasileira. Visando garantir a fidedignidade das respostas, foram excluídos os sujeitos que, no momento da coleta de dados, estavam visivelmente sob efeito de

SPA's, com aspectos físicos de intoxicação; vivenciando Síndrome de Abstinência; e possuíam histórico de psicose. Estas informações foram extraídas do prontuário dos pacientes. Após listagem dos possíveis candidatos a amostra, as pessoas foram convidadas a participar conforme critério de conveniência.

#### 4.4 Instrumentos

Foram utilizadas para coleta de dados um questionário sociodemográfico (Apêndice A), elaborado pela pesquisadora, e a Escala Hare *Psychopathy Checklist - Revised* (PCL-R) (Anexo C). O questionário continha informações como naturalidade, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, religião, ocupação, rede de apoio, moradia, renda, histórico do uso de drogas, tipo de crime ou contravenção praticado e sanção sofrida. Estas informações foram importantes para delimitar o perfil dos participantes do estudo.

Dentre os instrumentos disponíveis, a Escala PCL-R é considerada “padrão ouro” para avaliar a psicopatia<sup>11</sup>. Esta ferramenta é de autoria do psicólogo canadense Robert Hare e foi validada no Brasil por Hilda Morana, em 2004, através da identificação do ponto de corte em população forense do sexo masculino, tendo como referência os critérios diagnósticos do DSM-IV e CID-10, aliada a prova de Rorschach como instrumento de correlação<sup>46</sup>.

As análises estatísticas para validação mostraram que a Escala PCL-R pode classificar as pessoas em: 1) portadoras de traços prototípicos de psicopatias, ou transtorno global da personalidade; 2) portadoras de transtorno parcial da personalidade psicopática, menos graves, pois apresenta apenas algumas características; e 3) as que não apresentam desvio de conduta significativo, logo, sem disposição para a psicopatia<sup>46</sup>. Estes achados foram confirmados pela prova de Rorschach, corroborando concordância por meio do índice Kappa de 0,83<sup>46</sup>.

A Escala PCL-R configura-se em uma entrevista semiestruturada, a qual permite plasticidade ao entrevistador e contempla perguntas multidimensionais da vida do participante, como histórico escolar e profissional, administração financeira, saúde, relacionamento familiar e conjugal, uso de álcool e outras drogas, e comportamento antissocial na infância, adolescência e vida adulta<sup>8</sup>.

A referida Escala avalia o indivíduo em 20 itens, a saber: loquacidade/charme superficial, superestima, necessidade de estimulação/tendência ao tédio, mentira patológica, vigarice/manipulação, ausência de remorso ou culpa, insensibilidade afetivo-emocional, indiferença/falta de empatia, estilo de vida parasitário, descontroles comportamentais,

promiscuidade sexual, transtorno de conduta na infância, ausência de metas realistas e de longo prazo, impulsividade, irresponsabilidade, incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos, muitas relações conjugais de curta duração, delinquência juvenil, revogação da liberdade condicional e versatilidade criminal<sup>8</sup>.

Cada item é quantificado em uma escala ordinal de três pontos, de acordo com a extensão verificada no sujeito equiparada a descrição apresentada no manual, a saber: 0 (característica ausente), 1 (característica parcialmente presente) e 2 (característica definitivamente presente). Neste sentido, o escore global pode ir de 0 a 40<sup>8</sup>. Além desta pontuação geral, a Escala PCL-R pode ser categorizada em dois fatores: 1) contempla aspectos afetivos e interpessoais, associados a psicopatia primária; e 2) engloba estilo de vida e comportamento antissocial, que compõem as características da psicopatia secundária<sup>11</sup>.

De acordo com o estudo de validação da Escala PCL-R no Brasil, o ponto de corte, ou seja, o valor mínimo para qualificar um indivíduo como portador das características prototípicas de psicopatia é 23<sup>46</sup>. A faixa de pontuação entre 12 e 22,9 constitui o intervalo que define portadores parciais e os indivíduos com valor abaixo de 12 são considerados sem disposição para a psicopatia<sup>8</sup>.

Para complementar a avaliação dimensional da personalidade do participante, o autor da Escala PCL-R orienta a utilização de dados de prontuário, com o intuito de auxiliar na credibilidade das informações obtidas durante a entrevista, ajudar a determinar se o estilo interacional exibido pelo indivíduo na coleta de dados foi representativo do seu comportamento habitual e fornecer outros dados<sup>8</sup>.

#### **4.5 Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu no período de maio a outubro de 2018 e todas as etapas foram realizadas nas dependências do CAPSad que os participantes faziam tratamento para adicção, em sala reservada, protegida de intervenções. A periodicidade no campo foi uma vez por semana, podendo ter variado conforme disponibilidade da pesquisadora, com duração de 4 horas, sendo realizada de duas a três entrevistas por dia. Em média, as entrevistas tiveram duração de 70 minutos cada, acrescida a análise de prontuário que foi realizada após contato com o participante para eximir a pesquisadora de contaminação.

No início da coleta, foi explicado o objetivo do estudo e as etapas que sucederiam. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) ficou assegurado ao entrevistado o sigilo das informações, seu anonimato, o direito de desistir de participar da

pesquisa em qualquer etapa, a possibilidade de acompanhamento psicológico caso a participação na pesquisa o mobilizasse e o respeito aos preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, preconizado pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Este documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma em posse da pesquisadora e outra com o participante.

A pesquisa iniciou com a aplicação do questionário sociodemográfico, seguida da Escala PCL-R e, por fim, avaliação de prontuário. Não houve perda de amostra durante a realização do estudo, ou seja, as pessoas que se dispuseram a participar concluíram todas as etapas. Ressalta-se que ninguém, até o momento, manifestou qualquer tipo de prejuízo decorrente da sua participação.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O projeto desta pesquisa foi aprovado em 12 de março de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, através do parecer de número 2.539.317 (Anexo D). Além de autorizar, o coordenador e os profissionais da unidade onde se realizou o estudo apoiaram todo o processo de coleta de dados, oferecendo os recursos necessários para o seu desenvolvimento.

Não foi necessário o fornecimento de provimento para os participantes, pois a amostra foi composta por pessoas que estavam no CAPSad para realizar tratamento para adicção. Os riscos estimados estavam associados à divulgação de dados que poderiam afetar a integridade moral e/ou social do participante, entretanto, para evitá-los, a coleta de dados aconteceu em ambiente protegido, técnico e eticamente planejado para favorecer o sigilo de informações, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados obtidos neste estudo foram utilizados exclusivamente para elaboração desta dissertação de Mestrado, podendo posteriormente ser vinculados em palestras, conferências, periódicos científicos ou outra forma de divulgação que propicie o repasse de conhecimento para a sociedade, sem divulgação de qualquer dado que identifique os participantes.

Os resultados desta pesquisa permanecerão arquivados em um *Hard Disk* (HD) externo, sem qualquer conexão com a internet, no período de 05 (cinco) anos, sob cuidado da pesquisadora e, após este período, os arquivos serão apagados.

#### **4.7 Análise Estatística**

As análises estatísticas foram realizadas no *IBM SPSS Statistic*, software com finalidade científica, versão 19.0 para *Windows*. Os 20 itens e o escore total da Escala PCL-R foram descritos em variáveis categóricas, bem como a maioria dos dados sociodemográficos, exceto a idade dos participantes. A variável numérica foi representada como média e desvio padrão e as variáveis categóricas como frequência e porcentagem.

Ademais, foi utilizada a estatística inferencial para avaliar a associação de características prototípicas da psicopatia com o uso de drogas e com a prática de crimes e/ou contravenção, além do resultado da Escala PCL-R com as mesmas variáveis de desfecho. A análise foi feita com o Teste Qui-quadrado de Pearson devido a necessidade de comparação de duas variáveis categóricas, com mais de duas categorias cada, e com n total maior do que 40.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Estatística Descritiva

A amostra da pesquisa foi composta por 73 indivíduos do sexo masculino, brasileiros, com idade média de 36,6 ( $\pm 12,5$ ) anos. A maioria é soteropolitana (70%), declarou-se não branco (89%), não está em um relacionamento conjugal (84%), tem filhos (62%), possui alguma religião (60%), estudou até o ensino fundamental (70%), trabalha informalmente (66%), possui renda de até um salário mínimo (72%) e está em situação de rua (55%). Tabela 1 descreve os participantes da pesquisa segundo características sociodemográficas.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da amostra Salvador (BA), 2019.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	36,6 ( $\pm 12,5$ )
Naturalidade	
Salvador	51 (70)
Etnia (autodeclarada)	
Não branco	65 (89)
Estado civil	
Solteiro/Divorciado	61 (84)
Filho	
Sim	45 (62)
Escolaridade	
Ensino fundamental	51 (70)
Trabalho	
Informal	48 (66)
Renda (em salário mínimo brasileiro)	
Até 1	53 (72)
Residência	
Em situação de rua	40 (55)
Religião	
Sim	44 (60)

Dados apresentados como n (%), salvo indicação contrária.

Quanto aos hábitos do uso de drogas, 9,6% da amostra referiu fazer uso exclusivo de álcool, 2,7% consome álcool e tabaco, e os demais somam a estas substâncias drogas ilícitas. A Tabela 2 descreve os participantes conforme o padrão de consumo de substâncias psicoativas, bem como o quantitativo que estava sob efeito de drogas no momento da ação delituosa.

**Tabela 2 - Padrão de uso de drogas na amostra. Salvador (BA), 2019.**

Variáveis	n (%)
Droga	
Tabaco e/ou álcool	9 (12)
Cannabis	14 (19)
Cocaína e/ou crack	7 (10)
Cannabis, cocaína e crack	43 (59)
Estava sob efeito	
Não	39 (53)

Dados apresentados como n (%), salvo indicação contrária.

Os crimes e/ou contravenções que os participantes foram julgados pela Justiça brasileira e as penalidades sofridas estão descritas na Tabela 3. Observa-se maior prevalência de ações contra a vida de terceiros, totalizando 47% ao somar agressão com lesão corporal e homicídio. Ainda em agressão com lesão corporal, 5% equivale a violência perpetrada a parceiras. A maioria dos entrevistados (53%) relatou que no momento da ação delituosa não estava sob efeito de SPA's. Com relação as penas, entende-se como prisão simples aquela que ocorreu em prisão comum, em regime aberto ou semiaberto, e reclusão a que foi cumprida em estabelecimentos de segurança máxima ou média, em regime fechado. Ademais, 14% da amostra cumpriu medida socioeducativa na adolescência.

**Tabela 3 - Crime ou delito cometido pela amostra e sua penalidade. Salvador (BA), 2019**

Variáveis	n (%)
Crime ou contravenção	
Homicídio	18 (25)
Agressão com lesão corporal	16 (22)
Porte de droga ilícita	15 (20)
Roubo	13 (18)
Tráfico de drogas	8 (11)
Outros	3 (4)
Penalidade	
Reclusão	34 (47)
Prisão simples	25 (34)
Advertência verbal	12 (16)
Multa	2 (3)

Dados apresentados como n (%), salvo indicação contrária.

A Tabela 4 descreve as características prototípicas da psicopatia encontradas nos participantes, de acordo com a Escala PCL-R. No Fator 1, que engloba questões referentes a afetividade e relacionamento interpessoal, pode-se observar que o único item que teve alta taxa de prevalência foi ausência de remorso ou culpa (45%). Entre as características equivalentes ao estilo de vida e comportamento antissocial, Fator 2, destacaram-se os itens:

descontrole comportamental (58%), transtorno de conduta na infância (40%), ausência de metas realistas e de longo prazo (52%), impulsividade (52%), irresponsabilidade (55%) e delinquência juvenil (44%).

**Tabela 4 - Características prototípicas da psicopatia na amostra, baseada na Escala PCL-R.**

Características	n (%)		
	Não	Em algum aspecto	Sim
<b>Fator 1</b>			
Loquacidade / Charme superficial	40 (55)	30 (41)	3 (4)
Seperestima	29 (40)	36 (49)	8 (11)
Mentira patológica	44 (60)	24 (33)	5 (7)
Vigarice / Manipulação	39 (54)	25 (34)	9 (12)
Ausência de remorso ou culpa	24 (33)	16 (22)	33 (45)
Insensibilidade afetivo-emocional	34 (46)	29 (40)	10 (14)
Indiferença / Falta de empatia	32 (44)	30 (41)	11 (15)
Incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos	22 (30)	34 (47)	17 (23)
<b>Fator 2</b>			
Necessidade de estimulação / Tendência ao tédio	49 (67)	21 (29)	3 (4)
Estilo de vida parasitário	37 (51)	25 (34)	11 (15)
Descontrole comportamental	14 (19)	17 (23)	42 (58)
Transtorno de conduta na infância	23 (31)	21 (29)	29 (40)
Ausência de metas realistas e de longo prazo	7 (10)	28 (38)	38 (52)
Impulsividade	14 (19)	21 (29)	38 (52)
Irresponsabilidade	16 (22)	17 (23)	40 (55)
Delinquência juvenil	22 (30)	19 (26)	32 (44)
Revogação da liberdade condicional	61 (84)	8 (11)	4 (5)
<b>Outros</b>			
Promiscuidade sexual	29 (40)	22 (30)	22 (30)
Muitas relações conjugais de curta duração	49 (67)	8 (11)	16 (22)
Versatilidade criminal	18 (25)	31 (42)	24 (33)

Dados apresentados como n (%) ou média (SD), salvo indicação em contrário.

