

SUMÁRIO

- **Editorial**.....2
Fernando Almeida
- **Vulnerabilidade ao stress prisional e ao risco de suicídio na população reclusa: estudo exploratório**5
Inês Pinheiro / Jorge Cardoso
- **O contributo das variáveis sócio-demográficas para a caracterização do bem-estar no trabalho numa amostra de polícias**26
Sónia P. Gonçalves / José Neves
- **A P-Scan na avaliação da Psicopatia: estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses**.....44
Carla Ferreira Lobo / Rui Abrunhosa Gonçalves / Carlos Fernandes da Silva
- **Do construto “Psicopatia”: perspectivas conceptuais e tipológicas actuais**.....68
Tânia Konvalina-Simas
- **Estudo exploratório da sintomatologia e personalidade do indivíduo recluso no Estabelecimento Prisional do Linhó**.....89
Maria Dulce Marques Pires / Márcio Roberto Simão Pereira / Rute Sofia Ribeiro Brites
- **Anomalia psíquica grave e criminalidade**111
Alexandra Alves / Fernando Almeida

EDITORIAL

Com a publicação do quarto número de *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, mantemo-nos fiéis ao objectivo de publicar a revista sempre que realizarmos um Congresso. Todavia, este número vai constituir-se como um marco: doravante, a revista será publicada *online*. E, se neste número a publicação será apenas em português, a partir do quinto número *Psiquiatria, Psicologia & Justiça* será publicada em português e em inglês. Além disso, as regras da American Psychological Association (APA) passarão a ser as da 6.^a edição e não as da 5.^a edição, como acontece ainda neste número.

Continuaremos a ser, estamos certos, um espaço aberto ao enriquecedor intercâmbio de conhecimentos e experiências, à intersecção de saberes interdisciplinares, potenciador do aperfeiçoamento e formação dos nossos associados, e de todas as pessoas que se interessam por esta área.

O Presidente da Direcção

Fernando Almeida

Corpo Editorial

Director da Revista

Prof. Doutor Fernando Almeida

Conselho Científico

Dr. Adrià Gramary

Prof. Doutor Adriano Vaz Serra

Prof. Doutor Agostinho Santos

Prof. Doutora Ana Sofia Neves

Prof. Doutora Anita Santos

Prof. Doutor António Pacheco Palha

Dr. Bernardo Teixeira Coelho

Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso

Prof. Doutor Costa Santos

Dr.^a Cristina Ribeiro

Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

Prof. Doutor Eurico Figueiredo

Magistrado Ferreira Pinto

Dr. Fernando Vieira

Dr. Hernâni Vieira

Dr. José Adriano Fernandes

Dr. José Morgado

Prof. Doutor José Pinto da Costa

Prof. Doutor Luís Fernandes

Dr. Manuel Cruz

Prof.^a Doutora Maria José Carneiro de Sousa

Prof. Doutor Mário Simões

Mestre Nivaldo Marins

Prof. Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves

Prof.^a Doutora Teresa Magalhães

Dr. Victor Mota

Secretariado

Mestre Diana Moreira

**Vulnerabilidade ao stress prisional e ao risco de suicídio
na população reclusa: estudo exploratório**

**Vulnerability to stress in prison context and to suicide risk
in an inmate population: an exploratory study**

Inês Pinheiro (1) & Jorge Cardoso (2)

(1) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

(2) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Resumo

O presente estudo, desenvolvido com uma população reclusa, tem como objectivos avaliar os níveis de stress, as vulnerabilidades ao risco de suicídio, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de adaptação mobilizadas, pretendendo-se também verificar se estas variáveis diferem em função dos aspectos sociodemográficos e jurídico-penais.

Nesta investigação participaram 88 reclusos (40 do sexo feminino, 48 do sexo masculino), de dois Estabelecimentos Prisionais, tendo sido utilizados quatro instrumentos: *Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment* (SCOPE), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), Inventário de Stress em Meio Prisional (ISMP) e o Questionário *Brief COPE*.

Os resultados demonstram que um nível de stress mais acentuado está fortemente relacionado com a sobrelotação, o isolamento, o abandono e com a vitimação em contexto prisional. A idade mais baixa e o facto de estarem reclusos pela primeira vez, são dois factores de risco a salientar. A população reclusa feminina revelou uma maior eficácia no desenvolvimento de competências e estratégias de coping.

Este estudo visa contribuir para um aprofundar do conhecimento sobre as variáveis psicológicas no âmbito prisional e, deste modo, promover uma maior eficácia das práticas preventivas e interventivas junto da população reclusa.

Palavras-chave: vulnerabilidade ao stress; risco suicida; comportamentos suicidários; estratégias de *coping*.

Abstract

The main purpose of the present study, developed with an inmate population, aims to evaluate the levels of stress, the vulnerabilities to suicide risk and psychological symptoms, as well as the inmates' abilities to create coping strategies. We also intend to verify whether these variables differ, depending on the social, demographic and criminal factors.

The study sample was comprised by 88 inmates (40 female and 48 male) from two Portuguese prisons, and four questionnaires were applied: the Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE), the Brief Symptom Inventory (BSI), the Prison Stress Inventory Context, and the Brief COPE Questionnaire.

The results showed the circumstances that lead to a stronger level of stress are related to overcrowding, isolation, abandonment and prison victimization. The lowest age and being in seclusion for the first time are two risk factors to emphasize - younger inmates reveal a higher suicide risk than the older ones. Female inmates showed an ability to develop coping strategies in prison context more effectively.

This study helps to understand more deeply the psychological variables in prison context, and thus to promote, with more efficiency, some preventive practices and intervention measures among inmate population.

Key-words: stress vulnerability; suicide risk; suicidal behaviors; coping strategies.

Introdução

O suicídio em contexto prisional é um tema que tem vindo a ser recorrentemente estudado nas últimas duas décadas (Daniel, 2006), embora a influência dos factores de risco associados a este fenómeno tenha sido alvo de poucos estudos empíricos (He, Felthous, Holzer, Nathan & Veasey, 2001).

A literatura internacional revela que as taxas de comportamentos suicidários (i.e., tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado) em sujeitos reclusos são superiores às taxas de suicídio entre a população geral (Daniel & Fleming, 2006; Daniel, 2009; Hayes, 1995; He et al., 2001; Huey & McNulty, 2005; Shaw, Baker, Hunt, Moloney & Appleby, 2004; Suto & Arnaut, 2010; White, Schimmel & Frickey, 2002). Este fenómeno manifesta-se igualmente na realidade portuguesa, apesar da investigação empírica existente em Portugal ter-se dirigido sobretudo para o suicídio consumado (Moreira, 1998; Moreira, 2009).

O stress prisional e estratégias de *coping*: definições conceptuais

O stress (termo que na sua origem significa “aperto” ou “pressão”) é conceptualizado como o resultado de um conjunto de interacções entre o sujeito e o meio ambiente, no qual as exigências de uma determinada situação (designada por situação indutora de stress) são desproporcionais aos recursos que o indivíduo possui, acabando por produzir tensão ao nível biológico, psicológico e social (Lazarus & Folkman, 1984). No caso do stress prisional, os factores indutores de stress (stressores) constituem situações ou acontecimentos experienciados pelos sujeitos, em meio prisional.

Para lidar com estas ocorrências, o indivíduo necessita de desenvolver estratégias de adaptação, de forma a “reparar” a interacção perturbada entre si e o meio ambiente (Vaz Serra, 2005). Lazarus & Folkman (1984) propuseram o conceito anglo-saxónico “coping” (que significa “enfrentar”), para contemplar o conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, com o objectivo de minimizar ou até mesmo eliminar os problemas e situações indutores de stress, de forma a preservar o seu bem-estar, bem como a sua saúde física e mental (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Vaz Serra, 2002). Em contexto prisional, Snow (2002) afirma que o trajecto adaptativo pelo recluso é

fundamental no processo de aceitação por parte dos outros reclusos, de forma a que o primeiro adira e seja aceite na subcultura prisional.

Tem sido demonstrado que os reclusos que manifestam comportamentos suicidários apresentam níveis mais elevados de stress (Moreira, 2009), bem como maiores dificuldades adaptativas ao regime prisional (Liebling, 1995; Power, McElroy & Swanson, 1997; Snow, 2002; Westfeld et al., 2000).

O risco de suicídio: factores determinantes

Em qualquer meio, seja dentro ou fora de um estabelecimento prisional, não existe uma teoria única que explique eficazmente as causas e consequências dos comportamentos suicidários (Camilleri et al., 1999; Moreira, 2008; Saraiva, 1999). Também não existe um perfil específico que sinalize maiores ou menores probabilidades de um recluso cometer suicídio, verificando-se que as motivações e intenções são diversas (Hayes, 1995; Camilleri et al., 1999). Apesar de não ser possível determinar a predição suicida, é possível identificar potenciais grupos de risco (Saraiva, 1999).

São múltiplos os factores que contribuem para a elevada taxa de comportamentos suicidários no interior das prisões (Hayes, 1995; Palmer & Connelly, 2005; Westfeld et al., 2000), desde os factores sociodemográficos (e.g. sexo, idade, etnia), às variáveis criminais (e.g. tipo de crime, pena aplicada) e ao diagnóstico clínico.

Relativamente à idade, ao contrário do que acontece na população geral (Saraiva, 1999), quanto mais novos são os reclusos, mais vulneráveis se tornam perante o risco suicida (Ivanoff & Jang, 1991; Moreira, 1998; Perry et al., 2010). A revisão de Blaauw e colaboradores (2005) é uma das excepções, tendo verificado que os reclusos com idade superior a 40 anos apresentam uma maior vulnerabilidade.

No caso da reincidência criminal, os trabalhos não revelam um consenso: enquanto que alguns estudos defendem que o facto de se estar detido pela primeira vez constitui um factor de risco suicida (Hayes, 2001; McHugh & Snow, 2002), outros consideram que os reclusos reincidentes encontram-se em maior risco, visto já terem

passado por uma experiência prévia que vai potencializar os efeitos adversos da(s) seguinte(s) (Blaauw et al., 2005; Moreira, 1998).

A entrada na prisão constitui um dos momentos mais críticos para a possível ocorrência de suicídio (Bonner, 2006; Hayes, 1995, 2001; Moreira, 1998; Moreira, 2008). As primeiras 24 a 48 horas são consideradas o período mais stressante, devido ao processo de transição, às mudanças nas relações familiares, às reacções ao facto de estar preso e aos desafios e necessidades de criar estratégias de adaptação ao contexto prisional (Palmer & Connelly, 2005). O encarceramento e a inerente privação de liberdade é, sem dúvida, um acontecimento traumático negativo na vida de uma pessoa (Gonçalves, 2005; Moreira, 2008; Toch, 2006). A duração da pena constitui uma agravante, já que o tempo continua a decorrer no exterior das prisões, enquanto que a vida dos reclusos, no seu interior, permanece “suspensa” (Medlicott, 1999).

A sobrelotação das prisões tem sido referenciada como um dos principais problemas com que o sistema prisional se depara (Biggam & Power, 1999; Gonçalves, 2005; Moreira, 2008), sendo igualmente considerada um factor explicativo da ocorrência de comportamentos violentos e suicidários em contexto prisional (Biggam & Power, 1999; Huey & McNulty, 2005). Este aspecto está relacionado com a frustração e com a monotonia: os reclusos, ao competirem por um objectivo específico (e.g. actividades, técnicos, tratamento), podem aumentar os seus níveis de frustração e de violência, devido à quantidade elevada de indivíduos que querem alcançar o mesmo (Huey & McNulty, 2005; Moreira, 2008).

Grande parte dos reclusos que revelam comportamentos agressivos no interior dos Estabelecimentos Prisionais, são punidos com medidas disciplinares (Moreira, 2008), como o isolamento em cela disciplinar (Bonner, 2006; Brown & Day, 2008; Correia, 2000; Gonçalves & Vieira, 1989; Tartaro, 2003). Estas constituem um dos maiores stressores para os reclusos, levando também ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, como a ansiedade e o humor depressivo (Bonner, 2006).

Outro factor de risco, não menos importante, é a vitimação em contexto prisional (Gonçalves, 2005; Moreira, 2009). É um aspecto responsável por reacções psicofisiológicas, como o stress, a ansiedade, a depressão, o desespero, a ideação suicida e os comportamentos suicidários (Ireland, 2002; Moreira, 2009).

Por sua vez, o processo judicial é também um factor que causa uma elevada tensão, especialmente em reclusos preventivos (Moreira, 2008, 2009). Neste caso, enquanto o indivíduo aguarda pela sentença, pode manifestar sintomas de ansiedade e uma carga elevada de stress (Blaauw et al., 2005; Moreira, 2008, 2009). Ainda assim, refira-se que, após a conclusão do julgamento, o risco de ocorrência de qualquer comportamento suicidário não diminui (Moreira, 2008).

É importante salientar que, apesar da maioria dos estudos se centrarem na avaliação da presença e intensidade dos factores de risco, potencializadores de vulnerabilidades, há que ter em consideração igualmente o papel protector de alguns aspectos. O suporte social é considerado um dos factores protectivos mais relevantes na adaptação dos sujeitos ao contexto prisional, e na forma como estes ultrapassam os seus problemas (Biggam & Power, 1997; Brown & Day, 2008; Ivanoff & Jang, 1991). O suporte social normalmente é proveniente dos familiares e amigos no exterior. Porém, Biggam e Power (1997) valorizam também os relacionamentos de proximidade/amizade entre os próprios reclusos, assim como entre estes e os guardas prisionais.

Método

Objectivos e Hipóteses

O presente estudo visa avaliar os níveis de stress prisional, as vulnerabilidades ao risco de suicídio, os sintomas psicopatológicos presentes, e as estratégias de adaptação utilizadas pela população reclusa. Pretende igualmente avaliar se existem diferenças entre grupos, relativamente às variáveis sócio-demográficas e jurídico-penais. Neste sentido, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças ao nível do stress prisional, entre os reclusos primários e os reclusos reincidentes;

H2: Existem diferenças quanto aos sintomas psicopatológicos, entre os reclusos do sexo masculino e os do sexo feminino;

H3: Existem diferenças ao nível das estratégias de coping, entre os reclusos do sexo masculino e os do sexo feminino;

H4: Existe uma relação entre a idade e o risco de suicídio;

H5: Existe uma relação entre o tempo de pena já cumprido e o nível de stress prisional.

Amostra

A amostra em estudo é constituída por 88 reclusos, sendo que 40 (45,5%) encontram-se reclusos no Estabelecimento Prisional (E.P.) Especial de Tires e 48 (54,5%) no Estabelecimento Prisional (E.P.) Central do Linhó. Os mesmos 40 participantes do E.P. de Tires são todos do sexo feminino (45,5%), enquanto que os 48 sujeitos do E.P. do Linhó (54,5%) são exclusivamente pertencentes ao sexo masculino. Relativamente às características sociodemográficas da amostra (Tabela 1), verificamos que a faixa etária dos participantes situa-se entre os 21 e os 56 anos ($M=32,88$; $DP=9,759$). Quanto ao estado civil, dos 88 participantes, 44 são solteiros (50%). A maioria é de nacionalidade portuguesa (67%) e, no que diz respeito às habilitações literárias, a maior parte (48,9%) tem o segundo ciclo completo, sendo importante salientar uma pequena percentagem que possui estudos ao nível da licenciatura (3,4%) e mestrado (1,1%).

Tabela 1

Variáveis sociodemográficas

		Sexo			Total (%)
		Masculino (N)	Feminino (N)	Total (N)	
Faixa etária	21-25	23	2	25	28,4
	26-30	14	8	22	25,0
	30-35	3	6	9	10,2
	36-40	6	8	14	15,9
	41-45	1	5	6	6,8
	46-50	0	6	6	6,8
	>51	1	5	6	6,8
Estado civil	Solteiro(a)	30	14	44	50,0
	Casado(a) / União de facto	15	13	28	31,8
	Separado(a) / Divorciado(a)	3	10	13	14,8
	Viuvo(a)	0	3	3	3,4
Nacionalidade	Portuguesa	31	28	59	67
	Brasileira	3	2	5	5,7
	Angolana	3	0	3	3,4
	Cabo-verdiana	8	7	15	17
	São-tomense	1	0	1	1,1
	Guineense	1	3	4	4,5
	Francesa	1	0	1	1,1
Habilitações Literárias	1º Ciclo	2	4	6	6,8
	2º Ciclo	19	24	43	48,9
	3º Ciclo	18	9	27	30,7
	E. Secundário	7	1	8	9,1
	E. Superior	2	1	3	3,4
	Mestrado	0	1	1	1,1

No que se refere às características jurídicas e criminais (Tabela 2), 72 reclusos (81,8%) encontram-se reclusos pela primeira vez, enquanto que os restantes 16 já tinham sido condenados pelo menos uma vez.

Os crimes predominantes são os crimes contra a propriedade (33%), nomeadamente o roubo, o furto e o abuso de confiança, e o tráfico de estupefacientes (29,5%). A seguir, surgem os crimes contra a vida, mais especificamente, o homicídio (12,5%), bem como a condução sem habilitação legal ou sob o efeito de álcool ou outras substâncias (12,5%). Os crimes contra o património em geral (burla e extorsão) e a falsificação de documentos também estão presentes, ambos com a mesma percentagem (4,5%) e, por fim, foi reportado um crime de abuso sexual de crianças (1,1%). Ao estabelecer uma comparação entre os dois sexos e os tipos de crimes cometidos, podemos observar que a maior parte dos crimes contra a propriedade foram cometidos por indivíduos do sexo masculino ($N=25$), enquanto que os indivíduos do sexo feminino cometeram sobretudo crimes relacionados com o tráfico de estupefacientes ($N=23$).

No que concerne à aplicação da pena, em meses ($M=89,45$; $DP=61,293$), a condenação máxima traduziu-se em 264 meses (o que equivale a 22 anos), referente a um recluso do sexo masculino, que fora condenado pelo crime de homicídio. Relativamente ao número de meses de reclusão ($M=38,64$; $DP=30,075$), o máximo encontrado foi 128 meses (que corresponde a aproximadamente 10 anos), dizendo respeito a um sujeito do sexo masculino que cometeu vários crimes contra a propriedade.

Tabela 2

Variáveis jurídico-penais

		Sexo			Total (%)
		Masculino (N)	Feminino (N)	Total (N)	
Situação jurídica actual	Primário(a)	39	33	72	81,8
	Reincidente	9	7	16	18,2
Tipo de crime cometido	Crimes contra a vida	8	3	11	12,5
	Crimes contra a liberdade pessoal	1	1	2	2,3
	Crimes sexuais	0	1	1	1,1
	Crimes contra a propriedade	25	4	29	33,0
	Crimes contra o património em geral	0	4	4	4,5
	Falsificação de documentos	0	4	4	4,5
	Tráfico de estupefacientes	3	23	26	29,5
	Condução sem hab legal / sob efeito de álcool ou drogas	11	0	11	12,5

Instrumentos

Os dados foram obtidos com recurso a um questionário de recolha de informação sociodemográfica e jurídico-penal, e a quatro instrumentos de auto-avaliação (ou de avaliação por parte do psicólogo ou técnico responsável, caso as condições assim o exigissem), caracterizados na Tabela 3.

Tabela 3

Caracterização dos instrumentos

Questionário de Recolha de Informação	<i>Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment</i> (SCOPE; Perry & Olason, 2008; traduzido por Pinheiro & Cardoso, 2009)	Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; traduzido e adaptado por Canavarro, 1999)	Inventário de Stress em Meio Prisional (ISMP; Moreira, 2009)	Questionário Brief COPE (Carver, 1997; traduzido por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)
Dados sociodemográficos (idade, estado civil, habilitações, número de filhos). Dados jurídico-penais (tipo de crime cometido, tempo de pena aplicada, número de vezes detido / condenado).	Avalia as principais vulnerabilidades ao risco de suicídio na população reclusa	Avalia a presença de sintomas psicopatológicos	Avalia a intensidade do stress experienciado ao longo da execução da pena	Avalia a forma de lidar com situações stressantes, e que estratégias utilizadas na resolução de problemas
	27 itens, divididos em dois factores	53 itens, divididos em nove dimensões	30 itens, divididos em oito subescalas	28 itens, divididos em 14 subescalas
	$\alpha = .770$	$\alpha = .925$	$\alpha = .891$	$\alpha = .866$

Procedimento

Após autorização da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, a presente investigação decorreu, ao longo de três meses, nos Estabelecimentos Prisionais atrás referidos.

Os instrumentos foram aplicados em grupos de aproximadamente oito pessoas, em vários âmbitos (Tabela 4). No caso do E.P. do Linhó, os contextos onde decorreu a aplicação dos instrumentos foram a Escola, o Regime Aberto Voltado para o Interior (RAVI), e o Regime de Prisão por Dias Livres (PDL). No E.P. de Tires, as reclusas encontravam-se na Escola, na Equipa Terapêutica (ET), na Casa das Mães ou a trabalhar na creche.

Tabela 4*Contextos de aplicação da bateria de instrumentos*

	Sexo		Total (N)	Total (%)
	Masculino (N)	Feminino (N)		
Escola	28	25	53	60,2
Casa das Mães	0	6	6	6,8
Creche	0	2	2	2,3
Equipa Terapêutica	0	7	7	8,0
RAVI	8	0	8	9,1
PDL	12	0	12	13,6

Resultados

Relativamente ao stress prisional (Tabela 5), procedeu-se à avaliação da diferença de médias entre reclusos primários e reincidentes. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) em quatro factores: isolamento / abandono, desregulação emocional, processo judicial, e sobrelotação; sendo os reclusos primários aqueles que apresentam um maior nível de stress nestes quatro factores.

Tabela 5*Diferenças no stress prisional, entre reclusos primários e reincidentes*

	M		DP		p
	Primários	Reincidentes	Primários	Reincidentes	
ISMP_Isolamento_Abandono	10,00	5,63	6,764	4,544	0,016
ISMP_Isolamento_disciplinar	1,50	1,75	0,751	0,931	0,252
ISMP_Desregulação_emocional	4,87	2,94	3,290	2,407	0,034
ISMP_Vitimção	8,58	7,60	7,758	7,388	0,137
ISMP_Processo_judicial	6,22	3,75	4,473	3,512	0,041
ISMP_Sobrelotação	10,11	5,50	7,114	3,120	0,013
ISMP_Sobrelotação_Minutenção	3,33	2,19	2,783	1,601	0,128
ISMP_Normalidade_prisional	0,99	0,63	1,206	0,957	0,352

Em relação aos sintomas psicopatológicos (Tabela 6), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) em duas dimensões sintomatológicas: somatização e ansiedade fóbica. Os valores médios são superiores na população reclusa feminina, tanto na somatização ($M=14,05$; $DP=4,596$), como na ansiedade fóbica ($M=7,85$; $DP=3,043$).

Tabela 6

Diferenças nos sintomas psicopatológicos, entre reclusos do sexo masculino e feminino

	M		DP		p
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
BSI- Somatização	10,81	14,05	3,830	4,596	0,001
BSI- Obsessões	12,96	12,03	6,226	3,912	0,413
BSI- Sensibilidade	7,73	8,57	2,499	3,587	0,197
BSI- Depressão	11,67	13,03	3,640	4,492	0,121
BSI- Ansiedade	10,52	11,93	2,721	4,275	0,065
BSI- Hostilidade	10,42	8,88	4,247	3,838	0,080
BSI- Ansiedade fóbica	6,29	7,85	1,774	3,043	0,004
BSI- Ideação	12,42	13,25	3,769	4,081	0,323
BSI- Psicoticismo	7,88	8,07	2,757	2,731	0,734

Relativamente aos mecanismos de adaptação mobilizados, diferencialmente, pelos reclusos do sexo masculino, comparativamente com os seus pares do sexo feminino (Tabela 7), observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) em oito das 14 subescalas que avaliam as estratégias de coping: suporte instrumental, suporte emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, expressão, negação, e uso de substâncias. Documentou-se um maior sucesso no âmbito destas estratégias de adaptação por parte das reclusas. O uso de substâncias é a única estratégia utilizada com mais frequência pelos reclusos do sexo masculino ($M=0,75$; $DP=1,451$), no entanto, há que ter em consideração o facto desta ser uma subescala cujo valor é considerado marginal.

Tabela 7

Diferenças nas estratégias de coping adoptadas, entre reclusos do sexo masculino e feminino

	M		DP		p
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
BriefCOPE-Coping_activo	4,44	4,63	1,236	1,628	0,541
BriefCOPE-Planear	3,69	4,18	1,518	1,752	0,206
BriefCOPE- Suporte instrumental	2,10	3,05	1,588	1,739	0,009
BriefCOPE- Suporte social emocional	2,90	3,88	1,704	1,911	0,013
BriefCOPE- Religião	4,03	4,03	1,519	2,201	0,000
BriefCOPE- Reinterpretação	3,67	4,45	1,576	1,679	0,027
BriefCOPE- Auto-culpabilização	2,52	3,50	1,444	1,633	0,004
BriefCOPE- Aceitação	3,56	4,03	1,610	1,577	0,216
BriefCOPE- Expressão	1,92	2,60	1,145	2,010	0,049
BriefCOPE- Negação	1,29	2,25	1,543	1,736	0,007
BriefCOPE- Auto-distração	3,90	3,85	1,614	1,833	0,777
BriefCOPE- Desinvestimento	0,65	0,93	1,021	1,492	0,256
BriefCOPE- Uso de substancias	0,75	0,25	1,451	0,707	0,050
BriefCOPE- Humor	2,67	2,45	1,790	1,64	0,952

No que concerne à relação entre a idade e o risco suicida (Tabela 8), através do teste de correlação de *Pearson*, verificou-se a existência de duas correlações estatisticamente significativas, negativas, entre a idade e os dois factores implicados na vulnerabilidade ao risco de suicídio: optimismo ($r=.308^{**}$; $p<.05$) e suporte familiar/social ($r=.507^{**}$; $p<.05$).

Tabela 8

Relação entre a idade e o risco suicida

	Scope_Optimismo	Scope_Suporte_familiar_social
Idade do(a) recluso(a)	-0,308**	-0,507**

** $p<.01$

No que respeita à relação entre o tempo de pena cumprido e o stress prisional (Tabela 9), observou-se a existência de duas correlações estatisticamente significativas,

positivas, entre o tempo de pena já cumprido, e dois dos factores conotados com o stress prisional: sobrelotação ($r=.332^{**}$; $p<.05$) e sobrelotação/monotonia ($r=.384^{**}$; $p<.05$).

Tabela 9

Relação entre o tempo de pena cumprido e o stress prisional

	Há quanto tempo está detido(a)	<i>P</i>
ISMP_Isolamento_Abandono	-0,62	0,564
ISMP_Isolamento_disciplinar	0,205	0,056
ISMP_Desregulação_emocional	0,182	0,090
ISMP_Vitimização	0,064	0,552
ISMP_Processo_judicial	-0,119	0,269
ISMP_Sobrelotação	0,332**	0,002
ISMP_Sobrelotação_Monotonia	0,384**	0,000
ISMP_Normatividade_prisional	0,145	0,177

** $p=.01$

Discussão

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por indivíduos novos, sendo de salientar o facto da média etária da população reclusa feminina ($M=38,72$; $DP=9,589$) ser relativamente superior à média de idade dos reclusos do sexo masculino ($M=28$; $DP=6,338$). Os crimes predominantemente cometidos pela amostra em estudo são aqueles contra a propriedade (33%). A maior parte dos reclusos do sexo masculino foi condenada por crimes contra a propriedade ($N=25$), enquanto que a maioria dos reclusos do sexo feminino está reclusa pelo crime de tráfico de estupefacientes ($N=23$).

No que diz respeito à reincidência criminal, este estudo vai de encontro ao que alguns autores referem sobre o facto da primeira reclusão constituir um factor de risco (Hayes, 2001; McHugh & Snow, 2002). Os resultados obtidos demonstram que os reclusos primários constituem o grupo mais vulnerável face à: perda de contacto/afastamento dos amigos e família; aproximação da data do julgamento (ainda que tal acontecimento já tenha ocorrido, no caso dos reclusos condenados); vergonha e culpa percebidas devido ao crime que cometeram; e à coabitação com demasiados reclusos, que dificulta a adaptação adequada ao contexto prisional.

No que concerne à presença de sintomas psicopatológicos, verificaram-se diferenças significativas entre ambos os sexos, ao nível da somatização (e.g. dores musculares, queixas ao nível dos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal e respiratório) e da ansiedade fóbica (medos, por vezes irracionais, em relação a uma pessoa, local ou situação), sendo que os reclusos do sexo feminino apresentavam valores mais elevados, em ambas as dimensões.

Uma das formas de ultrapassar estes sintomas, é através do desenvolvimento de adequadas estratégias de coping. Verificou-se que as reclusas, apesar de apresentarem um nível elevado em duas dimensões sintomatológicas, são aquelas que desenvolvem estratégias de coping mais eficazes. Pedem mais frequentemente ajuda e apoio emocional a outras pessoas (suporte instrumental e emocional), tal como defendem Power e colaboradores (1997); encaram as situações de uma forma mais positiva (reinterpretação positiva); recorrem mais vezes à religião; e expressam mais facilmente os seus sentimentos. Contrariamente, também se culpabilizam mais pelos seus actos (auto-culpabilização), e chegam por vezes a recusar a sua própria situação e as respectivas consequências (negação). Em relação aos sujeitos do sexo masculino, foi documentada uma tendência para o recurso ao consumo de substâncias como estratégia de coping.

