



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Nélia Joana Araújo dos Santos

**Teoria da Mente, esquizofrenia e  
inimputabilidade: estudo exploratório**



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Nélia Joana Araújo dos Santos

**Teoria da Mente, esquizofrenia e  
inimputabilidade: estudo exploratório**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia da Justiça

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Professor Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves**

Outubro de 2012

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Nélia Joana Araújo dos Santos

**Endereço Eletrónico:** joana\_asantos@hotmail.com

**Cartão de Cidadão:** 13399673 5 ZY2

**Título da Tese de Mestrado:** “Teoria da Mente, esquizofrenia e inimputabilidade: estudo exploratório”

**Orientador:** Professor Rui Abrunhosa Gonçalves

**Ano de conclusão:** 2012

**Designação do Mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia da Justiça

**É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.**

Universidade do Minho, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

*“Schizophrenics, who have no more contact  
with the outside world, live in a world of their own...”*

Bleuler

*Aos meus pais pelo amor incondicional que me demonstram e por serem um exemplo de força todos os dias.*

*A elas: Sara, Rita, Elsa, Bruna, Margarida, Joaquina, Neia, por serem a minha alegria e força todos os dias, por acreditarem em mim, por me tornarem melhor e me fazerem acreditar de que eu posso ser aquilo tudo que eu quiser.*  
*Basta-me acreditar.*

*Ao meu Zé, por seres o homem mais paciente do mundo, por me teres mudado o coração e por seres a melhor parte de mim.*

*Ao meu orientador, Professor Rui Abrunhosa, por toda a dedicação, cuidado e paciência com que me acompanhou neste projeto.*

Obrigado!



## Resumo

A cognição social é um constructo alargado que incorpora várias habilidades, tais como a perceção de emoções, perceção social e teoria da mente, estando o seu comprometimento relacionado com a perturbação esquizofrénica. A Teoria da Mente (ToM) é a habilidade mais danificada nesta doença psiquiátrica. Esta teoria envolve a capacidade de compreender estados mentais dos outros, como diferentes dos nossos e a capacidade de executar inferências corretas sobre o conteúdo desses estados mentais. No presente estudo, uma amostra de 29 esquizofrénicos inimputáveis, foi testada ao nível do comprometimento da ToM em relação a variáveis sociodemográficas e variáveis de contexto de internamento prisional. A operacionalização da ToM foi testada a partir de uma tarefa de falsa crença de primeira ordem (*Sally-Ann Test*), e um teste de reconhecimento do *faux pas* social. Resultados revelam que indivíduos esquizofrénicos têm maior taxa de sucesso em tarefas de falsa crença de primeira ordem. Variáveis que definem medidas de suporte social, reportaram maior influência sobre os resultados obtidos na tarefa de reconhecimento do *faux pas*. No geral, os resultados revelam que a execução em tarefas da ToM está intrinsecamente relacionada com os défices cognitivos relativos à esquizofrenia.

**Palavras-chave:** Teoria da Mente, esquizofrenia, cognição social, falsa crença, *faux pas*, prisão.

## Abstract

Social cognition is an extended construct which involves several abilities, such as emotional perception, social perception and theory of mind and their impairment is related with schizophrenic disorder. Theory of Mind (ToM) is the ability that as much damage in this psychiatric disease. This theory incorporates the capacity of understanding mental states of others as different from others, and the capacity of making correct inferences about the content of those mental states. In the present study, a sample of 29 not imputable schizophrenic was tested at the level of damage in ToM, concerning socio – demographic variables, and prison context. The testing of ToM was made by using one task of first-order false belief (*Sally-Ann Test*) and a social *faux pas* recognition test. Results reveal that schizophrenic individuals as a bigger rate in first-order false believe tasks. Variables that define social support measures, report a larger influence on data in the *faux pas* recognition test. Overall, data reveal that the executions in ToM tasks are intimately connected with cognitive impairments in schizophrenia.