Dentre os participantes do estudo, 30% (95%IC 21-41) atendem aos critérios da Escala PCL-R para psicopatia e 43% (95%IC 32-54) possuem características parciais do referido transtorno, também chamados de psicopatas subclínicos, conforme apontado na Tabela 5.

**Tabela 5 - Resultado da Escala PCL-R na amostra. Salvador (BA), 2019**

Variáveis	n (%)
Portador de características prototípicas da psicopatia	22 (30)
Portador parcial de características prototípicas da psicopatia	31 (43)
Sem disposição para psicopatia	20 (27)

Dados apresentados como n (%), salvo indicação contrária.

## 5.2 Estatística Inferencial

Foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Pearson para comparar as variáveis categóricas independentes, a saber as características prototípicas da psicopatia e o resultado da Escala PCL-R, com as variáveis de desfecho: uso de drogas e crime/contravenção praticados.

A Tabela 6 demonstra a relação entre os sujeitos que apresentaram as características prototípicas da psicopatia e o uso de drogas. Em *Lícitas* estão incluídos os participantes com consumo exclusivo de tabaco e/ou álcool e em *Ilícitas* os que, somando a estas substâncias, faziam uso de cannabis, cocaína e/ou crack. Ressalta-se que algumas características têm associação com o uso de substâncias psicoativas ilícitas, sendo elas: estilo de vida parasitário ( $p = 0,03$ ), transtorno de conduta na infância ( $p = 0,05$ ), ausência de metas realistas ( $p = 0,004$ ), incapacidade de aceitar responsabilidades pelos próprios atos ( $p = 0,002$ ), delinquência juvenil ( $p = 0,002$ ) e versatilidade criminal ( $p = 0,004$ ). Não houve associação favorável para uso de drogas lícitas e características da psicopatia.

**Tabela 6** - Associação entre as características prototípicas da psicopatia com o tipo de droga utilizada. Salvador (BA), 2019

Características	Drogas – n (%)		p valor
	Lícitas	Ilícitas	
Loquacidade	0 (0%)	3 (4,1%)	0,658
Superestima	0 (0%)	8 (11%)	0,402
Tendência ao tédio	0 (0%)	3 (4,1%)	0,323
Mentira patológica	0 (0%)	5 (6,8%)	0,454
Manipulação	0 (0%)	9 (12,3%)	0,071
Ausência de remorso ou culpa	3 (4,1%)	30 (41,1%)	0,290
Insensibilidade	1 (1,4%)	9 (12,3%)	0,116
Indiferença	0 (0%)	11 (15,1%)	0,077
Estilo de vida parasitário	1 (1,4%)	10 (13,7%)	0,037*
Descontroles comportamentais	4 (5,5%)	38 (52,1%)	0,112
Promiscuidade sexual	0 (0%)	22 (30,1%)	0,109
Transtorno de conduta na infância	2 (2,7%)	27 (37%)	0,052*
Ausência de metas realistas	0 (0%)	38 (52,1%)	0,004*
Impulsividade	4 (5,5%)	34 (46,6%)	0,098
Irresponsabilidade	3 (4,1%)	37 (50,7%)	0,197
Incapacidade de aceitar responsabilidades	2 (2,7%)	15 (20,5%)	0,002*
Muitas relações conjugais de curta duração	0 (0%)	16 (21,9%)	0,226
Delinquência juvenil	0 (0%)	32 (43,8%)	0,002*
Revogação da liberdade condicional	0 (4%)	4 (5,5%)	0,364
Versatilidade criminal	0 (0%)	24 (32,9%)	0,004*

\*p estatisticamente significante.

A Tabela 7 demonstra que algumas características prototípicas da psicopatia têm associação com crime/contravenção, em especial com homicídio, a saber: manipulação ( $p = 0,006$ ), ausência de remorso e culpa ( $p = 0,006$ ), transtorno de conduta na infância ( $p = 0,01$ ), delinquência juvenil ( $p < 0,001$ ) e versatilidade criminal ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 7** - Associação entre as características prototípicas da psicopatia com o tipo de crime/contravenção cometido.

Características	Crime/contravenção – n (%)						p (valor)
	Agressão com lesão corporal	Porte de drogas ilícitas	Tráfico de drogas	Roubo	Homicídio	Outros	
Loquacidade	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	0,531
Superestima	0 (0%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)	0 (0%)	0,344
Tendência ao tédio	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0 (0%)	0,235
Mentira patológica	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	0 (0%)	0,501
Manipulação	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	6 (8,2%)	0 (0%)	0,006*
Ausência de remorso ou culpa	5 (6,8%)	2 (2,7%)	7 (9,6%)	7 (9,6%)	12 (16,4%)	0 (0%)	0,004*
Insensibilidade	1 (1,4%)	1 (1,4%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	0 (0%)	0,196
Indiferença	1 (1,4%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	6 (8,2%)	0 (0%)	0,095
Estilo de vida parasitário	2 (2,7%)	1 (1,4%)	0 (0%)	2 (2,7%)	4 (5,5%)	2 (2,7%)	0,094
Descontrole comportamental	10 (13,7%)	7 (9,6%)	2 (2,7%)	9 (12,3%)	14 (19,2%)	0 (0%)	0,135
Promiscuidade sexual	2 (2,7%)	2 (2,7%)	4 (5,5%)	6 (8,2%)	7 (9,6%)	1 (1,4%)	0,097
Transtorno de conduta na infância	3 (4,1%)	4 (5,5%)	2 (2,7%)	7 (9,6%)	13 (17,8%)	0 (0%)	0,019*
Ausência de metas realistas	7 (9,6%)	7 (9,6%)	5 (6,8%)	7 (9,6%)	10 (13,7%)	2 (2,7%)	0,600
Impulsividade	9 (12,3%)	5 (6,8%)	2 (2,7%)	9 (12,3%)	13 (17,8%)	0 (0%)	0,102
Irresponsabilidade	9 (12,3%)	6 (8,2%)	3 (4,1%)	8 (11%)	12 (16,4%)	2 (2,7%)	0,724
Incapacidade de aceitar responsabilidades	6 (8,2%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	6 (8,2%)	0 (0%)	0,057
Muitas relações conjugais de curta duração	1 (1,4%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	6 (8,2%)	4 (5,5%)	0 (0%)	0,361
Delinquência juvenil	3 (4,1%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	9 (12,3%)	15 (20,5%)	0 (0%)	< 0,001*
Revogação da liberdade condicional	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	3 (4,1%)	0 (0%)	0,083
Versatilidade criminal	2 (2,7%)	0 (0%)	2 (2,7%)	4 (5,5%)	16 (21,9%)	0 (0%)	< 0,001*

\*p estatisticamente significante.

A Tabela 8 apresenta a associação ( $p = 0,011$ ) entre o resultado da Escala PCL-R e uso de drogas, sendo classificados em *Lícitas* os participantes que usavam apenas tabaco e/ou álcool, e em *Ilícitas* os que, além destas substâncias, consumiam cannabis, cocaína e/ou crack. Pode-se observar que portadores de características prototípicas da psicopatia utilizam drogas em maior frequência quando comparados as pessoas sem disposição para a personalidade psicopática.

**Tabela 8** - Associação entre o resultado da Escala PCL-R com o tipo de droga utilizada. Salvador (BA), 2019

Resultado da Escala PCL-R	Drogas – n (%)		p valor
	Lícitas	Ilícitas	
Sem disposição para a personalidade psicopática	6 (8,2%)	14 (19,2%)	0,011*
Portador parcial de características prototípicas da psicopatia	3 (4,1%)	28 (38,4%)	
Portador de características prototípicas da psicopatia	0 (0%)	22 (30,1%)	

\*p estatisticamente significante

A Tabela 9 descreve que tem associação entre o resultado da Escala PCL-R e a prática de crime e contravenção ( $p = 0,004$ ), ou seja, pessoas portadoras de características prototípicas da psicopatia cometeram homicídios em maior frequência.

**Tabela 9** - Associação entre o resultado da Escala PCL-R com os tipos de crime/contravenção cometidos.

Resultado da Escala PCL-R	Crimes – n (%)						p valor
	Agressão com lesão corporal	Porte de drogas	Tráfico de drogas	Roubo	Homicídio	Outros	
Sem disposição para a personalidade psicopática	7 (9,6%)	8 (11%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	0 (0%)	2 (2,7%)	0,004*
Portador parcial de características prototípicas da psicopática	7 (9,6%)	6 (8,2%)	3 (4,1%)	7 (9,6%)	7 (9,6%)	1 (1,4%)	
Portador de características prototípicas da psicopática	2 (2,7%)	1 (1,4%)	3 (4,1%)	5 (6,8%)	11 (15,1%)	0 (0%)	

\*p estatisticamente significante.

## 6 DISCUSSÃO

A prevalência de psicopatas na amostra foi de 30%. Este dado informa que os sujeitos desta pesquisa se destacam com relação a estudos que apontam entre 15 e 20% do referido transtorno em ambiente forense<sup>16</sup>. Ressalta-se que a maioria das pesquisas envolvendo o mapeamento da saúde mental da população carcerária identificou a frequência de TPA, e não de psicopatia, a saber: 23% entre infratores gaúchos<sup>45</sup>, 27% de presos no regime fechado e 24% no semiaberto do sistema penitenciário baiano<sup>47</sup>, 47% em um estudo metanalítico envolvendo 12 países<sup>48</sup>, podendo chegar até a 70%<sup>4</sup>.

Importante, também, destacar que a maioria das pesquisas com psicopatas tem sido realizada no ambiente forense, devido à dificuldade de encontrar estas pessoas em outros locais, a exemplo do sistema de saúde<sup>14</sup>. Por isso, a literatura encontrada é predominante do contexto prisional. O diferencial desta pesquisa é proporcionar uma visão dos psicopatas em uma unidade para tratamento de dependência química, em meio aberto, do SUS.

Dentre os 20 itens presentes na Escala PCL-R, estudos anteriores mostraram que algumas características são mais prevalentes nos psicopatas, a saber: insensibilidade afetivo-emocional, indiferença/falta de empatia, ausência de remorso ou culpa e delinquência juvenil<sup>5,49</sup>. Esta pesquisa comungou apenas com ausência de remorso ou culpa e delinquência juvenil, acrescentando achados importantes para transtorno de conduta na infância, ausência de metas realistas e de longo prazo, impulsividade, irresponsabilidade e descontrole comportamental.

Referente aos fatores da Escala PCL-R, os participantes fizeram pontuação baixa no fator 1, que mensura aspectos afetivos e interpessoais, e alta no fator 2, que refere estilo de vida e comportamento antissocial. O único item do fator 1 que chamou atenção foi ausência de remorso ou culpa, o que vai de encontro com as afirmativas que descrevem os psicopatas como pessoas com déficit emocional, que inclui, além da característica descrita, afeto superficial e pouco vínculo nas relações interpessoais<sup>5</sup>.

As pesquisas com psicopatas têm propensão a apresentar escore baixo nas características secundárias, pois as amostras tendem a ser heterogêneas com relação a gravidade da psicopatia e comportamentos desviantes<sup>50</sup>. Neste estudo, porém, os participantes fizeram pontuação alta, o que sugere homogeneidade da amostra quanto a magnitude da psicopatia e considerável tendência a condutas desviantes.

Ademais, pontuação baixa em comportamentos antissociais pode mascarar a detecção de psicopatas subclínicos<sup>14</sup>. Apesar da amostra ter pontuado alto no fator 2, deve-se ficar

alerta que, no escore global, 43% dos participantes foram classificados como portadores parciais das características prototípicas da psicopatia, ou seja, são considerados psicopatas subclínicos. Não raras vezes, estas pessoas podem passar despercebidas pela sociedade, pois seu comportamento pode acarretar em infração ter menor potencial ofensivo<sup>2</sup>.

Dentre as características do fator 2, identificou-se prevalência expressiva em transtorno de conduta na infância, delinquência juvenil, ausência de metas realistas e de longo prazo, impulsividade, irresponsabilidade e descontrole comportamental. As altas taxas encontradas no fator que avalia estilo de vida e comportamento antissocial estão relacionadas com a amostra ser composta por pessoas que foram apreendidas e condenadas por crimes e/ou contravenções, indo ao encontro da literatura que aponta que o fator 2 reflete pontuação baixa em psicopatas bem-sucedidos, ou seja, aqueles que passam com relativa normalidade na sociedade e raras vezes são punidos<sup>50</sup>.