Perante estes dados, há que ter em consideração as circunstâncias contextuais mais favoráveis em que foram aplicados os instrumentos, isto é, o próprio meio poderá ter sido um factor que condicionou de forma positiva as respostas dadas pelas reclusas, relativamente à forma como ultrapassam os seus problemas. Por exemplo, na Casa das Mães, as reclusas, enquanto respondiam aos questionários, podiam permanecer junto dos seus filhos, factoeste já documentado por outros autores como um factor protectorio (Perry et al., 2010). Power e colaboradores (1997) acrescentam que este tipo de rotinas pessoais, de que é exemplo o trabalho na Creche, podem aumentar o sentimento de autonomia e, por consequência, desenvolver a motivação para recorrer a estratégias de coping mais adaptativas.

Os resultados deste estudo, no que concerne à idade, contrariam os de Blaauw e colaboradores (2005), indo ao encontro de outras investigações (Ivanoff & Jang, 1991; Perry et al., 2010), que referem que, quanto mais novos forem os reclusos, mais dificuldades têm em desenvolver e manter um suporte social estruturado. Este dado, por

sua vez, tende a estar associado a um menor optimismo e sentimento de esperança, o que, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade ao risco de suicídio.

A entrada na prisão e o encarceramento constituem dois stressores de extrema relevância (Gonçalves, 2005; Hayes, 1995, 2001; Moreira, 1998; Moreira, 2008). O presente trabalho revelou duas correlações positivas entre dois factores contribuintes para o stress prisional - a sobrelotação e a sobrelotação/monotonia - e o tempo que o sujeito já se encontra recluso. Demonstrou-se que, quanto mais tempo o recluso permanece no estabelecimento prisional, maiores probabilidades tem para desenvolver sintomas de stress, especialmente se estes estiverem relacionados com a sobrelotação (dificuldade em ser atendido pelo médico; convívio com reclusos barulhentos) e com a monotonia (falta de trabalho e de actividades dentro do estabelecimento). Este dado está em linha com os resultados obtidos por outros autores (Daniel, 2006; Daniel & Fleming, 2005; Huey & McNulty, 2005; Moreira, 2008).

Conclusão

Apesar da taxa de suicídios nas prisões ser proporcionalmente superior à taxa da população em geral, e não obstante ter aumentado o número de investigações sobre este fenómeno, em Portugal ainda não é dos temas que receba a devida atenção por parte da comunidade científica. Há que ter em atenção que não nos centramos apenas na temática do suicídio em si, mas também nas várias circunstâncias associadas, designadamente aquelas que tornam a população reclusa mais vulnerável.

O presente trabalho, ainda que possua um carácter exploratório, tenta contribuir para colmatar um pouco essas lacunas, identificando na amostra em estudo alguns dos potenciais factores de risco que podem fazer aumentar a vulnerabilidade ao stress e ao risco de suicídio.

Os dados obtidos sugerem que a população reclusa mais nova e que se encontra reclusa pela primeira vez, enquadra-se no grupo de indivíduos mais vulneráveis. Verificou-se igualmente que a sobrelotação nas prisões é dos factores de risco que mais potencia o desenvolvimento de sintomas de stress. Os resultados também demonstraram que os reclusos do sexo feminino mobilizam, com mais eficácia, estratégias de coping adaptativas.

Este estudo apresenta algumas limitações. Um dos aspectos a ter em consideração é o facto da bateria de avaliação ser constituída por vários instrumentos dirigidos preponderantemente à população geral e/ou clínica. A aplicação dos instrumentos em grupo, em diferentes contextos, partindo do princípio que, quem estivesse na escola ou noutras áreas semelhantes, provavelmente estaria a desenvolver estratégias de adaptação adequadas, poderá ter condicionado algumas respostas.

Outro aspecto relevante e que também poderá ter contribuído para enviesar as respostas é a própria adaptação à prisão: uma vez que isso pode implicar que o indivíduo manifeste cada vez menos as suas emoções e vulnerabilidades, tanto mais que o próprio suicídio é considerado uma fraqueza. Desta forma, por muita necessidade que um indivíduo possua em reportar alguma situação especial, poderá imediatamente estar a demonstrar uma fraqueza perante os outros reclusos, inibindo-o de concretizar, por exemplo, um pedido de ajuda.

Este trabalho poderá constituir um ponto de partida para o desenvolvimento de estudos semelhantes, procurando obter resultados e conclusões mais generalizáveis acerca deste fenómeno.

Referências bibliográficas

Biggam, F. H. & Power, K. G. (1997). Social support and psychological distress in a group of incarcerated young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41(3), 213-230. doi: 10.1177/0306624X97413002.

Blaauw, E., Kerkhof, M. & Hayes, L. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 33(4), 381-388. doi: 10.1521/suli.35.1.63.59268.

Bonner, R. L. (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 250-254. doi: 10.1521/suli.2006.36.2.250.

Brown, S. & Day, A. (2008). The role of loneliness in prison suicide prevention and management. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(4), 433-449. doi: 10.1080/10509670801992459.

Camilleri, P., McArthur, M. & Webb, H. (1999). *Suicidal behaviour in prisons: A literature review*. Retrieved Fevereiro 11, 2009, from http://www.cs.act.gov.au/_data/assets/pdf_file/0009/26694/suicide.pdf.

Correia, K. M. (2000). Suicide assessment in a prison environment: A proposed protocol. *Criminal Justice and Behavior*, 27(5), 581-599. doi: 10.1177/0093854800027005003.

Daniel, A. E. (2006). Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(2), 165-175.

Daniel, A. E. (2009). Suicide-related litigation in jails and prisons: Risk management strategies. *Journal of Correctional Health Care*, 15(1), 19-27. doi: 10.1177/1078345808326618.

Daniel, A. E. & Fleming, J. (2005). Serious suicide attempts in a state correctional system and strategies to prevent suicide. *Journal of Psychiatry & Law*, 33, 227-247.

Gonçalves, R. A. (2005). Stress e vitimação em meio prisional: Dos crimes aos castigos. In A. M. Pinto & A. L. Silva (Coords.). *Stress e bem-estar* (pp. 135-149). Lisboa: Climepsi Editores.

Gonçalves, R. A. & Vieira, H. (1989). Um modelo multidimensional para a prevenção do suicídio na prisão. *Temas Penitenciários*, 2(7), 7-17.

Hayes, L. M. (1995). *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. Massachusetts: National Center on Institutions and Alternatives.

Hayes, L. M. (2001). Jail suicide risk despite denial (or when actions speak louder than words). *Crisis*, 22(1), 7-9.

He, X., Felthous, A., Holzer, C., Nathan, P. & Veasey, S. (2001). Factors in prison suicide: One year study in Texas. *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10(4), 1-7.

Huey, M. P. & McNulty, T. L. (2005). Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *The Prison Journal*, 85(4), 490-514. doi: 10.1177/0032885505282258.

Ireland, J. L. (2002). Bullying in prisons. *The Psychologist*, 15(3), 130-133.

Ivanoff, A., & Jang, S. J. (1991). The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior: A study of prison inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 135-146. doi: 10.1016/0191-8869(95)00003-O.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Liebling, A. (1995). Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology*, 35(2), 173-187.

McHugh, M. & Snow, L. (2002). Suicide prevention: Policy and practice. In G. Towl, L. Snow, & M. McHugh, *Suicide in prisons* (pp. 1-25). Oxford: Blackwell Publishers, Ltd.

Medlicott, D. (1999). Surviving the time machine: suicidal prisoners and the pains of prison time. *Time & Society*, 8(2), 211-230. doi: 10.1177/0961463X99008002001.

Moreira, N. A. C. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto Editora.

Moreira, N. A. C. (2009). *Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: Estudo exploratório*. Tese de mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Moreira, S. J. (1998). Suicídio prisional: Um retrato. *Temas Penitenciários, Série II, 1*, 17-38.

Pais Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15.

Palmer, E. J. & Connelly, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 164-170. doi: 10.1002/cbm.4.

Perry, A. E. & Olason, D. T. (2008). A new psychometric instrument assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm behavior in offenders: Suicide concerns for offenders in prison environment (SCOPE). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(4), 385-400. doi: 10.1177/0306624X08319418.

Perry, A. E., Marandos, R., Coulton, S. & Johnson, M. (2010). Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders: A systematic review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 803-828. doi: 10.1177/0306624X09359757.

Power, K., McElroy, J. & Swanson, V. (1997). Coping abilities and prisoners' perception of suicidal risk management. *Howard Journal of Criminal Justice*, 36(4), 378-392. doi: 10.1111/1468-2311.00066.

Saraiva, C. B. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora.

Shaw, J., Baker, D., Hunt, I., M., Moloney, A. & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: National clinical survey. *Journal of British Psychiatry*, 184(3), 263-267.

Snow, L. (2002). The role of formalised peer-group support in prisons. In G. Towl, L. Snow, & M. McHugh, *Suicide in prisons* (pp. 102-120). Oxford: Blackwell Publishers, Ltd.

Suto, I., & Arnaut, G. L. Y. (2010). Suicide in prison: A qualitative study. *The Prison Journal*, 90(3), 288-312. doi: 10.1177/0032885510373499.

Tartato, C. (2003). Suicide and the jail environment: An evaluation of three types of institutions. *Environment and Behavior*, 35(5), 605-620. doi: 10.1177/0013916503254753.

Toch, H. (2006). *Living in prison: The ecology of survival* (Eds.). Washington, DC: American Psychological Association.

Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (Eds.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Vaz Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto & A. L. Silva (Coords.). *Stress e bem-estar* (pp. 17-42). Lisboa: ClimepsiEditores.

Westfeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L. & Alcorn, J. (2000). Suicide: An overview. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 445-510. doi: 10.1177/0011000000284002.

White, T. W., Schimmel, D. J. & Frickey, R. (2002). A comprehensive analysis of suicide in federal prisons: A fifteen-year review. *Journal of Correctional Health Care*, 9(3), 321-343. doi: 10.1177/107834580200900308.

**O contributo das variáveis sócio-demográficas para a caracterização do
bem-estar no trabalho numa amostra de polícias**

**Contribution of socio-demographic variables for the characterization of job-
related well-being on a sample of police officers**

Sónia P. Gonçalves (1) & José Neves (2)

(1) Instituto Superior de Ciências Sociais e Relações Internacionais/Instituto
Universitário de Lisboa, Instituto Piaget.

(2) Instituto Superior de Ciências Sociais e Relações Internacionais/Instituto
Universitário de Lisboa.

Resumo

A relação entre um conjunto de variáveis sócio-demográficas e o bem-estar no trabalho foi analisada numa amostra de 1.466 polícias portuguesas. Os resultados apontam para diferenças entre homens e mulheres no nível de conforto. Os solteiros, viúvos e divorciados, apresentam níveis mais elevados de conforto e satisfação com o trabalho do que os indivíduos casados ou em união de facto. Os polícias com maior escolaridade (i.e., ensino superior) reportam mais conforto, entusiasmo, bem-estar global, mais satisfação no trabalho e menores emoções de depressão. Os polícias mais jovens revelaram menos emoções de ansiedade e depressão e mais de conforto, entusiasmo, bem-estar afectivo global e de satisfação no trabalho. Globalmente, os indivíduos que estão há menos tempo na organização tendem a apresentar menos ansiedade e depressão, maior conforto, bem-estar global e satisfação. Os resultados das análises de predição realçam, por um lado, o fraco poder preditivo das variáveis sócio demográficas e, por outro, o papel da idade e da escolaridade, sendo que idade prediz a ansiedade, o conforto e o bem-estar afectivo global, e a escolaridade prediz o conforto, a depressão e a satisfação com o trabalho.

Palavras-chave: bem-estar no trabalho, polícias, variáveis sócio-demográficas.

Abstract

The relationship between a set of socio-demographic variables and well-being at work was analyzed in a sample of 1 466 Portuguese police officers. The results show differences between men and women on the comfort level. The single, widowed and divorced have higher levels of comfort and satisfaction with work compared with individuals who are married. Police officers with higher education (i.e., degree) report more comfort, enthusiasm, overall well-being, more job satisfaction, and lower feelings of depression. Younger police officers reveal fewer anxiety and depression emotions and more comfort, enthusiasm, affective well-being, and overall job satisfaction. On the whole, individuals who have worked in the organization for a shorter time tend to have less anxiety and depression, increased comfort, overall well-being and satisfaction. The prediction analysis results reveal, on the one hand, the weak predictive power of socio-demographic variables and, on the other hand, emphasize the role of age and education, in the sense that age predicts anxiety, comfort and overall emotional well-being, and education predicts comfort, depression and job satisfaction.

Key-words: well-being at work, police officers, socio-demographic variables.

Introdução

Na literatura encontram-se já um conjunto interessante de estudos sobre stress na polícia, contudo a temática do bem-estar no trabalho continua ainda distante de alcançar o mesmo número de estudos. Ainda pouco se conhece deste contexto e do bem-estar dos seus profissionais.

O estudo das variáveis individuais constituiu o ponto de partida na pesquisa sobre bem-estar. Dada a escassez de estudos sobre o bem-estar na polícia, este pareceu ser um ponto bom de partida para o trabalho de doutoramento. Baseando-se no que se sabe sobre o stress profissional na polícia e as variáveis sócio-demográficas, faz todo o sentido explorar-se como se relacionam as características sócio-demográficas dos polícias com o seu nível de bem-estar no trabalho. Para além disso, apesar das variáveis sócio-demográficas, tal como referido, serem das mais estudadas no contexto no stress e bem-estar geral e do stress ocupacional, os seus resultados não são conclusivos.

Face ao exposto, e por se estar a estudar um grupo profissional que ainda não tem sido considerado o suficiente em relação ao bem-estar, traçou-se como objectivo a caracterização do bem-estar no trabalho considerando as variáveis sócio-demográficas.

Bem-estar no trabalho

O interesse pelo bem-estar e saúde dos trabalhadores no contexto de trabalho remonta às primeiras pesquisas empíricas da psicologia industrial e do trabalho, com realce para os estudos em Hawthorne nos anos vinte do século passado, os quais deram origem à primeira vaga do movimento, a Escola das Relações Humanas, ao revelarem o papel das variáveis sócio-afectivas e da satisfação dos trabalhadores no seu desempenho (Caetano & Silva, 2010).

Warr (2002) posiciona a abordagem tradicional do bem-estar no trabalho em termos da satisfação do indivíduo com o seu trabalho, operacionalizada quer a nível geral através da satisfação global no trabalho (“overall job satisfaction”) quer a nível específico com diferentes aspectos da satisfação, por exemplo, a remuneração, as

relações interpessoais, as condições de trabalho, entre outros¹. Todavia, é de referenciar que outras variáveis, para além da satisfação, têm sido utilizadas para operacionalizar o bem-estar no trabalho, encontrando-se na literatura uma enorme diversidade de definições e operacionalizações de bem-estar no trabalho, tal como acontece com o stress no trabalho (Chambel, 2005). Contudo, no contexto do bem-estar ainda é mais clara a inexistência de concepções claras, sendo que os investigadores escolhem conceitos diversos para representá-lo, incluindo, por exemplo, o afecto positivo e o negativo relacionado com o trabalho, implicação afectiva ou próprio stress no trabalho (Furnham, 1991).

Embora reconhecendo estas diferentes dimensões e conceptualizações, neste trabalho perspectiva-se o bem-estar no trabalho como bem-estar afectivo, evocando o trabalho de Warr pela sua sistematização teórica e empírica, pela abordagem multidimensional e pelo facto de que o bem-estar afectivo no trabalho tem sido identificado como indicador de bem-estar psicológico (Daniels, 2000) e de saúde mental relacionada com o trabalho (Chambel, 2005).

De acordo com Warr (1990, p.3), o bem-estar afectivo no trabalho pode ser conceptualizado com base em duas dimensões ortogonais (Figura 1): prazer (“pleasure”) e activação (“arousal” ou “activation”) associado ao trabalho. Assim, um determinado grau de prazer/ contentamento ou desprazer/ descontentamento (dimensão horizontal) pode ser acompanhado por níveis de elevados ou baixos de activação (dimensão vertical), tal como estes níveis de activação² podem ser acompanhados por diferentes níveis de prazer.

Decorrendo da combinação do eixo do prazer – (1b) desprazer / (1a) prazer -, que corresponde às habituais avaliações de satisfação no trabalho (Weinberg & Cooper, 2007), não constituindo, contudo, o *core* do constructo de bem-estar afectivo no trabalho, com o nível de activação organizam-se quatro quadrantes: ansiedade (elevada activação e baixo prazer), entusiasmo (elevada activação e elevado prazer), depressão (baixa activação e baixo prazer) e conforto (baixa activação e elevado prazer), formando

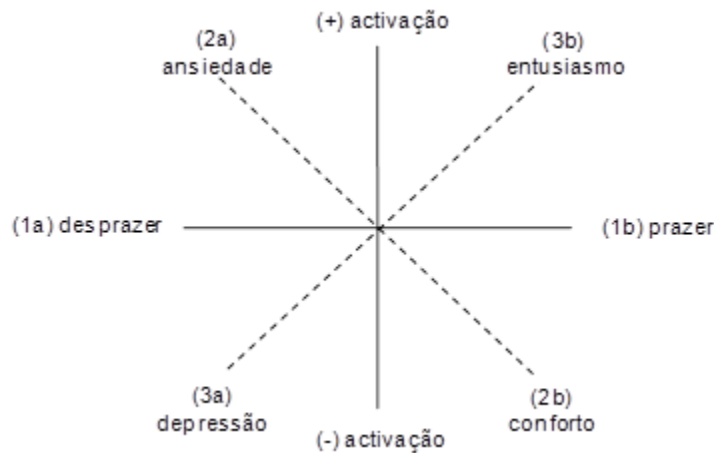
¹Warr (2002) refere que “Different facet satisfactions tend to be positively intercorrelated, and satisfaction with one (the nature of the work undertaken) is particularly closely associated with overall job satisfaction” (p.2).

²Neste contexto, activação refere-se ao “state of readiness for action or energy expenditure” (Russell, 2003, p. 156).

assim dois eixos ortogonais: (2a) ansiedade / (2b) conforto e (3a) depressão / (3b) entusiasmo.

Figura 1 - Conceptualização do bem-estar afectivo

(Fonte: Warr, 1990)



Warr (2002, p.4) recomenda nos seus trabalhos que, para além de se considerar o bem-estar afectivo global, se devem ter em conta os três eixos da conceptualização, dado que “[D]espite that general intercorrelation [entre os três eixos], different associations exist in certain other variables”. Por exemplo, “[P]eople in higher-level jobs report significantly less job-related depression than those in lower-level jobs, but also significantly *more* job-related anxiety” (Warr, 2002, p.4). Na literatura, os estudos empíricos reportam-se especialmente ao eixo 1 da satisfação geral com o trabalho, que é habitualmente operacionalizado com uma questão de satisfação geral com o trabalho. Assim, de acordo com esta conceptualização o bem-estar no trabalho possui uma componente afectiva e atitudinal, traduzidas na Figura 1.

Bem-estar no trabalho nos profissionais de polícia

Poucos têm sido os estudos que abordam o bem-estar nos profissionais da polícia. Um dos estudos mais significativos nesta área, é o realizado por Hart, Wearing e Heady (1995), no qual tentaram caracterizar quais os factores relacionados com o trabalho que contribuem para o bem-estar psicológico dos polícias, tendo verificado que

as experiências relacionadas como trabalho, quer de forma positiva quer negativa, contribuem para a qualidade de vida percebida dos profissionais de polícia. Constataram, também, que as dimensões de personalidade de neuroticismo e extroversão, são os preditores mais fortes da qualidade de vida percebida dos sujeitos. Para estes autores, apesar de já existir uma literatura extensiva que permite dizer o quão stressante é a profissão de polícia, a mesma resulta em pouco conhecimento sobre quais os factores que determinam a qualidade de vida e o seu bem-estar.

Ainda no âmbito do bem-estar, Brown, Cooper e Kirkcaldy (1996) verificaram uma relação positiva entre a satisfação profissional e o bem-estar físico e psicológico, sendo que, segundo estes autores, a percepção de controlo sobre as situações está associado a uma maior satisfação profissional.

Apesar da maioria dos estudos sobre stress profissional e saúde (física e mental) dos polícias apontar para um impacto negativo do primeiro na segunda (e.g., Cooper, Kirkcaldy & Brown, 1994), autores como Hart, Wearing e Headey (1995) obtiveram resultados que mostram que os polícias, comparativamente a outros grupos profissionais e da comunidade em geral, apresentam níveis relativamente favoráveis de bem-estar psicológico. Por exemplo, Kohan e O'Connor (2002) reportam que apesar dos polícias inquiridos apresentarem elevados níveis de stress profissional, apresentavam igualmente níveis mais elevados de afecto positivo do que de afecto negativo, níveis elevados de auto-estima, de satisfação com a vida e com o trabalho, e baixo nível de intenção de abandono da organização, concluindo pela necessidade de serem consideradas medidas multidimensionais, e não unidimensionais, para estudar o stress e bem-estar no trabalho, bem como o foco no lado positivo do trabalho e da saúde.

Encontramos estudos que, apesar de afirmarem que pretendem estudar o bem-estar dos polícias, quando se procede à análise das medidas utilizadas verifica-se que recorrem a medidas associadas a uma dimensão mais patológica, quer fisiológica (i.e., fadiga crónica, sintomas digestivos, sintomas cardiovasculares) quer psicológica (i.e., ansiedade cognitiva e somática e tensão psicológica) (e.g., Knowles & Bull, 2004). Os resultados revelam correlações significativas entre o stress percebido e sintomas cardiovasculares, ansiedade cognitiva e tensão psicológica (Knowles & Bull, 2004), sendo o stress percebido aquele que mais influencia o bem-estar (operacionalizado com as variáveis já descritas).

Sob a influência dos estudos da psicologia positiva e da busca por uma visão holística do fenómeno de stress e bem-estar no trabalho, também no contexto policial alguns autores (e.g., Rothmann & Jorgensen, 2007) têm procurado incluir indicadores de bem-estar (e.g., engament) e mal-estar (e.g., burnout). Os resultados de Rothmann e Jorgensen (2007) revelam que as exigências do trabalho contribuem para o burnout, sendo que os polícias que experienciam mais exigências apresentam níveis mais elevados de burnout. Para além disso, os indivíduos com percepção de baixos recursos experienciam baixos níveis de bem-estar, enquanto que indivíduos que percebem recursos adequados (e.g., autonomia, apoio, oportunidade de aprendizagem) experienciam elevado engament. Neste estudo de Rothmann e Jorgensen (2007), o bem-estar foi operacionalizado como baixo burnout e elevado engament.

Desta breve revisão salienta-se que apesar da dimensão do bem-estar começar a ser considerada no contexto da polícia, ainda é uma integração escassa e esta profissão continua ainda associada ao stress e às emoções negativas. Existindo, pois, um espaço de trabalho e uma necessidade teórica, e aplicada, de explorar este constructo e os seus determinantes neste contexto.

Método

Participantes

Participaram no estudo 1.466 polícias (91,9% do sexo masculino), com idades variando os 20 e os 59 anos ($M=35.91$; $DP=8.33$) e os anos de antiguidade variando entre menos de um ano e 41 anos ($M=13.90$; $DP=8.06$). A maioria de 58,7% dos participantes é casada, sendo que 48,7% possuem entre 10 a 12 anos de escolaridade.

Medidas

Seguindo a conceptualização de bem-estar no trabalho proposta por Warr, avaliou-se o bem-estar afectivo no trabalho e a satisfação geral como o trabalho.

A satisfação geral com o trabalho foi avaliada através de um item, “Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho na XXX³, diria que está...”, respondido numa escala de Likert de cinco pontos em que 1=nada satisfeito e 5=muitíssimo satisfeito (Warr, Cook & Wall, 1979).

Utilizou-se o indicador de bem-estar afectivo no trabalho desenvolvido pelo referido autor e designado por IWP Multi-Affect Indicator (Warr, 1990) constituído por 12 itens, medidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos (1=Nunca a 6=Todo o tempo). Com base nas análises prévias para aferir a qualidade e estrutura factorial desta escala optou-se por utilizar os quatro quadrantes previsto no modelo: ansiedade, conforto, depressão, entusiasmo, bem como o indicador de 2.^a ordem de bem-estar afectivo no trabalho global.

Paralelamente, os participantes responderam a um questionário composto por um conjunto de variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, habilitações, estado civil e antiguidade.

Procedimento

Os dados foram recolhidos através de questionário. Foram estabelecidos contactos telefónicos e presenciais com as chefias, tendo-lhes sido explicado o estudo, bem como o procedimento de recolha dos dados. O questionário foi distribuído e, após um período de aproximadamente três semanas, procedeu-se à recolha dos mesmos já preenchidos, pessoalmente ou via correio interno. A taxa de resposta foi de, aproximadamente, 80%.

Resultados

Estatísticas descritivas e consistência interna

A análise das estatísticas descritivas (Quadro 1) revela que os participantes se encontram, razoavelmente, satisfeitos com o seu trabalho (M=2.97; DP=.912). Grande parte do tempo experienciam bem-estar afectivo (M=3.861; DP=.894), sendo que

³Nos questionários originais XXX foi substituído pela designação específica da organização.

predominam emoções de entusiasmo (M=3.531; DP=1.238) e conforto (M=3.406; DP=1.114), experienciaram, por algum tempo, emoções de ansiedade (M=3.105; DP=1.045) e raramente experienciaram emoções de depressão (M=2.385; DP=1.168).

A consistência interna de cada dimensão foi avaliada considerando as correlações inter-item, item-total e a média da correlação inter-item e o valor do Alpha de Cronbach. Os valores da média da correlação inter-item variam entre .467 e .803, estando acima dos valores ideais de referência entre 0.2 e 0.4 de Briggs & Cheek (1986). O valor mínimo da correlação item-total é de .536 e o valor máximo é de .885, sendo que estes valores se enquadram no valor ideal de referência superior a 0.30 proposto por Hair et al. (1998). As correlações inter-item cumprem o critério de Hair et al. (1998) que refere como valor ideal superior a 0.50, com excepto do valor mínimo de .216 do bem-estar afectivo global. Os valores de Alpha de Cronbach variam entre .871 da ansiedade e .924 do entusiasmo, podendo-se considerar que as medidas apresentam uma boa consistência interna. Globalmente, assume-se que a análise de consistência interna dos indicadores de bem-estar no trabalho apresentou boas qualidades psicométricas (Hill & Hill, 2005).

Quadro 1 - Alfas de Cronbach, correlações inter-item, item-total e estatísticas descritivas

Dimensão	Nº itens	Alfa Cronbach	Correlações Inter-item		Média Correlac. Inter-item	Correlações Item-total		M ²	DP	Min	Max
			Min.	Max.		Min.	Max.				
Ansiedade ¹	3	.871	.640	.773	.693	.693	.793	3.105	1.045	1.00	6.00
Conforto ¹	3	.883	.665	.813	.716	.702	.815	3.406	1.114	1.00	6.00
Depressão ¹	3	.912	.730	.824	.715	.785	.857	2.385	1.168	1.00	6.00
Entusiasmo ¹	3	.924	.750	.861	.803	.801	.885	3.531	1.238	1.00	6.00
Bem-estar afectivo ¹	12	.913	.216	.866	.467	.536	.696	3.861	.894	1.00	6.00
Satisfação global no trabalho ²	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2.97	.912	1.00	5.00

Nota. M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; 1 Escala de resposta de 1 a 6, são variáveis compósitas através da média dos itens correspondentes; 2 Escala de resposta de 1 a 5; 3 Valores mais elevados traduzem níveis mais elevados da dimensão.

Análise das diferenças de médias

Para todos os indicadores de bem-estar no trabalho foram realizados testes de diferenças de médias, em função das variáveis sócio-demográficas (Quadro 2).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre **homens e mulheres** nas diferentes dimensões do bem-estar no trabalho, com excepção para a dimensão conforto sendo que são as mulheres que experienciaram mais emoções desta natureza do que os homens ($t_{(1328)}=-2.441, p=.015$).

Para o **estado civil** foram encontradas duas diferenças estatisticamente significativas, os solteiros, divorciados ou viúvos, experienciaram mais conforto ($t_{(1337)}=2.402, p=.016$) e satisfação com o trabalho ($t_{(1336)}= 2.378, p=.018$) do que os casados ou em união de facto.

Em termos de diferenças nas **habilitações literárias**, os resultados revelam que os participantes com mais habilitações (i.e., ensino superior) apresentam médias mais elevadas de conforto ($F_{(2,1269)}= 13.784, p=.000$), entusiasmo ($F_{(2,1268)}= 21.083, p=.000$), bem-estar afectivo global ($F_{(2,1269)}=16.256, p=.000$) e satisfação global com o trabalho (Kruskal-Wallis= 131.478, $p=.000$). Foram encontradas diferenças significativas no indicador de emoções de depressão, sendo o padrão inverso, i.e., os indivíduos com formação superior os que apresentam níveis médios mais baixos do que os restantes (Kruskal-Wallis= 37.579, $p=.000$).