**Keywords:** Theory of Mind, schizophrenia, social cognition, false belief, *faux pas*, prison.

---

## Índice

Agradecimentos .....	III
Resumo.....	IV
Índice .....	V
Lista de siglas e abreviaturas .....	VI
Enquadramento teórico .....	7
Metodologia.....	18
Participantes .....	19
Instrumentos.....	21
Apresentação dos resultados .....	26
Testes de associação .....	27
Testes de diferenças .....	33
Discussão dos resultados.....	37
Limitações e Implicações Futuras.....	43
Referências Bibliográficas .....	45
Anexos .....	50

---

## Lista de siglas e abreviaturas

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CPP – Código Penal Português

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição, Texto Revisto

EC – Estimulação Cognitiva

LCSF – *Lifestyle Criminality Screening Form*

RA - Regime Aberto

ToM – Teoria da Mente



---

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O ser humano é já de sua característica um ser largamente social, que constrói permanentemente um conjunto de relações com os outros, que requerem a manutenção de várias estruturas sociocognitivas (Tonelli & Alvarez, 2010).

O estabelecimento das relações com os outros, ancora-se num processo cognitivo fundamental, designado pela literatura como cognição social (Tonelli & Alvarez, 2010; Alvarez et al, 2009; Green et al, 2005), que se baseia num conjunto de operações mentais que estão relacionadas com a interação social, e que englobam processos de habilidade humana sobre como compreender as intenções e disposições dos outros. Cognição social é «a luta para entender a interdependência entre cognição e comportamento social» (Ostrom cit in Grenn et al, pp.882, 2005). A investigação na área da cognição social assume que o ser humano para entender o comportamento social tem que ser capaz de desenvolver um pensamento daquilo que pode estar a acontecer na mente das outras pessoas (Alvarez et al, 2009), ou seja, os processos cognitivos sociais traduzem-se na maneira como perspetivamos inferências sobre as crenças dos outros e de que forma os fatores sociais têm influência nessa inferência.

Os estudos da cognição social têm o seu foco em áreas tais como, o conhecimento social, o processamento emocional e a teoria da mente. Relacionando-se com o estudo das habilidades de «meta representação» (Tonelli & Alvarez, 2010; Penn cit in Green et al, 2005). Neste trabalho o enfoque será dado aos estudos relacionados com a Teoria Da Mente (ToM – sigla designada pela literatura).

ToM foi uma noção introduzida por Premack e Woodruff a partir do estudo do comportamento dos chimpanzés no sentido de designar a capacidade destes inferirem estados mentais dos outros (Marques-Teixeira, 2006). Ao longo do tempo o conceito de ToM foi alargado para diferentes áreas, passando a designar um ramo de estudo do fenómeno de cognição social, que se interessa pelos mecanismos que estão inerentes à capacidade humana de representar estados mentais e/ou inferir as intenções de outra pessoa (Jahshan cit in Alvarez, 2009). ToM é também muitas vezes referida como inteligência social e define-se como «a habilidade cognitiva para atribuir estados mentais, pensamentos, crenças e intenções a pessoas, permitindo a um indivíduo a explicação, manipulação e predição do comportamento» (Sprong et al, 2007, p.5).

A competência do ser humano construir relações ao longo da vida depende assim da integridade da cognição social e da habilidade que apresenta na ToM, tornando-se esta teoria assim um meio para conhecimento que o indivíduo tem de si mesmo através da integração das dimensões cognitiva, social e afetiva (Dutra, Junior & Queiroz, 2011).

As explicações mais comuns para a ToM são a teoria-teoria (Perner; Apperley cit in Bora, 2008) e a teoria da simulação (Gordon; Gallese et al cit in Bora, 2008). A primeira postula que há regras subordinadas e representações para descrever estados mentais dos

outros – os indivíduos criam uma teoria para explicar o comportamento dos outros, baseado na informação que têm sobre eles. A segunda teoria explicativa define mentalização (meta representação) de uma forma menos cognitiva, afirmando que os indivíduos usam os seus próprios estados mentais para examinar comportamentos ou informações refletindo sobre os estados mentais dos outros. Entender os pensamentos de outra pessoa só é possível pela criação de uma experiência semelhante dentro da mente do próprio observador (*idem*).