Parte da comunidade científica considera que o comportamento antissocial não é um bom indicador para a psicopatia, pois este transtorno pode não se expressar de forma criminosa<sup>7</sup>. Existe uma manifestação da psicopatia onde os sujeitos apresentam os déficits emocionais e interpessoais, porém não apresentam conduta criminosa, podendo ocupar posição social privilegiada<sup>1</sup>, o que não se aplica a amostra do estudo.

Ademais, existe graduações da expressão da psicopatia, podendo encontrar desde os que cometem pequenos delitos, mentem compulsivamente e ignoram regras, características que podem facilmente ser confundidas com as de criminosos comuns<sup>51</sup>, como os que cometem crimes e/ou contravenções mais graves, a exemplo do *serial killer* (assassino em série), que, neste caso, são identificados com maior facilidade<sup>26</sup>. De qualquer modo, o comportamento antissocial é fator inerente do construto da psicopatia, aliado a aspectos interpessoais, afetivos e o estilo de vida<sup>13</sup>, se expressando conforme a intensidade do transtorno.

Alguns pesquisadores chamam de psicopatia primária ou inata quando o resultado da Escala PCL-R é favorável para o respectivo transtorno e o sujeito pontua alto no fator 1, que mensura componentes afetivos e interpessoais, e secundária ou adquirida quando a pontuação do fator 2 se destaca, que está voltado para aspectos do estilo de vida e conduta antissocial<sup>10</sup>. O psicopata primário tende a ser calculista, egoísta e indiferente ao outro, enquanto o psicopata secundário pode apresentar afetividade, porém indica ser impulsivo, destemido e despreocupado com as consequências de suas ações para si e terceiros<sup>52</sup>.

Os participantes deste estudo pontuaram alto no fator 2, logo, se aproximam da ideia de psicopatia adquirida, levando a supor que o ambiente social teve um fator preponderante

no seu desenvolvimento. Não se pode desconsiderar a história de vida dos participantes desta pesquisa e como o ambiente influencia suas formas de expressividade, interferindo na maneira de se posicionarem na sociedade<sup>53</sup>.

Sobre a etiologia, acredita-se que as características da psicopatia podem ser explicadas por efeitos genéticos e ambientais, sendo mais razoável ver o construto como multifacetado<sup>13</sup>. Ao passo que a biologia demarca a predisposição para o desenvolvimento do transtorno, o meio social em que o sujeito está inserido influenciará na sua expressão.

Monteiro ressalta como variáveis preditoras da psicopatia um ambiente familiar desestruturado e condição socioeconômica desfavorável<sup>11</sup>. Waldman e Rhee detalham como fatores de risco: pouco afeto, pobreza, ruptura do núcleo familiar, uso ou abuso de substâncias psicoativas, baixo desempenho acadêmico, desigualdade econômica e índices de criminalidade<sup>54</sup>.

Sobre a relação familiar, Ribeiro detalha que os psicopatas geralmente apresentam histórico de terem crescido em um ambiente doméstico conflituoso, com adultos impulsivos e com problemas de alcoolismo, figura paterna ausente e figura a materna é incongruente quanto ao seu comportamento e às suas emoções (e.g., funcionam nos extremos: passividade/agressividade, afeto/frieza)<sup>55</sup>.

Ademais, maus-tratos na infância podem ser um fator-chave nas características comportamentais e neuropsicológicas de psicopatas, de tal forma que os indivíduos que experimentaram histórias mais extensas de abuso infantil (e particularmente abuso sexual) apresentam maiores prejuízos<sup>56</sup>.

A amostra da pesquisa atende o requisito de um ambiente debilitado, como pode ser visto nos índices: 84% declarou não ter um relacionamento, estando solteiro ou divorciado; 62% tem descendentes, mas a maior parte não convive com os filhos; 70% possui até o primeiro grau de escolaridade; 66% trabalha de maneira informal, sendo a maioria como montador, guardador de carro e vendedor ambulante; 72% possui renda de até um salário mínimo brasileiro; e 55% está em situação de rua.

Condutas antissociais parecem ter ligação com personalidade psicopática em amostras de adultos com baixa renda<sup>13</sup> e em contextos urbanos<sup>4</sup>. Comungando com este achado, o perfil socioeconômico dos participantes é extremamente precário, todos residem em Salvador (BA) e, conforme apontado anteriormente, pontuaram alto em comportamento antissocial.

Com relação a escolaridade, a literatura relaciona crimes violentos em geral às classes com pouca instrução acadêmica<sup>57</sup>, o que contempla a maior parte dos participantes desta pesquisa, onde 70% possui no máximo Ensino Fundamental e 47% dos crimes são contra a

vida de terceiros, somando agressão com lesão corporal e homicídio. No entanto, ressalta-se que os traços psicopáticos avaliados pela Escala PCL-R são encontrados independentemente do nível de escolaridade<sup>16</sup>.

Ainda sobre educação, indivíduos psicopatas com histórico de altos níveis de maus-tratos tendem a apresentar dificuldade em alterar o comportamento diante de contingências, mas não apresentam prejuízos globais na aprendizagem, o que destaca a relevância de se considerar os maus-tratos na infância para o entendimento do desempenho cognitivo dos psicopatas<sup>56</sup>. Antecedente de maus-tratos na infância sugere o desenvolvimento da psicopatia secundária<sup>56</sup>, o que pode ser um indicativo para os participantes deste estudo.

A violência predatória instrumental do outro é comum na psicopatia, devido as características prototípicas deste público, como ausência de empatia e remorso, busca constante de novas sensações, falta de preocupação pelas consequências dos seus atos com terceiros, egocentrismo, impulsividade e motivação para experimentar sentimentos de controle e poder<sup>57</sup>. Indivíduos com os níveis de impulsividade mais altos e ansiedade abaixo da média tem maior predisposição para comportamento criminoso<sup>58</sup>. Ressalta-se que a presença de comportamentos agressivos é frequente na personalidade psicopática, no entanto, muitas destas pessoas têm a capacidade de ocultar esses aspectos, principalmente quando as circunstâncias favorecem<sup>6</sup>.

É apontada alta probabilidade de os psicopatas praticarem agressão contra os parceiros íntimos<sup>59</sup>. Entre os participantes da pesquisa, todos declarados heterossexuais, apenas 5% possui histórico de violência perpetrada contra a companheira. Apesar de não ser condizente com a amostra, ressalta-se que os psicopatas bem-sucedidos podem exercer violência com seus parceiros íntimos de forma sutil, apresentando maior dificuldade para ser descoberta<sup>59</sup>.

O risco de se cometer um crime contra a vida é maior nas pessoas com problemas de uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas quando comparada a qualquer outra psicopatologia, sendo a violência geralmente reativa ou emocional, onde o sujeito não tem controle de impulsos necessários para evitar a passagem ao ato<sup>57</sup>. Esta pesquisa teve como critério de inclusão estar em tratamento para dependência de substâncias psicoativas e, conforme descrito na tabela 1, 59% da amostra referiu uso de múltiplas drogas, a saber: álcool, tabaco, maconha, cocaína e/ou crack. No entanto, 53% dos participantes relataram que no momento da ação delituosa não estava sob efeito de drogas.

A busca de sensações está significativamente associada ao uso de substâncias psicoativas para aliviar o tédio e obter excitação<sup>58</sup>. Na amostra do estudo, porém, o item

necessidade de estimulação/tendência ao tédio apresentou prevalência de apenas 4%, sugerindo que estas pessoas fazem uso de drogas com outros motivadores.

A literatura aponta que não há relação entre a severidade da psicopatia e a gravidade do abuso de substâncias<sup>56</sup>. Além disso, alto índice nos aspectos afetivos e interpessoais pode ser protetor contra o abuso de drogas<sup>5</sup>. Nossa amostra corrobora com esta premissa, pois todos os participantes possuem diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância<sup>4</sup> e pontuaram baixo no fator 1. O uso e abuso de drogas em psicopatas está mais relacionado com ser imprudente<sup>5</sup>, aspecto do fator 2, característica esta encontrada nos participantes.

A função preditiva de criminalidade da Escala PCL-R está ligada a dimensão antissocial, no entanto, a evidência disponível sugere que não é necessário realmente medidas de psicopatia para identificar adultos em risco de desfechos negativos quando se tem histórico de criminalidade, agressão e desvantagem social<sup>59</sup>. Os participantes da pesquisa pontuaram alto para as características antissociais, exceto revogação de liberdade condicional, possuem antecedência criminal, estão em situação de vulnerabilidade socioeconômica e, conseqüentemente, vivenciam diferentes formas de agressões, o que corrobora para futuras condutas desviantes.

Nem todos os psicopatas se envolvem com a prática de crimes, sendo mais coerente pensar nos comportamentos antissociais como reflexo do contexto social<sup>11</sup>. Deve-se ficar alerta que as condutas antissociais na amostra podem ser parte de uma estratégia protetora de sobrevivência de uma condição social fragilizada<sup>4</sup>. Partindo do pressuposto da psicopatia secundária ao ambiente, pode-se admitir como hipótese que os participantes foram condicionados a adotar comportamentos desviantes para resistir a situação de risco e vulnerabilidade social que se encontravam.

Pessoas em situação de vulnerabilidade estão mais propensas a sofrerem danos, uma vez que estão em condição desfavorável para a mobilidade social, somando precariedade de recursos subjetivos para lidar com as adversidades e a escassez de condições materiais para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição<sup>53</sup>. Neste sentido, é pertinente refletir sobre o papel de variáveis de cunho social para expressões da psicopatia, possibilitando pensar em alternativas que inibam traços mais acentuados do referido transtorno<sup>11</sup>. Para estudos futuros, sugere-se pensar em estratégias preventivas, no âmbito social, para evitar ou diminuir a expressão da psicopatia.

Com base nos resultados, conclui-se que um número expressivo da amostra possui características prototípicas da psicopatia. Os participantes pontuaram alto para a estilo de vida e comportamento antissocial (fator 2), e baixo para aspectos afetivos e interpessoais (fator 1),

sugerindo serem pessoas que estabelecem certo vínculo emocional e têm boa interação social, no entanto, com hábitos que os colocam em situações de risco, podendo levar a condutas delituosas. Os resultados apontam que a amostra se aproxima da psicopatia secundária, onde o fator ambiental tem um destaque para o seu desenvolvimento.

## 7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Existem algumas limitações para este estudo. A amostra foi composta por usuários de apenas um CAPSad de Salvador-BA e existem, pelo menos, outros dois serviços que fornecem a mesma modalidade de cuidado na referida cidade. Por isso, apesar do perfil dos pacientes que frequentam as outras unidades se assemelharem em muitos aspectos, as informações obtidas neste estudo não nos permite a capacidade de generalização.

Ademais, esta pesquisa foi realizada exclusivamente com pessoas do sexo biológico masculino, não contemplando homens transexuais e pessoas do gênero feminino, bem como crianças e adolescentes. A restrição com o sexo e faixa etária foi devida orientação do instrumento utilizado, a Escala PCL-R. Para suprir esta lacuna, sugere-se pesquisas com outros instrumentos.

Sobre a metodologia, estudos de prevalência têm como viés a incerteza sobre a sequência temporal, sendo difícil precisar se a exposição de fato foi fator de risco para o efeito (características da psicopatia), além de utilizar casos disponíveis no momento da coleta de dados, perdendo, possivelmente, outras manifestações do fenômeno. Ademais, a seleção da amostra foi por conveniência, o que pode ter influenciado em distorções nos resultados em consequência da casuística ou amostragem poder estar viciada por possíveis tendenciosidades. Como perspectiva para sanar tais limitações, sugere-se pesquisas com outros desenhos de estudo, em especial analítico e exploratório, com randomização da amostra.

Apesar destas restrições, deve ser notado que existem poucos estudos com psicopatas egressos do sistema penitenciário, que apresentam problemas com o uso de drogas e estão em condições socioeconômicas semelhantes. Não foi encontrada na literatura pesquisa realizada em unidade especializada no tratamento para adicção com psicopatas, portanto, acredita-se que o presente estudo contribui para estreitar esta lacuna.

## 8 CONCLUSÃO

- 30% (95% IC 21-41) da amostra possui característica prototípica da psicopatia.
- O fator 1 da Escala PCL-R, que engloba questões referentes a afetividade e relacionamento interpessoal, o único item que apresentou alta taxa de prevalência foi ausência de remorso ou culpa (45%).
- O fator 2 da Escala PCL-R, que engloba características equivalentes ao estilo de vida e comportamento antissocial, destacaram-se os itens: descontrole comportamental (58%), transtorno de conduta na infância (40%), ausência de metas realistas e de longo prazo (52%), impulsividade (52%), irresponsabilidade (55%) e delinquência juvenil (44%).
- Os resultados obtidos pelos teste estatístico Qui-quadrado de Pearson permitem concluir que existe associação entre psicopatia e uso de drogas ilícitas ( $p = 0,011$ ), bem como psicopatia e a prática de crimes e contravenção ( $p = 0,004$ ).