Ao nível dos **grupos etários**, foram encontradas diferenças em todos os indicadores. Nos indicadores de ansiedade ($F_{(2,1302)}= 6,679, p=.001$) e depressão ($F_{(2,1302)}= 6.679, p=.001$), as faixas etárias mais jovens apresentam níveis médios significativamente inferiores à faixa etária mais velha. Nas emoções de conforto ($F_{(2,1302)}= 14.352, p=.000$) e entusiasmo ($F_{(2,1301)}= 3.120, p=.044$) e de satisfação com o trabalho ($F_{(2,1278)}= 10.369, p=.000$), são os indivíduos da faixa etária mais jovem que apresentam valores mais elevados do que as outras duas faixas consideradas. Em termos de bem-estar afectivo global, a diferença regista-se entre aos grupos etários extremos ($F_{(2,1302)}= 11.591, p=.000$).

Por fim, em relação à **antiguidade** também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todos os indicadores. Nas emoções de ansiedade, são os polícias que estão na instituição até à 5 anos que reportam valores mais baixos,

comparativamente com os que estão à mais de 14 anos ($F_{(3,1247)} = 3.185, p=.023$). Em termos de conforto (Kruskal-Wallis= 28.099, $p=.000$) e de bem-estar afectivo global ($F_{(3,1247)} = 8.662, p=.000$), são os polícias que estão em funções à menos de 14 anos que reportam valores mais elevados comparativamente aos que estão à mais de 14 anos; este padrão é inverso no que diz respeito às emoções de depressão ($F_{(3,1245)} = 6.699, p=.000$). No entusiasmo, são os participantes do grupo de 14 a 20 anos que apresentam valores mais baixos ($F_{(3,1246)} = 4.818, p=.002$). Por fim, na satisfação no trabalho a diferença está entre o grupo que está na instituição entre 5 a 13 anos e os dois grupos que estão à mais tempo, sendo que os primeiros estão mais satisfeitos (Kruskal-Wallis= 32.669, $p=.000$).

Quadro 2 - Diferenças de média (desvio-padrão) dos indicadores de bem-estar no trabalho em função das variáveis sócio-demográficas

	Ansiedade	Conforto	Depressão	Entusiasmo	Bem-estar afectivo	Satisfação c/ o trabalho
Sexo						
Homem	3.090 (1.045)	3.377 (1.127)	2.389 (1.165)	3.496 (1.251)	3.848 (0.901)	2.942 (0.907)
Mulher	3.108 (1.063)	3.651 (1.048)	2.332 (1.266)	3.690 (1.227)	3.975 (0.921)	3.111 (0.921)
Diferença das médias	$t(1328)=-.168, p=.867$	$t(1328)=2.441, p=.015$	$t(1326)=-.458, p=.628$	$t(1327)=-1.546, p=.122$	$t(1328)=-1.402, p=.161$	$t(1304)=-1.849, p=.065$
Observações	# n.s.	H<M	# n.s.	# n.s.	# n.s.	# n.s.
Estado civil						
A. Solteiro/a		3.516 (1.146)	2.358 (1.216)	3.612 (1.223)	3.921(0.895)	3.071(0.933)
B. Casado/a, União de Facto	3.094 (1.031)	3.360 (1.094)	2.367 (1.128)	3.498 (1.242)	3.849(0.889)	2.944(0.890)
Diferença das médias	$t(1337)=-.104, p=.917$	$t(1337)=2.402, p=.016$	$t(1336)=-.130, p=.897$	$t(1336)=1.578, p=.115$	$t(1337)=1.377, p=.169$	$t(1336)=2.378, p=.018$
Observações	# n.s.	A>B	# n.s.	# n.s.	# n.s.	A>B
Escolaridade						
A. Até 9.º ano	3.065(1.040)	3.298 (1.069)	2.477 (1.144)	3.576 (1.214)	3.833 (0.880)	2.89 (0.849)
B. Entre 10.º e 12.º ano	3.103 (1.029)	3.389 (1.125)	2.385 (1.162)	3.381 (1.246)	3.821 (0.903)	2.85 (0.834)
C. Ensino Superior	2.975 (0.984)	3.769 (1.083)	1.984 (0.990)	4.007 (1.144)	4.203 (0.843)	3.58 (0.916)
Diferença das médias	$F(2,1269)=1.246, p=.288$	$F(2,1269)=13.784, p=.000$	Kruskal-Wallis= 37.579, p=.000	$F(2,1268)=21.083, p=.000$	$F(2,1269)=16.256, p=.000$	Kruskal-Wallis= 131.478, p=.000
Observações	# n.s.	A, B < C	A, B > C	A, B < C	A, B < C	A, B < C
Idade¹						
A. 18 a 34 anos	3.008(1.034)	3.562(1.136)	2.270(1.156)	3.618(1.235)	3.976(0.898)	3.079(0.921)
B. 35 a 49 anos	3.133(1.045)	3.243(1.068)	2.408(1.147)	3.456(1.217)	3.787(0.879)	2.848(0.870)
C. 50 anos ou mais	3.376(1.143)	3.196(1.121)	2.783(1.240)	3.411(1.366)	3.611(0.964)	2.862(0.855)
Diferença das médias	$F(2,1302)=6.679, p=.001$	$F(2,1302)=14.352, p=.000$	$F(2,1300)=9.915, p=.000$	$F(2,1301)=3.120, p=.044$	$F(2,1302)=11.591, p=.000$	$F(2,1278)=10.369, p=.000$
Observações	A, B < C	A > B, C	A, B < C	A > B, C	A > C	A > B, C
Antiguidade²						
A. Até 5 anos	2.982(1.004)	3.552(1.163)	2.271(1.096)	3.570(1.201)	3.967(0.867)	3.010(0.827)
B. 6-13 anos	3.014(1.055)	3.560(1.115)	2.196(1.154)	3.675(1.238)	4.006(0.902)	3.142(0.955)
C. 14-20 anos	3.197(1.071)	3.165(1.113)	2.505(1.221)	3.307(1.260)	3.693(0.945)	2.773(0.899)
D. Mais de 20 anos	3.175(1.067)	3.277(1.046)	2.531(1.159)	3.560(1.273)	3.779(0.864)	2.911(0.812)
Diferença das médias	$F(3,1247)=3.185, p=.023$	Kruskal-Wallis= 28.099, p=.000	$F(3,1245)=6.699, p=.000$	$F(3,1246)=4.818, p=.002$	$F(3,1247)=8.662, p=.000$	Kruskal-Wallis= 32.669, p=.000
Observações	A < C, D	A, B > C, D	A, B < C, D	A, F > C	A, B > C, D	B > C, D

Nota. # n.s.= diferenças não significativas; ¹os grupos etários foram definidos em função dos grupos definidos por Warr (1990) e Sevastos et al. (1992); ²os grupos de antiguidade foram definidos com base no trabalho de Niederhoffer, 1967); para comparar as diferenças de médias dos dois grupos de estado civil e género, foram realizados T-Test; para comparar as diferenças de médias dos quatros grupos etários, de antiguidade e educacionais, foram realizadas análise de variância simples (One-Way Anova); o teste de Kruskal-Wallis (alternativa não-paramétrica da One-Way Anova) foi utilizado quando o pressuposto da normalidade não foi verificado.

Papel preditor das características sócio-demográficas

Para aprofundar o estudo entre as variáveis sócio-demográficas e o bem-estar no trabalho, realizou-se um conjunto de regressões lineares múltiplas, cujos resultados estão sistematizados no Quadro 3, através dos valores de beta e nível de significância.

Os resultados mostram que as variáveis sócio-demográficas têm um fraco poder preditor do bem-estar no trabalho (ver linha R^2 ajustado). Os únicos preditores significativos são a idade e a escolaridade. A idade prediz a ansiedade ($\beta=.112^*$), o conforto ($\beta=-.095^*$) e o bem-estar afectivo global ($\beta=-.115^{**}$); e a escolaridade prediz o conforto ($\beta=.088^*$), a depressão ($\beta=-.079^*$) e a satisfação com o trabalho ($\beta=.189^{**}$).

Quadro 3 - Predição dos indicadores de bem-estar no trabalho

	Variáveis critério					
	Ansiedade	Conforto	Depressão	Entusiasmo	Bem-estar afectivo	Satisfação c/ o trabalho
Sexo	.009 n.s.	.036 n.s.	.011 n.s.	.019 n.s.	.011 n.s.	.010 n.s.
Idade	.112*	-.095*	.084 n.s.	-.079 n.s.	-.115**	-.068 n.s.
Estado civil	-.029 n.s.	-.019 n.s.	-.037 n.s.	-.030 n.s.	.004 n.s.	-.021 n.s.
Escolaridade	.035 n.s.	.088*	-.079*	.058 n.s.	.062 n.s.	.189**
Antiguidade	.021 n.s.	.019 n.s.	.019 n.s.	.095 n.s.	.027 n.s.	.082 n.s.
R^2 ajustado	.008*	.021**	.016**	.003 n.s.	.013*	.034**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$; Regressão linear múltipla (método *enter*)

Discussão dos Resultados e Conclusões

Este estudo teve por objectivo analisar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e o bem-estar no trabalho, numa amostra de polícias. Para tal, numa primeira fase foram analisadas as médias dos indicadores de bem-estar no trabalho em funções dos grupos sócio-demográficos, e, numa segunda fase, foram realizadas regressões lineares múltiplas no sentido de aprofundar o papel preditor das variáveis sócio-demográficas.

Os resultados apontam para diferenças entre homens e mulheres apenas no indicador de conforto, sendo que as mulheres reportam valores médios significativamente superiores. Aparentemente, as mulheres parecem ter elevados níveis de prazer no seu trabalho, contudo, apresentam estados de prontidão para a acção e

dispêndio de energia mais baixos. As conclusões obtidas devem ser consideradas com algumas reservas, dado reduzido número de mulheres na amostra. Estes resultados revelam-se complementares a estudos anteriores (Warr, 1990; Sevastos, Smith & Cordery, 1992), cujos resultados evidenciam que as mulheres apresentam níveis significativamente mais elevados de entusiasmo do que os homens. Outros estudos já haviam apontado para a não existência de diferenças entre homens e mulheres, em termos da satisfação com o trabalho (Kirkcaldy et al., 1998).

Relativamente ao estado civil, encontraram-se diferenças que apontam que solteiros, viúvos e divorciados, apresentam níveis mais elevados de conforto e satisfação com o trabalho do que os indivíduos casados ou em união de facto. Outros estudos com polícias (e.g., Kirkcaldy et al., 1998) não encontraram diferenças significativas em termos de stress ocupacional, satisfação com o trabalho e saúde física e mental. Poderão estar neste contexto a influírem as questões associadas à conciliação trabalho-família? O conflito trabalho-família tem-se revelado um forte preditor do bem-estar físico e psicológico, sejam estudos transversais sejam longitudinais (e.g., Grant-Vallone & Donaldson, 2001). Os casados e em união de facto tenderão a experienciar mais conflito trabalho-família, que se relaciona com menores níveis de conforto e satisfação no trabalho?

Os resultados obtidos para a escolaridade seguem os resultados da literatura, i.e., os indivíduos com maior escolaridade (i.e., ensino superior) reportam mais conforto, entusiasmo, bem-estar global, mais satisfação no trabalho e menores emoções de depressão (e.g., Diener et al., 1999). A literatura reforça a possibilidade de indivíduos com níveis de escolaridade superiores tenderem a recorrer a estratégias de coping mais adaptativas, em maior número e diversidade (e.g., Kumar, 2008), e isto poderá contribuir para explicar o porquê de apresentarem emoções mais positivas.

Diversos estudos têm mostrado que os trabalhadores mais velhos tendem a sentir-se de forma mais positiva, relativamente ao seu trabalho, do que os mais novos, como são exemplo, os estudos de Sevastos e colaboradores (1992) e Warr (1990, 1992) que revelaram que os indivíduos mais novos reportam níveis significativamente mais baixos de entusiasmo e de conforto. Diversos autores encontraram uma relação linear positiva entre a idade e a satisfação global no trabalho (Rhodes, 1983), outros autores verificaram relações curvilíneas e outros não detectaram qualquer tipo de relação

(Kacmar & Ferris, 1989). No presente estudo, os polícias mais jovens revelaram menos emoções de ansiedade e depressão e mais de conforto, entusiasmo, bem-estar afectivo global e de satisfação no trabalho. Estes resultados poderão estar associados ao facto dos colaboradores mais jovens apresentarem, tendencialmente, níveis mais elevados de moral, os quais tendem a ir decrescendo com o tempo (Herzberg et al., 1957). Para além disto, a esta profissão encontra-se associada uma estabilidade profissional que hoje em dia não é conseguida por muitos jovens.

A antiguidade parece ser a que apresenta uma relação mais complexa com o bem-estar no trabalho. Globalmente, os indivíduos que estão há menos tempo na organização tendem a apresentar menos ansiedade e depressão, maior conforto, bem-estar global e satisfação, o que é congruente com a fase da lua-de-mel de Kirschman (2000). Denota-se, de forma congruente com as fases de stress na actividade policial, que o grupo de indivíduos que estão entre 14 e 20 anos na organização tendem a apresentar menos entusiasmo. Os resultados revelam que, aparentemente, ao longo da permanência na organização, o estado afectivo-emocional dos indivíduos sofre oscilações.

Os resultados das análises de predição realçam, por um lado, o fraco poder preditivo das variáveis sócio demográficas e, por outro, o papel da idade e da escolaridade, sendo que idade prediz a ansiedade, o conforto e o bem-estar afectivo global, e a escolaridade prediz o conforto, a depressão e a satisfação com o trabalho. Estes resultados reforçam a importância que tem sido dada ao estudo da idade (e.g., Warr, 1992) e a importância que se deve passar a dar ao nível de escolaridade.

Podem-se extrair algumas consequências e contributos desta pesquisa, a nível teórico e práticos. A nível teórico, os resultados deste estudo permitem contribuir para o alargamento do actual conhecimento acerca do bem-estar na polícia, dado conciliar uma temática (i.e., bem-estar no trabalho) e um grupo profissional (i.e., polícias) que não têm tido a atenção conjunta merecida.

Do ponto de vista prático, o presente estudo possibilita a identificação de grupos alvos de intervenção. À luz do presente estudo, sugere-se um investimento em acções promotoras de bem-estar focadas nos profissionais mais velhos e com menos habilitações escolares e com mais antiguidade na instituição, claro que não descorando

os restantes. As instituições policiais portuguesas têm tido, como metas estratégicas, o rejuvenescimento do seu efectivo e a sua formação. De acordo com os resultados deste estudo, parece estar esta aposta no sentido correcto dada a importância destas variáveis no nível de bem-estar no trabalho. Contudo, as instituições policiais ainda têm um percurso a fazer no acompanhamento dos seus elementos mais velhos e com menos escolaridade, e que ainda são uma parte muito significativa do seu efectivo e que tendem a reportar emoções e avaliações menos positivas associadas ao seu trabalho.

Apesar do interesse que estes resultados possam apresentar, a leitura das conclusões do presente estudo deve ser feita à luz de alguns condicionantes, dadas as limitações inerentes a um estudo de natureza correlacional.

Considerando o fraco poder preditivo que as variáveis individuais sócio-demográficas revelaram neste estudo, parece premente que investigações futuras incidam sobre o estudo de possíveis preditores do bem-estar em contexto policial. O contexto de trabalho parece ser um importante ponto de partida para o estudo dos preditores, dado a literatura ter vindo a evidenciar as fontes de stress organizacionais como sendo as mais salientes no contexto dos profissionais de polícia portugueses (e.g., Gonçalves & Neves, 2004; Gonçalves, Neves & Morin, 2010). Para além disso, o contributo dos factores contextuais organizacionais continuam a ser deixados de lado em prol do estudo de outros possíveis factores. Assim, com vista à investigação futura, sugerem-se estudos que procurem analisar os preditores organizacionais do bem-estar no trabalho.

Referências bibliográficas

Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.

Briggs, S.R. & Cheek, J.M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54(1), 106-148.

Brown, J., Cooper, C. & Kirkcaldy, B. (1996). Occupational stress among senior police officers. *British Journal of Psychology*, 87, 31-42.

Caetano, A. & Silva, S. (2010). Bem-estar subjectivo e saúde no trabalho. In Lopes, M.P., Palma, P.J., Bártolo-Ribeiro, R. & Cunha, M.P. (Coords.). *Psicologia Aplicada* (pp.337-362). Lisboa: Rh Editora.

Chambel, M.J. (2005). Stress e bem-estar nas organizações. In A. Marques Pinto & A. Lopes da Silva (Coords). *Stress e bem-estar* (pp.105-134). Lisboa. Climepsi Editores.

Cooper, C.L., Kirkcaldy, B.D. & Brown, J. (1994). A model of job stress and physical health: The role of individual differences. *Personality and Individual Differences, 16*, 653-655.

Daniels, K. (2000). Measures of Five Aspects of Affective Well- Being at Work. *Human Relations, 5*, 275-294.

Furnham, A. (1991). Work and Leisure Satisfaction. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds). *Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Approach* (pp. 236-260). Oxford: Pergamon Press.

Grant-Vallone, E.J. & Donaldson, S.I. (2001). Consequences of work-family conflict on employee well-being over time. *Work & Stress, 15*(3), 214-226.

Hair, J.F., Jr. et al. (1998). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.

Hart, P.M. Wearing, A.J. & Headey, B. (1995). Police stress and well-being: Integrating personality, coping and daily work experiences. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 68*, 133-156.

Hill, M.M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Kacmar, M.K. & Ferris, G.R. (1989). Theoretical and methodological considerations in the age-job satisfaction relationship. *Journal of Applied Psychology, 74*, 201-207.

Knowles, S.R. & Bull, D.F. (2004). Investigating the affect of stress on police officer psychological and physiological well-being. *The Canadian Journal of Police & Security Services, 2*(2), 83-89.

Kohan, A. & O'Connor, B.P. (2002). Police Officer Job Satisfaction in Relation to Mood, Well-Being, and Alcohol Consumption. *The Journal of Psychology*, 136(3), 307-318.

Kumar, G.V. (2008). Psychological Stress and Coping Strategies of the Parents of Mentally Challenged Children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(2), 227-231.

Rhodes, S.R. (1983). Age-related differences in work attitudes and behavior: A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin*, 93, 328-367.

Rothmann, S. & Jorgensen, L.I. (2007). A model of work-related well-being for police members in the north west province. *Acta Criminologica*, 20(4), 73-84.

Sevastos, P., Smith, L., & Cordery, J.L. (1992). Evidence on the reliability and construct validity of Warr's well-being and mental health measures. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65, 33-49.

Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.

Warr, P. (1992). Age and occupational well-being. *Psychology and aging*, 7(1), 37-45.

Warr, P., Cook, J. & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.

A P-Scan na avaliação da Psicopatia: estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses

Carla Ferreira Lobo (1), Rui Abrunhosa Gonçalves (2) & Carlos Fernandes da Silva (3)

(1) Universidade do Minho.

(2) Universidade do Minho.

(3) Universidade do Aveiro.

A P-SCAN DE ROBERT HARE NA AVALIAÇÃO DA PSICOPATIA: Estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses

Resumo

A ideia para este trabalho surgiu da admiração pelo trabalho de Robert Hare, que nos conduziu a uma definição de psicopatia como um agrupamento de traços de personalidade e comportamentos socialmente desviantes. Só que tanto a PCL-R como a PCL-SV são escalas demoradas a passar e envolvem a presença do psicopata, que normalmente é um recluso, dado ser nas prisões que é mais fácil encontrar um número de sujeitos suficiente para fazer uma investigação. A P-Scan é um instrumento relativamente rápido de passar, com a vantagem de que não exige a presença dos reclusos a avaliar. No entanto, sendo a pressa inimiga da perfeição, é também verdade que não nos permite uma avaliação exaustiva da psicopatia, aliada ao facto de que o instrumento foi concebido para ser usado por profissionais não clínicos, oferecendo-nos um despiste de características psicopáticas.

Com este instrumento podemos inferir características psicopáticas ou não dos sujeitos e chegar a uma aproximação que nos despiste de características típicas de um sujeito psicopata.

As particularidades deste instrumento, o qual traduzimos e é muito mais simples de usar do que um instrumento moroso como a PCL-R, permitem-nos chegar a conclusões, grosso modo, apenas através da consulta de ficheiros, dispensando a presença da própria pessoa em causa.

Este trabalho teve como objectivo um estudo exploratório da identificação da psicopatia através da consulta de ficheiros num estabelecimento prisional português. Os itens organizam-se em três dimensões que correspondem às três facetas chave da psicopatia (cada uma com 30 itens): Interpessoal (relacionamentos, interacção com os outros – e.g. volubilidade, grandiosidade, mentir, trapacear); Afectiva (sentimentos e emoções – e.g. emoções superficiais, ausência de empatia, culpa ou remorso) e Estilo de vida (necessidade de estimulação, impulsividade, comportamento irresponsável, estilo de vida nómada e parasita, ausência de objectivos) (Hare & Hervé, 1999).

Isto apenas é exequível se os ficheiros dos sujeitos estiverem suficientemente organizados, o que nem sempre acontece. Quando tal não acontece, a solução é chegar a respostas por aproximação, inferindo-as a partir do comportamento global do sujeito.

O presente estudo tem como objectivos, partindo de uma amostra de conveniência, chegar a conclusões sobre as tendências psicopatas do sujeito.

A nossa hipótese era de que a P-Scan é um instrumento adequado para identificar factores da psicopatia na população reclusa através da consulta de ficheiros. Os resultados obtidos confirmam esta hipótese, pese embora as dificuldades que advêm do facto de em Portugal, principalmente no estabelecimento onde fizemos a investigação, os processos não estarem organizados de modo a ser rápido e simples preencher os impressos da P-Scan.

Da análise da fidelidade através do alfa de Cronbach obtivemos um valor de .95, o que significa que a P-Scan (versão portuguesa) tem um alto índice de homogeneidade interna. Contudo, alguns itens apresentam correlações item-total bastante baixas. Tal, no entanto, é explicável pelo número reduzido de sujeitos participantes, pois a nossa amostra é constituída apenas por 30 reclusos.

Palavras-chave: P-Scan, Psicopatia, estabelecimento prisional.

Abstract

The idea for this work arose out of admiration for the work of Robert Hare, who led us to a definition of psychopathy as a group of personality traits and socially deviant behaviours. However, both PCL-R and PCL-SV demand long completion time, and also the presence of the psychopath, who is usually an inmate, as it is easier to find research subjects of this kind in prisons. The P-Scan can be used relatively fast, and does not demand the presence of the inmates to be assessed. However, and because hurry is the number one enemy of perfection, it is also true that it does not allow an exhaustive assessment of Psychopathy; also, the instrument was designed to be used by non clinical professionals, serving as a rough screen for psychopathic features.

With this tool we may infer whether or not the subjects have psychopathic characteristics and reach an approximation that will function as a pre screening test for psychopathic characteristics.

The particularities of this instrument, which we have translated and is much simpler to use than a time consuming instrument such as PCL-R, allow us to reach conclusions, grossomodo, only by consulting files, exempting the presence of the person itself.

The aim of this work was to conduct an exploratory study to identify Psychopathy by the consultation of files in a Portuguese prison. The items were organized into three dimensions that represent the three key facets of Psychopathy (each with 30 items): Interpersonal (e.g., relationships, interaction with others – e.g. glibness, grandiosity, lying, conning); Affective (feelings and emotions – e.g. shallow emotions, lack of empathy, guilt, and/or remorse) and Lifestyle (need for stimulation, impulsivity, irresponsible behaviour, parasitic, nomadic life style, lack of goals) (Hare & Hervé, 1999).

This will be only feasible if the files of the subjects are sufficiently well organized, which does not always happen. When it doesn't, the solution is to come up with answers by approximation, inferring them from the subjects' global behaviour.

The present study aims at reaching conclusions on the subjects' psychopath tendencies, with a convenience sample.

Our hypothesis was that the P-Scan is an adequate tool to identify factors of Psychopathy in the imprisoned population by the consultation of files. The obtained results confirmed this hypothesis, although we have to consider the difficulties that come from the fact that in Portugal, especially in the prison where the research was conducted, the files are not well enough organized as to be fast and simple to fulfil the papers of the P-Scan.

The Cronbach's alpha value for the analysis of reliability was .95, which means that the P-Scan (Portuguese version) has a high level of internal homogeneity. However, some of the items present global-item low conditions. That can be explained by the reduced number of participants, as the sample was constituted by 30 inmates.

Key-words: P-Scan, Psychopathy, prison.

“Nada na vida deve ser temido, somente compreendido. Agora é hora de compreender mais para temer menos.”

(Marie Curie)

Introdução

Esta investigação, subordinada à utilização do instrumento P-Scan, concebido por Robert Hare, destinou-se a contribuir para a avaliação da psicopatia. A nossa ideia partiu da admiração pelo trabalho deste investigador, de renome mundial, e da sua definição de Psicopatia, como sendo como um agrupamento de traços de personalidade e comportamentos socialmente desviantes.

Dado a P-Scan ser um dos instrumentos mais recentes de Robert Hare com vista à identificação e avaliação das características psicopáticas, ocorreu-nos fazer um estudo exploratório de tendências psicopatas através deste instrumento. Escolhemos um estabelecimento prisional português e, depois conhecermos o manual de Hare e Hervé (1999) sobre este instrumento, demos início à investigação, levando a cabo assim um estudo exploratório numa amostra de reclusos num Estabelecimento Prisional, em Portugal.

A P-Scan, um dos instrumentos mais recentes de Robert Hare para identificação e avaliação das características psicopáticas, é uma checklist com a finalidade de ser utilizada por pessoal não clínico através da consulta de ficheiros. A nossa hipótese foi a de que **“a P-Scan é um instrumento adequado para identificar factores da psicopatia na população reclusa através da consulta de ficheiros”**.

Faremos neste artigo a abordagem da investigação propriamente dita, em que caracterizaremos a amostra, apresentaremos o instrumento e a hipótese, inclusive os resultados, e procederemos à discussão desses próprios resultados. Vamos poder concluir que a hipótese com que partimos para este trabalho se confirma, e que a P-Scan é um instrumento adequado para identificar factores da psicopatia na população reclusa através da consulta de ficheiros. Finalmente apresentaremos as conclusões.

Motivação para um estudo exploratório num estabelecimento prisional

Com este nosso estudo, resolvemos dar início a uma investigação no nosso país com o instrumento que escolhemos, a P-Scan, e fazer um **estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses**. O nosso trabalho decorreu num Estabelecimento Prisional, precisamente por ser esse o local onde seria mais fácil encontrar criminosos psicopatas em grande número, e levar a cabo uma investigação sobre Psicopatia.

O trabalho de Robert Hare, já com 35 anos de investigações e concepção de instrumentos, passou em 1999 pela concepção e investigação da P-Scan, esta nova checklist, e resolvemos utilizar esse instrumento. O motivo da nossa escolha ter passado por esta checklist teve essencialmente dois principais motivos. Em primeiro lugar, ela foi concebida a fim de ser utilizada, não por profissionais clínicos, mas por técnicos não clínicos, a fim de ser feito um despiste do índice de psicopatia num Estabelecimento Prisional, para ser feito, de forma célere, um despiste de características psicopáticas nos reclusos. Em segundo lugar, porque a sua utilização sem adaptações ao método original, seria rápida, com a vantagem de não exigir a presença dos reclusos, um requisito da PCL-R. Ou seja, consultando apenas os ficheiros, sem qualquer treino de questionamento aos técnicos, seria muito rápido obter as informações que desejávamos.

Deste modo, e tendo em conta de que com a P-Scan, não conseguiríamos obter uma avaliação exaustiva da psicopatia, como com a PCL-R (e que por isso é de utilização mais demorada, além de destinada a ser utilizada exclusivamente por técnicos clínicos). Estabelecemos desta forma o nosso ponto de partida. O nosso objectivo era também avaliar, através da P-Scan, mesmo que não exaustivamente, a prevalência do índice de psicopatia nos Estabelecimentos Prisionais. Propomo-nos a fazer a abordagem do constructo Psicopatia e descrever sumariamente a PCL-R, para depois a distinguir da P-Scan e explicar em detalhe esta checklist, a amostra e os procedimentos.

O constructo Psicopatia

Nos anos mais recentes, a psicopatia foi sendo encarada como um dos constructos mais importantes no âmbito da justiça criminal e dos sistemas de saúde mental (Hare, 1999). As definições para a palavra **psicopata** não são consistentes nem estão sempre de acordo com o sentido psiquiátrico normal desta palavra (Cleckley,

1998). Etimologicamente, psicopata, personalidade psicopata ou personalidade psicopática deriva do grego *psyché*, alma + *pathos*, doença.

A psicopatia começou por ser designada por “mania sem delírio”, nos inícios do Século XIX, para caracterizar alguém que se comporta de modo irracional sem apresentar qualquer defeito intelectual (Gonçalves, 1999). Na década de 50, a classificação dos distúrbios mentais da American Psychiatric Association (DSM I, 1952) contribuiu para a difusão do termo “sociopatia”, conceptualizado depois como “distúrbio de personalidade anti-social”. O conceito clínico de psicopatia assenta na ideia de que existe um grupo de pessoas cujos traços de personalidade são associados a certos sintomas, pelo que as designações da síndrome podem diferir (e.g. psicopatia, sociopatia ou personalidade anti-social). Robert Hare, o cientista de renome que passou mais de três décadas ocupado com a investigação sobre a natureza e implicações da psicopatia, concebeu e desenvolveu a PCL e a sua revisão, a PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*), para uma avaliação válida e fidedigna da psicopatia.