A ToM pode também ser dividida com base no conteúdo da inferência: afetiva ou cognitiva (Bora, 2008). ToM cognitiva diz respeito aos estados cognitivos, crenças, pensamentos ou intenções de outras pessoas – podendo ser acedida através de testes de falsa crença e *faux pas* social (normalmente estas tarefas comportam um conjunto de histórias sobre as quais o indivíduo deve inferir sobre os sentimentos das personagens). Por outro lado, a ToM afetiva representa os estados afetivos, emocionais e sentimentos dos outros. É de certa forma semelhante ao fenómeno que conhecemos como empatia, mas no entanto este termo refere-se somente ao sentimento e experiência da emoção de outra pessoa, enquanto na ToM afetiva se compreende o estado mental do indivíduo sem necessariamente experienciar essa emoção (Duval et al, 2011).

Os estudos sobre a ToM foram inicialmente desenvolvidos para crianças (Grenn et al, 2008) e, sendo esta habilidade fundamental para quase todas as situações sociais, era pois importante avaliar a capacidade que aquelas teriam em considerar o que as outras pessoas fazem ou dizem. Desta forma, só se poderia atribuir esta competência a crianças que entendessem a falsa crença (Jou & Sperb, 2004). Para a avaliação da ToM seriam aplicadas tarefas de falsa crença de primeira ordem, testes de falsa crença de segunda ordem e reconhecimento de *faux pas*<sup>1</sup>, que se revelam as melhores formas de se aceder à ToM de um indivíduo (Baron-Cohen et al, 1999), estas medidas de avaliação serão referidas posteriormente neste trabalho de investigação.

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico, reconhecido clinicamente. Um dos aspetos fundamentais da esquizofrenia é que engloba um conjunto de disfunções neuro cognitivas (Aguiar et al, 2008), que influenciam e comprometem largamente o funcionamento social do indivíduo esquizofrénico, encontrando-se estes seriamente afetados ao nível de áreas muito importantes como a linguagem, o pensamento e a

---

<sup>1</sup> Tarefas de primeira ordem referem-se à habilidade de compreender que os outros podem ter uma falsa crença sobre o mundo que é diferente da nossa, (ex: Eu penso que X pensa que...). Ou seja, são tarefas que nos permitem ter consciência que os outros pensam de forma diferente da nossa (Abu-Akel & Abushua'leh, 2004; Duval et al, 2011).

Tarefas de falsa crença de segunda ordem referem-se à “crença sobre a crença”, que nos encaminha para a habilidade de compreender que um indivíduo pode ter uma falsa crença sobre a crença de outro (ex.: X pensa que Y pensa que...). (*idem*)

Reconhecimento de *faux pas* diz respeito a compreender e reconhecer situações em que alguém diz algo de inapropriado sem saber ou não se aperceber que não o deveria ter dito.

consciência do Eu (Marques, 2003). É também entendida como uma perturbação que conduz a uma desadequação do sujeito face ao ambiente externo e à sua realidade interna, traduzindo-se num sistema perturbado a vários níveis: social, comunitário, institucional, cognitivo e comportamental (Figueira, 1984).

A investigação na área da ToM tem sido frequentemente alargada para o campo psiquiátrico, nomeadamente para a sua relação com a esquizofrenia. Tal emparelhamento está relacionado com a falha que os pacientes esquizofrénicos têm em monitorizar os seus próprios estados mentais e comportamentos, bem como o dos outros, sendo isto uma consequência dos sintomas positivos e negativos que estão presentes nesta desordem psiquiátrica (Brüne, 2005). A psicologia cognitiva social tem assim pretendido explicar os sintomas psiquiátricos com base em anomalias no processamento de informações sociais, sendo que o processamento defeituoso na ToM compromete a capacidade do sujeito entender a subjetividade e objetividade de uma situação social. De fato, a investigação comprova que indivíduos portadores de esquizofrenia pontuam menos em medidas de avaliação da ToM em relação a indivíduos psiquiatricamente saudáveis (Alvarez et al, 2009).

Desta forma, a cognição social (mais especificamente estudos na ToM) foi abordada na esquizofrenia de duas maneiras, uma enfatizando o viés que ocorre durante o processamento da informação social, estando esta abordagem centrada nos contextos e nos sintomas e outra dando enfoque aos défices do desempenho – podendo este ser normal ou anormal (Penn et al cit in Marques-Teixeira, 2003). Estas abordagens, permitiram ao longo de diversos estudos, compreender que na esquizofrenia a cognição social associa-se a um deficitário funcionamento cognitivo-social (Cohen, 2005).