## REFERÊNCIAS

1. Cleckley H. *The Mask os Sanity*. 5. ed. St. Louis: Mosby; 1976.
2. Hare RD. *Sem Consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
3. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. Washington: [s.n.]; 1994.
4. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
5. Flórez G. Psychopathy, Addictions, Interpersonal Violence and Antisocial Behavior, a mixed relationship. *Adicciones* 2016;28(2):65-70.
6. Salvador-Silva R, Vasconcellos SJL, Davoglio TR, Gauer GJC, Kosson D. Psicopatia e comportamentos interpessoais em detentos: um estudo correlacional. *Aval Psic.* 2012; 11: 239-45.
7. Simón BS, Sánchez BP, Alonso LF, Molleda CB, Díaz FJR. La psicopatía: Una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Archivos Brasileiros de Psicologia*. 2015;67 (2):105-21.
8. Hare RD. *Manual of the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi-Health System; 1991.
9. Barros DM. *Correlação entre grau de psicopatia, nível de julgamento moral e resposta psicofisiológica em jovens infratores*. São Paulo. Tese [Doutorado em Psiquiatria] – Universidade de São Paulo; 2011.
10. Jones DN, Figueredo AJ. The core of darkness: Uncovering the heart of the Dark Triad. *Eur. J. Pers.*. 2013;27:521–31.
11. Monteiro RP. *Entendendo a psicopatia: contribuição dos traços de personalidade e valores humanos*. João Pessoa. Dissertação [Mestrado em Psicologia Social] - Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
12. Potter S, Woodworth M. Psychopathy and Aggression. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy*. New York: The Guilford Press; 2006.
13. Neumann CS, Hare RD, Pardini DA, Antisociality and the Construct of Psychopathy: Data From Across the Globe. *Journal of Personality* 2015;83(6):1-36.
14. Pérez B, Rodríguez-Díaz FJ, Fernández-Suárez A. Perfil del psicópata institucionalizado sin comportamiento criminal previo a su entrada en prisión. *Terapia Psicológica* 2016;34(2):81-91.

15. Carvalho HW, Jorge MR, Lara DR. Modelo estrutural de internalização e externalização: emergência, validade e utilidade clínica. *Temas em Psicologia* 2014;22:725-43.
16. Castellana GB. Comparação de traços psicopáticos entre jovens infratores e não-infratores. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Universidade de São Paulo; 2014.
17. Henriques RP. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam* 2009 Jun;12(2):285-302.
18. Almeida FM de. Descontinuidades e ressurgências: entre o normal e o patológico na teoria do controle social. *História, Ciências e Saúde* 2013 Jul-Set;20(3):1057-78.
19. Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M. Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. In Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD, organizadores. *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (p. 3–31). Nova York: The Guilford Press; 1998.
20. Sánchez-Garrido FJ. Fisonomia de la psicopatia: concepto, origen, causas y tratamiento legal. *Revista de Derecho Penal y Criminología* 2009;3(2):79-125.
21. Zalengo ME. El psicópata perverso en la jurisprudencia argentina: una primeira aproximación. *Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal* 2000 Mai;6(10):480-1.
22. Hauck Filho N, Teixeira MAP, Dias ACG. Psicopatia: o construto e sua avaliação. *Aval Psicol* 2009 Dez;8(3):337-46.
23. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2. ed. Washington: [s.n.]; 1968.
24. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
25. Organização Mundial Da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10. rev. São Paulo: EDUSP; 2008.
26. Morana HCP, Stone MH, Abdalla-Filho E. Transtornos de personalidade, psicopatia e *serial killers*. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 Out;28(2):74-9.
27. Arrigo B, Shipley S. The confusion over psychopathy (I): historical considerations. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2001 Jun;45(3): 325-44.
28. Morana HCP. Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos de personalidade, transtorno global e parcial. São Paulo. Tese [Doutorado em Psiquiatria] - Faculdade de Medicina; 2003.
29. Willemsen J, Verhaeghe P. Psychopathy and internalizing psychopathology. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35:269-75.

30. Simon RI. Homens maus fazem o que homens bons sonham: um psiquiatra forense ilumina o lado obscuro do comportamento humano. Porto Alegre: Artmed; 2009.
31. Natrielli Filho DG, Enokibara M, Szczerbacki NN, Natrielli DG. Fatores de Risco Envolvidos no Desenvolvimento da Psicopatia: uma atualização. Diagn Tratamento. 2012;17(1):9-13.
32. Higgins ES, George MS. Neurociências para Psiquiatria Clínica: a fisiopatologia do comportamento e da doença mental. Porto Alegre: Artmed, 2010.
33. Thompson DF, Ramos CL, Willett JK. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. J Clin Pharm Ther. 2014 Oct;39(5):485-95.
34. Bucher R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
35. Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Rev Out IES 2002; 6:115-28.
36. Lima EH. Educação em Saúde e Uso de Drogas: um estudo acerca da representação das drogas para jovens em cumprimento de medidas educativas. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
37. Brasil. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
38. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União 24 ago 2006; 1:2.
39. MacRae E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: Seibel SD, Toscano Júnior A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2001:25-34.
40. Moreira EC. Asimov, robôs e a psiquiatria das drogas. In: Nery Filho A, MacRae E, Tavares LA, Rêgo M, Nuñez ME. As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2012.
41. Olievensteins C. Destino do toxicômano. São Paulo: Almed, 1985.
42. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2019. EUA: UNODC; 2019[acesso em 6 out 2019]. Disponível em: [http://www.unodc.org.br\\_](http://www.unodc.org.br_)
43. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 9 abr 2011; 1:2.
44. Brasil. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 20 fev 2002; 1:22.

45. Oliveira OP, Teitelbaum PO. Delinquência no Rio Grande do Sul: um estudo de prevalência da população carcerária. Em: Fundação Universitária Mário Martins, Jornada Paulo Guedes. Porto Alegre; 1994.
46. Morana HCP. Manual da Escala Hare PCL-R: critérios para pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
47. Freire ACC, Pondé MP, Mendonça MSS. Saúde mental entre presidiários na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. In: Coelho MTÁD; Carvalho Filho MJ, organizadores. Prisões numa abordagem interdisciplinar. Salvador: EDUFBA, 2012:121-30.
48. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545-50.
49. Grann M. The PCL-R and gender. *Eur J Psychol Assess.* 2000;16:147-49.
50. Garrido VG. El tratamiento del psicópata. *Psicothema.* 2002;14:181-89.
51. Morana HC, Câmara FP, Flórez JA. Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: Differentiation of two patterns of criminal profiles. *Forensic Sci Int.* 2006; 164: 98-101.
52. Warburton WA, Anderson CA. Social psychology of aggression. In: Wright JD. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* 2 ed. Amsterdam: Elsevier, 2015.
53. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública* 2018;34(3):1-14.
54. Waldman ID, Rhee SH. Genetic and environmental influences on psychopathy and antisocial behavior. In: Patrick CJ (Ed). *Handbook of psychopathy.* New York: The Guilford Press, 2006:2005-28.
55. Ribeiro ARS. Atributos de Psicopatia Primária e Secundária, Autocriticismo e Vergonha. Coimbra. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica] – Instituto Superior Miguel Torga; 2017.
56. Dargis M, Wolf RC, Koenigs M. Reversal learning deficits in criminal offenders: Effects of psychopathy, substance use, and childhood maltreatment history. *J Psychopathol Behav Assess* 2017 Jun;39(2):189-97.
57. Galarrara CXP, Pérez TG. Trastornos mentales y homicidio. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.* 2018;34(1):4-13.
58. Hopley AAB, Brunelle C. Substance use in incarcerated male offenders: predictive validity of a personality typology of substance misusers. *Addict. Behav* 2016;53:86–93.
59. Collins OF, Andershed H, Pardini DA. Psychopathic traits as predictors of future criminality, intimate partner aggression, and substance use in young adult men. *Law Hum Behav* 2015;39(6):547-58.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Questionário Sociodemográfico

#### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO

**Participante:** \_\_\_\_\_

**1. Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Naturalidade:**

Salvador

Outro estado: \_\_\_\_\_

Interior da Bahia: \_\_\_\_\_

Outro país: \_\_\_\_\_

**3. Raça/Cor:**

Branco

Indígena

Negro

\_\_\_\_\_ ] Outro:

Pardo

Amarelo

**4. Estado Civil:**

Solteiro

Divorciado

Casado

Viúvo

União Estável

**5. N° de Filhos:**

0

3

1

4

2

5 ou mais

**6. Rede de apoio:**

Filho(s)

Tio(s)

Companheira

Amigo(s)

Irmão(s)

Vizinho(s)

Genitor(es)

Outra : \_\_\_\_\_

Primo(s)

**7. Escolaridade:**

Nunca foi à escola

Superior incompleto

2º grau incompleto

Ginásio incompleto

Primário incompleto

Superior completo

2º grau completo

Ginásio completo

Primário completo

Pós-Graduação

**8. Ocupação:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trabalho formal   | <input type="checkbox"/> Desempregado |
| <input type="checkbox"/> Trabalho informal | <input type="checkbox"/> Aposentado   |

**9. Religião:**

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma     | <input type="checkbox"/> Candomblé    |
| <input type="checkbox"/> Católica    | <input type="checkbox"/> Espírita     |
| <input type="checkbox"/> Evangélica  | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Protestante |                                       |

**10. Drogas que faz uso:**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Álcool  | <input type="checkbox"/> LSD           |
| <input type="checkbox"/> Tabaco  | <input type="checkbox"/> MDMA          |
| <input type="checkbox"/> Maconha | <input type="checkbox"/> Anabolizante  |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Lança-perfume |
| <input type="checkbox"/> Crack   | <input type="checkbox"/> Outra: _____  |

**11. Crime ou contravenção:**

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Furto      | <input type="checkbox"/> Homicídio    |
| <input type="checkbox"/> Roubo      | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Latrocínio |                                       |

**12. No momento do crime ou contravenção estava sob efeito de droga?**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ |
|------------------------------|---|

**13. Sanção sofrida:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Advertência verbal                   | <input type="checkbox"/> Multa                           |
| <input type="checkbox"/> Prestação de serviço comunitário     | <input type="checkbox"/> Prisão simples (período: _____) |
| <input type="checkbox"/> Cumprimento de medida sócioeducativa | <input type="checkbox"/> Detenção (período: _____)       |
| <input type="checkbox"/> Cumprimento de medida educativa      | <input type="checkbox"/> Outra: _____                    |

**14. Tempo de matrícula no CAPSad (completo):**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 anos         |
| <input type="checkbox"/> 1 ano   | <input type="checkbox"/> 4 anos         |
| <input type="checkbox"/> 2 anos  | <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais |

## **Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Pesquisadora: Ariane Souza Vasconcelos

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação da frequência de características antissociais em usuários de um CAPSad de SSA”. Este estudo tem como objetivo verificar a frequência destes atributos em pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e já tiveram alguma questão com a legislação brasileira.

Os dados serão coletados no CAPSad que você é matriculado, através de prontuário, questionário e entrevista semi-estruturada (Escala Hare PCL-R), na qual a pesquisadora fará algumas perguntas para que você responda livremente. Você poderá ser questionado sobre seu histórico escolar e profissional, administração financeira, saúde, relacionamento familiar e conjugal, uso de álcool e outras drogas, e comportamento na infância, adolescência e vida adulta.

Suas respostas serão de fundamental importância para o alcance do objetivo proposto e as informações coletadas servirão única e exclusivamente para este fim, preservando a identificação dos participantes. Assim, a pesquisadora se compromete de que seu nome não aparecerá em nenhum relatório, ou qualquer outro documento. As informações disponibilizadas serão arquivadas por 05 (cinco) anos, sob os cuidados da pesquisadora, e após este período os arquivos serão apagados.

Os riscos que podem ocorrer estão associados à divulgação de dados que possam afetar a sua integridade moral e/ou social, entretanto, para evitá-los, a coleta de dados acontecerá em ambiente protegido, técnico e eticamente planejado para favorecer o sigilo de informações, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Em caso de desconforto por lembrar-se de eventos desagradáveis devido à participação na pesquisa, a pesquisadora se compromete a oferecer assistência psicológica gratuita de forma imediata e pelo tempo que for necessário, caso o senhor deseje, pois é psicóloga. Havendo algum prejuízo por causa da sua participação na pesquisa, você será indenizado.

Sua participação é de fundamental importância para o esclarecimento do tema em estudo, porém é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar na pesquisa, sem ônus, e só responderá as perguntas que desejar. Não haverá despesas pessoais

por sua participação em qualquer fase do estudo, como também não haverá nenhuma remuneração ou qualquer tipo de recompensa nesta pesquisa.

Em caso de dúvidas, você tem o direito, a qualquer momento, de solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e sua participação através de contato com a pesquisadora Ariane Souza Vasconcelos no número (71) 98846-4903 e e-mail ariane\_vasconcelos@hotmail.com. Caso você se sinta prejudicado, em qualquer fase da pesquisa, poderá também procurar o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, situado na Avenida Dom João VI, 275, Brotas, Salvador (BA), CEP 40290-000, telefone (71) 3276-8225 e e-mail cep@bahiana.edu.br.