Segundo Gonçalves (1999), este conjunto de características são idênticas às descritas por Cleckley (1976), cujo trabalho é hoje visto como um marco de referência inquestionável no estudo e investigação da psicopatia, não obstante outras descrições clínicas terem entretanto surgido. Nas definições clínicas da psicopatia, umas mais extensas que outras, parecem existir em comum a impulsividade, a agressividade, a anti-socialidade e o vazio afectivo (Gonçalves, 1999; Hodgins, 2006). Quanto a concepções com base na pesquisa e tratamento estatístico, Gonçalves (1999) afirma que as abordagens que se preocuparam desde logo em isolar traços específicos da psicopatia são as que com isso contribuíram para a clarificação do conceito. De referir que muitas descrições clínicas dos psicopatas referem-se também ao seu egocentrismo, ausência de empatia e incapacidade para estabelecer relacionamentos emocionais calorosos com outros – características que o levam a tratá-los como objectos em vez de pessoas e evitam que ele sinta culpa ou remorsos por isso”. Nestas palavras constatamos a influência dos critérios de Cleckley (1941/1976), operacionalização de Hare que dá origem à construção da Hare Psychopathy Checklist (PCL; Hare, 1980 cit. in Gonçalves, 1999), cuja revisão posterior – PCL-R (Hare, 1991), foi utilizada por Gonçalves na investigação que deu origem à obra referida.

De facto, Robert Hare afirma que os psicopatas são os membros mais destrutivos da sociedade e a mais perigosa tipologia de pessoa. Katherine Ramsland (2007) relata os factos da vida deste cientista, que chega ao ponto de afirmar que, se é verdade que os psicopatas constituem para cima de um por cento da população, como ele estima, temos obrigação de nos focar na psicopatia. Na sua maior parte, os crimes dos psicopatas são a sangue-frio, e sentem-se mais excitados por eles do que culpados. Naqueles que são criminosos em série (“*serial killers*”) parece existir uma forte tendência para o sadismo.

Pelo facto de eles não entenderem os sentimentos dos outros e não sentirem réstias de remorso para lhes fazerem algum mal, os psicopatas podem racionalizar com facilidade a sua violência ou comportamentos fraudulentos como um conjunto de comportamentos aceitáveis. Hare e os seus colaboradores continuaram a sua investigação no sentido de aprender mais sobre a implicação do cérebro nos comportamentos psicopáticos. Usaram toda a imagiologia, nomeadamente a FMRI (imagem por ressonância magnética funcional) para ver se existem manifestações neurológicas na forma como os psicopatas processam diferentes tipos de palavras. Quando os indivíduos não psicopatas processam palavras com carga emocional negativa (e.g., violação, morte, cancro), a actividade nas regiões límbicas do cérebro intensifica-se. Para os psicopatas, há pouco ou nenhum aumento de actividade nessas regiões cerebrais. Curiosamente, apesar disso, verifica-se aumento de activação noutras áreas. Em suma, uma palavra com carga emocional não tem a mesma implicação límbica para os psicopatas do que tem para as pessoas normais. A este propósito, Robert Hare, referindo-se aos aspectos particulares da linguagem num psicopata, afirmou que “Eles entendem as palavras, mas não a música” (“*They know the words but not the music*”), abordando a forma como os psicopatas também lidam com ela, sem carga emocional. Segundo o que também chegou a afirmar Robert Hare na sua recente estadia em Portugal, em Novembro último, é paradigmático um psicopata dizer: “*I was born without a conscience*” (Nasci sem uma consciência). Nestas palavras é dito o essencial sobre o modo de ser de um psicopata. Esta percepção está no cerne dos motivos porque, numa das suas principais obras, Hare, em 1970, descreva o psicopata como alguém “incapaz de mostrar empatia ou preocupação genuína por outrem, que manipula e usa os outros para satisfazer os seus próprios desejos”.

“Não há ninguém que possa diagnosticar a psicopatia de ânimo leve”, diz Robert Hare desde sempre. Disto resulta que os profissionais devem estar bem familiarizados com a forma como administrar correctamente o instrumento de avaliação (Ramsland, 2007). Cremos que esse é um dos motivos que motiva Robert Hare a percorrer o mundo, por isso veio recentemente também a Portugal, sempre com muita informação para apresentar no seu PC, porque é necessário fornecer aos técnicos toda a informação sobre Psicopatia que ele tem para transmitir. Informação que, decerto, é muita, mas pouca para ser veiculada apenas através das inúmeras conferências que ele profere, pelo site <http://www.hare.org/> (*Robert Hare's Page for the Study of Psychopaths*), e pelos inúmeros artigos, livros e capítulos de livros que ele escreve sobre o assunto. Citando Gonçalves (1999), ainda se pode “concluir que coexistem hoje várias definições de psicopatia, e que consoante os países e respectivas legislações e/ou tradições científicas, o emprego do termo varia”. Nalguns países, a psicopatia está de certo modo englobada no Distúrbio de Personalidade Anti-Social, mas estas definições acabam por ser muito vagas. Nalguns países europeus a abordagem categorial é variada, e o caso português, apesar de próximo da concepção norte-americana, permanece ligado às ideias de Schneider (Polimorfismo da psicopatia).

Do ponto de vista penal, existirá sempre o dilema sobre se uma personalidade doente é imputável, especialmente se é de origem psicótica. Mesmo que se trate de uma personalidade doente (violadores, por exemplo) a nossa lei, e a própria sociedade, acreditam que esses comportamentos devem ser punidos, dado que, mesmo doente, a pessoa mantém consciência dos seus actos e pode evitar cometê-los. O direito penal classifica a capacidade mental da pessoa: entendimento por parte do agente se o acto que ele cometeu é ilegal e se mesmo sabendo que é ilegal, consegue evitá-lo, ou seja, consegue não cometer o acto. Os psicopatas, no entanto, conseguem muitas vezes perceber a gravidade e ilegalidade das suas atitudes, mas nem por isso as evitam.

Da PCL-R à P-Scan

A PCL, na sua versão actual, a PCL-R, apresenta a psicopatia como um constructo com dois factores intercorrelacionados: um que descreve a síndrome em termos clínicos e outro que visa identificar os comportamentos típicos de um estilo de

vida anti-social. Com isto fomos conduzidos a uma definição de psicopatia como um agrupamento de traços de personalidade e comportamentos socialmente desviantes. Esta checklist, na sua versão actual, a PCL-R, apresenta a psicopatia como um constructo com dois factores intercorrelacionados: um que descreve a síndrome em termos clínicos e outro que visa identificar os comportamentos típicos de um estilo de vida anti-social.

A cotação da PCL-R é realizada através de uma entrevista semi-estruturada, completada pela consulta de ficheiros e dossiers institucionais. Um indivíduo é considerado psicopata quando apresenta uma cotação igual ou superior a 30, moderadamente psicopata se ela se situa entre 20 e 29 e se a pontuação for inferior a 20, o sujeito não é psicopata.

A estrutura bi-factorial da PCL-R de Hare pressupõe que os itens tenham uma distribuição de acordo com dois factores, no total 20 itens, distribuídos de acordo com os factores:

FACTOR 1	FACTOR 2
1. Loquacidade/volubilidade/encanto superficial;	3. Necessidade de estimulação/tendência para o tédio;
2. Sentido grandioso do valor de si próprio;	9. Estilo de vida parasita;
4. Mentir patológico;	10. Deficiente controlo comportamental;
5. Estilo manipulativo;	12. Comportamento problemático precoce;
6. Ausência de remorsos ou sentimentos de culpa;	13. Ausência de objectivos realistas;
7. Superficialidade afectiva;	14. Impulsividade;
8. Frieza/ausência de empatia;	15. Irresponsabilidade;
16. Não acatamento de responsabilidades pelas suas acções;	18. Delinquência juvenil;
	19. Revogação de medidas alternativas ou flexibilizadoras da pena de prisão;
	11. Comportamento sexual promíscuo;
	17. Relacionamentos conjugais numerosos e de curta duração;
	20. Versatilidade criminal

Estes 20 itens podem identificar a psicopatia através da PCL-R, através de uma entrevista semi-estruturada, e se a pontuação se situar acima dos 29 pontos (em média, os itens aplicam-se na totalidade ou parcialmente aos sujeitos), está convencionado que há existência de psicopatia. A PCL-R (Hare, 1991), cuja versão portuguesa foi aferida recentemente por Gonçalves, é uma referência na avaliação da psicopatia. Contudo, o

trabalho de Hare na concepção de instrumentos de avaliação tem continuado (Hart & Hare, 1999).

A P-Scan é outra checklist, um dos produtos mais recentes de Robert Hare. Trata-se de um conjunto de 90 itens que faz o despiste de comportamentos e traços de personalidade relacionados com a psicopatia. É um instrumento que pessoal não clínico pode vir a usar para obter perspectivas adicionais de indivíduos com que lida. A P-Scan não é um instrumento de diagnóstico, mas um que os profissionais de saúde mental e de justiça criminal podem usar para ajudar os profissionais a tirar conclusões com base nos dados obtidos pela P-Scan e a sua própria experiência com pacientes, criminosos, suspeitos e outros grupos de pessoas de interesse (Hare & Hervé, 1999). Como já foi referido, a PCL-R é um instrumento psicológico concebido para ser usado por técnicos *qualificados e investigadores* (Hare, 1998). Porém, existem numerosas situações em que uma avaliação clínica formal não é exequível, mas em que seria extremamente útil ter uma ideia de como um criminoso, suspeito, cliente ou paciente poderá ser um psicopata ou possuir um número considerável de características psicopáticas. Em muitos casos, sermos simplesmente alertados para a possibilidade de que poderemos estar a lidar com um psicopata pode oferecer uma nova perspectiva de como avaliar e lidar com o indivíduo. Até a suspeita de que alguém poderá ser um psicopata pode ter implicações importantes para a avaliação do risco e para tomar decisões sobre o desenvolvimento de intervenções apropriadas; em cada caso, esta suspeição deverá obrigar o profissional a reunir mais informação e a considerar procurar consultar ajuda profissional (Hare & Hervé, 1999).

A grande particularidade da P-Scan é ter sido concebida exactamente para ser utilizada em situações não clínicas. Não é um teste psicológico, nem leva a um clínico ou a uma avaliação. E dentro desta particularidade, é, num certo sentido, é um “alerta prévio do sistema”, um despiste de tendências que, quando usado devidamente, nos pode oferecer pistas ou hipóteses de trabalho sobre a natureza de um indivíduo de interesse. Isto é, uma pontuação elevada na P-Scan poderá servir como sinalização.

O modo como se pode encarar os resultados da P-Scan dependerá do contexto em que foram obtidos. Nalguns casos, os resultados e o contexto sugerem que uma avaliação convencional deve ser requerida por um clínico qualificado para conduzir a avaliações psicológicas e para usar a PCL-R, a PCL: SV ou a PCL: YV. Noutros casos,

até poderá ser decidido que as interações com a pessoa requerem suspeita ou um maior ou menor grau de cautela, assim como esforços suplementares para cruzar e corroborar informação adquirida em entrevistas e outras fontes (Hare & Hervé, 1999). Os utilizadores da P-Scan devem também ter em mente que as expressões do distúrbio podem ser influenciadas pela idade e género, assim como por factores raciais, étnicos e culturais (Hare & Hervé, 1999).

Dada a natureza dos psicopatas, já referida, é surpreendentemente difícil que os psicopatas constituam uma percentagem significativa (10-25%) das nossas populações prisionais, ou que estejam bem representados entre os criminosos persistentes, criminosos em série (*serial killers*) e violadores, traficantes de droga, “chulos”, vigaristas e burlões, e terroristas (Hare, 1996). Aqueles que vão parar à prisão fazem-se passar por uma séria custódia, gestão, e escapam aos problemas, sendo muito resistentes aos programas tradicionais de tratamento. A seguir à libertação, apresentam um alto risco para reincidir em geral, e violentamente. Particularmente perigosos são os psicopatas que estão activados sexualmente com violência ou que exibem sexualmente atitudes e comportamentos desviantes (Hare & Hervé, 1999). Apesar de mestres na manipulação e muitas vezes hábeis em esconder a sua verdadeira natureza por detrás de uma fachada de normalidade, os psicopatas podem ser identificados facilmente pelos clínicos que estão treinados para usar a PCL-R e que têm acesso a entrevistas extensas e informação colateral ou dos ficheiros.

As palavras de Hare que incidem especificamente sobre a descrição da P-Scan, logo a seguir à sua concepção, foram as seguintes: “A P-Scan envolve itens de pontuação que são meramente declarações descritivas, como a frase “A sua presença faz-me sentir desconfortável”, ou conclusões de nível mínimo, tais como “Parece incapaz de compreenderas emoções dos outros”. Não tem que se ser clínico, basta ter algumas vivências com o indivíduo. Chegámos a desenvolver um programa informático a que profissionais qualificados podem ter acesso na Internet, através da *Multi Health Systems*. O relatório obtido a partir dos dados do P-Scan proporciona o estabelecimento de uma hipótese acerca do grau em que uma pessoa, alvo desta avaliação, poderá ter em termos de características psicopáticas no âmbito interpessoal, afectivo, anti-social e até no estilo de vida. A informação pode ser útil para lidar com um indivíduo, mas nalguns

casos poderá constituir um impulso no sentido de conseguir uma opinião clínica de alguém já familiarizado com a PCL-R” (Hare, 1999).

Muitos sem um treino clínico formal ou credenciais devem regularmente avaliar e lidar com indivíduos com hipótese de serem psicopatas. Em muitos casos, a precisão das suas avaliações e julgamentos terá sérias consequências, tanto para os indivíduos preocupados com a questão como para a sociedade em geral. Por exemplo, os detectives de homicídios que não se apercebem de que a pessoa que estão a interrogar é um psicopata perderão o seu tempo se não apelam ao seu sentido de ética, moralidade e “*fair play*”. “Pensar como a família ou a vítima se sente” não parece ser uma estratégia produtiva com alguém que não tem o mínimo interesse nos sentimentos ou bem-estar de alguém a não ser ele próprio (Hare & Hervé, 1999).

Asfacetas chave da P-Scan

Nesta checklist, os itens estão organizados em três grupos ou dimensões, que correspondem às três facetas chave da Psicopatia, facetas que foram apresentadas e explicadas por Robert Hare e Hugues Hervé, em 1999, correspondendo cada uma delas a cada uma das dimensões. Tratam-se da Faceta Interpessoal, a Faceta Afectiva e o Estilo de vida do sujeito. De acordo com a P-Scan, são estas as três facetas chave da Psicopatia, e nela os trinta primeiros itens correspondem a uma faceta, os segundos a outra, e os terceiros à última faceta.

Os 90 itens da P-Scan descrevem comportamentos relativamente específicos. Reflectem um razoável consenso entre clínicos e investigadores acerca das características e manifestações da psicopatia. Os itens organizam-se em três dimensões que correspondem às três facetas chave da psicopatia (cada uma com 30 itens): **Interpessoal** (relacionamentos, interacção com os outros – e.g. volubilidade, grandiosidade, mentir, trapacear); **Afectiva** (sentimentos e emoções – e.g. emoções superficiais, ausência de empatia, culpa ou remorso) e **Estilo de vida** (necessidade de estimulação, impulsividade, comportamento irresponsável, estilo de vida nómada e parasita, ausência de objectivos). Os itens são pontuados tendo por base seja qual for a informação sobre o indivíduo a que o utilizador tenha acesso no momento da avaliação. (Hare & Hervé, 1999).

Cada item é cotado numa escala até 3 pontos, de acordo com a extensão em que o utilizador entende que pode aplicar à pessoa. Pontuações de 0, 1 e 2 são definidas assim:

0 - Se o item não se aplica ao indivíduo; ele/ela não apresenta o traço ou comportamento em questão; ou apresenta características opostas ou inconsistentes com o item;

1 - Se o item aplica-se numa certa medida; dúvida acerca de se aplicar ou não; conflitos entre várias fontes de informação que não podem ser decididas em favor de uma pontuação de 0 ou 2;

2 - O item aplica-se ao indivíduo (i.e., é característico do indivíduo) (Hare & Hervé, 1999).

Os utilizadores podem sentir-se inseguros ao pontuar um item particular em determinadas circunstâncias. Por exemplo, a informação sobre um indivíduo pode ser demasiado pobre ou difícil de avaliar com algum grau de confiança. Neste caso, é de assinalar “?” para o item. Se demasiados itens não forem pontuados, a validade da P-Scan poderá vir a estar comprometida. Não é possível, nesta altura, oferecer fortes indicações sobre um número mínimo de itens que devem ser pontuados. Todavia, assumindo que mais informação disponível é melhor, é recomendado que pelo menos 25 dos 30 itens em cada uma das três facetas (Itens 1-30, 31-60 e 61-90), e que pelo menos 75 dos 90 itens no total, devem ser pontuados. Os restantes itens podem ser pontuados numa altura posterior se mais informação se vem a tornar disponível. Quando isso acontece, o utilizador deve anotar a data da avaliação actualizada. Para alguns propósitos, pode não ser possível pontuar um número mínimo de itens, especialmente nos estádios iniciais de uma investigação. Nestes casos, a P-Scan poderá tornar-se útil por gerar hipóteses de tentativa (Hare & Hervé, 1999).

Após o preenchimento da P-Scan, consoante as respostas sejam 0, 1, 2 ou “?”, as respostas são somadas, de acordo com as facetas a que correspondem, chegando-se aos totais para cada uma das facetas, que dividindo a soma das três facetas, já é possível obter a média, ou seja, o resultado total da P-Scan, cujo nível de preocupação varia consoante o que é descrito nas folhas de resposta, que referiremos aqui. O resultado total igual ou superior a 30 deverá ser um caso de séria preocupação. Um resultado total que se situa entre 11 e 29 sugere que a pessoa tem características psicopáticas

prováveis. Um resultado total entre 0 e 10 sugere não ser provável que a pessoa se enquadre na descrição de psicopata. Claro que podem existir outros problemas e características de preocupação para os técnicos, mas estão para lá do espectro medido pela P-Scan.

No entanto, é necessário um método para ter em conta o facto de que nalguns itens se verifica falta de informação suficiente para serem pontuados, e para facilitar comparações entre outros. Há duas opções para lidar com tais itens. Em primeiro, as pontuações obtidas a partir de outros itens podem ser ajustadas a um valor que tenha sido obtido quando todos os itens estiverem pontuados. Contudo, a maior parte dos utilizadores prefere uma simples aproximação (Hare & Hervé, 1999).

Como escrevemos antes, os itens destinam-se a reflectir as atitudes e comportamentos típicos de um indivíduo. Não obstante, em muitos casos (talvez a maioria), a quantidade de informação disponível é limitada – talvez derive apenas de um ou dois entrevistadores e de fontes colaterais pobres. A fidelidade pode ser posta em causa.

Amostra

O nosso estudo foi efectuado com um grupo de 30 reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra. As idades variaram entre os 20 e os 64 anos, com uma média de idades de 40,6 e um desvio-padrão de 10,6. A distribuição das idades é normal.

Relativamente às habilitações literárias, 2 (6,7%) são analfabetos, 14 (46,7%) têm o 4º ano de escolaridade, 7 (23,3%) têm o 6º ano de escolaridade, 6 (10%) têm o 9º ano e apenas 1 (3,3%) tem o 12º ano. Por conseguinte, a maioria possui o 1º ciclo do ensino básico.

No que diz respeito à profissão em liberdade, 4 (13,3%) pertencem ao sector Primário (agricultura, pecuária, extracção de minério, etc.), 14 (46,7%) pertencem ao Sector Secundário (indústria transformadora, técnicos qualificados, etc.) e 12 (40%) são do Sector Terciário (serviços, comércio, administrativos, profissões liberais).

Quanto ao tipo de crime cometido, 3 (10%) praticaram furto e/ou roubo, 21 (70%) praticaram homicídio, 3 (10%) praticaram tráfico de estupefacientes e 3 (10%) praticaram violação ou abuso sexual. Isto é, a maioria são homicidas.

Na amostra não há qualquer relação entre o tipo de crime cometido e a profissão em liberdade ($X^2 = 4,728$; $gl= 6$; $p= .58$), bem como entre o crime cometido e as habilitações literárias ($X^2 = 15,986$; $gl= 12$; $p= .19$).

Procedimento

Não obstante as dificuldades porque passámos para levar a cabo esta investigação com a P-Scan, inerentes às características do sistema prisional português, o nosso ponto de partida derivou ele próprio da hipótese que formulámos: “A P-Scan é um **instrumento adequado** para identificar factores da psicopatia na população reclusa através da consulta de ficheiros”. Desta hipótese, resolvemos partir para uma investigação que nos informasse se numa cadeia portuguesa, poderíamos saber a prevalência das características psicopáticas dos reclusos mediante a utilização da P-Scan. E escolhemos para isso a **Versão para Investigação da P-Scan**, com o intuito de nos fornecer informações sobre cada participante da amostra, e sobre todo o conjunto de reclusos da cadeia.

Mas antes de darmos início a toda a investigação, um dos primeiros passos foi traduzir o instrumento, alcançando a Hare P-Scan – Versão para Investigação (tradução para português pelos autores deste artigo, a partir da versão original), o que não foi uma tarefa simples. E não o foi só pela grande quantidade de itens da checklist e das folhas de cotação, foi também difícil, pela necessidade de traduzir correctamente a linguagem utilizada normalmente pelos criminosos, expressões existentes nos itens desta checklist.

Após nos ter sido fornecida uma amostra que tenderia para uma amostra de conveniência, e demos início à consulta dos processos, desde logo verificámos a forma como estavam organizados. A informação pertencente a cada recluso não era nada sistematizada, era apenas jurídica, e era de aspectos jurídicos que tratava a secretaria. O que aconteceu logo após as primeiras tentativas de assinalar 90 itens só com os dados dos ficheiros. Só com informação dos processos, a investigação seria impossibilitada.

A amostra sofreu por este motivo, uma grande redução, em última análise devido ao procedimento que entendemos como o viável para inferir os dados. Não foi da forma como era prevista na literatura, que tinha por base uma concepção prisional muito diferente da forma como na prática se trabalha em Portugal. Teve, pois, que ser alvo de uma adaptação, pelo que a nossa opção foi recorrer à informação dos técnicos, e treinar uma forma de os questionar de modo a inferir a existência dos itens da checklist sobre comportamentos e características, como itens que se aplicam aos indivíduos, itens em que existe dúvida sobre se os itens se aplicam aos indivíduos, itens que não se aplicam ao indivíduo e itens em que a informação é insuficiente para inferir a resposta (2, 1, 0 ou “?” em cada item).

Análise de resultados

Sendo que os itens destinam-se a reflectir as atitudes e comportamentos típicos de um indivíduo, confirma-se a nossa hipótese, de que a P-Scan é um instrumento adequado para identificar factores da psicopatia na população reclusa através da consulta de ficheiros, e esta consulta foi feita, apesar de ter existido um grande questionamento posterior aos técnicos que nos permitiu concluir as características do comportamento psicopático que a P-Scan preconiza, e após a redução do tamanho da amostra que fomos forçados a fazer.

Quadro 1

	Faceta Interpessoal	Faceta Afectiva	Faceta Estilo de vida	Total P-Scan
1	46	61	46	47,33
2	35	38	48	40,67
3	13	11	21	15,00
4	35	29	31	31,67
5	18	25	37	26,67
6	30	24	27	27,00
7	39	36	37	37,33
8	36	41	37	38,00
9	35	38	21	31,67
10	23	32	39	31,33
11	38	24	34	32,00
12	24	44	53	40,33
13	36	38	47	40,33
14	26	13	24	21,00
15	25	41	37	34,33
16	19	20	22	20,33
17	30	27	35	37,33
18	40	29	29	32,67
19	37	32	43	37,33
20	41	22	30	27,67
21	36	26	27	29,67
22	11	23	23	19,00
23	16	18	14	16,00
24	27	32	31	30,00
25	24	32	25	27,00
26	9	41	29	19,67
27	34	24	20	26,00
28	35	42	26	34,33
29	31	41	32	34,67
30	37	37	35	36,33

Quadro 2

	Faceta Interpessoal	Faceta Afetiva	Faceta Estilo de vida	Totais P-Scan
Mínimo	9,00	11,00	14,00	15,00
Médio	29,53	31,10	31,97	30,76
Máximo	46,00	51,00	53,00	47,33

Dos 30 indivíduos sobre os quais preenchemos a P-Scan, 17 sujeitos estão acima de 30 (valor médio para tendências psicopáticas), o que corresponde a 56, 67% dos sujeitos da amostra. Podemos também verificar que as Facetas Interpessoal e Afetiva estão próximo do valor máximo da P-Scan (47,33 valores), assim como do valor mínimo (15), o que não se verifica com a Faceta Estilo de vida, apresentando valores muito abaixo e muito acima dos valores máximo e mínimo da P-Scan, apresentando um valor máximo de 53 valores e mínimo de 14 valores.

Quadro 3

Nível de preocupação	F. Interpessoal	F. Afetiva	F. Estilo de vida	Total P-Scan
Muito Baixo	2 (6,67%)	1 (3,33%)	0	0
Baixo	4 (13,33%)	4 (13,33%)	4 (13,33%)	6 (20%)
Moderado	10 (33,33%)	14 (46,67%)	13 (43,33%)	11 (36,67%)
Elevado	13 (43,33%)	10 (33,33%)	10 (33,33%)	12 (40%)
Muito Elevado	1 (3,33%)	1 (3,33%)	3 (10%)	1 (3,33%)

Quanto aos níveis de preocupação, 6 sujeitos (20%) apresentam um Nível de Preocupação Baixo (entre 13 a 21 valores), 11 sujeitos (36,67%) apresentam um Nível de Preocupação Moderado (entre 22 a 32 valores), 12 sujeitos (40%) apresentam um Nível de Preocupação Elevado (entre 33 e 45 valores) e apenas um sujeito (3,33%) apresenta um Nível de Preocupação Muito Elevado (entre 46 e 60 valores). Aqui podemos concluir que a quase totalidade da maioria dos sujeitos, 12, apresentam um Nível de Preocupação Elevado (40%).

Quanto às facetas, começando pela Faceta Interpessoal, o Nível de Preocupação Muito Baixo compreende 2 sujeitos (6,67% da amostra), o Nível de Preocupação Baixo a 4 sujeitos (13,33%), o Nível de Preocupação Moderado a 10 sujeitos (33,33%), o Nível de Preocupação Elevado a 13 sujeitos (43,33%) e o Nível de Preocupação Muito Elevado a 1 sujeito (3,33% da amostra). A Faceta Interpessoal apresenta, pois, um Nível de Preocupação Elevado na maioria dos sujeitos (43,33%).

Ainda relativamente às facetas, e no tocante à Faceta Afectiva, a maioria dos sujeitos revela um Nível de Preocupação Moderado, com 14 sujeitos da amostra (46,67%) a apresentar resultados entre 22 e 32 valores, um Nível de Preocupação Muito Baixo de 1 sujeito (3,33%), um Nível de Preocupação Baixo de 4 sujeitos (13,33%), um Nível de Preocupação Elevado de 10 sujeitos (33,33%) e um Nível de Preocupação Muito Elevado de 1 sujeito (3,33%).

Finalmente, no que toca à Faceta Estilo de vida, a maioria, 13 sujeitos (43,33%) apresentam um Nível de Preocupação Moderado, nenhum sujeito apresenta um Nível de Preocupação Muito Baixo, 4 apresentam um Nível de Preocupação Baixo (13,33%), 10 sujeitos (33,33%) apresentam um Nível de Preocupação Elevado e 3 sujeitos (10%) apresentam um Nível de Preocupação Muito Elevado.

Daqui podemos concluir que, também pelos níveis de preocupação, que a P-Scan é um instrumento adequado para identificar factores da psicopatia na população reclusa.

Verificámos também se haveria relações nos resultados da P-Scan, ao analisarmos o estudo de três variáveis, a idade, o crime e os resultados da escala. Como seria de esperar, estas três variáveis não nos permitem tirar nenhuma conclusão significativa, e este dado vai de encontro aos dados de muitos investigadores.