Os estudos sobre o emparelhamento da esquizofrenia com o comprometimento das funções da ToM tiveram origem em estudos sobre o autismo. De acordo com estes estudos, as estruturas mentais que são importantes para os outros processos cognitivos também são usadas para o processo de meta representação (Bora, 2008).

A capacidade do indivíduo criar ideias imaginárias, interpretar sentimentos e compreender intenções que vão além da realidade que lhes é apresentada, é manipulada por um mecanismo cognitivo que lhe está inerente, sendo que, na esquizofrenia este pode estar comprometido e claramente afetado (Fernandes, Neves e Scaraficci, 2004). Um estudo designado por *Measurement Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*, pelo *National Institute of Mental Health* descreve que as principais áreas afetadas pela esquizofrenia são a velocidade de processamento, a atenção, a memória de trabalho, o raciocínio, a resolução de problemas e a cognição social, tornando assim mais uma vez pertinente o emparelhamento entre ToM e esquizofrenia (Green & Nuechterlein cit in Aguiar et al, 2008).

De acordo com o DSM-IV TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2002) os sintomas que caracterizam a esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que afetam a percepção, o pensamento indutivo, e a capacidade hedónica, entre outros. Adicionalmente, os sintomas apresentados pelos pacientes esquizofrénicos encontram-se divididos em dois tipos - sintomas positivos (que descrevem um excesso ou distorção das funções normais, como as ideias delirantes e alucinações); e os sintomas negativos (descritos como a diminuição ou perda de funções normais, tais como, o embotamento afetivo e a fluência e produtividade de discurso, entre outros).

Firth (cit in Marques-Teixeira, 2006) referiu que um conjunto de sintomas observáveis na esquizofrenia poderá ser explicado por alterações na meta representação, fenómeno que se encontra envolvido na ToM. Deste modo, o conhecimento que o indivíduo tem sobre as representações que faz sobre o mundo estaria na origem da sua sintomatologia. O autor sugere assim que os sintomas positivos poderiam ser explicados por dificuldades de manutenção das suas próprias intenções, e incapacidade de inferir estados mentais dos outros causando assim sintomas como os delírios de controlo, e os delírios paranoides, respetivamente. Por outro lado, os sintomas negativos podem ter a sua origem na dificuldade que estes indivíduos têm em avaliar os estados mentais dos outros, tornando-os desadequados a responder a situações sociais, causando por vezes o isolamento social (Corcoran et al cit in Marques-Teixeira, 2006).

Compreender o funcionamento social de esquizofrénicos pode ser importante para o desenvolvimento de técnicas terapêuticas eficazes, em ambientes que comportam este tipo de indivíduos, bem como diagnosticar com mais precisão a esquizofrenia incipiente diferenciando-a de outro tipo de distúrbios psiquiátricos (Tonelli & Alvarez, 2010), daí a pertinência deste estudo.

O presente trabalho, consiste num estudo de características transversais com um grupo 29 esquizofrénicos inimputáveis, a cumprir medida de internamento e segurança num Estabelecimento Prisional. No atual sistema penal português, a culpabilidade de um crime tem um pressuposto que é a imputabilidade associada a dois requisitos: a possibilidade concreta de conhecer a ilicitude da conduta e a possibilidade concreta de agir de outro modo. Se estes não forem cumpridos, o Direito Penal, não reprovava nem censura o comportamento (Marques-Teixeira, 2008). O Código Penal Português não descreve a imputabilidade mas sim a inimputabilidade, designando no art. 20º «*É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do fato, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação*». A descrição de inimputabilidade é meramente contextual nesta investigação, sendo que a esquizofrenia em todos os participantes foi o critério de decisão para a razão de inimputabilidade face ao

crime cometido. Posto isto, o enfoque principal deste trabalho foi o estudo da execução em tarefas e testes da ToM, correlacionado com variáveis tanto intrínsecas ao indivíduo, como contextuais.