As informações coletadas serão utilizadas na elaboração de uma dissertação de Mestrado, podendo posteriormente ser vinculadas em palestras, conferências, periódicos científicos ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade, sem divulgação de qualquer dado que identifique sua participação na pesquisa.

De acordo com as condições acima propostas, ao assinar este TCLE, você, \_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesta seu consentimento em participar da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

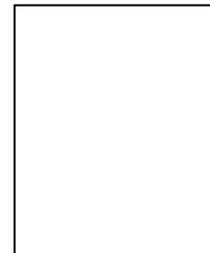
O TCLE deve ser rubricado em todas as páginas pelo participante e pesquisadora, em duas vias de igual teor, sendo uma delas entregue a você e a outra ficará arquivada com a equipe de pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

Impressão Datiloscópica:



**Apêndice C – Artigo submetido à Revista Brazilian Journal of Psychiatry****TITLE PAGE****COMPLETE TITLE**

The frequency of prototypical characteristics of psychopathy in drug users with a history of conflict with the law.

**AUTHORS**

Ariane Souza Vasconcelos

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA, Brazil.

Manuela Garcia Lima

Docente no Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA, Brazil.

Thiago Lacerda de Carvalho

Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA, Brazil.

**CORRESPONDING AUTHOR**

Ariane Souza Vasconcelos

Tel.: 55+ (71) 99265-5376

E-mail: ariane\_vasconcelos@hotmail.com

Endereço postal: Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana  
Avenida Dom João VI, 275. CEP 40290-000, Salvador, BA, Brazil.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Verify the prevalence of prototypical characteristics of psychopathy in drug users with history of conflict with the law, from a drug dependency treatment clinic.

**METHODS:** This is a transversal type study that included 73 male participants, registered at a CAPSad in Salvador, with a trajectory of crime practice and/or contravention. To collect data, as tools it was utilized a sociodemographic survey, the PCL-R Scale, and review of patient records.

**RESULTS:** 30% (95%CI 21-41) of the participants were classified as psychopaths. Among the characteristics of factor 1 the prevalence was high only on absence of remorse or guilt (45%, 95%CI 34-57) and among factor 2 only on conduct disorder during childhood (40%, 95%CI 29-51), juvenile delinquency (44%, 95%CI 33-55), absence of realistic and long term goals (52%, 95%CI 41-63), impulsiveness (52%, 95%CI 41-63), irresponsibility (55%, 95%CI 43-66) and lack of behavioral control (58%, 95%CI 46-68).

**CONCLUSION:** The sample scored high on factor 2, that resembles antisocial behavior and lifestyle, and low on factor 1, that measures affective and interpersonal aspects, suggesting an approximation with a secondary psychopathy.

**Keywords:** Psychopathy; Antisocial Personality Disorder; Sociopathy; Drugs

## MAIN TEXT – ORIGINAL ARTICLE

### INTRODUCTION

There is controversy in the literature about the comprehension of psychopathy, as there are currents of thought that considers it as a synonym of antisocial personality disorder (APD) and others that qualifies them as different psychopathologies.<sup>1-2</sup> It is comprehensible the challenge to differentiate them, since psychopathy is not contemplated in psychiatric diagnostic manuals and both disorders share some characteristics.<sup>3</sup> However, it is attributed as signs and symptoms of APD, mainly, behavioral aspects related to rule transgression, while in psychopathy emotional and interpersonal aspects stand out.<sup>1, 4, 5</sup>

APD can be comprehended as a *continuum* with variable degrees of antisocial conduct, in which the extreme expression is similar to psychopathy.<sup>6</sup> Given this, psychopathy manifests itself as a severe form of APD, tending to a lower chance of rehabilitation, struggle to adjust to society, crime and violence recurrence.<sup>7</sup> The perspective of psychopathy as a distinct personality disorder has been strengthening in the academic context, considering the damage to the interpersonal, affective and behavioral spheres.<sup>8-9</sup>

Relationship-wise, psychopaths tend to establish superficial contact, are egocentric, narcissistic and presumptuous, skilled at deceiving and manipulating people; affectively they are devoided of guilt or remorse about the effect of their doings over others, lack empathy, show little demonstration of emotions and have a restrict emotional control; and behaviorally, tend to be impulsive, have a continuous need for excitation, aggressive and reactive behavior, lack of responsibility in diverse spheres of life, premature behavioral disorders and make their own rules.<sup>1, 10, 11</sup>

There is concern about distinguishing the affective and interpersonal characteristics, that would correspond to genetically inherited, lifestyle and antisocial conduct expressed

characteristics, which would be more influenced by the environment.<sup>12</sup> Along with the genotype, the expression of the prototypical characteristics of psychopathy has relation with the subject's life history, considering the environmental variables as triggers to extreme expressions of psychopathy, as well as to a better adjustment of social coexistence.<sup>13</sup>

These people tend to show antisocial behavior more frequently than the general population, as well as a higher rate of violent crimes when compared to the prison population.<sup>14</sup> In this regard, most of the studies with psychopaths are being conducted in the forensic scenery, which, to some extent, reinforces the association between psychopathy and criminality.<sup>3</sup>

However, psychopathy is not restricted to this context, being frequent the presence of these people among the general population.<sup>15</sup> It is possible to find psychopaths with severe impairment in the affective and interpersonal components, but with no criminal conduct, living an apparently normal life, being attributed the denomination of successful psychopaths.<sup>15</sup>

Some psychopaths have intelligence, skills, social abilities and emplacement that allows them to build a facade of normality and achieve what they desire with relative impunity.<sup>1</sup> However, even though their behavior may be considered legal, frequently it defies the ethical values of society.<sup>1</sup>

On the other hand, conducting research with psychopaths outside the prisional scenery is challenging, since they are individuals that do not acknowledge having a problem, so, seldom seek medical assistance for help.<sup>16</sup> Even though they do not acknowledge it, research points out that there is tendency to developing a mental disorder sometime during their life.<sup>2</sup>

In regard to drug use, there is strong correlation between the noxious use of psychoactive substances (PAS's), antisocial behavior and impulsivity.<sup>17</sup> Furthermore, the combination of use of PAS's and impulsivity increases the risk of psychopaths committing crimes with more

violence and aggressivity.<sup>3</sup> However, studies indicate that use of alcohol and other substances are more related to general social deviations than to prototypical characteristics of psychopathy.<sup>10</sup>

Psychopathy is more frequent among men than women, to the proportion of 3:1 respectively, however there has been concern that this disorder may have been underdiagnosed in women.<sup>2-</sup>

<sup>10</sup> The prevalence of psychopathy in the general population is between 1-3%<sup>1-2</sup>, among those who use PAS's it increases to 5%<sup>10</sup> and among the prison population it is estimated between 15-20%.<sup>18-19</sup> Therefore, there is higher prevalence of psychopathic characteristics among men who abuse of PAS's and have been in diverse forensic configurations<sup>1</sup>, the target population of this research.

Even though there are many tools to assess psychopathy, the *Psychopathy Checklist - Revised* (PCL-R) scale is considered the "gold standard".<sup>20</sup> This tool was devised by Robert Hare, in 1980, and was validated in Brazil by Morana, in 2004. The PCL-R has 20 items evaluated through a semistructured interview and classified according a Likert scale with three points (0 = does not apply; 1 = present at certain extent; 2 = definitely present), being possible to score between 0 to 40.<sup>10</sup> The cut-off point for psychopathy in Brazil was 23 points.<sup>21</sup>

In addition to the global score, the PCL-R can be categorized in two factors: (1) affective and interpersonal, that contemplate the primary characteristics; and (2) lifestyle and antisocial behavior, that contemplate the secondary characteristics.<sup>10</sup> The factor 1 concerns the affective issues, including absence of remorse or guilt, superficial affect, insensibility, lack of empathy and non-acceptance of responsibility; and interpersonal, such as talkativeness and superficial charm, magnificent sense of self-esteem, pathological lying and manipulation.<sup>10-13</sup>

On the other hand, factor 2 concerns the lifestyle, with the items: need of excitement, parasitic behavior, absence of realistic long term goals, impulsiveness and irresponsibility; and

antisocial conducts, as lack of behavioral control, behavioral disorder during childhood, juvenile delinquency, probation suspension and criminal versatility.<sup>10-13</sup>

There is a higher prevalence of psychopathy among men who abuse of alcohol and/or other psychoactive substances, imprisoned and with diverse forensic configurations. Under this assumption, the objective of this study was to assess the prevalence of people of the male gender with prototypical characteristics of primary and/or secondary psychopathy, evaluated based on the two factor model of the PCL-R scale, with a history of conflict with the law, in a drug dependency treatment clinic.

## **METHODS**

### *Study design*

This is a transversal type study that proposes to do a quantitative analysis of the individuals registered in a Center of Psychosocial Attention for Alcohol and Other Drugs (CAPSad) from Salvador – Bahia (BA), with a history of divergence with Brazilian law, and that show prototypical characteristics of psychopathy.

### *Subjects*

The selected unit was a CAPSad from Salvador (BA), a specific service to care in an open environment of people with issues related to the use of PAS's. The CAPSad provides multidisciplinary consults for treatment of drug dependency and social reinsertion of the individuals through access to work, recreation, civil right practice and strengthening of family and community bonds.

The population is characterized as users registered in a CAPSad and the sample selection was made including people of the male gender, older than 18 (eighteen) years, with an active registration at the unit for at least 6 (six) months and that had a history of divergence with the law. These informations were obtained through review of patient records. Aiming to

guarantee the reliability of the answers, were excluded the subjects who, at the moment of data collection, were under the effect of PAS's; and those who have a diagnosis of psychiatric comorbidity, except mental and behavioral disorders attributed to drug use and/or antisocial personality disorder.

Considering an estimated prevalence of 23%, found in a Brazilian study<sup>22</sup>, with a confidence interval of 20% and a 5% alpha, it would be needed 69 individuals to calculate the prevalence of psychopathy. The sample, however, was composed of 73 participants selected through convenience criteria.

### *Instruments*

It was used for data collection a sociodemographic survey and the Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R) scale, considered the most reliable tool to identify psychopathy.<sup>20-21</sup> The survey contains informations such as place of birth, age, marital status, number of offsprings, level of instruction, religion, profession, support network, housing, income, drug use history, type of crime or misdemeanor committed and prosecution perpetrated.

The PCL-R scale, authored by Robert Hare, was published in 1991 and validated in Brazil in 2004, by Hilda Morana, through the identification of the cut off point in a forensic population, male sex, taking as reference the diagnostic criteria from DSM-IV and CID-10, along with the Rorschach test as correlation instrument.<sup>21</sup>

The said instrument is characterized as a semistructured interview and scores the individual in 20 items, where each item is quantified in an ordinal scale of three points, according to the verified extension on the subject compared with the description included in the manual, as of: 0 = does not apply; 1 = present at certain extent; 2 = definitely present. That being said, the score varies between 0 to 40.<sup>10</sup>

According to PCL-R scale's validation study in Brazil, the cut-off point, namely, the lowest value to qualify an individual as a bearer of prototypical characteristics of psychopathy is 23.<sup>21</sup> The scoring interval between 12 and 22,9 constitutes the interval that defines partial bearers.<sup>10</sup> The individuals with a score below 12 are considered not predisposed to psychopathy.<sup>10</sup>

To support the dimensional analysis of the participants's personality, the PCL-R scale's author suggests the utilization of patients record data, aiming to help improve the reliability of the information obtained during the interview, help to determine if the patients interactive behavior exhibited during the data collection represents his usual behavior and provide other complementary information.<sup>10</sup>

#### *Procedure*

The data collection happened between May and October, 2018, at the CAPSad in which the patient conducted his treatment for drug addiction. After explaining the objectives of the study and signing of the Informed Consent Form, the study started with the application of the sociodemographic survey, followed by the PCL-R scale and, lastly, patient record review. This study was approved by the Ethical Committee of Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, through judgement number 2.539.317.

#### *Statistical analysis*

The statistical analysis were made using the Software Statistical Package for the Social Sciences- SPSS, version 19.0 for Windows. It is considered as outcome variables the factor 1 score, factor 2 score, and the total score of the PCL-R. The data was described as absolute and relative frequencies. The numerical variables were expressed as mean and standard deviation and the categorical variables as frequency and percentage.

## RESULTS

The sample included 73 male individuals, all Brazilians, with a mean age of 36,6 ( $\pm 12,5$ ) years. Most of them were from Salvador, declared himself as non-white (89%), are single (84%), have children (62%), have some religious belief (60%), attended up to middle school (70%), works informally (66%), have an outcome up to the minimum wage (72%) and are homeless (55%). Concerning the drug use habit, 9,6% of the sample affirmed to use exclusively alcohol, 2,7% uses alcohol and tobacco, and the remaining uses these substances associated with illegal drugs. Table 1 describes the subjects of the research according to the sociodemographic characteristics and the pattern of psychoactive substance use.