Quadro 4

ID	Idade	Crime	Resultado P-Scan
1	49	Homicídio	47,33
2	32	Tráfico	40,67
3	60	Homicídio	15,00
4	43	Violação e abuso	31,67
5	41	Furto e Roubo	26,67
6	49	Homicídio	27,00
7	36	Tráfico	37,33
8	36	Homicídio	38,00
9	37	Homicídio	31,67
10	32	Homicídio	31,33
11	61	Homicídio	32,00
12	48	Homicídio	40,33
13	42	Homicídio	40,33
14	46	Violação e abuso	21,00
15	30	Homicídio	34,33
16	26	Homicídio	20,33
17	28	Homicídio	37,33
18	42	Furto e Roubo	32,67
19	20	Homicídio	37,33
20	40	Violação e abuso	27,67
21	49	Homicídio	29,67
22	49	Homicídio	19,00
23	36	Homicídio	16,00
24	36	Tráfico	30,00
25	64	Homicídio	27,00
26	27	Homicídio	19,67
27	31	Homicídio	26,00
28	35	Homicídio	34,33
29	43	Furto e Roubo	34,67
30	49	Homicídio	36,33

Discussão dos resultados

Seria de esperar, sendo uma amostra de conveniência, que a P-Scan nos apresentasse factores da psicopatia, e realmente isso acontece, de acordo com este estudo. Vamos de seguida apresentar os dados que nos possibilitaram confirmar a nossa hipótese, começando por caracterizar de modo sumário a nossa amostra. O nosso estudo foi efectuado com um grupo de 30 reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra, com idades variaram entre os 20 e os 64 anos, com uma média de idades de 40,6 e um desvio-padrão de 10,6, sendo, portanto normal a distribuição das idades. Relativamente às habilitações literárias, 6,7% são analfabetos, 46,7% têm o 4º ano de escolaridade, 23,3% têm o 6º ano de escolaridade, 10% têm o 9º ano e apenas 3,3% têm o 12º ano. Por conseguinte, a maioria possui o 1º ciclo do ensino básico. No que diz respeito à profissão em liberdade, 13,3% pertencem ao sector Primário, 46,7% pertencem ao Sector Secundário 40% são do Sector Terciário. Quanto ao tipo de crime cometido, 10% praticaram furto e/ou roubo, 70% cometeram homicídios, 10% praticaram tráfico de estupefacientes e 10% estão detidos por violação ou abuso sexual. Por conseguinte a maioria da amostra é constituída por reclusos homicidas. Na nossa amostra não há qualquer relação entre o tipo de crime cometido e a profissão em liberdade ($X^2 = 4,728$; $gl= 6$; $p= .58$), bem como entre o crime cometido e as habilitações literárias ($X^2 = 15,986$; $gl= 12$; $p= .19$). Os crimes são na sua maioria de Homicídio, seguindo-se a Violação e o abuso, o Furto e o Roubo e, em menor prevalência ou percentagem, o Tráfico.

Quanto aos resultados obtidos por Níveis de preocupação e Facetas correspondentes, consoante o nível, eles são significativos, e quanto ao Resultado Total da P-Scan. Os sujeitos da nossa amostra pontuaram mais em todas as Facetas da P-Scan, tendo apresentado Níveis de preocupação mais significativos, até no próprio Resultado Total.

Fizemos uma análise relacionando o estudo de 3 variáveis: a idade, o crime e os resultados da *P-Scan, e a principal conclusão foi que os dados vão também ao encontro dos dados de muitos investigadores. Ou seja, os sujeitos da nossa amostra apresentam pois, confirmadamente, características psicopáticas.

Finalizando as nossas conclusões, um facto a realçar é que nós lidámos com uma amostra de conveniência, pelo que os resultados seriam de esperar. Mas o certo é que a P-Scan, efectivamente, apresenta-nos, de acordo com este estudo em Portugal, factores de psicopatia.

Sendo que os itens destinam-se a reflectir as atitudes e comportamentos típicos de um indivíduo, confirma-se a nossa hipótese, de que a P-Scan é um instrumento adequado para identificar factores da psicopatia na população reclusa através da consulta de ficheiros, apenas se esta consulta nos permitir concluir as características do comportamento psicopático que a P-Scan preconiza.

67% dos sujeitos da amostra revelaram encontrar-se acima de 30 (valor médio para tendências psicopáticas), o que corresponde a 56,. Podemos também verificar que as Facetas Interpessoal e Afectiva estão próximo do valor máximo da P-Scan (47,33 valores), assim como do valor mínimo (15), o que não se verifica com a Faceta Estilo de vida, apresentando valores muito abaixo e muito acima dos valores máximo e mínimo da P-Scan, apresentando um valor máximo de 53 valores e mínimo de 14 valores.

Conclusões

Dado que a P-Scan imprime à avaliação da psicopatia alguma facilitação, pelo facto de permitir a sua utilização por técnicos não clínicos, e ser apenas necessária uma consulta de processos, calculámos que a investigação estaria, também ela, facilitada. Este instrumento, se por um lado, facilita, por outro, apresenta também algumas fragilidades, que consistem em fazer depender a sua eficácia e sensibilidade métrica do facto de existirem registos pormenorizados dos comportamentos e atitudes dos reclusos (num discurso em linguagem objectiva, nada ambígua nem valorativa). De acordo com o que foi dito, se os registos não forem suficientemente pormenorizados (e numa linguagem suficientemente objectiva), a eficácia e sensibilidade da P-Scan ficará comprometida.

De facto, a nossa investigação revelou algumas limitações, e sentimos ter tido, efectivamente, **dificuldades** na obtenção de dados suficientes para o nosso estudo. E por conseguinte, ela teve ainda outra limitação, uma amostra constituída por poucos sujeitos, o número de sujeitos da amostra sofreu, na realidade, uma **redução**. O tamanho

da amostra foi diminuído, pois, enquanto decorria a investigação, a amostra foi forçada a um corte bastante grande. Um ponto importante a salientar neste tipo de investigações com a utilização da P-Scan, de acordo com o manual, é que a inexistência de registos pode mesmo chegar a invalidar ou a tornar mesmo impossível a utilização deste instrumento. No entanto, os resultados da investigação foram atingidos, não obstante as limitações.

Referências bibliográficas

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4ª Ed). American Psychiatric Association: Washington, DC.

Cleckley, H. (1998). *The Mask of Sanity: private printing for non-profit educational use.* (5th Edition). Retrieved from http://www.cassiopaea.org/cass/sanity_1.PdF.

Gonçalves, R. A. (1998). *Psicopatia, crime e lei. Revista Portuguesa de Ciência Criminal.*

Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: da intervenção para a prevenção.* Braga: Universidade do Minho.

Gonçalves, R. A. (2000). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão.* Quarteto: Coimbra.

Gonçalves, Rui A. (2001). *Psicopatia em Portugal: investigações em contextos prisionais. Temas Penitenciários.*

Gonçalves, R. A. & Machado, C. (2005). *Psicologia Forense.* Quarteto: Coimbra.

Hare, R. (1970). *Psychopathy Theory and Practice.* New York: Wiley & Sons.

Hare, R. D. (1998). Psychopathy an Risk for Recidivism and Violence their nature: Implications for the Mental Health and Criminal Justice Systems. In T. Millon, M. Biket-Smith, R. D. Davids (Eds.). *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior* (pp 188-212). New York: Guilford Press.

Hare, R. D. (1999). *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths among Us* (1st edition). New York: The Guilford Press.

Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist-Revised* (2nd Edition). Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. & Hervé, H. (1999). *The Hare P-Scan: Research Version*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Harris, G. T., Skilling, T. A. & Hare, R. D. (2001). The construct of Psychopathy. In M. Tonry & N. Morris (Eds.). *Crime and Justice: Annual Review of Research* (pp. 197-264). Chicago: University of Chicago Press.

Lobo, C. F., Silva, C. F. & Mascarenhas, J. S. (1999). A Neuropsicologia do Comportamento Criminoso. *Teoria, Investigação e Prática*, 4(2).

Patrick, C. J. (2006). *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford Press.

Ramsland, K. (2005). *Dr. Robert Hare: expert on the psychopathy*. Retrieved form

http://www.crimelibrary.com/criminal_mind/psychology/robert_hare/index.html.

Salekin, R. Rogers, R. & Sewell, K. (1996). A review and Meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive Validity of Dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203-215.

www.hare.org.

Do construto “Psicopatia”: perspectivas conceptuais e tipológicas actuais

Tânia Konvalina-Simas (1)

(1) ISMAI – Instituto Superior da Maia.

Resumo

O conceito actual de psicopatia longe ainda de estar consolidado/consensualizado é o resultado de mais de um século de investigação e de especulação clínica sobretudo por parte de psiquiatras, psicólogos europeus e norte americanos. Neste trabalho pretendemos criar uma breve perspectiva da evolução do construto “psicopatia”, analisando as suas diversas dimensões relativamente aos critérios de avaliação estandardizados na PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) de Robert Hare. Focamos também as conceptualizações modernas da psicopatia que nos levam às importantes distinções entre “psicopata criminoso” e “psicopata de sucesso” e entre psicopatia primária e psicopatia secundária. Também desenvolvemos as perspectivas conceptuais actuais da psicopatia relacionando as dimensões da personalidade e da conduta com os critérios diagnósticos da PCL-R, procurando, deste modo, clarificar a diferença entre psicopatia e transtorno anti-social da personalidade. O construto “psicopatia” tem induzido inúmeras alterações semânticas e conceptuais desde a sua génese, continuando a ser fonte de equívocos e de discussão para muitos, sobretudo para aqueles que a consideram, erroneamente, sinónimo de perturbação mental e/ou de criminalidade.

Palavras-chave: psicopata, sociopata, psicopata extrovertido, crenças disfuncionais, psicopata clínico, demência semântica, psicopata criminoso, psicopata de sucesso ou bem integrado, predador social, psicopata puro, perspectiva da personalidade, psicopatia idiopática ou primária, psicopatia sintomática ou secundária, perspectiva comportamental, transtorno anti-social da personalidade, multidimensionalidade.

Abstract

The contemporary concept of psychopathy far from being consolidated continues to spur debate and speculation amongst European and American clinical researchers alike. In this essay we aim to create a perspective on the development of the concept “psychopathy”; we do this by discussing the different dimensions in which psychopathy appears to express itself in contrast with the standard accepted assessment criteria of Hare’s PCL-R (Psychopathy Checklist Revised). We also focus on modern concepts of psychopathy which have led to the distinction between “criminal psychopath” and “successful psychopath” and also between primary psychopathy and secondary psychopathy. In addition we approach conceptual perspectives on psychopathy relating personality and conduct traits with those described in the PCL-R in an attempt to clarify the difference between psychopathy and anti-social personality disorder. The concept “psychopathy” has been subjected to numerous semantic and conceptual metamorphoses since its origin and it continues to generate misconception and discussion, especially amongst those who erroneously consider it to be a synonym for mental disorder and/or criminality.

Key-words: psychopath, sociopath, psychopath outgoing, dysfunctional beliefs, clinical psychopath, semantic dementia, psychopathic criminal psychopath success or well-integrated social predator, psychopath pure perspective of personality, psychopathy idiopathic or primary or secondary symptomatic psychopathy, behavioral perspective disorder, antisocial personality, multidimensionality.

Caracterização da Psicopatia

A **conduta psicopática** é um fenómeno complexo que suscita grande perplexidade tanto na sociedade em geral como entre os estudiosos do comportamento humano em particular. Na actualidade, graças em particular à mediatização crescente do quotidiano, os meios de comunicação social têm contribuído muito para a comoção que se foi gerando em torno da psicopatia, ao reportarem actos de crueldade e de violência de forma sensacionalista e pouco rigorosa, contribuindo assim para a mistificação de uma síndrome comportamental complexa.

O conceito actual de psicopatia longe ainda de estar consolidado/consensualizado é o resultado de mais de um século de investigação e de especulação clínica sobretudo por parte de psiquiatras, psicólogos europeus e norte americanos. A verdade é que já Teofrasto (conhecido discípulo de Aristóteles) se ocupava destas matérias, tão recuada é a preocupação humana com o comportamento das “pessoas inescrupulosas”. A descrição e registo de quadros/casos clínicos tem sido um contributo valioso para a conceptualização e compreensão desta entidade nosológica. O conceito de psicopatia tem sido revisto e revisitado de forma constante, acompanhando a evolução da Psiquiatria e das correntes de pensamento predominantes de cada época (Berrios, 1993, 1996; Blackburn, 1998a; Cleckley, 1976; Coid, 1993; Cooke, Forth & Hare, 1998; Doren, 1987; Hare, 1996a, 1998a; Hare & Schalling, 1978; Kernberg, 1984; McCord & McCord, 1964; Meloy, 1988).

É evidente o enorme investimento que se tem feito na investigação da psicopatia a importância crescente desta anomalia da personalidade, sobretudo nos últimos dois séculos. No entanto, o estudo e a compreensão da psicopatia não têm sido isentos de controvérsia, o que reflecte a complexidade do fenómeno em si. Parte desta confusão deriva do uso de terminologias diferentes (loucura moral, personalidade psicopática, psicopatia, sociopatia, personalidade anti-social, etc.), negligenciando que diferentes termos tendem a implicar diferentes conceitos, ou que um mesmo termo pode fazer referência a diferentes conceitos.

A psicopatia foi, com efeito, o primeiro transtorno da personalidade a ser reconhecido pela Psiquiatria (APA). Embora continue o debate acerca da etiologia, das dinâmicas e dos limites conceptuais do construto “psicopatia”, existe consenso

científico generalizado acerca das principais características interpessoais, afectivas e comportamentais do psicopata (Hare, 2001).

- **Características Interpessoais:** (os psicopatas tendem a ser) superficiais, insensíveis, arrogantes, presunçosos, dominantes e manipuladores.
- **Características Emocionais:** (os psicopatas tendem a ser) irritáveis, não sentem remorsos nem empatia e são incapazes de estabelecer vínculos emocionais profundos.
- **Características Comportamentais:** (os psicopatas tendem a ser) impulsivos e irresponsáveis, têm tendência crónica para ignorar/violar as normas sociais, e um estilo de vida socialmente desviante.

Dadas as características *supra* elencadas, é compreensível a teoria corrente de que os psicopatas revelam em geral uma forte tendência para condutas violentas, aliás empiricamente validada. Os especialistas tendem no entanto a propor um *distinguo* que a literatura especializada corrobora: a violência tende a manifestar-se muito mais frequentemente nos chamados “**psicopatas criminosos**” (que está em permanente conflito com as autoridades policiais). A distinção entre psicopatas não criminosos (ou “integrados”) e psicopatas criminosos é importante sobretudo se tivermos em conta a prevalência desta anomalia da personalidade tanto ao nível da população em geral, como ao nível da população prisional, registada em estudos recentes. A investigação sugere que, por exemplo na U.E., 1% da população geral seja constituída por indivíduos psicopatas e na população prisional seja de 25%. Pensa-se que estes números não estarão muito distantes da realidade de outros países (Pozueco Romero, 2009).

Por estes motivos, antolha-se fundamental efectuar diagnósticos o mais concisos, válidos e fiáveis possível da psicopatia, um processo minado de controvérsia e dedebate. Actualmente os meios de diagnósticos mais utilizados baseiam-se nas classificações diagnósticas do DSM-IV e do ICD-10 que elencam e tipificam os transtornos da personalidade anti-social e dissocial, respectivamente.

Por outro lado, existe a Escala de Classificação da Psicopatia - Revista (PCL-R), criada por Robert Hare (1991, 2003b) que é um instrumento psicométrico que permite avaliar com alta fiabilidade diagnóstica a anomalia psicopática da personalidade. Este instrumento tem sido o mais utilizado um pouco por todo o mundo para a avaliação da

psicopatia em populações prisionais (Mealey, 1995; Moltó et al., 2000). Porém tem permitido apenas pequenos avanços na investigação porque a normatização cultural da PCL-R, aliás como sucede por norma com outros instrumentos de aferição psicométrica, é um processo moroso e trabalhoso.

Conceptualizações modernas da Psicopatia: Psicanálise, Cognitivismo e Personalidade

Na sua Teoria Tridimensional da Personalidade (psicoticismo, neuroticismo e extroversão) Eysenck (1978) propôs o construto “**psicopata extrovertido**”, cuja característica predominante seria uma disposição temperamental extrovertida que, segundo ele, tornaria o indivíduo propenso a comportamentos anti-sociais.

Eysenck utilizou a designação psicopata ou **sociopata**⁴ para identificar “indivíduos que manifestam sérias dificuldades de adaptação, mas que não são doentes mentais (no sentido em que não se enquadrariam nem na neurose, nem na psicose) e também não apresentam lesões ou anomalias como a epilepsia” (cit. in Gómez et al., 1999).

Eysenck (1978) propôs, ainda, outras características dos psicopatas extrovertidos, a saber:

- Incapacidade de exercer controlo emocional e de aprender com a experiência;
- Impulsividade e imprevisibilidade;
- Imaturidade emocional e intolerância à frustração;
- Incapacidade de auto-realização e desajuste em grupos;
- Capacidade de expressar todas as regras sociais e morais verbalmente, mas sem as compreender ou respeitar.

⁴Karl Birnbaum, psiquiatra germano-americano, na sua tese social de 1909 *Über Psycopathische Personallichkeiten* e no seu livro *Die Psycopathische Verbrecher* (1914) foi o primeiro a introduzir o termo “sociopatia” em relação ao comportamento antisocial, que, segundo os seus postulados, surgia como reflexo da actuação de forças sociais que dificultavam a adaptação e a aquisição de formas de comportamento aceitáveis.

Em 1930, o psicólogo americano G.E. Partridge sugeriu que havia necessidade da investigação centrar-se nas manifestações anti-sociais e criminosas da síndrome psicopática e propôs a utilização do termo *sociopathy* (sociopatia).

Deste modo, os termos psicopatia e sociopata tornaram-se sinónimos e tendem a ser utilizados pelos investigadores de forma intermutável dependendo da sua perspectiva conceptual.

Otto Kernberg (1984), por seu turno, psiquiatra psicanalista, descreveu as personalidades anti-sociais e as narcísicas como distintas mas parte de um continuum comportamental onde se poderia enquadrar o indivíduo psicopata. Este autor assinala, por outro lado, a existência no psicopata de **uma tendência crónica para a manipulação e para a exploração dos outros** em proveito próprio.

Kernberg (1984) postulou, ainda, que as personalidades narcísicas e anti-sociais se encontrariam divididas em dois níveis estruturais: um *self* real que está só, vazio, que é incapaz de aprender e que se sente inferior e inseguro; este *self* está oculto por uma máscara que, no caso do narcisista, é grandiosa e, no caso do anti-social, é destrutiva.

Beck e Freeman (1990), dois conhecidos psicólogos de orientação cognitivista, deram um contributo valioso para a caracterização da psicopatia, ao enfatizarem o papel das **crenças disfuncionais**. Estes autores sugeriram que os indivíduos psicopatas se concebem a si próprios como pessoas solitárias, autónomas e fortes e que alguns psicopatas consideram que sofreram abusos e maus tratos pela sociedade e, por se considerarem vítimas, justificam a vitimização que fazem dos outros (Beck & Freeman, 1990).

Na sua obra seminal *A máscara da sanidade* (1941), Hervey M. Cleckley fez a primeira descrição completa do psicopata prototípico: um indivíduo loquaz, arrogante, insensível, dominador, superficial, egocêntrico, dissimulado e manipulador. O autor considerava a psicopatia um transtorno grave e muito mais perigoso que a psicose, devido à sua **aparência de normalidade**. Este autor sugeriu, também pela primeira vez, que o comportamento anti-social seria apenas uma das possíveis manifestações de uma síndrome clínica muito ampla com características emocionais e interpessoais bastante distintas (Cleckley, 1976). Por este motivo, Cleckley postulou que a conduta anti-social e destrutiva era diagnosticamente insuficiente para determinar a existência da síndrome psicopática.

Partindo deste pressuposto, Cleckley sugeriu que os psicopatas não se encontravam apenas nas cadeias e que, porventura, poderiam mesmo ocupar importantes cargos de liderança e ter papéis sociais de relevo. Surgiu então a ideia inovadora, e chocante para a época, de que os psicopatas não tinham que ser

necessariamente criminosos e que poderiam mesmo viver entre nós, integrados na sociedade – “**psicopatas de sucesso ou integrados**”.

Cleckley (1941) sugeriu, por outro lado, que o psicopata padeceria de “**demência semântica**”, ou seja, não seria capaz de compreender as experiências humanas em profundidade, fingindo entendê-las. Isto significa que o psicopata é capaz de simular a moralidade e outros sentimentos humanos subtis e não tem dificuldade alguma em compreender as regras da interacção social, faltando-lhe no entanto, as emoções associadas a tais normas. Segundo Cleckley (1976) o que diferencia um “psicopata criminoso” de um “psicopata de sucesso” é que neste último a **aparência de normalidade** é muito mais firme ou consistente.

Robert Hare, professor de Psicofisiologia e de Neurologia na British Columbia University, no Canadá, é actualmente um dos especialistas em psicopatologia mais conceituados no mundo. Isto deve-se não só à circunstância de ter sido o autor da PCL-R mas também aos inúmeros estudos empíricos que tem produzido em torno desta temática, quer individualmente quer em colaboração com outros investigadores (Moltó & Poy, 1997; Raine & Sanmartín, 2000).

Segundo Hare (1999a), os psicopatas utilizam o encanto, a manipulação, a astúcia e a violência para controlar os outros e satisfazer as suas necessidades egoístas; carecem de consciência moral e de empatia em relação aos outros e procuram atingir o que querem a sangue frio, com total desrespeito pelas normas sociais e morais. A caracterização de indivíduos psicopatas por Hare retoma, de algum modo, as características assinaladas por Cleckley.

Para Hare (2004), devido à total ausência de empatia, os psicopatas não sentem lealdade seja com indivíduos, grupos ou instituições e são motivados apenas pelo seu próprio interesse. A necessidade de estímulos leva-os a correr grandes riscos de forma irresponsável e não planificada, não se preocupando com as consequências dos seus actos nos outros. O seu estilo de vida afigura-se, por isso, caracterizado pela impulsividade, nomadismo, instabilidade, oportunismo e irresponsabilidade.

Hare (1999c) defende, por outro lado, que as experiências que normalmente moldam o desenvolvimento da *consciência moral* – entendida como um mecanismo de controlo interno – não tendem a ocorrer nos psicopatas. Os psicopatas conhecem as

regras, mas apenas seguem aquelas que querem seguir. Para este autor, os psicopatas são uma espécie de “**predadores sociais**”, uma vez que se sentem completamente imunes e cuja única preocupação é a satisfação dos seus impulsos e desejos. No entanto o mesmo autor (1996a) postula que, do ponto de vista legal e psiquiátrico, o psicopata sabe a diferença entre o bem e o mal e que tem plena consciência do dano que pode causar, pelo que tem capacidade para optar, ou seja, é **imputável**.

Relativamente ao uso instrumental da agressividade e da violência, Hare (1999b, 2002) sugere que tal ocorrência terá mais a ver com as características do indivíduo do que com os factores ambientais e sociais que tendem a estar na origem da maior parte dos tipos de violência. O mesmo autor (2000, 2001, 2003a) explica que no caso dos psicopatas são inexistentes ou muito deficientes os principais mecanismos de inibição da violência e da conduta anti-social (a empatia, vínculos emocionais significativos, o medo do castigo e a culpa). Esta é provavelmente a razão por que um psicopata tem maior probabilidade de infringir as normas ou de utilizá-las em proveito próprio, do que indivíduos “normais”.

Hare (1991, 2003b) propôs uma definição para o construto “**psicopata puro**”, de acordo com a qual psicopatas puros são aqueles que pontuam muito alto na PCL-R. A PCL-R⁵ elenca vinte traços de personalidade⁶ que Hare considera fundamentais nos psicopatas puros (psicopatas criminosos): Loquacidade e encanto superficial; Autovalorização e onnipotência; Necessidade de estimulação e propensão para o aborrecimento; Mentira patológica; Manipulação e engano; Ausência de remorsos e de sentimentos de culpa; Afecto superficial; Insensibilidade, crueldade e falta de empatia; Estilo de vida parasítico; Pobre controlo da conduta; Conduta sexual promíscua; Problemas de conduta na infância; Incapacidade para estabelecer metas realistas a longo prazo e para aprender com a experiência; Impulsividade; Irresponsabilidade; Incapacidade para se responsabilizar pelos seus actos; Relações conjugais frequentes e breves; Delinquência juvenil; Revogação da liberdade condicional; Versatilidade criminal/delitiva.

⁵A PCL-R tornou-se nas últimas duas décadas o instrumento mais utilizado no diagnóstico da psicopatia, assumindo-se assim a conceptualização da psicopatia implícito nesse mesmo.

⁶Encontram-se descrições mais amplas e detalhadas dos traços da personalidade e da conduta psicopática nas obras *Without a Conscience* (Hare, 1993) e *El Psicópata: Un Camaleón en la Sociedad Actual* (Vicente Garrido, 2000).

Hare (2000) entende a psicopatia como uma entidade clínico-forense (não psicopatológica) composta por um núcleo afectivo e interpessoal de traços comportamentais directamente relacionado com um historial de comportamentos anti-sociais.

Por outro lado, na caracterização da psicopatia, a tipologia mais conhecida é aquela que distingue entre **psicopatia primária ou idiopática** (doença que não é causada por outra ou ligada a outra e que inclui reacções propriamente psicopáticas que não podem ser explicadas por nenhum processo psicodinâmico) e **psicopatia secundária ou sintomática** (doença que é sintoma de outra patologia e que inclui reacções aparentemente similares às reacções psicopáticas, mas que correspondem sobretudo a processos neuróticos) (Blackburn, 1975; Karpman, 1941; Lykken, 1957).

Karpman (1941) propôs que a grande diferença entre estes dois tipos é que o psicopata primário apresenta uma organização emocional básica ou instintiva e o psicopata secundário pode manifestar ocasionalmente emoções secundárias como o desejo de aceitação, ou sentir ansiedade e depressão.

Porter (1996, cit. in Pozueco Romeno, 2003), por seu turno, postulou que a **psicopatia primária** se deve fundamentalmente a um deficit cognitivo congénito, enquanto a **psicopatia secundária** reflecte uma alteração afectiva adquirida. Estes tipos são distintos em vários traços fundamentais, designadamente quanto aos traços que definem a psicopatia tais como a agressão, psicopatologias da personalidade e (in) competências interpessoais. A distinção entre estes dois tipos de psicopatia é consistente com as diferenças encontradas pela investigação em escalas de auto-avaliação social (Morrison & Gilbert, 2001) e também com as tipologias encontradas em investigações levadas a cabo com reclusos, delinquentes com transtornos mentais, e doentes psiquiátricos “difíceis” e “abusadores” (Skeem et al., 2004).

Perspectivas conceptuais da Psicopatia: personalidade vs. conduta

Na actualidade, parecem coexistir duas tradições no estudo da psicopatia, claramente distintas e que revelam uma discordância fundamental em torno de como se conceptualiza a própria síndrome psicopática (Hare, 1996a; Moltó & Poy, 1997).

Scott Lilienfeld (1994), por exemplo, propôs duas linhas de conceptualização para a avaliação e para a compreensão da psicopatia que variam de acordo com a ênfase

diagnóstica na faceta emocional ou nas manifestações anti-sociais: a **perspectiva da personalidade** (mais comum no quadro da psicologia/psiquiatria clínica tradicional) e a **perspectiva comportamental** (mais comum no âmbito dos estudos sistémicos e eco-bio-psico-sociológicos).

Ambas as perspectivas diferem substancialmente já não tanto epistemologicamente mas sobretudo metodologicamente, ou seja quanto aos métodos de investigação/avaliação utilizados o que tem gerado controvérsia entre os investigadores, uma vez que estes tendem a entender e a avaliar a psicopatia de acordo com a perspectiva metodológica adoptada.

A **perspectiva** baseada no construto “**personalidade**” é seguida por autores como Cleckley (1941, 1976), McCord e McCord (1956,1964), Craft (1965), Karpman (1941, 1961) e Millon (1981), entre outros, que defendem que a psicopatia deve ser entendida como uma constelação de traços de personalidade que interagem numa dialéctica multidimensional. Múltiplos investigadores filiados nesta perspectiva defendem que uma história de condutas anti-sociais repetidas não justifica necessariamente o diagnóstico de psicopatia (Davies & Feldman, 1986; Tennent, Tennent, Prins & Bedford, 1990).

Para McCord e McCord (1956, 1964), por exemplo, as principais características da psicopatia são a incapacidade para amar e para sentir culpa. Por sua parte, Michael Craft (1965) considera que os traços da personalidade fundamentais do psicopata são a ausência de empatia com os outros e a tendência para agir impulsivamente, sendo que os traços secundários são a agressividade, a falta de vergonha e de sentimentos de culpa, a incapacidade de beneficiar da experiência vivida e a ausência de motivações adequadas. Foi a partir desta perspectiva clínica, que Robert D. Hare desenvolveu a PCL (Psychopathy CheckList, 1980), com o objectivo de o tornar um instrumento psicométrico que **combinasse** traços da personalidade e condutas anti-sociais.

A **perspectiva comportamental** ganhou particular relevo na década de 70 e acabou por se reflectir nos manuais de classificação psiquiátricos da época – o *St. Louis Criteria* (Feighner et al., 1972) e o *Research Diagnostic Criteria* (RDC; Spitzer, Endicott e Robbins, 1975), mas também nos critérios de avaliação do transtorno da personalidade anti-social nas últimas 3 edições do DSM (DSM-III, 1980; DSM-III-R;

1987; DSM-IV, 1994). Esta aproximação justifica-se em parte pela dificuldade em avaliar de forma fiável os traços de personalidade e, por outro lado, a consideração de que a delinquência em idade precoce é um sintoma claro do transtorno (Robbins, 1966, 1978). É por este motivo que o comportamento delituoso e anti-social tem tanto peso nos critérios do TAP (Transtorno da Personalidade Anti-social) (Hare & Hart, 1989; Widger & Corbitt, 1992).

Segundo os defensores desta corrente, é mais fácil e fiável centrar a atenção nas condutas concretas que tipificam um transtorno do que nas suas causas subjacentes. Esta ideia levou, em parte, a que no DSM-III (APA, 1980) e na sua revisão, o DSM-III-R (1987), a categoria de Transtorno Anti-social da Personalidade surgisse em substituição de entidades diagnósticas anteriores como a psicopatia, a sociopatia ou a personalidade dissocial.