As tarefas e testes utilizados têm a sua conceptualização teórica em estudos debruçados sobre o emparelhamento entre o défice na ToM e esquizofrenia. Os testes de falsas crenças são os mais utilizados na avaliação desta díade (Frith & Corcoran, 1996; Corcoran et al, 1997; Doddy et al, 1998; Mazza et al, 2001 cit in Sprong et al, 2007).

Vários autores apontaram a distinção entre défices da ToM ao nível de falsas crenças de primeira ordem, relacionados com crenças pessoais acerca do mundo, e de falsas crenças de segunda ordem/ reconhecimento do *faux pas*, arrolados com crenças pessoais acerca de crenças de outras pessoas (Firth cit in Marques-Teixeira, 2006; Drury, Robinson & Birchwood, 1998; Kettle, O'Brien-Simpson & Allen, 2008).

Neste estudo, a tarefa de falsa crença de primeira ordem apresentada foi o *Sally-Ann Test* (Wimmer e Perner, 1983). É uma tarefa de testagem das habilidades da Teoria da Mente, no qual se testa especificamente a capacidade do indivíduo avaliado metarepresentar o estado mental das personagens. Por outras palavras, esta tarefa testa a capacidade de “compreensão de uma falsa crença de primeira ordem” (Tonelli & Alvarez, 2010, pp.3). Consiste numa pequena história, na qual o indivíduo deve inferir estados mentais das personagens e discernir que as suas crenças diferem das de outras pessoas:

«Duas personagens, Sally e Anne, possuem dois tipos de recipientes diferentes. Sally tem uma cesta, Anne tem uma caixa. Sally guarda um brinquedo dentro da sua cesta. Momentos depois, sem que Sally esteja presente, Anne aparece e tira o brinquedo da cesta de Sally e coloca na sua caixa (Wimmer e Perner, 1983).»

Após a história coloca-se a questão «Onde é que a Sally vai procurar o seu brinquedo?». A avaliação fundamenta-se na capacidade de o indivíduo pensar, ou metarepresentar o estado de Sally como «Eu sei que ela não sabe onde é que o seu brinquedo realmente está», medindo assim a falsa crença de primeira ordem. O sujeito deve então discernir que o conhecimento que ele tem sobre a história não é o conhecimento que a personagem tem. (Brüne, 2005; Dutra, Junior & Queiroz, 2011).

Outra tarefa desenhada para a medida ToM, mais especificamente para a testagem do reconhecimento do *faux pas* foi o «Teste *faux pas*», desenvolvido por Simon Baron-Cohen e Valerie Stone (1998), que se define por uma tarefa de avaliação das habilidades da Teoria da Mente que consiste em 20 histórias, 5 histórias controlo e 5 histórias em que uma dos personagens diz alguma coisa que não deveria ter dito. A história é lida em voz alta ao avaliado, que deverá identificar se alguém disse alguma coisa que não deveria ter dito e

quem é essa personagem, bem como justificar intenções da mesma. Esta tarefa envolve avaliar falsas crenças mais complexas (Tonelli & Alvarez, 2010).

*Faux pas* pode ser entendido como um lapso social, e ocorre quando alguém por não saber, ou não perceber diz algo que não deveria ter dito. Deste modo, existe um componente cognitivo e afetivo no seu reconhecimento. Macedo (2006) admite que para existir um *faux pas* é necessário estarem reunidas quatro condições: a existência concreta de um lapso social, a compreensão do lapso, a compreensão do estado mental do ouvinte e a compreensão do estado mental do falante. Vejamos então um exemplo de uma história, que contém um *faux pas*:

«A Inês tinha acabado de se mudar para um novo apartamento. A Inês foi às compras e comprou umas cortinas novas para o seu quarto. Quando ela acabou de decorar o apartamento, a sua melhor amiga Lisa foi lá. A Inês deu-lhe uma visita guiada pelo apartamento e perguntou, “Gostas do meu quarto?” “Aqueles cortinas são horríveis,” disse a Lisa. “Espero que compres umas novas!”»

O que se objetiva é investigar se o sujeito tem a percepção de que a situação apresentada é inadequada (Dutra, Junior & Queiroz, 2011), sendo que indivíduos normais reconhecem o *faux pas* facilmente e indivíduos esquizofrénicos têm esta função comprometida. O que está em questão é a avaliação do reconhecimento do *faux pas* e não a sua produção (Baron-Cohen et al, 1999). Neste caso, o indivíduo deveria reconhecer que a Inês não deveria ter dito mal das cortinas, porque a Lisa as tinha comprado e a afirmação pode causar-lhe desconforto e magoá-la.