The crimes and/or misdemeanor for which the participants were judged by Brazilian law and the punishment applied are described in Table 2. There was higher prevalence of actions against the life of a third party, totaling 47% when adding aggression to personal injury and homicide. Still about aggression and personal injury, 5% is attributed to violence perpetrated to partners. Most of the subjects (53%) reported that at the moment of the criminal act he was not under the influence of PAS's. Relating the punishment, it is comprehended as simple prison the one which took place at a simple jail, under open or semi-open conditions; and reclusion which took place at a maximum security prison, under closed conditions. Furthermore, 14% of the sample served time at correctional measures facilities during adolescence.

Table 3 describes the prototypical characteristics of psychopathy found in subjects, according to the PCL-R. On factor 1, that includes affective and interpersonal issues, it is observed the mean of its frequency was 5,6 points ( $\pm 3,9$ ) and the only item that had high prevalence was lack of remorse or guilt (45%). Among the characteristics corresponding lifestyle and antisocial behavior, factor 2, the items which stand out are: lack of behavioral control (58%), behavioral disorder during childhood (40%), absence of realistic long term goals (52%),

impulsiveness (52%), irresponsibility (55%) and juvenile delinquency (44%). The mean of the secondary characteristics was 8,9 ( $\pm$  3,8).

Among the subjects of the study, 30% (95%CI 21-41) meet the PCL-R's criteria for psychopathy and 43% (95%CI 34-53) have partial characteristics of this disorder, also known as subclinical psychopaths, as pointed out in Table 4. The mean score of the sample was 17,1 ( $\pm$  8,1).

## **DISCUSSION**

In this study, the PCL-R scale was used to assess the prevalence of psychopathic traits in drug users with a history of conflict with Brazilian law. The PCL-R's mean score of the sample was 17,1 ( $\pm$  8,1), which is consistent with the presence of psychopathic traits. According to Morana, the PCL-R validation in Brazil considered that scores between 12 and 22,9 constitute the interval that defines partial carriers of prototypical characteristics of psychopathy.<sup>21</sup>

The prevalence of psychopaths in the sample, namely, the ones who scored a minimum of 23 points, was 30% (95%CI 21-41), approaching international studies that point out a prevalence between 15 and 20% among the prison population<sup>18</sup> and the Brazilian study, with more than a thousand criminals serving time at South Brazil's penitentiary system that found a 23% prevalence.<sup>22</sup>

The researches with psychopaths tend to score high on factor 1 of the PCL-R, that measures affective and interpersonal aspects, and low on factor 2, which refers to lifestyle and antisocial behavior, since the samples tend to be heterogenous in what refers to the severity of psychopathy.<sup>23</sup> It was observed in this study the opposite score pattern, that is, low on the primary characteristics and high on the secondary, suggesting homogeneity of these patients in what refers to the severity of the psychopathy, concluding that the sample was composed by psychopaths with a strong tendency to deviant conducts.

Furthermore, factor 2 suggest low scoring for successful psychopaths, that is, the ones with a relatively normal life and that are rarely punished.<sup>23</sup> This finding is in consonance with this study, since the high rates found on factor 2 are related with the sample being composed by people that were apprehended and condemned for crimes and/or misdemeanor.

The low score in antisocial behavior can obscure the detection of subclinical psychopaths.<sup>16</sup> Even though the sample scored high on factor 2, it must be considered that, on the global score, 43% (95%CI 34-53) of the subjects were classified as partial carriers of prototypical characteristics of psychopathy, in other words, considered subclinical psychopaths.

A part of the scientific community considers that the antisocial behavior is not a good predictor for psychopathy, since this disorder may not express itself in a criminal manner.<sup>4</sup>

There exists a manifestation of psychopathy where the subjects show the interpersonal and emotional deficit, but do not develop criminal conduct, being able to occupy privileged social position, referred as successful psychopaths<sup>15</sup>, but this does not apply to our study's sample.

Nonetheless, there are degrees of expression of psychopathy, it can be found the ones who commit small crimes, lie compulsively and ignore rules, characteristics that can easily be mistaken as those of common criminal<sup>24</sup>, and the ones who commit more alarming crimes and/or misdemeanors, such as serial killers, which, in this case, are more easily identified.<sup>25</sup>

Anyway, the antisocial behavior is an inherent factor of psychopathy construct, allied with interpersonal, affective and lifestyle aspects<sup>26</sup>, expressing itself according to the intensity of the disorder.

The only item on factor 1 that stood out was the lack of remorse or guilt (45%, 95%CI 34-57), that goes against the affirmative that describe psychopaths as people with emotional deficit, which includes, beyond the described characteristic, lack of empathy, superficial affect and little bonding in interpersonal relations.<sup>3</sup> Among the characteristics of factor 2, it was identified a substantial prevalence of conduct disorder during childhood (40%, 95%CI 29-51),

juvenile delinquency (44%, 95%CI 33-55), absence of realistic long term goals (52%, 95%CI 41-63), impulsivity (52%, 95%CI 41-63), irresponsibility (55%, 95%CI 43-66) and lack of behavioral control (58%, 95%CI 46-68).

Among 20 items present in the PCL-R, insensitivity, lack of empathy and juvenile delinquency are the most frequent<sup>27</sup>, confronting the findings of this research, where affective and emotional insensitivity was found only in 14% (95%CI 8-23) of the sample and indifference/lack of empathy in 15% (95%CI 9-25), only juvenile delinquency had a substantial prevalence, as mentioned before.

Some researchers name primary or innate psychopathy when PCL-R's result is favorable to the respective disorder and scores high on factor 1, that measures affective and interpersonal components, and secondary or acquired when factor 2 score stands out, which is associated with aspects of lifestyle and antisocial conduct.<sup>28</sup> The subjects of this study are more closely related to the idea of acquired psychopathy, allowing to assume that the social environment favored the development of this disorder.

Concerning the etiology, it is believed that psychopathy characteristics can be explained by genetic and environmental effects, being more reasonable to see its construct as multifactorial.<sup>26</sup> As far as biology ascertains the predisposition to developing the disorder, the social environment in which the subject is inserted will influence its expression.

Monteiro points out as predictive variables for psychopathy the unstructured family environment and unfavorable socioeconomic condition.<sup>13</sup> Waldman and Rhee detail risk factors: little affection, poverty, family nucleus disruption, use or abuse of psychoactive substances, poor academic performance, economic iniquity and criminal indicators.<sup>29</sup> Furthermore, childhood abuse can be a key factor on the behavioral and neuropsychological characteristics of psychopaths, such that individuals who experienced more extensive history of child abuse (particularly sexual abuse) develop worse injuries.<sup>30</sup>

The sample of this study meets the requirement of a deteriorated environment, as it can be seen: 84% declared not having a relationship, being single or divorced; 62% have descendants, but most do not live with the children; 70% have only attended up to middle school; 66% works informally, most of them being assemblers, parking attendants and itinerant vendors; 72% have income of up to one Brazilian minimum wage; and 55% are homeless.

Antisocial conducts appear to be an integral component of psychopathic personality in samples of low income adults.<sup>26</sup> In consonance with this finding, the subject's socioeconomic profile is extremely precarious and, as pointed out beforehand, scored high on lack of behavioral control, behavioral disorder during childhood and juvenile delinquency, as well as criminal versatility (33%, 95%CI 23-44).

Regarding the education level, literature relates violent crimes generally to the classes with poor academic instruction<sup>31</sup>, contemplating most of the subjects participating in this study, where 70% attended at maximum middle school and 47% of the crimes are against a third parties' life, adding aggression with personal injury and homicide. However, it must be pointed out that the psychopathic traits evaluated through PCL-R are found independently of the educational level.<sup>18</sup>

Still about education level, psychopaths with a more extensive history of maltreatment tend to struggle to modify behavior when confronted with contingencies, but do not demonstrate struggle to learn, emphasizing the relevance of considering childhood abuse to fully understand the cognitive performance of psychopaths.<sup>30</sup> History of childhood abuse suggests the development of secondary psychopathy<sup>30</sup>, in consonance with the subjects of this study.

The instrumental predatory violence of others is common in psychopathy, due to the prototypical characteristics of this population, such as lack of empathy and remorse, continuous search for new sensations, lack of concern about the consequences of their acts on

others, egocentrism, impulsivity and motivation to experience feelings of control and power.<sup>31</sup> Individuals with higher levels of impulsivity and anxiety below average are more predisposed to criminal behavior.<sup>32</sup> It must be noted that the presence of aggressive behavior is frequent in the psychopathic personality, however, many of these people have the ability to conceal these aspects, especially when the circumstances are favorable.<sup>5</sup>

Colins and associates point out the high probability of psychopaths to assault intimate partners.<sup>33</sup> Among the subjects of this research, only 5% (95%CI 2-13) have a history of violence perpetrated against partners. However, it must be pointed out that successful psychopaths may practice violence against partners in a subtle manner, making it harder to be exposed.<sup>33</sup>

The risk of committing a crime against life is higher on people with use, abuse and dependency issues with alcohol and other drugs when compared to any other psychopathology, being the violence usually reactive or emotional, where the subject does not have control over the impulses necessary to avoid committing the act.<sup>31</sup> The subjects of this research had to be treating dependency of psychoactive substances to be included and, as described on table 1, 59% (95%CI 47-69) of the sample declared to use multiple drugs, such as: alcohol, tobacco, cannabis, cocaine and/or crack. However, 53% of the subjects reported that at the moment of the criminal act he was not under the influence of drugs.

The search for sensations is significantly associated to the use of psychoactive substances to alleviate boredom and obtain excitement.<sup>32</sup> Among this study's sample, however, the item need for stimulation/tendency to boredom showed a prevalence of only 4% (95%CI 1-11), suggesting these people use drugs for other motivations.

The literature points out that there is no relation between the severity of psychopathy and the degree of substance abuse.<sup>30</sup> Furthermore, high score on interpersonal and affective aspects can be protective against drug abuse.<sup>3</sup> Our sample supports this premise, since all of the

subjects were diagnosed with Substance Use Disorder<sup>2</sup> and scored low on factor 1. Drug use and abuse on psychopaths is more associated with being reckless<sup>3</sup>, a factor 2 aspect, characteristic which was found in our subjects.

The PCL-R's criminal predictive function is linked to the antisocial dimension, however, the available data suggests it is not really necessary to use measures of psychopathy to identify adults at risk of negative outcomes when there is a criminal record, aggression and social disadvantage.<sup>33</sup> The subjects of the study scored high for antisocial characteristics, except probation suspension (5%, 95%CI 2-13), have a criminal record and are in a vulnerable socioeconomic position.

This study has limitations such as data collection taking place exclusively at a chemical dependency treatment unit, not including people of the female sex, as well as children and adolescents, and not evaluating psychiatric and/or clinical comorbidities. It's estimated that future research will contemplate these demands. The data collection phase struggled to meet the criterion of including individuals who are not using drugs, being observed an expressive number of patients who go to the treatment unit under the influence of PAS's or experiencing withdrawal symptoms.

Despite of these restrictions, it must be noted that there are few studies with psychopaths who were in the penitentiary system, have issues with drug use and live in similar socioeconomic conditions. It was not found in the literature a study conducted in a specialized unit for drug addiction treatment of psychopaths, therefore, it is believed this study contributes to narrow this gap.

According to the results, it is concluded that an expressive number of the sample carries prototypical characteristics of psychopathy (30%, 95%CI 21-41). The participants scored high on antisocial behavior and lifestyle (factor 2), and low on affective and interpersonal aspects (factor 1), suggesting these people establish certain emotional bonding and have good social

interaction, however, with habits which put them in risk situations, and may lead to criminal conducts. The results point that the sample is more closely related to secondary psychopathy, where the environmental factor is prominent to its development.

## REFERENCES

1. Hare RD. Sem Consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós. Porto Alegre: Artmed; 2013.
2. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Flórez G. Psicopatía, adicciones, violència interpersonal y conducta antisocial, una relación mixta. Adicciones. 2016; 28(2): 65-70.
4. Simón BS, Sánchez BP, Alonso LF, Molleda CB, Díaz FJR. La psicopatía: una revisión bibliográfica y bibliométrica. Arq Bras Psicol. 2015; 67(2): 105-21.
5. Salvador-Silva R, Vasconcellos SJL, Davoglio TR, Gauer GJC, Kosson D. Psicopatía e comportamentos interpersonais em detentos: um estudo correlacional. Aval Psicol. 2012; 11(2): 239-45.
6. Silva MG. No Limite. A compreensão psicodinâmica do ofensor. Vínculo. 2016; 13(1): 81-90.
7. Morana HCP. Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos de personalidade, transtorno global e parcial [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2003.
8. Masui K, Iriguchi S, Nomura M, Ura M. Amount of altruistic punishment accounts for subsequent emotional gratification in participants with primary psychopathy. Pers. Individ. Differ. 2011; 51: 823-25.