Subjacente ao conflito teórico entre a perspectiva da personalidade e a perspectiva comportamental está a confusão diagnóstica entre o transtorno anti-social da personalidade (TAP) e a psicopatia. O **Transtorno Anti-social da Personalidade** (TAP) encontra-se definido pela APA (*American Psychiatric Association*) no DSM-IV-TR como um padrão comportamental consistente de desrespeito ou violação dos direitos dos outros que tem início na infância ou na adolescência e que se mantém na idade adulta. Por vezes, o TAP é também chamado psicopatia ou sociopatia porque se considera que esta síndrome seja uma manifestação daquele. No entanto, muitos investigadores consideram que o TAP e a psicopatia são entidades distintas.

Estudos demonstram que 75% a 80% dos ofensores condenados satisfazem os critérios do TAP (Hare, 1983), no entanto, a taxa de prevalência da psicopatia em centros penitenciários, definida por outros instrumentos que levam em conta os traços da personalidade da síndrome psicopática – como é o caso da PCL-R de Hare (1991) – situam a incidência da psicopatia entre 15% e 25%, sendo que se trata de um conjunto relativamente homogéneo de pessoas em termos das suas características afectivas e interpessoais (Hare, 1996b).

Podemos, então, dizer que existe uma associação assimétrica entre ambos os procedimentos de avaliação: cerca de 90% de psicopatas diagnosticados com a PCL-R cumprem também os critérios do TAP, no entanto, apenas 20-30% dos indivíduos

diagnosticados com TAP satisfazem os critérios da PCL-R (Hare, 1991; Hart & Hare, 1989). Como consequência, os indivíduos diagnosticados com TAP são mais heterogêneos em relação aos traços da personalidade que definem a psicopatia (Hart et al., 1992). Mesmo assim, estes critérios permitem-nos identificar os chamados “psicopatas de sucesso”, i.e., aqueles indivíduos que possuem os traços de personalidade prototípicos da psicopatia, mas que não demonstram, por outro lado, a conduta anti-social persistente e crónica.

A psicopatia e o TAP seriam, assim, entidades clínico-forenses parecidas e ao mesmo tempo distintas. A psicopatia é, de acordo com as informações disponíveis, muito semelhante ao TAP mas não contempla muitos dos seus traços anti-sociais/delituosos. O melhor exemplo disto mesmo é o chamado **psicopata de sucesso** ou **integrado**, ou seja, o psicopata não delinquente que apresenta todas as características diagnósticas da psicopatia na dimensão da personalidade, mas não na vertente da conduta desviante, anti-social.

Veja-se, se considerarmos apenas a componente comportamental caracterizada por “condutas anti-sociais”, descreve-se o TAP e não a síndrome psicopática que entende componentes da personalidade assim como da conduta. Se entendermos que as condutas delinquentes são um sintoma *sine qua nondo* TAP e que este é o mesmo que psicopatia, então teríamos que admitir que todos os psicopatas são delinquentes, o que não é o caso.

A hipótese de fazer equivaler o TAP à conduta criminal, pressupõe a identificação de condutas criminosas como critério exclusivo para o diagnóstico da psicopatia, não atribuindo especial relevo às condutas interpessoais disfuncionais, o que não está de acordo com a investigação disponível (Hare, 1991). Neste sentido constituiria erro e fonte de equívoco assinaláveis o uso intercambiável de ambos os conceitos como se se tratasse do mesmo construto (Moltó & Poy, 1997).

Vários autores têm criticado a perspectiva comportamental por ser demasiado inclusiva, uma vez que pode identificar como psicopatas indivíduos que padecem de outras síndromes associadas (ou seja, falsos positivos), como é o caso, por exemplo, de vários transtornos da ansiedade (Boyd et al., 1984). Este achado atenta contra a validade do construto “psicopatia”, uma vez que um nível baixo de ansiedade tem sido

considerado um dos traços distintivos dos psicopatas (Cleckley, 1941). Estes falsos positivos foram denominados por alguns autores como “psicopatas secundários ou sintomáticos” (Blackburn, 1988; Karpman, 1941) por oposição aos “psicopatas primários ou idiopáticos” (Karpman, 1941). Outros autores há, no entanto, que têm criticado a perspectiva comportamental como sendo pouco inclusiva, uma vez que ao utilizarmos os critérios subjacentes àquela perspectiva não se chegaria a diagnosticar como psicopatas aqueles indivíduos que tendem a evitar o contacto com o sistema legal/judicial. O que significaria, que esta perspectiva propenderia a estar mais centrada nos psicopatas mal adaptados e criminosos (que constituem praticamente todos os delinquentes comuns, que certamente serão mais casos de TAP do que de psicopatia) do que nos psicopatas de alto funcionamento cognitivo-intelectual, também chamados **psicopatas integrados** (Garrido Genovés, 2000), **de sucesso** (Babiak & Hare, 2006; Widom, 1977, 1978) ou **bem adaptados** (Sutker & Allain, 1983).

Para Garrido Genovés (2005) a psicopatia é uma síndrome emocional e comportamental que pode aparecer disfarçada por características semelhantes ao TAP. Apesar do amplo debate sobre se a psicopatia representa um conceito unitário coerente (Hare, 1991, 2003b), existe abundante evidência empírica da sua **multidimensionalidade**.

Cleckley (1976) propôs que a psicopatia constitui uma síndrome inerentemente paradoxal no qual confluem, ao mesmo tempo, um “severo desajuste comportamental” e um “aparente bom ajuste psicológico”. Concretamente, os critérios de diagnóstico propostos por Cleckley incluem três aspectos diferentes da síndrome psicopática:

- **Indicadores explícitos de um bom ajuste psicológico** (simpatia/empatia superficial, inteligência, ausência de alucinações/pensamento irracional, ausência de nervosismo e de tentativas de suicídio);
- **Indicadores de desvio comportamental persistente** (comportamentos anti-sociais sem aparente justificação, irresponsabilidade, promiscuidade, incapacidade de seguir um plano de vida);
- **Indicadores afectivos** (reacções emocionais pobres ou inexistentes e falta de relações interpessoais autênticas).

Com base nestes indicadores, podemos dizer que a síndrome psicopática é um transtorno afectivo / emocional / comportamental em que o indivíduo apresenta, desde cedo, competências sociais e interpessoais altamente disfuncionais e comportamentos de risco/destrutivos. Estes indivíduos caracterizam-se pela falta de empatia, incapacidade para estabelecer relacionamentos afectivos profundos, incapacidade de sentir remorsos, culpa ou ansiedade, uma tendência crónica para a mentira e para a manipulação oportunista dos outros, combinado com uma postura intensamente impulsiva, por vezes agressiva e orientada para a gratificação imediata.

Os esforços para traduzir os critérios de Cleckley na PCL-R (Hare, 1980, 1991) deram lugar a um conjunto de itens que reflectem principalmente as dimensões da desviância e do desajuste, limitando assim as características relacionadas com o bom ajuste psicológico. Na verdade, observou-se que a PCL-R cobre um conjunto heterogéneo de traços da personalidade desadaptativos (Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2004). Portanto, considerar a psicopatia como um construto unitário – partindo da pontuação total do indivíduo na PCL-R – pode conduzir a uma imagem do psicopata como um indivíduo mais agressivo e psicologicamente desajustado do que a maioria dos psicopatas descritos por Cleckley (Patrick, 2006).

Outras propostas recentes reiteram a necessidade de redefinir o construto “psicopatia” (Lilienfeld & Fowler, 2006). Mais do que uma constelação de sinais e símbolos interrelacionados (Kazdin, 1983), Lilienfeld e Andrews (1996), Grove e Tellegen (1991) e Benning e colaboradores (2003) propõem que a psicopatia é uma “**configuração desadaptativa**” de dimensões relativamente independentes. Partindo desta perspectiva, desenvolveu-se o *Psychopathic Personality Inventory (PPI)*, um questionário de auto-avaliação para avaliar as tendências psicopáticas em amostras não prisionais.

Análises recentes baseadas em dados obtidos a partir do PPI, não permitiram a extracção de uma solução taxonómica, o que sugere que a psicopatia poderia ser entendida como um “**construto contínuo**” (Guay & Knight, 2003; Hare & Neumann, 2006; Marcus et al., 2004). De igual modo, os resultados de vários estudos recentes sobre a estrutura factorial do PPI (Benning et al., 2003, 2005) fornecem evidência da existência de dois factores ortogonais, cujas correlações com variáveis de critério externas são semelhantes às que se encontraram para as duas principais dimensões da

PCL-R: a dimensão “personalidade” e a dimensão “conduta” (Harpur et al., 1989; Patrick, 1994, 1995; Patrick et al., 1997; Verona et al., 2001).

Por outro lado, também existe uma proposta de um **modelo dimensional do funcionamento geral da personalidade** (por exemplo, o conhecido modelo da Psicologia – Modelo dos Cinco Factores; Widiger & Costa, 2002). Desta perspectiva, a psicopatia pode estar representada por modelos multidimensionais que descrevem variantes desadaptativas de traços da personalidade normais (Blackburn, 1998a; Lynam, 2002; Livesley, 1998; Widiger, 1998; Widiger & Lynam, 1998). Vários estudos empíricos oferecem evidência que suportam esta proposta (Benning et al., 2003; Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2004; Miller, Lynam, Widigere & Leukefeld, 2001; Miller & Lynam, 2003 cit. in Pozueco Romeno, 2009).

Conclusão

Independentemente da sua pretensa unidimensionalidade ou multidimensionalidade, se é verdade que a síndrome psicopática configura uma combinação específica de traços distintivos, como mantinha Cleckley (1976), isolar estas componentes pode proporcionar uma ferramenta de grande utilidade para compreender melhor a totalidade da psicopatia e das suas variantes – sobretudo no caso dos psicopatas integrados – assim como para clarificar os mecanismos etiológicos subjacentes. Não obstante, não foi ainda possível chegar a um consenso sobre a natureza do construto “psicopatia”, nem parece haver ainda clareza ou precisão suficientes acerca da sua tipologia.

O construto “psicopatia” tem induzido inúmeras alterações semânticas e conceptuais desde a sua génese, continuando a ser fonte de equívocos e de discussão para muitos, sobretudo para aqueles que a consideram, erroneamente, sinónimo de perturbação mental e/ou de criminalidade.

Embora nem todos os psicopatas tenham contacto formal com a justiça criminal, os traços que os caracterizam e a forma e o modo como interagem com os outros e o meio que os rodeia fazem com que estes indivíduos estejam sempre em grande risco de delinquir e/ou de se tornarem violentos. O que exige que a ciência e os investigadores

cheguem o mais depressa possível a um diagnóstico e identificação eficazes, numa óptica de prevenção e de contenção.

Referências bibliográficas

American Psychiatric Association (APA) (1980). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)* (3rd Ed.). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA) (1987). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* (3rd Ed. Revised). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th Ed.). Washington, DC: APA.

Babiak, P. & Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York: Regan Books.

Berrios, G. E. (1993) European views on personality disorders: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 14-30.

Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. New York: Cambridge University Press.

Blackburn, R. (1975). An empirical classification of psychopathic personality. *British Journal of Psychiatry*, 127, 456-460.

Blackburn, R. (1998). Psychopathy and the contribution of personality to violence. In T. Millon, E. Simonsen, M. BirKet-Smith & R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 50-68). New York: The Guilford Press.

Cleckley, H. M. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify the so-called psychopathic personality* (1st Edition). St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Cleckley, H. M. (1976). *The mask of sanity: An attempt to clarify the so-called psychopathic personality* (5th Edition). St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Coid, J. W. (1993). Current concepts and classifications of psychopathic disorder. In P. Tyrer & G. Stein (Eds.). *Personality disorder reviewed* (pp. 113-164). London, UK: Gaskell Press.

Cooke, D. J., Forth, A. E. & Hare, R. D. (Eds.) (1998). *Psychopathy: Theory, research, and implications for society*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer.

Craft, M.J. (1965). *Ten studies into psychopathic personality*. Bristol, UK: John Wright.

Doren, D. M. (1987). *Understanding and treating the psychopath*. New York: John Wiley & Sons.

Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1978). Psychopathy, personality, and genetics. In R. D. Hare & D. Schalling (Eds.). *Psychopathic behaviour: Approaches to research* (pp. 197-223). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Garrido Genoves, V. J. (2000). *El psicópata: Uncamaleón en la sociedad actual*. Alcira, Valencia: Algar.

Garrido Genoves, V. J. (2005). *Qué es la psicología criminológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Gomez-Jarabo, G. (Ed.) (1999). *Violencia: Antítesis de la agresión*. Valencia: Promolibro.

Guay, J. P., Ruscio, J., Knight, R. A. & Hare, R. D. (2007). A taxometric analysis of the latent structure of psychopathy: Evidence for dimensionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 701-716.

Hare, R. D. (1983). Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 887-890.

Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): Manual* (1st Edition). Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (1996a). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25-54.

Hare, R. D. (1996b). Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13, 39-40.

Hare, R. D. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. In T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith & R. D. Davis (Eds.). *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 188-212). New York: The Guilford Press.

Hare, R. D. & Herve, H. (1999a). *The Hare P-Scan: Research Version*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (1999b). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3), 181-197.

Hare, R. D. (2000). La naturaleza del psicópata: Algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana. In A. Raine & J. Sanmartin (Eds.), *Violencia y psicopatía* (pp. 15-58). Barcelona: Ariel.

Hare, R. D. (2001). Psychopaths and their nature: Some implications for understanding human predatory violence. In A. Raine & J. Sanmartin (Eds.). *Violence and psychopathy* (pp. 5-34). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Hare, R. D. (2002). Psychopathy and risk for recidivism and violence. In N. Gray, J. Laing & L. NoaKs (Eds.). *Criminal justice, mental health, and the politics of risk* (pp. 27-47). London, UK: Cavendish Publishing.

Hare, R. D. (2003a). *Sinconciencia: El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. Barcelona: Paidós.

Hare, R. D. (2003b). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)* (2nd ed). Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (2004). Psychopathy and risk for recidivism and violence. *Criminal Justice, Mental Health, and the Politics of Risk* (pp. 27-47). London: Cavendish.

Hare, R. D. & Schalling, D. (Eds.) (1978). *Psychopathic behaviour: Approaches to research*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Harpur, T. J., Hare, R. D. & Hakstian, A. R. (1989). A two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and implications for assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 6-17.

Hart, S. D. & Hare, R. D. (1989). Psychopathology and antisocial personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 129-132.

Kernberg, O. T. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.

Lykken, D. T. (1978). The psychopath and the lie detector. *Psychophysiology*, 15(2), 137-142.

Mccord, W. M. & Mccord, J. (1956). *Psychopathy and delinquency*. New York: Grune & Stratton.

Mccord, W. M. & Mccord, J. (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Mealey, L. (1995). The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. *Behavioral and Brain Sciences*, 18(3): 523-599.

Meloy, J.R. (1988). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Molto, J. & Poy, R. (1997). La Psicopatía. In M. Clemente Diaz & J. Fiez (Coords.). *Psicología jurídica penitenciaria (vol. I)*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Molto, J., Poy, R. & Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders*, 14(1), 84-96.

Pozueco Romero, J. M. (2009). *Psicópatas, gente corriente, enfermos mentales y delincuentes: Desenmascarando al psicópata através de superpersonalidad y conducta*. Curso on-line através do Campus Virtual de Edusalud / Psiquiatria.com.

Rainde, A. & Sanmartin, J. (2000). *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel

Widiger, T. A., Corbitt, E. M. & Millon, T. (1992). Antisocial personality disorders. In A. Tasman & M. B. Riba (Eds.). *Review of psychiatry (Vol. 11)* (pp. 63-79). Washington, DC: American Psychiatric Press.

**Estudo exploratório da sintomatologia e personalidade do indivíduo recluso
no Estabelecimento Prisional do Linhó/**

Exploratory Study of Sintomatology and Personality of Inmate in Prison of Linhó

Maria Dulce Marques Pires (1), Márcio Roberto Simão Pereira (2) & Rute Sofia Ribeiro
Brites (3)

(1) Universidade Autónoma de Lisboa.

(2) Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

(3) Universidade Autónoma de Lisboa.

Resumo

O presente estudo incide sobre a caracterização da personalidade e sintomatologia do indivíduo recluso, tendo tido como amostra um grupo de 30 reclusos do Estabelecimento Prisional do Linhó. Os instrumentos utilizados - o Inventário Multiaxial de Millon-II e um Questionário Sócio-Demográfico permitiram quantificar os níveis elevados de perturbação anti-social, narcísica, aditiva, para abuso de drogas, estado-limite e, com índices com menor expressão, psicose, ansiedade e distímia. Os indivíduos da nossa amostra apresentam perturbações ao nível da personalidade e sintomatologia, que nos reportam para as escolhas criminais e para o contexto prisional, colocando em evidência a associação entre alguns factores intra-psíquicos e a história criminal de cada pessoa.

Palavras-chave: sintomatologia, personalidade, recluso.

Abstract

This study is about personality and symptomatic aspects of the inmate, and was done with 30 inmates of Linhó's prison. We use the Millon Multiaxial Inventory-II, and a Socio-Demographic questionnaire that allow us to measure the high levels of antisocial disorder, narcissist, addict, to drugs abuse, borderline and indices with minor expression like psychotic, anxious, and dysthymic. The subject of our sample presents disorders in personality and symptomatic levels that report us to criminal choices and to the prison context, put in evidence the association between intra-psychics factors and the criminal history of each person.

Key-words: symptomatic, personality, inmate.

Introdução

A presente investigação, no âmbito do estudo da sintomatologia e personalidade do indivíduo recluso, tinha como objectivos gerais o estudo (de carácter exploratório) da personalidade e da sintomatologia do indivíduo recluso, pretendendo simultaneamente constituir um contributo no âmbito da investigação criminal e na pesquisa de informação que possa ser útil no âmbito da intervenção mais adequada a nível psicológico junto destes indivíduos.

Pretendíamos ainda, acrescidamente, averiguar a presença de perturbações mentais como elemento constitutivo da estrutura de personalidade no âmbito clínico, as quais o presente artigo expõe; pesquisar traços de personalidade no âmbito não clínico; verificar a existência de possíveis relações entre domínios da personalidade, perturbações mentais e tipo de crime, servindo de suporte teórico às nossas hipóteses as teorias de personalidade e teorias criminais.

Millon, num modelo que combina a avaliação com a intervenção, agregou vários modelos da personalidade e psicologia, num sistema que abarca os planos biológico, psicológico, social e cultural em constante interacção, tendo mais recentemente incluído alguns aspectos da teoria evolucionista. Este modelo combina a avaliação com a intervenção (Alchieri, Cervo & Núñez, 2005).

O autor apontou quatro princípios ecológicos, os objectivos da existência, os modos de adaptação, as estratégias de replicação e os processos de abstracção, os quais, conduzem às seguintes polaridades: prazer-dor, activa-passiva e self-outros (Choca, 1945/2004) estando as mesmas interligadas, fundindo-se na complexidade do ser humano.

O modelo pretende demonstrar o tipo de relacionamentos interpessoais passíveis de serem formados pelas pessoas num sistema composto por quatro estilos: independente, dependente, ambivalente e indiferente (Negredo, 2000) que em interacção com determinado modo de adaptação - passivo ou agressivo - resulta num tipo de personalidade (Choca, 1945/2004).

Consustanciando uma análise mais cuidada, é essencial atendermos ao contexto prisional, bem como às características inerentes ao mesmo.

A cultura prisional dita um instinto protector e um afastamento entre reclusos (Phillips, 2001 cit. in Schwartz, Buboltz & Seemann, 2004). Diante de um processo algo extensivo de privação a que o indivíduo é submetido, o mesmo vai criar defesas, contra a exploração e realização de falta de controlo interpessoal no ambiente prisional que poderia provocar investimentos emocionais em relacionamentos que se tornariam um risco imprevisível de forma negativa (Haney, 2001).

Os reclusos que trabalham a designada “máscara prisional” a nível emocional e comportamental, podem desenvolver uma instabilidade emocional que se pode tornar crónica e debilitante nas interações sociais e nos relacionamentos, criando, progressivamente, uma permanente distância entre eles e os outros (Carvalho, 2003).

Hartwell (2004) quantificou a prevalência de doença mental entre reclusos como quatro vezes superior à da população em geral, o que aumenta a atenção sobre esta temática e justifica a nossa intervenção.

No que concerne ao Eixo I do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV-TR (DSM), nomeadamente à prevalência de perturbações aditivas, para a escala da dependência das drogas tem-se no estabelecimento em causa, uma estimativa de 70% (Paiva & Pereira, 2006), ao visitar inúmeros estudos, a variação respeitante a esta perturbação oscila entre os 10 e os 90%.

O mais comum é que as perturbações aditivas sejam acompanhadas por várias condições comórbidas, com maior proeminência do grupo B das perturbações de personalidade (Patrício, 1997), e assim do Eixo II do Manual anteriormente referido, em especial da perturbação anti-social da personalidade (Nestor, 2002; Fridell & Hesse, 2006).

No que respeita à esquizofrenia, psicoses não especificadas e perturbação delirante, tem-se uma variação entre os 3,0% e os 7,0%. A Distímia surge por Coid (2002) com 18,0%. Estes dados têm de ter em consideração o efeito de substâncias ou da abstinência das mesmas e ainda o contexto, prisional, que os propiciam, o mesmo acontece com a ansiedade (Ventura & David, 2001).

No que diz respeito à Depressão, tem-se uma variação entre 10,0% e 43,0%. Em seguida apresentam-se os dados pertencentes às perturbações do Eixo II. Nairey (2000,

cit. in Godfrey et al., 2005) refere uma prevalência de 90,0% de perturbações de personalidade entre a população prisional.

No que respeita a Portugal, Almeida e Pinto da Costa (1992 cit. in Oliveira & Gonçalves, 2007) realizaram uma retrospectiva das perícias psiquiátricas entre os anos de 1988 e 1990 no distrito do Porto, sendo que, relativamente a diagnósticos psiquiátricos, o mais encontrado foi o da perturbação de personalidade com 50%, seguiu-se o “atraso” mental com 30% e a epilepsia com 17,5%.

Tabela 1 – Variações de Prevalência de Perturbações de Personalidade em reclusos

<i>Perturbações De Personalidade</i>	<i>Variação encontrada nos Estudos P (%)</i>
Anti-Social	11,0 – 84 %
Narcísica	6,8 – 63,0 %
Estado-Limite	3,1 – 69,0%
Paranoide	10,0 – 67,0%
Esquiotípica	2,0-27,0%
Evitante	7,0; 21,0%
Dependente	1,0-14,0%
Esquióide	3,6%-11,0%
Histriónica	2,0-43,0%
Passiva-Agressiva (DSM-III)	4,5; 51,0%

Tal como podemos observar na Tabela 1, as percentagens encontradas em variados estudos no que concerne às Perturbações de Personalidades nesta população comportam um grau elevado de variância, tal pode dever-se ao facto de serem utilizados diferentes métodos de estudo. No entanto podemos afirmar após pesquisa, que para a Perturbação Anti-Social da Personalidade, a maioria no que respeita a prevalência encontra-se acima dos 50,0%, sobressaindo de entre as demais.

No que respeita às restantes prevalências embora considerando a elevada variância, são fundamentalmente elevadas, justificando investigar a prevalência das mesmas na nossa amostra, acrescendo o conhecimento sobre o indivíduo recluso do Estabelecimento em causa.

Perspectiva de investigação

Atendendo aos dados encontrados na literatura acerca das perturbações mentais neste contexto, formulámos como hipóteses de investigação:

- A prevalência de perturbações de personalidade nesta população será superior à incidência global.
- As perturbações mentais mais prevalentes serão as perturbações aditivas e perturbações de personalidade, anti-social, narcísica, estado-limite, passivo-agressiva e paranóide.
- Existirá uma comorbilidade entre as perturbações da personalidade, anti-social, narcísica, estado-limite, passivo-agressiva e paranóide e as perturbações aditivas.
- Uma elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, e uma fraca expressão de sintomas psicóticos entre estes indivíduos.

Procuraremos ainda elaborar uma proposta sobre os Estilos de Relacionamento Interpessoal mais prevalentes, atendendo à Teoria de Millon.

Metodologia

Caracterização da população reclusa do Estabelecimento Prisional do Linhó

De acordo com as estatísticas disponíveis (de 2004), o utente modelo de entrados no Estabelecimento Prisional do Linhó é do sexo masculino, jovem (entre os 21 e os 30 anos), de nacionalidade portuguesa, solteiro, condenado e com penas longas (mais de 6 anos), com o segundo ciclo do Ensino Básico e com actividade ocupacional, encontrando-se no estabelecimento por crimes contra o património, nomeadamente, furtos.

O utente/modelo dos entrados na ala de segurança é do sexo masculino com uma média de idades de 37 anos (moda de 38), de nacionalidade portuguesa, com o sexto ano de escolaridade, e encontram-se preventivos (Serviços Clínicos, 2006).

A população prisional é jovem, composta por cerca de 620 reclusos provenientes na sua maioria, dos bairros problemáticos da Grande Lisboa (Lourenço, 2006) e de

etnias variadas que contam no seu historial hábitos de consumo ilícitos, poucos hábitos de trabalho e fraca postura cívica (Paninho & Amaral, 2006). Os reclusos estrangeiros são na sua maioria, oriundos dos países africanos de língua portuguesa, e os restantes, da América Latina e de países europeus. Os crimes na sua maioria provêm do consumo de estupefacientes, pelo que uma das problemáticas mais comuns são precisamente as perturbações de adição, na ordem dos 70% (Paiva & Pereira, 2006).

Apresentam-se como Factores de Inclusão na amostra, o facto de frequentar ou ter frequentado acompanhamento psicológico e/ ou grupo terapêutico (devido à dificuldade de colaboração dos reclusos em investigações e à confiança já previamente estabelecida com os mesmos), e a existência de uma história de consumos (pelo facto de na população em causa, haver uma prevalência elevada de perturbações aditivas, torna-se fundamental a representação das mesmas, para que haja uma amostra significativa da população).

Foram excluídos da investigação (por factores relacionados com a dificuldade de realização dos testes e a existência de estados alterados) indivíduos com debilidade mental, indivíduos com Síndrome de Abstinência Aguda, indivíduos sem a escolaridade suficiente para a compreensão dos testes, e indivíduos em estado de descompensação psicótica.

Participantes

De um efectivo de 620 sujeitos, foi autorizada a aplicação a um total de 30 sujeitos por parte da Direcção Geral dos Serviços Prisionais. Esta amostra é por conveniência, uma vez que apenas pudemos integrar os indivíduos que responderam ao nosso pedido, tendo-se ainda que atender ao funcionamento da Instituição e às características da população em causa.

Caracterização da Amostra

Tal como exposto na Tabela 2, a amostra é constituída por 30 sujeitos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 33 anos, sendo que a maioria: 56,7%, tem entre 21 e 26 anos; 30%, tem curso profissional; 83,3%, são solteiros;

66,7% é a 1ª vez que está preso, não sendo reincidentes, sendo que para os que já estiverem presos, 80%, teve duas vezes preso.

No que respeita ao motivo da pena, a maioria, 33,3% dos sujeitos, cometeu roubo/furto. Relativamente ao consumo de droga, a maioria da amostra 53,3% não é consumidor, sendo que os que consomem, a maioria, 64,3% encontra-se a consumir apenas drogas leves.

Tabela 2 – Tabela de caracterização Sócio-Demográfica

		Percentagem (%)	n
Idade	21-26 anos	56,7	17
	Curso profissional	30,0	9
	Curso Médio ou Superior	6,7	2
Estado civil	Solteiro	83,3	25
	Divorciado	3,3	1
1ª vez preso	Sim	66,7	20
	Não: 2 vezes preso	80,0	8
Motivo da Pena	Roubo/Furto	33,3	10

Instrumentos

Inventário Multiaxial de Millon-II

Este inventário serve a teoria de Millon, proporcionando uma avaliação clínica da personalidade do indivíduo, no seu todo, com base numa avaliação compreensiva, tendo utilidade a nível da avaliação e tratamento de pessoas com dificuldades emocionais e interpessoais. Avalia o que Millon descreve como estilos básicos de funcionamento da personalidade, definidos segundo denominações do eixo II do DSM-III-R. Tem várias escalas de avaliação que concernem ao Eixo I e Eixo II (Millon, 1999).

Este inventário comporta, o índice X-índice de sinceridade; o índice Y-índice de desejabilidade social e, o índice Z-índice de alteração. Tem-se uma primeira Escala para

a Avaliação da Personalidade Clínica (1-8B), que contempla as escalas, Esquizóide, Evitante, Dependente, Histriónica, Narcísica, Anti-Social, Agressiva-Sádica, Compulsiva, Passiva-Agressiva e Defensiva. Tem-se a escala da Personalidade Patológica Grave (S, C, P) que contempla as escalas, Esquizotípica, Borderline e Paranóide.

A Escala dos Síndromes Clínicos Moderados ou “Neuróticos” (A-T) que contempla as escalas Ansiedade, Somatoforme, Bipolar/ Maníaca, Distímia, Dependência de Álcool e Dependência de Drogas. E a escala dos Síndromes Clínicos Graves ou Psicóticos (SS, CC e PP), que contempla a escala de Desordem de Pensamento, Depressão Major e Perturbação Delirante. Permite ainda aferir o risco de suicídio (Millon, 1999).