Compreender o *faux pas* requer, assim, que o indivíduo tenha uma representação mental sobre a situação que lhe é apresentada, envolvendo a inferência de estados cognitivo-comportamentais e a inferência empática sobre como a personagem se deve sentir. Reconhecer o *faux pas* pode ser, por isso, a nossa habilidade de empatizar – sendo que na esquizofrenia (tal como no autismo) esta está comprometida, o que explica a relação desta desordem psiquiátrica com o funcionamento deficitário da ToM (Abu-Akel & Abushua’leh, 2004). Não reconhecer o *faux pas* implica um défice na capacidade de inferir estados mentais dos outros, uma falha em realizar inferências empáticas e uma falha em integrar estas duas habilidades (Blair et al cit in Abu-Akel & Abushua’leh, 2004).

Apresentadas assim as tarefas e testes utilizados nesta investigação, é importante referir que a literatura refere que os pacientes esquizofrénicos geralmente pontuam menos, ou têm piores performances nas tarefas de falsa crença de segunda ordem e reconhecimento do *faux pas*, porque envolvem mecanismos cognitivos mais complexos (Doody et al cit in Brüne, 2005; Bosco et al, 2009).

A execução nestas tarefas foi avaliada e correlacionada com diferentes variáveis, a saber: tipo de esquizofrenia, tipo de crime cometido, idade, reincidência, tempo de reclusão,

uso de medicação, visitas prisionais, participação em atividades de estimulação cognitiva, beneficiação de regime aberto (RAE).

### **Tipo de esquizofrenia**

Na literatura tem sido colocada a hipótese de a ToM afetada pelo tipo de esquizofrenia com que se está a lidar (Brüne, 2005) No enquadramento teórico supra citado, foi descrito que os indivíduos esquizofrénicos diferem nas habilidades da ToM consoante os sintomas que está predominantes na sua perturbação, sejam eles maioritariamente comportamentais (objetivos) ou experimentais (subjetivos) (Brüne, 2005). Posto isto, de acordo com a literatura indivíduos com maioria de sentimentos negativos irão apresentar performances semelhantes à de crianças autistas, devido à sua incapacidade de representar estados mentais, ou seja em tarefas de falsa crença pontuam pobremente. Indivíduos com o subtipo paranoide terão a ToM intacta pois são capazes de perceber que as outras pessoas têm estados mentais que diferem dos nossos. Em pacientes que apresentam sintomas passivos ou em remissão também é expectável que sejam bem-sucedidos ao nível da execução nas ToM pois a sua capacidade de representação dos estados dos outros permanece funcional (Firth cit in Brüne, 2005).

Diferentes estudos revelam resultados incongruentes com esta informação, tal como o estudo de Corcoran et al (cit in Sprong et al, 2007) que caracteriza quatro grupos inseridos nos pacientes esquizofrénicos, no que se refere ao seu emparelhamento do dano na ToM com a esquizofrenia: pacientes com indícios comportamentais de sintomas negativos estão comprometidos ao nível da ToM; pacientes paranoides desempenham pobremente nas tarefas da ToM pois têm dificuldade em monitorizar as intenções dos outros; pacientes com experiências de passividade (delírios de controlo, inserção de pensamento) esperam-se como tendo um desempenho normal ao nível das tarefas da ToM, tais como os indivíduos do último grupo com sintomas de remissão.

Na amostra apresentada neste estudo, quatro tipos de esquizofrenia estão dominantes, seguindo critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR e do CID-10: esquizofrenia simples, esquizofrenia com toxicofilia múltipla, esquizofrenia paranoide e esquizofrenia hebefrénica.

Segundo Afonso (2002), estes subtipos de esquizofrenia têm as seguintes características:

- a) Esquizofrenia Hebefrénica – os sintomas afetivos e as alterações de pensamento são predominantes. As ideias delirantes, embora presentes, não são organizadas. Existe um contato muito pobre com a realidade e uma marcada regressão das faculdades mentais.