9. Willemsen J, Verhaeghe P. Psychopathy and internalizing psychopathology. *J. Law Psychiatry*. 2012; 35: 269-75
10. Hare RD. *Manual of the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi-Health System; 1991.
11. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy: assessment and forensic implication. *Can J Psychiatry*. 2009; 54: 791-802.
12. Barros DM. *Correlação entre grau de psicopatia, nível de julgamento moral e resposta psicofisiológica em jovens infratores [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
13. Monteiro, RP. *Entendendo a psicopatia: contribuição dos traços de personalidade e valores humanos [dissertação]*. João Pessoa: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
14. Potter S, Woodworth M. Psychopathy and Aggression. Em: Patrick CJ. *Handbook of Psychopathy*. New York: The Guilford Press; 2006. p. 481-94.
15. Cleckley H. *The Mask of Sanity*. 5ª ed. St. Louis: Mosby; 1976.
16. Pérez B, Rodríguez-Díaz FJ, Herrero JB, Fernández A. Perfil del psicópata institucionalizado sin comportamiento criminal previo a su entrada en prisión. *Terapia Psicológica*. 2016; 34(2): 81-91.
17. Carvalho HW, Jorge MR, LaraDR. Modelo estrutural de nternalização e externalização: emergência, validade e utilidade clínica. *Trends Psychol*. 2014; 22: 725-43.
18. Castellana GB, Barros DM de, Serafim AP, Busatto Filho G. Psychopathic traits in young offenders vs. non-offenders in similar socioeconomic condition. *Braz J Psychiatr*. 2014; 36(3): 241-44.
19. Patrick CJ. Transtorno de personalidade antissocial e psicopatia. Em: O'Donohue W, Fowler KA, Lilienfeld SO, editors. *Transtornos de personalidade: em direção ao DSM-V*. São Paulo: Roca; 2010. p 415-36.

20. Vitacco, MJ, Neumann, CS; Jackson, RL. Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 73(3): 466-76.
21. Morana HCP. Manual da Escala Hare PCL-R: critérios para pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
22. Oliveira OP, Teitelbaum PO. Delinquência no Rio Grande do Sul: um estudo de prevalência da população carcerária. Em: Fundação Universitária Mário Martins, Jornada Paulo Guedes. Porto Alegre; 1994.
23. Garrido VG. El tratamiento del psicópata. *Psicothema.* 2002; 14: 181-89.
24. Morana HC, Câmara FP, Flórez JA. Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: Differentiation of two patterns of criminal profiles. *Forensic Sci Int.* 2006; 164: 98-101.
25. Morana HCP, Stone MH, Abdalla-Filho E. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(2): 74-9.
26. Neumann CS, Hare RD, Pardini DA. Antisociality and the construct of psychopathy: data from across the globe. *J Pers.* 2015; 83: 678-92.
27. Grann M. The PCL-R and gender. *Eur J Psychol Assess.* 2000; 16: 147-49.
28. Jones DN, Figueredo AJ. The core of darkness: Uncovering the heart of the Dark Triad. *Eur. J. Pers.* 2013; 27: 521-31.
29. Waldman ID, Rhee SH. Genetic and environmental influences on psychopathy and antisocial behavior. Em Patrick CJ. *Handbook of psychopathy.* New York: The Guilford Press; 2006. p. 205-28.
30. Dargis M, Wolf RC, Koenigs M. Reversal Learning Deficits in Criminal Offenders: Effects of Psychopathy, Substance use, and Childhood Maltreatment History. *J Psychopathol Behav Assess.* 2017; 39:189-97.

31. Galarraga CXP, Pérez TG. Trastornos mentales y homicidio. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2018; 34(1): 4-13.
32. Hopley AAB, Brunelle C. Substance use in incarcerated male offenders: Predictive validity of a personality typology of substance misusers. *Addict. Behav.* 2016; 53: 86–93.
33. Colins OF, Andershed H, Pardini DA. Psychopathic Traits as Predictors of Future Criminality, Intimate Partner Aggression and Substance Use in Young Adult Men. *Law Hum Behav.* 2015; 39(6): 547–58.

## TABLES

**Table 1** Sociodemographic characteristics and pattern of drug use in the sample

Variables	n (%)
Place of birth	
Salvador	51 (70)
Other cities of Bahia	14 (19)
Other states, Brazil	8 (11)
Ethnicity (self-reported)	
Nonwhite	65 (89)
Marital status	
Single/divorced	61 (84)
Married/cohabiting	12 (16)
Children	
Yes	45 (62)
Education level	
Up to Middle school	51 (70)
Secondary school	19 (26)
College	3 (4)
Work	
Unemployed	21 (29)
Informal	48 (66)
Formal	4 (5)
Income (in brazilian minimum wage)	
Up to 1	53 (72)
1 to 2	18 (25)
More than 2	2 (3)
Home	
Homeless	40 (55)
Public shelter	5 (7)
Own or rental residence	28 (38)
Religion	
Yes	44 (60)
Drug	
Licit drug	9 (12)
Cannabis	14 (19)
Cocaine and/or crack	7 (10)
Cannabis, cocaine e crack	43 (59)

Data presented as n (%), unless otherwise specified.

**Table 2** Crime or misdemeanor committed by the sample and its punishment

Variables	n (%)
Crime or misdemeanor	
Homicide	18 (25)
Aggression with personal injury	16 (22)
Drug possession	15 (20)
Theft	13 (18)
Drug trafficking	8 (11)
Others	3 (4)
Punishment	
Reclusion	34 (47)
Simple prison	25 (34)
Verbal warning	12 (16)
Fine	2 (3)

Data presented as n (%), unless otherwise specified.

**Table 3** Prototypic characteristics of psychopathy in the sample, based on PCL-R

Variables	No	To some extent	Yes
Factor 1 (5,6 ± 3,9)			
Talkativeness / Superficial charm	40 (55)	30 (41)	3 (4)
High self-esteem	29 (40)	36 (49)	8 (11)
Pathological lying	44 (60)	24 (33)	5 (7)
Fraud / Manipulation	39 (54)	25 (34)	9 (12)
Absence of remorse or guilt	24 (33)	16 (22)	33 (45)
Affective and emotional insensitivity	34 (46)	29 (40)	10 (14)
Indifference / Lack of empathy	32 (44)	30 (41)	11 (15)
Inability to accept responsibility for own actions	22 (30)	34 (47)	17 (23)
Factor 2 (8,9 ± 3,8)			
Need for excitement / tendency to boredom	49 (67)	21 (29)	3 (4)
Parasitic lifestyle	37 (51)	25 (34)	11 (15)
Lack of behavioral control	14 (19)	17 (23)	42 (58)
Behavioral disorder during childhood	23 (31)	21 (29)	29 (40)
Lack of realistic long term goals	7 (10)	28 (38)	38 (52)
Impulsiveness	14 (19)	21 (29)	38 (52)
Irresponsibility	16 (22)	17 (23)	40 (55)
Juvenile delinquency	22 (30)	19 (26)	32 (44)
Probation suspension	61 (84)	8 (11)	4 (5)
Others			
Sexual promiscuity	29 (40)	22 (30)	22 (30)
Many short term marital relations	49 (67)	8 (11)	16 (22)
Criminal versatility	18 (25)	31 (42)	24 (33)

Data presented as n (%) or mean (standard deviation), unless otherwise specified.

**Table 4** Result of the PCL-R in the sample

Variables	n (%)
Carrier of prototypical characteristics of psychopathy	22 (30)
Partial carrier of prototypical characteristics of psychopathy	31 (43)
Not predisposed to psychopathy	20 (27)

Data presented as n (%), unless otherwise specified.

## ANEXOS

### **Anexo A – Critérios diagnósticos de *Transtornos Mentais e Comportamentais Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas*, na CID-10**

O diagnóstico definitivo de dependência só pode ser feito se três ou mais dos seguintes critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento dos últimos 12 meses:

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo.
3. Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência de uma substância específica, ou quando faz-se o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa. Aumento, também, da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância, assim como para se recuperar de seus efeitos.
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos, períodos de consumo excessivo da substância, comprometimento do funcionamento cognitivo etc. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

## **Anexo B – Critérios diagnósticos de *Transtornos do Uso de Substâncias Psicoativas*, no DSM-5**

Um padrão problemático de uso de substâncias, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, é manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrido durante um período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
  - Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - Síndrome de abstinência característica para a substância;
  - A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3. Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos.
6. Problemas legais recorrentes relacionadas ao uso de substâncias.
7. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
8. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
10. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
11. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.

Anexo C – Escala Hare *Psychopathy Checklist - Revised* (PCL-R)

**ESCALA HARE PCL-R**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS E INFORMAÇÕES**

Robert D. Hare, Ph.D.  
Universidade de British Columbia

Versão original publicada por:



**Multi-Health Systems, Inc.**

(in the United States)  
P.O.Box 950  
North Tonawanda, New York, 14120-0950

(in the Canada)  
3770 Victoria Park Avenue  
Toronto, Ontario M2H 3M6

**Tradução e Adaptação**  
**HILDA C. P. MORANA, Ph. D.**

Versão Brasileira publicada pela



(no Brasil)

Rua: Simão Álvares, 1020 - Vila Madalena - CEP 05417-020 - São Paulo/SP - Brasil  
Tel.: (11) 3034-3600 - [www.casadopsicologo.com.br](http://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.

Nome: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Venda restrita a psicólogos  
mediante apresentação do CRP,  
de acordo com a lei federal  
n° 4.119/62.

**PARTE I:****Roteiro de entrevista para o PCL-R**

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

**A. AJUSTAMENTO ESCOLAR**

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

[Por que você mudou de escola?]

---

---

2. Em quantas escolas do curso médio você estudou?

[Por que você mudou de escola?]

---

---

3. Como era a sua frequência escolar?

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

---

---

4. Até que série ou nível você estudou?

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

---

---

5. Você gostava da escola?

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

---

---

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, depredar a escola, trapagens, 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?

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

---

---

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

---

---

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

[Descreva-o. O que você fazia?]

---

---

---

**B. HISTÓRICO PROFISSIONAL:**

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

---

---

2. Quantos empregos ou trabalhos diferentes você teve?

---

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

---

---

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

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

(Por quanto tempo você exerceu? Quando?)

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

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

---

---

---

---

4. Você é um funcionário digno de confiança?

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

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

Quantas vezes? Idade(s)?]

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

[Quantas vezes? Por quê? Idade(s)?]

---

---

6

Hilda Morana

## 6. Você já ficou desempregado?

[Quantas vezes? Idade(s)? Por quanto tempo? Como fez para se sustentar?]  
[Você procurou trabalho? Com seriedade/empenho?]

---

---

---

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

[Quantas vezes? Idade(s)?]

---

---

---

## 8. Como você se sustentava fora da prisão?

[Você dependia de alguém para obter comida, dinheiro ou moradia? Quem? Idade(s)? Por quanto tempo?]  
[Você alguma vez viveu do crime (venda de drogas, roubo, furto, prostituição, 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?]

---

---

---

---

8

Hilda Morana

**E. SAÚDE**

1. Você já teve algum problema grave de saúde?

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

---

---

---

2. Você alguma vez recebeu atendimento psicológico ou psiquiátrico?

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

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

---

---

---

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

[Por quem? Idade? Você fez tratamento?]

---

---

---

4. Já tomou algum remédio para problemas nervosos?

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

---

---

---

5. Você alguma vez tentou suicídio?

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

---

---

---

**F. VIDA FAMILIAR**

## 1. Você foi criado por seus pais naturais?

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

---



---



---

**SOBRE A CASA DOS PAIS, PERGUNTAR:**

[Como era sua vida em família?]

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

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

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

[Alguém 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 OU HOMOSSEXUAL)?

[Quantas vezes você casou ou viveu maritalmente?]

---

---

---

#### **SE O INDIVÍDUO TEVE VÁRIOS RELACIONAMENTOS, PERGUNTAR:**

[Por que você teve tantos relacionamentos?]

---

---

---

**SE NEGOU RELACIONAMENTOS CONJUGAIS, PERGUNTAR:**

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

[Você já teve algum relacionamento homossexual?]

---



---



---

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

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

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

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

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

---



---



---



---



---



---



---



---

2. Você alguma vez já esteve profundamente apaixonado?

[Por quem?]

---



---



---

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

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

---



---



---

4. Quantos parceiros sexuais você já teve?

[Quantos foram casuais (um único encontro)?]

---



---



---

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

[Conte-me sobre isso.]

---

---

---

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

[Quantas vezes? Idade(s)?]

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

---

---

---

---

7. Você tem filhos biológicos, adotivos ou enteados?

[Quantos e de que idades? Você sabe a(s) data(s) do(s) aniversário(s) ou a escolaridade dele(s)? Como é o seu relacionamento com ele(s)? Com que 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?]

---

---

---

### **I. COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

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

---

---

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

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?]

---

---

---

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

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

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

---

---

---

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

---

---

---

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

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

[Você gosta de cometer crimes?]