Este inventário é utilizado junto da população reclusa do mesmo estabelecimento, tendo já se verificado a sua utilidade e importância junto à mesma. O teste possui uma pontuação de corte, que refere que acima de 75 já se considera a existência de perturbação, iremos estimar o valor superior a 80, criando uma margem de erro, devido ao facto do teste não estar aferido para a população. As perturbações correspondem ao DSM-III-R, com extensão para o DSM-IV. Será ainda possível aferir com este inventário o factor de risco para suicídio (Millon, 1999). A cotação é realizada em programa informático próprio do teste.

Questionário de Dados Sócio-Demográfico

Devido à necessidade de mais dados para validar melhor o estudo, caracterizar a nossa amostra e ir de encontro aos objectivos secundários, possibilitando a criação e análise de outras variáveis (como motivação da pena, número de vezes preso), criou-se um Questionário de Dados Sócio-Demográfico.

Procedimento

Após a obtenção de autorização para o estudo junto da Direcção Geral dos Serviços Prisionais (para uma amostra de 30 sujeitos), procedeu-se à selecção dos indivíduos, através das listas existentes no Serviço de Psicologia, relativas aos

grupos terapêuticos e acompanhamentos psicológicos, e ao recurso à Escola do estabelecimento prisional, com base nos factores de inclusão e exclusão da amostra. Os indivíduos seleccionados foram, chamados, em seis fases, num período de um mês. A duração da aplicação variou entre uma e três horas, consoante a localização destes no estabelecimento e as medidas de segurança que lhe respeitam. A todos foi feita uma breve introdução do estudo e solicitada a participação voluntária.

Resultados das Escalas do Inventário Clínico Multiaxial de Millon-II

A Tabela 3, demonstrativa dos resultados obtidos na Escala de Avaliação da Personalidade Clínica, revela, relativamente à prevalência do nível de perturbação, uma predominância da Escala Anti-Social, presente em 73,3% (n = 22) da amostra (x = 94,23, s = 18,678), seguida da Escala Narcísica (x = 84,70, s = 17,428) com uma prevalência de 63,3% (n = 19) da amostra. A Escala com menor prevalência revelou-se ser a Escala Dependente (x = 56,83, s = 27,022) com 10% (n = 3) de indivíduos com perturbação.

Tabela 3 - Escala de Avaliação da Personalidade Clínica

Escala	Média	Desvio Padrão	Sem Perturbação		Com Perturbação	
			Freq.	P.(%)	Freq.	P.(%)
Esquióide	69,20	19,712	24	80,0%	6	20,0%
Evitante	76,73	23,007	17	56,7%	13	43,3%
Dependente	56,83	27,022	27	90,0%	3	10,0%
Histriónica	69,87	12,283	22	73,3%	8	26,7%
Narcísica	84,70	17,428	11	36,7%	19	63,3%
Anti-Social	94,23	18,678	8	26,7%	22	73,3%
Agressiva-Sádica	83,17	21,091	17	56,7%	13	43,3%
Compulsiva	60,70	19,916	26	86,7%	4	13,3%
Passiva-Agressiva	77,93	26,613	17	56,7%	13	43,3%
Auto-Destrutiva	74,20	26,741	19	63,3%	11	36,7%

Note: Freq. – Frequência; P. (%) – Percentagem

No que concerne a Escala da Personalidade Patológica Grave (Tabela 4) verifica-se, relativamente a prevalências do nível de perturbação, a presença de 30% (n

= 9) na Escala Estado-Limite ($x = 76,33$, $s = 20,531$), indicador de instabilidade e desregulação emocional e uma minoria, 23,3% ($n = 7$), na Escala Esquizotípica ($x = 73,90$, $s = 17,415$), que aponta novamente para o isolamento social; apesar deste indicador ser minoritário, a expressividade do seu valor mantém-se.

Tabela 4 - Escala da Personalidade Patológica Grave

Escala	Média	Desvio Padrão	Sem Perturbação		Com Perturbação	
			Freq.	P.(%)	Freq.	P.(%)
Esquizotípica	73,90	17,415	23	76,7%	7	23,3%
Estado-Limite	76,33	20,531	21	70,0%	9	30,0%
Paranóide	76,70	15,951	22	73,3%	8	26,7%

Note: Freq. – Frequência; P. (%) – Percentagem

No que respeita à Escala dos Síndromes Clínicos e “Neuróticos” (ver Tabela 5), a maioria (66,7%) - relativamente a prevalências do nível de perturbação – recai na Escala de Abuso de Drogas ($x = 85,63$, $s = 18,768$), seguindo-se a Escala da Distímia ($x = 61,17$, $s = 34,526$) com 43,3% e a Escala da Ansiedade ($x = 66,10$, $s = 28,888$) com 36,7%.

Tabela 5 - Escala dos Síndromes Clínicos e “Neuróticos”

Escala	Média	Desvio Padrão	Sem Perturbação		Com Perturbação	
			Freq.	P.(%)	Freq.	P.(%)
Ansiedade	66,10	28,888	19	63,3%	11	36,7%
Histeriforme	55,77	15,865	28	93,3%	2	6,7%
Hipomania	63,80	11,574	29	96,7%	1	3,3%
Distímia	61,17	34,526	17	56,7%	13	43,3%
Abuso de Alcool	74,23	13,620	21	70,0%	9	30,0%
Abuso de Drogas	85,63	18,768	10	33,3%	20	66,7%

Note: Freq. – Frequência; P. (%) – Percentagem

No que respeita à Escala dos Síndromes Graves ou Psicóticos (Tabela 6), temos relativamente a prevalências do nível de perturbação, 20%, na Escala da Perturbação Delirante ($x = 68,43$, $s = 12,437$), que comporta uma vez mais características de permanente tensão, alerta e vigília em relação aos outros, sendo a escala menos expressiva a Escala da Depressão Major ($x = 60,50$, $s = 17,158$) com 6,7%. No que diz respeito ao Risco de Suicídio, tem-se para a nossa amostra, sem risco, 73,3% ($n = 22$), a maioria, e com risco, 26,7% ($n = 8$) (ver Tabela 7).

Tabela 6 - Escala dos Síndromes Graves ou Psicóticos

Escala	Média	Desvio Padrão	Sem Perturbação		Com Perturbação	
			Freq.	P.(%)	Freq.	P.(%)
Pensamento Psicótico	66,20	16,361	26	86,7%	4	13,3%
Depressão Major	60,50	17,158	28	93,3%	2	6,7%
Perturbação Delirante	68,43	12,437	24	80,0%	6	20,0%

Note: Freq. – Frequência; P. (%) – Percentagem

Tabela 7- Risco de Suicídio

Risco de Suicídio	Freq.	P.(%)
Sem Risco	22	73,3%
Com Risco	8	26,7%

Note: Freq. – Frequência; P. (%) – Percentagem

Comorbilidade entre as Perturbações da Personalidade, Anti-Social, Narcísica, Estado-Limite, Passivo-Agressiva, Paranóide e as Perturbações Aditivas

Tal como já referido anteriormente, com base nos inúmeros estudos pesquisados, e na observação clínica realizada, prevalecem as comorbilidades, nomeadamente entre as perturbações aditivas e as perturbações de personalidade, sendo que entre estas, a Anti-Social, Narcísica, Estado-Limite, Passivo-Agressiva e Paranóide se sobressaem.

Sendo assim, temos em relação à comorbilidade entre perturbações aditivas, nomeadamente para as substâncias, álcool e drogas, e as referidas perturbações de personalidade, valores que sugerem que os sujeitos com perturbação anti-social os níveis de abuso de álcool ($x = 77,95$, $s = 10,657$) são significativamente superiores ($t = -1,991$, $p = 0,056$) aos dos que não sofrem desta perturbação ($x = 64,00$, $s = 16,266$), atestando uma comorbilidade entre o nível de abuso de álcool e a escala anti-social, comprovada pela correlação positiva moderada existente ($r = 0,478$, $p = 0,008$) encontrada.

Constatação idêntica no que respeita os sujeitos com perturbação passiva-agressiva, com níveis superiores de abuso de álcool ($x = 81,31$, $s = 9,733$) do que os que não sofrem desta perturbação ($x = 68,82$, $s = 13,907$), verificando-se ser esta uma diferença significativa ($t = -1,991$, $p = 0,056$), remetendo para a comorbilidade entre o nível de abuso de álcool e a escala passiva-agressiva, alicerçada também na presença de uma correlação positiva forte ($r = 0,687$, $p = 0,001$) entre as variáveis.

Também os sujeitos com valores elevados de perturbação na escala de estado-limite revelam significativamente ($t = -2,236$, $p = 0,034$) maiores níveis de abuso de álcool ($x = 81,78$, $s = 7,791$) do que os que não sofrem desta perturbação ($x = 71,00$, $s = 14,426$), constatando-se ainda uma correlação positiva forte ($r = 0,647$, $p = 0,000$) a perturbação e o consumo.

Os sujeitos que não sofrem de perturbação narcísica têm menores níveis de abuso de drogas (Mdn = 69,00, $s = 18,515$) em comparação com os que apresentam perturbação (Mdn = 97,00, $s = 13,344$). As diferenças significativas encontradas ($U = 35$, $p = 0,002$), assim como a correlação positiva moderada ($rs = 0,552$, $p = 0,000$) remetem para a comorbilidade entre o nível de abuso de drogas e a escala narcísica.

Identicamente, os reclusos com perturbação anti-social demonstram níveis mais elevados de abuso de drogas ($x = 93,50$, $s = 13,941$) do que os que não sofrem desta perturbação ($x = 64,00$, $s = 12,118$), com valores estatísticos [$t = -6,659$, $p = 0,000$], ($r = 0,821$, $p = 0,000$)] que concorrem para a comorbilidade entre o nível de abuso de drogas e a escala anti-social. Os sujeitos com perturbação passiva-agressiva têm maiores níveis de abuso de drogas (Mdn = 106,00, $s = 15,778$) do que os que não sofrem desta perturbação (Mdn = 83,00, $s = 15,764$), sendo esta diferença significativa ($U = 35,000$,

$p = 0,002$), verificando-se a comorbilidade entre o nível de abuso de drogas e a escala passiva-agressiva. Verifica-se ainda que existe uma correlação positiva moderada ($r = 0,588$, $p = 0,002$) entre ambas as variáveis.

Similarmente, os sujeitos com perturbação estado-limite os níveis de abuso de drogas ($x = 92,22$, $s = 17,570$) são significativamente superiores ($t = -2,289$, $p = 0,030$) aos dos que não sofrem desta perturbação ($x = 82,81$, $s = 18,957$). Este resultado, assim como a presença de uma correlação positiva moderada ($r = 0,550$, $p = 0,002$), sugerem a comorbilidade entre o nível de abuso de drogas e a escala estado-limite.

Finalmente, foram encontradas diferenças significativas ($t = -2,541$, $p = 0,017$) entre os sujeitos com perturbação paranóide e os que não sofrem da perturbação, relativamente ao abuso de drogas, obtendo os primeiros valores superiores ($x = 102,50$, $s = 10,784$) aos segundos ($x = 79,50$, $s = 17,317$). Novamente os valores permitem observar uma co-ocorrência entre o nível de abuso de drogas e esta escala ($r = 0,609$, $p = 0,000$), não foram encontradas relativamente a esta escala comorbilidade com o nível de abuso de álcool ($t = 1,954$ ns).

Discussão dos resultados

A primeira hipótese, “as perturbações de personalidade serão mais prevalentes em comparação com os dados da incidência global”, verifica-se na medida em que os dados da incidência global por Morana, Stone e Abdalla-Filho (2006) apresentam uma menor prevalência que os nossos dados. Reportando-nos à teoria, Stephen (2002) refere que tem vindo a ficar cada vez mais claro que as perturbações de personalidade podem estar associadas ao aumento do risco do comportamento violento e criminal, algo a que os resultados apresentados vão de encontro.

No que concerne à segunda hipótese colocada, “as perturbações mentais mais prevalentes são as perturbações aditivas e perturbações de personalidade, anti-social, narcísica, estado-limite, passivo-agressiva e paranóide”, esta verifica-se, na medida em que temos maiores prevalências na Escala da Avaliação da Personalidade Clínica para, a Escala Anti-Social, seguida da Escala Narcísica, e em terceiro lugar com a mesma prevalência, as escalas, Evitante, Passiva-Agressiva e Agressiva-Sádica, pelo que para a nossa amostra, existe mais a última perturbação referida e a Evitante. Ao analisarmos as

características destas escalas, verifica-se que confluem num padrão agressivo, de desrespeito pelas normas, de impulsividade, de violação de sentimentos e direitos de outrem, carácter explosivo, e por um prazer primário de se centrarem em si próprios (Millon, 1999).

No que respeita à Escala da Personalidade Patológica Grave, temos também uma maioria na Escala Estado-Limite, a qual remete para uma desregulação de afectos, seguida da Escala Paranóide, em que impera uma desconfiança vigilante (Millon, 1999). Ao analisar estes resultados temos de ter em conta que as perturbações da personalidade em contexto prisional são exacerbadas, nomeadamente, sintomas como a intolerância à frustração, comportamentos violentos e agressivos, momentos de angústia, são mais acentuados (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Tal reporta-nos para as características do contexto prisional; o indivíduo, diante de um processo algo extensivo de privação a que é submetido, vai desenvolver mecanismos defensivos contra a exploração e contra a realização de falta de controlo interpessoal no ambiente prisional, aspectos que poderiam levar a investimentos emocionais em relacionamentos que se tornariam um risco e imprevisíveis, de forma negativa (Haney, 2001). Assim, a cultura prisional dita um instinto protector e um afastamento entre reclusos (Phillips, 2001 cit. in Schwartz, Buboltz & Seemann, 2004).

Na Escala dos Síndromes Clínicos e “Neuróticos”, a predominância de valores na Escala de Abuso de Drogas confirma os dados do próprio estabelecimento, sendo a problemática da droga algo expressiva neste contexto, pelo que já se desenvolveram programas de desintoxicação e grupos terapêuticos alusivos a esta temática. No tocante à Escala dos Síndromes Graves ou Psicóticos, as prevalências são inferiores às já apresentadas, verificando-se a nossa hipótese.

No que respeita à terceira hipótese, “existe comorbilidade entre as perturbações da personalidade, anti-social, narcísica, estado-limite, passivo-agressiva e paranóide e as perturbações aditivas”, a perturbação anti-social, passivo-agressiva e estado limite apresentam uma correlação forte com as perturbações aditivas (álcool e drogas), revelando comorbilidade, enquanto que a perturbação narcísica e paranóide só com o abuso de drogas.

Estes dados asseveram assim a problemática dos consumos em contexto prisional e as suas consequências em termos de sintomatologia, pois é importante ter em conta as perturbações mentais induzidas por substâncias a que nos reportamos no enquadramento teórico do presente estudo, podendo algumas das encontradas advirem das substâncias. Segundo Patrício (1997), o mais comum é que as perturbações aditivas sejam acompanhadas por várias condições comórbidas, com maior proeminência do grupo B das perturbações de personalidade, tal como se verificou.

No que refere à quarta hipótese, “encontram-se elevadas prevalências de sintomas ansiosos e depressivos”, verifica-se esta hipótese na medida em que as escalas de Ansiedade e Distímia apresentam valores significativamente elevados, sendo os menos expressivos concernentes à Depressão Major.

Com estes resultados temos de atender aos valores elevados do abuso de substâncias, principalmente, de drogas, uma vez que neste caso, os critérios clássicos de diagnóstico não se demonstram adequados, uma vez que nos mesmos, a depressão envolve aspectos semiológicos específicos, devendo-se os sintomas ao consumo de substâncias (Angel, Richard & Valleur, 2002), daí os valores menores na escala da Depressão Major; a ansiedade também acompanha os estados de adição (Longato-Stadler, Afkinteberg, Garpenstrand, Oreland & Hallman, 2002 cit. in Friedenfelt & Klinteberg, 2007; Nestor, 2002). A prisão é também por si só um ambiente ansiogénico (Silva & Gonçalves, 1999 cit. in Ventura & David, 2001), contribuindo para estes resultados.

A quinta hipótese “os sintomas psicóticos não têm grande expressão entre estes indivíduos”, não se verifica, na medida em que se considera que as prevalências encontradas têm alguma expressão, acrescentando o nível de sintomatologia para os indivíduos. Uma vez que não se estudou a história de vida dos reclusos, não pudemos inferir se se tratam de perturbações induzidas por substâncias ou não.

No que se refere à questão que procurava averiguar os estilos de relacionamento interpessoal mais prevalentes, a maior prevalência das escalas anti-social e narcísica encontrada reporta sobretudo para um estilo interpessoal independente, com indivíduos que procuram o prazer como uma forma de tornar a vida mais atractiva (Choca, 1945/2004). Neste caso podemos aludir ao prazer também em termos do obtido

enquanto se encontram sob o efeito de drogas, pois uma vez nos consumos, o seu funcionamento foca-se muito na procura de quantidades de droga que os satisfaçam, voltando-se para si próprios.

Estas personalidades são confidentes e assertivas e parecem ter as suas próprias ideias acerca de como conduzir as suas vidas. A narcísica que acredita em si como alguém mais capaz e apelativa para os outros, tendo uma tendência para dizer aos outros aquilo que os mesmos têm de fazer, tendo um modo de adaptação passivo. A anti-social tem um modo de adaptação activo, define uma pessoa que vê o mundo como uma situação competitiva em que aqueles que chegam aos seus objectivos são dominantes e fortes, mesmo que para tal tenham que ser indelicados ou magoar os outros, se nos reportarmos às já referidas características do contexto prisional verificamos que estes funcionamentos se encontram de acordo com a adaptação ao mesmo. Resultados mal ajustados, e assim níveis de perturbação, surgem quando as personalidades se tornam mais extremas e rígidas, em que a intensidade e severidade das características pautadas nas escalas atinge os designados níveis (Choca, 1945/2004).

Conclusão

Ao contemplar os nossos resultados podemos decerto afirmar que a sintomatologia tem uma grande expressão nestes indivíduos. Evidenciam-se as perturbações de personalidade, revelando a necessidade de um investimento consistente em termos de processos terapêuticos, visando a alteração dos padrões de relacionamento destes indivíduos, num processo contínuo de reabilitação enquanto mantidos reclusos, sendo ainda relevante a necessidade de que o mesmo tenha uma continuação posteriormente à saída da reclusão.

Para prevenir erros em estudos futuros, exporemos em seguida algumas das limitações encontradas no presente estudo. É assim importante ter em conta que as variáveis que respeitam à história de vida dos indivíduos, não foram aqui estudadas, sendo de extrema importância para uma visão mais completa da personalidade. Nunca esquecendo que “o melhor ângulo para a compreensão do comportamento é a partir do quadro de referência interno do próprio indivíduo” (Rogers, 1951/ 2004, p. 498).

Assim faz-nos sentido também referir algumas sugestões de estudo. A continuidade desenvolvimentista também caracteriza o tipo de crimes graves que os jovens cometem. Os maus-tratos em criança são referidos em variados estudos (Bradley, Jenei & Westen, 2005; Fonseca, 2004; Gonçalves & Machado, 2002; Sprinthall & Collins, 1998/ 2003; Yang, Ullrich, Roberts & Coid, 2007; Weiner, 1992/1995) como componente determinante de perturbação que surge mais tarde e da escolha pela carreira criminal, bem como, o ambiente familiar e não familiar, e a frequência em instituições, de entre outros aspectos pertencentes aos determinantes da personalidade que requerem uma análise qualitativa.

Surgiu após a investigação a questão da personalidade dos indivíduos que não têm uma ocupação (escola ou trabalho) no estabelecimento para aqueles que têm, uma vez que estes últimos são os que aderem mais facilmente a eventos desta ordem, considerando-se mais estruturados. Seria também pertinente uma análise mais aprofundada das facetas da personalidade. Por último sugere-se a aferição dos instrumentos para a população em causa.

Referências bibliográficas

Alchieri, J., Cervo, C. & Núñez, J. (2005). Avaliação de estilos de personalidade segundo a proposta de Theodore Millon. [Electronicversion]. *Psicologia*, 36, 2, 175-179.

Angel, P., Richard, D. & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias* (Tradução de Maria Clara Correia). Lisboa: Climepsi Editores (obra originalmente publicada em 2000).

Bradley, R., Jenei, J. & Westen, D. (2005). Etiology of Borderline Personality Disorder Disentangling the Contributions of Intercorrelated Antecedents. [Electronic version]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 1, 24-31.

Carvalho, C. (2003). *Corpos Minados – um estudo exploratório no espaço interno da cultura prisional*. [Electronicversion]. *Centro de Estudos Sociais – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*. 1-19.

Choca, J. (2004). *Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. (3th Edition). Washington, Dc.: American Psychological Association (obra originamente publicada em 1945).

Coid, J. (2002). Personality disorders in prisoners and their motivation for dangerous and disruptive behaviour. [Electronic version]. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, 209-226.

Fonseca, A. (2004). *Comportamento Anti-Social e Crime – da Infância à Idade Adulta*. Coimbra: Almedina.

Fridell, M. & Hesse, M. (2006). Clinical Diagnosis and SCID-II Assessment of DSM-III-R Personality Disorders. [Electronic version]. *European Journal of Psychological Assessment*, 22 (2), 104-108.

Friedenfelt, J. & Klinteberg, B. (2007). Exploring Adult Personality and Psychopathy Tendencies in Former Childhood Hyperactive Delinquent Males. [Electronic version]. *Journal of Individual Differences*, 28 (1), 27-36.

Godfrey, D., Ross, W., Bond, S., Cadman, M., Flores, M., Goldspink, J., Hibbard, M., Marriott, P., Sutton, G. & Woodcock, R. (2005). Annual Report of The Secretary of State Reporting Period 1July 2004-30 June 2005. [Electronicversion]. *Independent Monitoring Boards*, 1-11.

Gonçalves, R. & Machado, C. (2002). *Violência e Vítimas de Crimes* (Vol 1 – Adultos). Coimbra: Quarteto Editora.

James, D. & Glaze, L. (2006). Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates. [Electronic version]. *US Department of Justice – Office of Justice Programs*, 1-12.

Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A. & Coid, J. (2007). Childhood Institutional Care Personality Disorder Traits in Adulthood: Findings From the British National Surveys of Psychiatric Morbidity. [Electronic version]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 67-75.

Haney, C. (2001). From Prison to Home: The Effect of Incarceration and Reentry on Children, Families and Communities - The Psychological Impact of

Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment. [Electronic version]. *University of California*.

Hartwell, S. (2004). Comparison of Offenders With Mental Illness Only and Offenders With Dual Diagnoses. [Electronicversion]. *Psychiatric Services*, 55(2), 145-150.

Lourenço (2006). *Entrevista – Serviço de Vigilância*. Linhó: Estabelecimento Prisional do Linhó.

Millon, T. (1999). *MCMI-II Inventário Clínico Multiaxial de Millon – II – Manual*. (2nd Edition). Madrid: TEA Publicações de Psicologia Aplicada.

Morana, H., Stone, M. & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. [Electronicversion]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(II), 74-79.

Negredo, A. (2000). *Estructura de Personalidad y Trastornos de Personalidad: Correlatos de Personalidad de los Trastornos de Personalidad definidos por classifications de consenso*. Retrieved Setembro 30, 2007, from <http://www.eudemon.net/De%20los%20estilos%20de%20personalidad.pdf>.

Nestor, P. (2002). Mental Disorders and Violence: Personality Dimensions and Clinical Features. [Electronic version]. *American Journal of Psiquiatric*, 159(12), 1973-1978.

Oliveira, M. & Gonçalves, R. (2007). *Homicídio e Doença Mental*. Retrieved Setembro 29, 2007, from www.psicologia.com.pt.

Paiva, S. & Pereira, M. (2006). *Informações*. Linhó: Estabelecimento Prisional do Linhó.

Patrício, L. (1997). *Face à Droga: Como (Re)Agir?* Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

Paninho, L. & Amaral, J. (2006). *Caracterização da Escola do E.P. Linhó*. Linhó: Estabelecimento Prisional do Linhó.

Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual (Obra originalmente publicada em 1951).

Schwartz, J., Buboltz, W. & Seemann, E. (2004). Personality Styles Predictors of Masculine Gender Role Conflict in Male Prison Inmates. [Electronic version]. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 59-6.

Serviços Clínicos (2006). *Características do Recluso*. Linhó: Estabelecimento Prisional do Linhó.

Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. & Deasy, D. (1997). *Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report*. [Electronic version]. Office for National Statistics.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente*. (3th Edition). (Tradução de Cristina Maria Coimbra Oliveira). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Obra originalmente publicada em 1998).

Stephen, H. (2002). Commentary: The Forensic Relevance of Personality Disorder. [Electronic version]. *The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 510-512.

Ventura, J. & David, M. (2001). Perturbações de Ansiedade em Ambiente Prisional. *Temas Penitenciários*, II, 6(7), 47-62.

Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. (2nd Edition) (Tradução de Fátima Andersen). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Obra originalmente publicada em 1992).

Anomalia psíquica grave e criminalidade

Severe mental illness and crime

Alexandra Alves (1) e Fernando Almeida (2)

(1) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

(2) Instituto Superior da Maia.

ANOMALIA PSÍQUICA GRAVE E CRIMINALIDADE

Resumo

A associação entre perturbação mental e criminalidade tem sido amplamente investigada. Para além do ponto de vista clínico, o estudo desta associação é relevante pelas implicações na organização dos serviços de saúde e sua articulação com o sistema judicial e também pelo impacto na opinião pública que a problemática da perigosidade das pessoas portadoras de perturbação mental suscita.

Tem sido mostrada, de forma consistente, uma associação entre violência e esquizofrenia e outras psicoses. Contudo, estas patologias não parecem constituir o único e principal risco adicional de comportamento violento. Apesar da prevalência de violência associada às perturbações decorrentes do abuso de substâncias, sem psicose associada, ser mais elevada, está evidenciado que a patologia aditiva (co-mórbida) aumenta significativamente o risco de violência nos indivíduos que padecem de psicose. Estes dados salientam a importância de intervenções destinadas à prevenção do consumo de substâncias em doentes com psicose e a avaliação do risco de violência nestes doentes, como forma de prevenir a recidiva de comportamento violento e criminal.

Palavras-chave: anomalia psíquica grave; doença mental; esquizofrenia; criminalidade; violência, psicose.

SEVERE MENTAL ILLNESS AND CRIME

Abstract

The relationship between mental disorder and crime has been widely investigated. Studies in this area are important because of their clinical relevance and also because of the implications they bring to the organization of healthcare services and the relationship with the criminal system. Furthermore, they are also relevant because of their impact on public opinion about the dangerousness of people with mental disorder.

It has been shown, consistently, an association between violence and schizophrenia and other psychoses. However, these conditions do not seem to be the only and main risk of violent behavior, because Although the prevalence of violence associated with substance abuse disorders without associated psychosis is higher, when there is comorbidity with substance abuse disorders and psychosis, the risk of violent behavior is even higher. These data underscore the importance of interventions that aim the prevention of substance abuse in patients with psychosis and stress the need to assess the violence risk of these patients as a way to prevent the recidivism of violent and criminal behavior.

Key-words: severe mental illness; mental disorders; schizophrenia; crime; violence, psychosis.

ANOMALIA PSÍQUICA GRAVE E CRIMINALIDADE

O Conceito de “Anomalia Psíquica Grave”

O conceito de “anomalia psíquica grave” constitui o enquadramento legal e jurídico que permite a aplicação, naqueles que são portadores desta mesma “anomalia”, de um conjunto de medidas com diversas finalidades, nomeadamente, a avaliação psiquiátrica e o tratamento (mesmo se contra a vontade do próprio, no caso do internamento compulsivo). A presença desta “anomalia psíquica grave” determina, também, consequências na moldura penal e jurídica, em caso de prática de actos ilícitos (nomeadamente, quando atribuída a inimputabilidade). Trata-se de um conceito mais jurídico do que psiquiátrico, pelo que esta designação não integra o léxico médico, nomeadamente em Psiquiatria. Assim sendo, pode ser entendido como uma noção aberta à evolução do conhecimento científico e, em qualquer caso, mais ampla que o conceito de doença mental (Dias, 1983 cit. in Rodrigues, 2000).

No entanto, e apesar da heterogeneidade dos seus pressupostos, inclusivamente a nível internacional, esta “anomalia psíquica” pode ser compreendida, na sua vertente psiquiátrica, como “doença” ou “perturbação mental” (Cunha & Palha, 2007). Contudo, também aqui se deve admitir que se trata de um conceito complexo, para o qual nenhuma definição estabelece, de forma adequada, limites precisos. De acordo com o DSM-IV TR (2002), a anomalia psíquica ser entendida como uma “síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre num sujeito com ansiedade actual ou incapacidade ou com risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante da liberdade”.

Reportando-nos ao que a nível jurídico se designa por “anomalia psíquica grave”, o seu correlato médico (psiquiátrico) poderá ser entendido como doença mental grave, *strictu sensu*. Sendo esta a perda de liberdade do doente sobre si mesmo, demonstrada por alterações da vida psíquica e do comportamento, incompreensíveis e que constituem uma rotura com a sua história biográfica, que emergem através do aparecimento de estruturas psíquicas qualitativamente diferentes das que ocorrem em indivíduos saudáveis (Fernandez, 1975 cit. in Cunha & Palha, 2007). A sua característica fundamental é a afectação do juízo crítico, no sentido da perda da capacidade de julgar, e que se traduz numa incapacidade para a livre e esclarecida auto-determinação, da qual decorre a gravidade da mesma.

Doença Mental Grave e Criminalidade

A associação entre perturbação mental (especialmente esquizofrenia e outras psicoses) e criminalidade tem sido amplamente investigada, e a literatura sobre o tema é vasta (Fazel, 2009; Elbogen, 2009; Stuart, 2001; Wessley, 1993; Almeida, 2007; Pullay, 2008; Tiihonen, 1997; Grann, 2008), embora se verifique que os estudos incidem, invariavelmente, sobre a criminalidade comunicada à polícia e/ou julgada em tribunal e não sobre a criminalidade efectivamente praticada pelos doentes. Contudo, Almeida e colaboradores (2005), num estudo não publicado, estudaram a criminalidade efectivamente cometida por 33 doentes, com o diagnóstico de psicose esquizofrénica, seguidos no Hospital Magalhães Lemos (HML) entre 1 de Janeiro de 1992 e 31 de Dezembro de 1992. Concluíram que, dos 42 crimes cometidos por estes doentes no período considerado, apenas um dos crimes tinha sido comunicado à polícia e nenhum dos crimes tinha sido comunicado às autoridades judiciais.

O estudo da associação entre perturbação mental e criminalidade é relevante, não só pelas implicações na organização dos serviços de saúde e sua articulação com o sistema judicial, mas também pelo modo como condiciona a prática clínica, e ainda a forma como molda a opinião pública sobre a perigosidade das pessoas portadoras de perturbação mental.

Estudos realizados anteriormente a 1980 não evidenciaram, consistentemente, aumento do risco de violência ou criminalidade em pessoas com perturbações mentais graves, nomeadamente esquizofrenia (Fazel, 2009; Stuart, 2001). No entanto, nas últimas décadas, numerosos estudos têm mostrado, de forma consistente, uma associação entre violência e esquizofrenia e outras psicoses (Fazel, 2009).

Embora um elevado número de estudos reporte aumento do risco de violência em indivíduos com esquizofrenia e outras psicoses (Fazel, 2009; Elbogen, 2009; Almeida, 2007, Tiihonen, 1997; Grann, 2008), existe uma grande heterogeneidade relativamente à quantificação do risco associado a estas condições (Fazel, 2009). Numa metanálise recente, envolvendo a revisão sistemática de estudos efectuados ao longo dos últimos 40 anos e a análise de dados relativos a 18.423 doentes com esquizofrenia ou outras psicoses, Fazel e colaboradores (2009) mostraram que estas perturbações psiquiátricas estão associadas a um risco aumentado de violência, comparativamente com a população geral, especialmente no sexo feminino. O risco é particularmente evidente no que diz respeito à prática de homicídio por indivíduos com esquizofrenia,

independentemente do abuso de substâncias associado (0,3%) quando comparado com o risco na população geral (0,02%). Porém, outros dados se salientam da referida metanálise: a presença de patologia aditiva comórbida aumenta significativamente o risco de violência, tornando-se cerca de quatro vezes maior do que nos doentes com psicose esquizofrénica que não consomem substâncias. Por outro lado, o risco aumentado de violência, associado aos casos em que existe um duplo diagnóstico, com co-morbilidade de psicose esquizofrénica e perturbações devidas a abuso de substâncias, não é superior àquele que se verifica nas situações em que apenas ocorre abuso de substâncias, sendo inclusivamente mais elevado nesta última situação. Assim sendo, segundo estes autores, a esquizofrenia e outras psicoses não parecem constituir um risco adicional de comportamento violento, para além daquele que está associado às perturbações decorrentes do abuso de substâncias, sem psicose associada. Estes dados podem ser importantes para alterar, não só a forma como é percebida a gravidade da patologia adictiva pela população em geral mas, também, pelos clínicos, salientando-se a importância de intervenções destinadas à prevenção do consumo de substâncias em doentes com psicose e a avaliação do risco de violência neste tipo de doentes, como forma de prevenir a recidiva de comportamento violento e criminal.

Contudo, a criminalidade associada à doença mental não constitui a maior parcela de todos os crimes violentos que ocorrem na sociedade. Wessley, em 1993 (cit. in Stuart, 2001), através da análise dos dados de um estudo de prevalência de grandes dimensões - ECA (*Epidemiologic Catchment Area study*) estimou que apenas 3% de todos os incidentes violentos ocorridos na comunidade poderiam ser atribuídos a pessoas com perturbação mental. Stuart (2001) analisando uma amostra de 1151 indivíduos presos concluiu que a violência perpetrada pelos indivíduos com perturbação mental e abuso de substâncias não constitui a parcela predominante de violência criminal identificada pela polícia. Além disso, é importante sublinhar que a criminalidade cometida por estes doentes tende a ser bem menor e não superior à da população geral quando os doentes estão adequadamente compensados.

Numa perspectiva de Saúde Pública, a divulgação destes dados é importante para esclarecer estereótipos que retratam os doentes mentais como “malucos perigosos”. Estas ideias pré-concebidas contribuem para gerar sentimentos de medo e apreensão, que fomentam a intolerância e reforçam o estigma, favorecendo assim a discriminação e reduzindo a possibilidade de uma integração efectiva destes doentes na comunidade.

Assim, é fundamental evitar a percepção pela sociedade de uma falsa sensação de insegurança perante pessoas portadoras de perturbações mentais graves, nomeadamente esquizofrenia. Importa também realçar a importância da prevenção da criminalidade nestes doentes, através de uma abordagem multidisciplinar baseada no modelo bio-psico-social, centrada na diminuição de factores de stress. Os doentes com esquizofrenia estão frequentemente sujeitos a situações de pobreza, menor nível de educação, desemprego, desestruturação do ambiente social e familiar (Lamberti, 2007), que podem contribuir para factores de risco de reincidência criminal. Uma abordagem integral destes doentes deve, por isso, incluir a gestão da conflitualidade inter-pessoal (nomeadamente, através da psicoeducação familiar), de problemas socioeconómicos (e em especial a carência de estrutura residencial) e laborais, a estabilização da patologia psiquiátrica e de eventuais comorbilidades médicas e, ainda, intervenções para a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis (incluindo a prevenção do consumo de álcool e drogas) (Almeida, 2007).

A relação entre o abuso de substâncias e comportamento violento pode ser mediada por diversos factores, nomeadamente genéticos, características da personalidade e/ou factores ambientais tais como problemas sociais, entre outros.

Correlatos neurobiológicos

A presença de psicose, por si só, é um factor de risco adicional para comportamento violento, independente do abuso de substâncias e de características da personalidade anti-sociais (Swanson, 2006; Hodgins, 2003; McNeil, 2000; Joyal, 2004). Swanson et al. (2006), baseando-se em dados de 1410 doentes do estudo CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*), verificaram que os sintomas psicóticos estavam fortemente associados com um risco aumentado de violência minor e também grave. No entanto, o risco de violência estava aumentado na presença de sintomatologia positiva apenas quando os sintomas negativos não eram proeminentes, o que sugere que será necessário um certo nível de energia, iniciativa e contacto social para perpetrar actos de violência (Lamberti, 2007). Estes dados são congruentes com alguns achados neurobiológicos identificados em doentes com esquizofrenia e antecedentes de violência, sendo no entanto de salientar que muitos dos estudos efectuados neste campo mostraram dados contraditórios e resultados pouco consistentes. Naudts e Hodgins (2006), num trabalho de revisão em que analisaram 17

estudos verificaram que o comportamento violento em doentes esquizofrénicos do sexo masculino estava associado a uma melhor performance em testes de avaliação da função executiva e competências verbais, e pior performance em testes para avaliação da função orbitomedial-frontal (associada a maior impulsividade). Foi também verificada uma maior redução do volume da amígdala. Doentes do sexo masculino com esquizofrenia e história de violência podem apresentar alterações na amígdala desde idade precoce, estando associadas a uma capacidade reduzida em experienciar emoções e em reconhecer emoções nos outros. Ao longo do seu desenvolvimento, as conexões da amígdala com o córtex orbito-frontal (sistema amígdala-orbitofrontal) não se desenvolvem tão eficazmente; estas alterações podem estar associadas com uma dificuldade na inibição de decisões e comportamentos impulsivos (Spalletta, 2001). Por outro lado, indivíduos que apresentam um padrão estável de comportamento anti-social desde a infância caracterizam-se por uma menor reactividade ao stress (Lorber, 2004) e menores níveis de cortisol, tóxico para o cérebro.

A pesquisa da relação entre o substrato neurobiológico da esquizofrenia e do comportamento violento tem vindo a produzir evidência crescente sugerindo que alterações no sistema fronto-límbico, incluindo o córtex pré-frontal, hipocampo e giro para-hipocampal podem contribuir quer para as alterações observadas na esquizofrenia quer para um comportamento violento. Défices no funcionamento do giro para-hipocampal, implicado no mecanismo de inibição comportamental podem contribuir para uma maior impulsividade e eventualmente levar à violência (Yang, 2010). O circuito fronto-límbico desempenha um papel relevante na regulação das emoções e tem sido também implicado na neuropatologia do comportamento violento.

Perturbações relacionadas com o abuso de substâncias

Tal como referido anteriormente, a patologia adictiva comórbida constitui o factor de risco mais significativo para a ocorrência de comportamento violento entre os portadores de perturbação mental. O abuso de substâncias pode mediar este aumento do risco através de mecanismos directos e indirectos.

Ao actuarem como depressoras a nível do SNC, as drogas exercem uma acção deletéria directa sobre as vias de regulação emocional, alterando os mecanismos de modulação afectiva e de controlo dos impulsos (Nestor, 2002). Estas alterações podem condicionar uma diminuição do limiar de tolerância à frustração (efeito desinibidor),

agitação e irritabilidade, bem como desorganização cognitiva e, deste modo, facilitar o comportamento violento.

Por outro lado, as perturbações decorrentes do abuso de substâncias associam-se com frequência a outras patologias comórbidas. Estas podem mediar de forma indirecta a associação entre doença mental e comportamento violento, nomeadamente, as perturbações da personalidade, particularmente do cluster B. Destas, destaca-se a perturbação da personalidade anti-social, a qual é frequentemente precedida na infância por perturbação da conduta, estando ambas fortemente associadas ao abuso de substâncias, especialmente a dependência alcoólica (Nestor, 2002). A depressão e a ansiedade também estão frequentemente associadas à patologia adictiva e ao diagnóstico de perturbação da personalidade anti-social. Trata-se de patologias que condicionam os mecanismos de controlo dos impulsos e regulação emocional, pelo que tem sido levantada a hipótese da partilha de factores genéticos comuns (Nestor, 2002). Cada uma destas perturbações actuaría de forma adictiva e sinérgica, aumentando o risco de violência, salientando-se portanto o efeito exponencial mediado pela perturbação da personalidade comórbida.

Contributo das dimensões da personalidade

As perturbações da personalidade estão associadas a um risco clínico de violência significativo (Tiihonen, 1997; Nestor, 2002) e podem constituir um bom elemento preditivo de comportamento violento futuro, até mais relevante do que qualquer diagnóstico (Nestor, 2002). Sintomas de perturbação de personalidade, nomeadamente traços paranóides, narcísicos e passivo-agressivos estão fortemente correlacionados com violência. Johnson e colaboradores (2000) verificaram num estudo com *follow-up* de 10 anos, que sintomas de perturbação da personalidade (PP) dos clusters A e B correspondiam a uma maior probabilidade de comportamento violento em adolescentes e adultos jovens. Como os sintomas de PP precedem o comportamento violento, tem sido investigada a utilidade da identificação daqueles sintomas e de eventuais intervenções destinadas à sua modificação, como forma de prevenção do comportamento violento (Taylor, 1998; Copeland, 2007).

O risco de violência pode ser entendido numa perspectiva dinâmica, integrando assim aspectos relacionados com a personalidade e factores ambientais que modificam a sua expressão. Relativamente à contribuição dos factores da personalidade para o

comportamento violento em doentes com perturbações mentais graves, Nestor et al. propõem a existência de quatro dimensões da personalidade fundamentais: controlo dos impulsos, regulação afectiva, narcisismo e estilo cognitivo paranóide (Nestor, 2002).

Psicopatologia

O estilo cognitivo paranóide constitui uma forma de distorção no processamento da informação relativa ao mundo exterior, traduzindo uma predisposição psicológica para aperceber o ambiente como excessivamente ameaçador (Nestor, 2002). Assim, está fortemente associado a comportamentos violentos nas perturbações do espectro esquizofrénico, especialmente em períodos de descompensação psicótica. A gravidade da sintomatologia pode variar desde a paranóia sub-clínica até ideias de auto-referência ou sintomas delirantes paranóides estruturados.

Muitos dos casos de comportamento violento em contexto de sintomatologia psicótica paranóide, parecem ter uma intenção de auto-defesa sendo motivados por sentimentos paranóides intensos. As vítimas são geralmente familiares ou outros contactos pessoais com quem o doente estabelece uma relação, e o desfecho pode ser letal. Estes doentes parecem ter preservadas as capacidades executivas e de organização, as quais são necessárias para o planeamento e concretização dos actos violentos dirigidos às vítimas (Nestor, 2002).

Nos casos de psicose crónica, sobretudo psicose esquizofrénica, existe maior desorganização do comportamento, do pensamento e da percepção, comparativamente com os casos de esquizofrenia paranóide, que se traduzem numa maior deterioração global e das funções executivas. Há também maior dificuldade na regulação emocional, nomeadamente raiva, irritabilidade, hostilidade, e ainda no controlo dos impulsos, o que pode conduzir a estados de agressão e violência reactiva. A comorbilidade com o abuso de substâncias é frequente e condiciona também um agravamento destes problemas. Neste contexto, os comportamentos violentos são mais frequentes mas menos graves, sendo as vítimas geralmente familiares e cuidadores ou técnicos de saúde (Nestor, 2002).

Swanson e colaboradores (2006) identificaram cinco sintomas positivos relacionados com violência séria: hostilidade, suspeição/perseguição, comportamento influenciado por actividade alucinatória, grandiosidade e excitação (hiperactividade resultante de comportamento motor acelerado, elevada reactividade aos estímulos,

hipervigilância ou excessiva labilidade). Os sintomas positivos da PANSS não associados a maior risco eram desorganização conceptual (pensamento incoerente) e crenças infundadas e idiosincráticas (todavia, actividade delirante de suspeição/perseguição estava altamente associada a violência séria). Cinco dos sete sintomas negativos da PANSS estavam associados a menor risco de violência: perda de espontaneidade e do fluxo de conversação, passividade/apatia e desinvestimento social, afecto embotado, pobre *rapport* e pensamento abstracto empobrecido.

Avaliação do Risco de Recidiva / Perigosidade

Andrews e colaboradores (2006), através de uma extensa revisão da investigação realizada nesta área, identificaram oito factores de risco (cf. Quadro 1), fortemente preditivos de comportamento criminal futuro, dos quais se salienta o abuso de álcool e drogas. Por outro lado, a maioria dos estudos sobre reincidência criminal não encontrou relação significativa entre doença mental e risco de recidiva de comportamento criminal não violento. A validade preditiva para um comportamento violento futuro, em indivíduos com perturbação mental grave, parece estar relacionada com a prevalência aumentada de factores de risco estabelecidos para reincidência de comportamento criminal nos doentes com esquizofrenia e outras psicoses, nomeadamente estilo cognitivo anti-social e abuso de substâncias (Lamberti, 2007). Deste modo, a abordagem da patologia dual constitui um desafio relativamente à elaboração das políticas de saúde e à organização dos serviços de saúde (mental e não só), para que contemplem a implementação de estratégias destinadas à prevenção primária e secundária do abuso de substâncias e a abordagem integrada da patologia adictiva, com potencial benefício na redução dos níveis de criminalidade.

De salientar, contudo, que a maior parte das situações de criminalidade violenta parece ocorrer no contexto de sintomatologia heteróloga, com alterações do pensamento e da percepção, e consequente desorganização cognitivo-comportamental. Trata-se geralmente de uma criminalidade caracterizada por comportamento violento dirigido a familiares, pelo que a perigosidade destes doentes poderia ser reduzida através de estratégias que visam a optimização da adesão à terapêutica, evitando episódios de descompensação que propiciam um maior risco de comportamento violento (Almeida, 2005).

Do ponto de vista meramente estatístico, o melhor factor preditivo de comportamento violento é a presença de antecedentes de comportamento violento (Buchanan, 2008).

Quadro 1- Principais factores de risco para a recidiva do comportamento criminal (adaptado de Andrews et al., 2006).

Factor	Risco
Antecedentes de comportamento anti-social	Envolvimento precoce e continuado em actividades anti-sociais, em diversos contextos
Padrão de personalidade anti-social	Busca de prazer não refreada; pobre auto-controlo; tendência para a agressividade
Estilo cognitivo anti-social	Atitudes, valores, crenças e racionalizações que apoiam a prática do crime; estados emocionais de raiva, ressentimento e desafio/oposição
Atitudes anti-sociais	Associação com indivíduos criminosos; apoio social imediato do crime
Família e/ou situação conjugal	Situação familiar e/ou conjugal conflituosa
Escola e/ou trabalho	Insatisfação ou mau desempenho escolar e/ou laboral
Lazer e/ou actividades recreativas	Fraco envolvimento em actividades de lazer que não envolvam a prática de crimes
Abuso de substâncias	Abuso de álcool ou drogas

Prevenção da Recidiva do Comportamento Criminal: que Estratégia?

Prestação de cuidados adequados

Tendo em conta o aumento significativo do risco de comportamento violento nos indivíduos com psicose e abuso de substâncias comórbido, é provável que o tratamento

adequado da patologia adictiva naqueles doentes contribua para a redução daquele risco. Assim, numa perspectiva de saúde pública, o diagnóstico adequado dos casos de patologia dual e o acesso ao tratamento psiquiátrico deve fazer parte da abordagem habitual dos doentes com psicose (Fazel, 2009).

Apesar da existência de tratamentos eficazes para as perturbações mentais graves, nomeadamente a esquizofrenia, os dados da investigação mostram que apenas um pequeno número recebe intervenções baseadas na evidência, e menos de 10% recebe qualquer tipo de tratamento psicossocial (Drake, 2009). Contudo, evidências recentes mostram que a abordagem terapêutica integrada dos doentes com perturbações mentais graves e abuso de substâncias comórbido tem sido eficaz, melhorando o *outcome* da doença mental (Drake, 2001). Os componentes básicos deste tratamento integrado incluem a gestão de caso e o acompanhamento assertivo dos doentes, proporcionando não só o tratamento psicofarmacológico, como também uma intervenção psicossocial. Esta inclui a abordagem da patologia adictiva através de intervenções comportamentais e motivacionais, a psicoeducação dos doentes e dos familiares, a orientação para serviços de reabilitação e a articulação com estruturas residenciais, de orientação vocacional e de emprego protegido (Drake, 2001).

Facilitar o acesso aos serviços de saúde mental

A falta de acesso a tratamentos eficazes e baseados na evidência continua a ser um problema dos serviços de saúde mental relativamente à prestação de cuidados aos doentes com perturbações mentais graves. Assegurar o acesso a serviços que podem modificar determinados factores de risco para o comportamento violento e criminal destes doentes é fundamental (Lamberti, 2007), nomeadamente, porque a maior parte dos doentes envolvidos no sistema forense tem antecedentes de admissão em unidades hospitalares psiquiátricas (Hodgins, 2004). As falhas na prestação de cuidados por parte dos serviços de saúde mental têm assim implicações nas taxas de criminalidade associadas às doenças psiquiátricas.

No que se refere ao tratamento dos doentes portadores de patologia psiquiátrica grave que cometem crimes, verifica-se uma tendência para a transferência da responsabilidade da prestação dos cuidados para o sistema judicial. No entanto, neste processo nem sempre ficam equilibrados os pratos da balança, quer no que se refere aos doentes e à forma como ficam acautelados os seus direitos, nomeadamente, pela

garantia de recepção de tratamento adequado, quer no que se refere à protecção dos direitos civis dos cidadãos, designadamente, pela prevenção da recidiva de comportamento criminal por parte destes doentes.

A promoção da prestação de cuidados integrados e que incluam a abordagem da patologia adictiva, a intervenção em crise, a articulação dos cuidados de saúde mental com outras estruturas na comunidade (por exemplo de reabilitação e apoio social) e a coordenação entre os serviços de saúde mental e o sistema judicial é fundamental para facilitar o acesso aos serviços.

Doença Mental e Criminalidade: Direcções para o Futuro

A busca de respostas efectivas para a resolução dos problemas relacionados com a prestação de cuidados aos doentes mentais que cometem crimes levou ao aparecimento, nos últimos 10 anos (especialmente nos Estados Unidos e Canadá), de um certo tipo de estruturas alternativas destinadas à abordagem das necessidades especiais destes doentes.

Embora não estejam isentos de falhas, os “tribunais de saúde mental” (Schneider, 2008) representam uma abordagem inovadora às necessidades de indivíduos portadores de doença mental grave. De uma forma genérica, pode considerar-se que, independentemente do modelo de funcionamento, a sua finalidade é constituir uma resposta de reabilitação para indivíduos com comportamentos desviantes, que de outra forma seriam alvo de sanção criminal.

Os tribunais de saúde mental destinam-se geralmente a ofensores acusados de crimes de pequena ou moderada gravidade. A participação neste sistema de “desvio” do sistema judicial é opcional e passível de desistência a todo o momento, sendo que, nestes casos o doente é orientado para o sistema habitual sem qualquer tipo de sanção.

Relativamente ao modo de funcionamento, este inclui a abordagem através de uma equipa multidisciplinar, constituída não só por juízes e advogados, como também psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Desta forma pretende-se proporcionar uma resposta direccionada para a solução dos problemas específicos destes doentes. Os programas desenvolvidos neste âmbito visam ainda adaptar-se às necessidades de cada indivíduo de forma a proporcionar uma intervenção que seja individualizada e adequada, aumentando assim a probabilidade de sucesso.

Novos dados sugerem que os tribunais de saúde mental são eficazes na redução das taxas de recidiva, reduzindo o abuso de substâncias e resultando numa redução dos custos para os governos (Schneider, 2008).

Do ponto de vista do doente e da sociedade, a inclusão da família no processo de desvio do sistema criminal e a articulação com parceiros na comunidade, constitui um factor de extrema importância para assegurar a inclusão do doente na sociedade findo o seu processo de reabilitação, diminuindo assim a probabilidade de recidiva do comportamento criminal.

Relativamente ao panorama nacional, não existem em Portugal estruturas deste tipo. Contudo, verificam-se problemas decorrentes de falhas na articulação entre o sistema judicial e da saúde, havendo nomeadamente grande carência de estruturas de reabilitação e residenciais intermédias, o que resulta em graves dificuldades na reintegração destes doentes na comunidade. É conhecida a situação desfavorável de muitos dos inimputáveis aos quais é reconhecida perigosidade, havendo por isso a necessidade de serem internados como medida de segurança. Apesar de estar prevista no Código Penal (artigo 92.º) a alta do internamento quando o tribunal verifica que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem (estando, inclusivamente, preconizado o acompanhamento obrigatório dos internamentos de inimputáveis pelos tribunais de execução de penas, com obrigatoriedade de revisões periódicas formais de cada caso), verifica-se que para muitos destes doentes não são reunidas condições de reintegração na comunidade mesmo quando, pela cessação da sua perigosidade, tal poderia acontecer. Em grande parte das vezes, tal acontece pelo facto de não terem qualquer suporte familiar ou estrutura residencial de apoio que lhes permita a alta.

Urge, assim, encontrar mais soluções que permitam a abordagem e orientação adequada dos doentes portadores de patologia psiquiátrica grave, nomeadamente, aqueles que apresentam factores de risco para comportamento violento e, concretamente, patologia adictiva comórbida. A integração dos doentes com perturbação mental grave num processo de reabilitação abrangente e baseado na evidência poderá assim otimizar, não só o seu prognóstico do ponto de vista clínico, como também minorar o impacto social destas patologias, evitando a recidiva do comportamento violento e criminal e minorando assim a perda para a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, F. (2005). *Doença Psicótica e Criminalidade*. Trabalho não publicado. Departamento de Psicologia e Comunicação. Castelo da Maia: Instituto Superior da Maia.

Almeida, F. (2007) Psicose esquizofrénica e criminalidade. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 1(1), 5-33.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4th Edition). Lisboa: Climepsi Editores.

Andrews, D., Bonta, J. & Wormith, J. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and Delinquency*, 52, 7-27.

Buchanan, A. (2008). Risk of violence by psychiatric patients: beyond the “actuarial versus clinical” assessment debate. [Online]. *Psychiatric Services*, 59, 184-190. Retrieved Março 2, 2010, from <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/59/2/184>

Copeland W. et al. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. [Online]. *Am J Psychiatry*, 164, 1668-1675. Retrieved Março 2, 2010, from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/164/11/1668>

Cunha, S. & Palha, A. (2007). Internamento compulsivo – perspectivas de cariz bioético da Lei de Saúde Mental. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 1(1), 71-82.

Dias, F. (1983). *Liberdade culpa direito penal*. Coimbra: Biblioteca Jurídica, Coimbra Editora.

Drake, R., Essock, S. & Shaner, A. (2001) Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. [Online]. *Psychiatric Services*, 52, 469-476. Retrieved Março 2, 2010, from <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/52/4/469>

Drake, R.; Bond, G. & Essock, S. (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. [Online]. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (4), 704-713. Retrieved Março 2, 2010, from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/35/4/704>

Elbogen, E. & Johnson, S. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. [Online]. *Arch Gen Psychiatry*, 66(2), 152-161. Retrieved Março 2, 2010, from <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/66/2/152>

Fazel, S. et al. (2009). *Schizophrenia, substance abuse, and violent crime*. [Online]. *JAMA*, 301(19), 2016-2023. Retrieved Março 2, 2010, from <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/19/2016>.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. & Grann, M. (2009). *Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis*. [Online]. *PLoS Med*, 6(8), e1000120. Retrieved Março 2, 2010, from <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000120>

Grann, M., Danesh, J. & Fazel, S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. [Online]. *BMC Psychiatry*, 8(92), doi: 10.1186/1471-244X-8-92

Hodgins, S., Hiscoke, U. & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 523-546.

Hodgins, S. & Muller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of the psychiatric services. [Online]. *British Journal of Psychiatry*, 185, 245-250. Retrieved Março 2, 2010, from <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/185/3/245>

Johnson, J. et al. (2000) Adolescent Personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. [Online]. *Am J Psychiatry*, 157, 1406-1412. Retrieved Março 2, 2010, from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/9/1406>

Joyal, C. et al. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 433-442.

Junginger, J. & Mcquire, L. (2004). Psychotic motivation and the paradox of current research on serious mental illness and rates of violence. [Online] *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 21-30. Retrieved Março 2, 2010, from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/1/21>

Lamberti, J. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. [Online]. *Psychiatric Services*, 58(6), 773-781. Retrieved Março 2, 2010, from <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/58/6/773>

Lorber, M. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy and conduct problems: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 130, 531-552.

McNiel, D., Eisner, J. & Binder, R. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. [Online]. *Psychiatric Services*, 51, 1288-1292. Retrieved Março 2, 2010, from <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/51/10/1288>

Naudts, K. & Hodgins, S. (2006). Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. [Online]. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 562-572. Retrieved Março 2, 2010, from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/32/3/562>

Nestor, P. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. [Online]. *Am J Psychiatry*, 159, 1973-1978. Retrieved Março 2, 2010, from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/159/12/1973>

Código Penal Português (2009). Capítulo VII – Medidas de Segurança. Lisboa: Verbo Jurídico. [Online]. Retrieved Março 2, 2010, from <http://www.verbojuridico.com/download/codigopenal2009-v1.pdf>

Pullay, A. et al. (2008). Violent behaviour and DSM-IV psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). [Online]. *J Clin Psychiatry*, 69(1), 12-22. Retrieved Março 2, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922980/?tool=pubmed>

Rodrigues, C. (2000). *Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas de anomalia psíquica. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora.

Schneider, R. (2008). Mental health courts. *Current Opinion in Psychiatry* (Edição Portuguesa), 1(6), 606-613.

Spalletta, G. et al. (2001). Reduced prefrontal cognitive activation associated with aggression in schizophrenia. *Schizophr Res*, 50, 131-135.

Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control-override concept reexamined. [Online]. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 31-44. Retrieved Março 2, 2010, from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/1/31>

Stuart, H. & Arboleda Flórez, J. (2001). A Public Health perspective on violent offenses among persons with mental illness. [Online]. *Psychiatric Services*, 52(5), 654-659. Retrieved Março 2, 2010, from <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/52/5/654>

Swanson, J. et al. (2006) A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. [Online]. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499. Retrieved Março 2, 2010, from <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/63/5/490>

Taylor, P. et al. (1998). Mental disorder and violence: a special (high security) hospital study. *Br J Psychiatry*, 172, 218-226.

Tiihonen, J. et al. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. [Online]. *Am J Psychiatry*, 154(6), 840-845. Retrieved Março 2, 2010, from Retrieved Março 2, 2010, from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/154/6/840>

Wessely, S. (1993). Violence and psychosis. In C. Thompson & P. Cowen (Eds.). *Violence: basic and clinical science*. (119-134). Oxford: Butterworth-Heinemann.

Yang, Y. et al. (2010). Reduced hippocampal volumes in murderers with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 182(1), 9-13.