---

---

---

10. Você cometeu algum crime e não foi descoberto?

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

---

---

---

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

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

---

---

---

12. Você já usou nome falso?

[Quantos? Por quê?]

---

---

---

**K. QUESTÕES GERAIS**

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

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

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:

### Roteiro para obtenção das informações objetivas

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

#### A. DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Idade e data de nascimento:

---

2. Sexo:

---

3. Raça e Etnia:

---

#### B. HISTÓRICO FAMILIAR

1. Descrição da família e experiências durante a infância:

---

---

---

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

---

---

---

3. História familiar de doença mental:

---

---

---

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:

---

---

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

---

---

---

3. Ocupações ilegais:

---

---

### **E. CASAMENTOS / UNIÕES CONJUGAIS**

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

---

---

2. Número de filhos:

---

3. Relacionamento com o cônjuge e/ou filhos:

---

---

---

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

---

---

### **F. HISTÓRICO MÉDICO**

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

- a) Infância:

---

---

24

Hilda Morana

b) Adolescência:

---

---

c) Vida adulta:

---

---

d) Hospitalizações:

---

---

e) Tratamentos atuais:

---

---

f) Comentários adicionais provenientes dos relatórios psiquiátricos:

---

---

---

---

2. Antecedentes Clínicos:

a) Principais doenças e hospitalizações:

---

---

---

---

b) Doenças crônicas:

---

---

c) Condições neurológicas:

---

---

d) Condição atual:

---

---

e) Comentários adicionais dos relatórios médicos e assistenciais

---

---

## **G. HISTÓRICO CRIMINAL**

1. Juventude

a) Primeiro delito (Idade):

---

b) Número e tipos dos delitos:

---

---

---

c) Outros problemas de comportamento na comunidade:

---

---

2. Adulto

a) Primeiro contato com a criminalidade (Idade):

---

b) Número e tipos dos delitos anteriores:

---

---

---

---

26

Hilda 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):

---

b) Frequência e intensidade:

---

---

## **I. COMPORTAMENTO INSTITUCIONAL**

1. Número e tipos de faltas disciplinares

---

---

2. Número e tipos de acusações institucionais e condenações:

---

---

---

3. Comentários adicionais e relatórios de funcionários:

---

---

---

---

---

## **J. RESULTADOS DE TESTES PSICOLÓGICOS**

1. Resultados das avaliações de personalidade:

---

---

---

---

2. Resultados da avaliação intelectual:

---

---

---

---



## Anexo D – Parecer Consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da frequência de características antissociais em usuários de um CAPSad de SSA

**Pesquisador:** MANUELA GARCIA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80425017.4.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.539.317

#### Apresentação do Projeto:

Há maior prevalência de características psicopáticas entre homens que fazem abuso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, em prisões e diferentes configurações forenses. Nesta pesquisa será utilizado o conceito de Hare para psicopatia. Partindo deste pressuposto, este estudo visa analisar a frequência de pessoas do sexo masculino com perfil psicopático em uma unidade de saúde pública para tratamento de uso problemático de substâncias psicoativas, com histórico de conflito com a lei, englobando, assim, os critérios acima relacionados em estudos anteriores.

Projeto submetido em 25 de janeiro de 2018.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Verificar a frequência de características antissociais em usuários de um CAPSad de SSA com histórico de conflito com a lei.

**Objetivo Secundário:** Descrever perfil sócio-demográfico da amostra e classificar os participantes conforme critérios do PCL-R.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Telefone:** (71)3276-8225

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.290-000

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.539.317

#### Riscos:

Os riscos possíveis estão associados à divulgação de dados pessoais que comprometam a integridade moral e/ou social dos participantes. Para evitá-los, a coleta de dados se dará na própria unidade de saúde incluída neste estudo, em local protegido de interferências. Com a finalidade de manter a confidencialidade dos participantes, o nome de batismo será substituído por outro conforme lista de nomes masculinos mais populares no Brasil. O pesquisador terá o cuidado de selecionar nomes fictícios que não correspondam a nenhum participante. Outro possível risco está relacionado ao constrangimento que pode advir de perguntas de cunho pessoal e/ou por evocar lembranças desagradáveis. No entanto o TCLE assegura a liberdade de recusa a responder a qualquer pergunta e a desistência da participação poderá ocorrer em qualquer momento. Em caso de desconforto decorrente da participação na pesquisa, a pesquisadora Ariane Souza Vasconcelos se compromete a oferecer assistência psicológica gratuita de forma imediata e pelo tempo que for necessário, pois a mesma é psicóloga e está cadastrada no Conselho Regional de Psicologia da 3ª Região. Ainda, assegura-se cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante.

#### Benefícios:

Como benefício direto ao participante, caso este deseje, o pesquisador pode informar o resultado da pesquisa ao seu técnico de referência no CAPSad com a finalidade de contribuir na reformulação do Plano Terapêutico Singular (PTS), visando melhor progresso no tratamento para dependência química. Além disso, os participantes, através da publicação dos resultados, poderão compreender algumas de suas atitudes. Para a sociedade, o estudo visa ampliar o nível de conhecimento sobre a psicopatia para, quem sabe, podermos ver essas pessoas não apenas como um diagnóstico psiquiátrico, mas como aquele que reage ao mundo de forma diferente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa sobre a importância do tratamento para dependência química. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, que utilizará na coleta de dados análise de prontuário, um questionário e a Escala Hare PCL-R, e a aplicação se dará na própria unidade de saúde em que o participante faz tratamento para dependência química.

Critério de Inclusão: serão selecionadas pessoas do gênero masculino, maiores de 18 (dezoito) anos, com matrícula ativa no CAPSad por no mínimo 6 (seis) meses e que apresentem histórico de

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.290-000

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.539.317

problema com a Justiça. Critério de Exclusão: Serão excluídos os sujeitos que, no momento da coleta de dados, estiverem sob efeito de SPA's; que tenham comorbidade psiquiátrica e histórico de psicose, exceto transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas e transtorno de personalidade antissocial.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Respeitados parcialmente os termos exigidos.

Apresenta folha de rosto preenchida com a assinatura da coordenadora do curso de Pós da EBMSP.

Apresenta carta de Anuência do CAPESad Gregório de Matos

Cronograma de Execução: Apresentado no PB com a coleta de dados prevista entre maio e setembro de 2018,

Orçamento no valor de R\$1.948,89.

TCLE apresentado e corrigido.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise bioética do protocolo de pesquisa, com base nas recomendações da Resolução 466/12 do CNS e documentos afins e sanadas as pendências anteriormente assinaladas, este projeto atende aos princípios da equidade, justiça, beneficência, não maleficência e autonomia dos participantes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

**XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.290-000

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.539.317

pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e  
h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1011277.pdf	23/12/2017 23:24:21		Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP_de_pendencias.pdf	23/12/2017 23:22:56	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/12/2017 23:21:14	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito
Outros	Escala_Hare_PCLR.pdf	23/12/2017 23:19:11	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Anteprojeto_de_pesquisa.pdf	23/12/2017 23:12:37	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/12/2017 23:11:50	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_para_realizacao_de_pesquisa.pdf	27/11/2017 23:11:13	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	27/11/2017 23:08:49	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/11/2017 23:02:31	MANUELA GARCIA LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**CEP:** 40.290-000

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.539.317

SALVADOR, 12 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Roseny Ferreira**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**CEP:** 40.290-000

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br

## Anexo E – Comprovante de submissão de artigo para revista científica

### Preview (BJP-2019-OA-0477)

**From:** editorial@abp.org.br  
**To:** ariane\_vasconcelos@hotmail.com  
**CC:** ariane\_vasconcelos@hotmail.com, manuelalima@bahiana.edu.br, thiagoaldecarvalho@hotmail.com  
**Subject:** Brazilian Journal of Psychiatry - Manuscript ID BJP-2019-OA-0477  
**Body:** 06-Mar-2019

Dear Mrs. Vasconcelos:

Your manuscript entitled "The frequency of prototypical characteristics of psychopathy in drug users with a history of conflict with the law" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Brazilian Journal of Psychiatry.

Your manuscript ID is BJP-2019-OA-0477.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Brazilian Journal of Psychiatry.

Sincerely,  
 Editorial Office | Braz J Psychiatry  
 editorial@abp.org.br

**Date Sent:** 06-Mar-2019

## SUBMISSÃO

Autores	Ariane Souza Vasconcelos, Manuela Garcia Lima	
Título	UM PASSEIO PELO HISTÓRICO DO CONCEITO DE PSICOPATIA	
Documento original	423-919-2-SM.DOCX	11-03-2019
Docs. sup.	Nenhum(a)	<b>INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</b>
Submetido por	Sra Ariane Souza Vasconcelos	
Data de submissão	11 de março de 2019 - 16:18	
Seção	Artigos de Revisão	
Editor	Antonio de Souza Andrade Filho	

## SITUAÇÃO

Situação	Em avaliação
Iniciado	11-03-2019
Última alteração	11-03-2019

## Anexo F – Premiação da pesquisa no *Congress on Brain, Behavior and Emotions 2019*



CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho

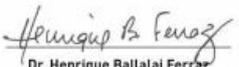
**CARACTERÍSTICAS PROTÓTIICAS DA PSICOPATIA EM ADICTOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM HISTÓRICO DE CONFLITO COM A JUSTIÇA BRASILEIRA: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

foi apresentado na modalidade Pôster Eletrônico, por Ariane Souza Vasconcelos, no evento Congress on Brain, Behavior and Emotions 2019 ocorrido de 05 a 08 de junho de 2019 no Centro Internacional de Convenções do Brasil - CICB em Brasília/DF.

Brasília, 08 de junho de 2019



**Dr. Euripedes Constantino Miguel**  
Presidente do Congresso



**Dr. Henrique Ballalai Ferraz**  
Presidente do Congresso

REALIZAÇÃO



**INI** Instituto de Ciências Integradas

GERENCIAMENTO



**CCM CONGRESSES**



### VENCEDORES PRÊMIO JOVEM PESQUISADOR 2019

A	
ADRIANA MANSO MELCHIADES	O VALE DA ESTRANHEZA NA PERCEPÇÃO DE FACES EMOCIONAIS
ADRIANO FILIPE BARRETO GRANGEIRO	AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA QUALIDADE DE SONO EM IDOSOS HIPERFREQUENTADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.
ALISSON MARQUES TEIXEIRA	INTERFACE DA SÍNDROME DE CHARLES BONNET E A PSIQUIATRIA: UM RELATO DE CASO.
AMANDA THUANI PEREIRA DA COSTA	AÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A NA FUNÇÃO LACRIMAL DE PACIENTES COM DISTONIAS FACIAIS
ANA FLAVIA MACHADO	BIPOLAR DISORDER WITH ATYPICAL PARKINSONISM: CASE REPORT AND CONSIDERATIONS ON COMORBIDITY ASPECTS ON THE LITERATURE AND CLINICAL PRACTICE
ANA LUÍZA PEDROSA NEVES AICHINGER	ANÁLISE DE SENSIBILIDADE DE UMA TAREFA DE CÁLCULOS ARITMÉTICOS SIMPLES PARA IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM DA MATEMÁTICA
ANA MARIA ZOLLNER	ESTUDO NEUROFISIOLÓGICO E ISQUEMIA E REPERFUSÃO: A CRIAÇÃO DE UMA ESCALA DE MIOPATIA
ANDRÉ LUCAS MIRANDA GONÇALVES	A INVISIBILIDADE DOS SINTOMAS INTERNALIZANTES EM ESCOLARES
ANDRÉ WAGNER CARVALHO DE OLIVEIRA	INFLUÊNCIA DO SEXO NA MEMÓRIA DE RECONHECIMENTO DE PRIMATAS NÃO-HUMANOS (CALLITHRIX PENICILLATA).
ANDREA AMARO QUESADA	MUCOPOLISSACARIDOSE: UM FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E EMOCIONAL
ANDREA LANE EDDE	PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) NO AMBULATÓRIO TEAMM
ANDREY ROCHA ROCCA	ASSIMETRIA ENTRE CÉREBRO E MENTE: POUCO CÓRTEX CEREBRAL E MENTE FUNCIONAL
ANTONIA DE AZEVEDO FALCÃO SIGRIST	CAPACIDADE FUNCIONAL MEDIDA PELO UCSD PERFORMANCE-BASED SKILL ASSESSMENT (UPSA-1-BR) EM IDOSOS DA COMUNIDADE
ANTÔNIO GABRIEL MOURA LOUZADA	AKATHISIA DUE VENLAFAXINE
ANTONIO HUGO RABELO DE CASTRO	PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO MUNICÍPIO DE ARAGUÁINA-TO: COMPROMETIMENTO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS.
ARIANE SOUZA VASCONCELOS	CARACTERÍSTICAS PROTÓTIICAS DA PSICOPATIA EM ADICTOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COM HISTÓRICO DE CONFLITO COM A JUSTIÇA BRASILEIRA: UM ESTUDO TRANSVERSAL