- b) Esquizofrenia paranoide – predomina os sintomas positivos da doença. O comportamento é condicionado por ideias delirantes paranoides e audições auditivo-verbais.
- c) Esquizofrenia Simples – apresenta habitualmente um desenvolvimento insidioso com um isolamento social marcado e uma diminuição no desempenho laboral e intelectual. Neste subtipo de esquizofrenia não se encontram os sintomas presentes nos outros subtipos.

É importante destacar o grupo de indivíduos caracterizados pelo diagnóstico de esquizofrenia com toxicofilia<sup>2</sup>. A comorbidade da doença psiquiátrica (tal como a esquizofrenia) com o consumo de substâncias é comum, e afeta negativamente o indivíduo ao nível cognitivo, motor e até mesmo a sua resposta á medicação que é necessária (Marques-Teixeira, 2000), podendo comprometer o seu desempenho ao nível das tarefas da ToM. O uso de substâncias é também avaliado neste estudo a partir do LCSF – *Lifestyle Criminality Screening Form* (Gonçalves e Vieira, 2004) que tem como objetivo a avaliação de um estilo criminal prévia à condenação. Será de esperar que indivíduos que pontuem alto na subescala de autoindulgência tenham uma execução empobrecida nas repostas às tarefas da ToM.

### **Tipo de crime e Reincidência**

O critério de codificação da variável tipo de crime foi, neste estudo reduzido para crimes violentos (que inclui crimes contra as pessoas e roubos) e crimes não violentos (inclui crimes contra o património). Estas são variáveis que fazem sentido serem relacionadas com os resultados obtido no LCSF acima citado, será de esperar que indivíduos que coteem alto nesta escala tenham cometido um crime não violento e indivíduos que coteem baixo tenham cometido um crime violento. Uma vez que o crime violento, geralmente é um ato isolado e muito grave, não é de esperar que os indivíduos que o cometem pontuem alto, pois prévio a este acontecimento não possuíam um estilo de vida criminal (Vieira, Lopes & Gonçalves, 2008). Desta forma a reincidência também se encontra relacionada com elevadas pontuações no LCSF e com a prática de crimes não violentos.

No que diz respeito à execução nas tarefas da ToM, um crime mais violento pode indicar uma intensidade mais aguda da perturbação esquizofrénica, sendo por isso expectável que indivíduos condenados por crimes violentos, tenham um pior desempenho nas mesmas (Menezes, 2000).

---

<sup>2</sup> Segundo os critérios do DSM-IV-TR a toxicofilia ou dependência de múltiplas substâncias são: comportamento ao longo de 12 meses, em que o indivíduo utilizou repetidamente pelo menos 3 tipos de substância, sem domínio de nenhuma substância.

### **Idade e Tempo de Reclusão**

Os estudos indicam que com a idade a esquizofrenia, aquando devidamente tratada, atinge uma fase de remissão que pode dar melhores resultados ao nível da resposta às ToM. Assim, pacientes em fase de remissão devem desempenhar normalmente as tarefas da ToM (Corcoran et al cit in Sprong et al, 2007). No entanto, a duração da doença pode também traduzir-se num declínio desta habilidade, pois a esquizofrenia é um transtorno com evolução crónica, podendo provocar uma progressiva deterioração no indivíduo (Sarfati et al cit in Brüne, 2005).

Os indivíduos esquizofrénicos estão sujeitos a um conjunto de consequências devido à sua doença e ao meio ambiente onde estão inseridos (Carvalho, 2011). Uma vez que os indivíduos se encontram em medida de internamento e segurança, é preciso ter em conta que o tempo de reclusão pode influenciar o prognóstico da doença (Menezes, 2000), e até mesmo acentuar os sintomas, o que pode comprometer a execução das tarefas da ToM. O internamento pode ser assim considerado como um agente stressor, podendo a longo prazo ter como consequências a perda de competências e a acentuação de défices neuro cognitivos (Carvalho, 2011).

### **Uso de Medicação**

Alguns estudos descritos na literatura avaliaram o impacto do uso de anti psicóticos sobre as habilidades da ToM (Tonelli & Alvarez, 2010). O uso de medicação permite o controlo da doença, desta forma, um tratamento mais tardio da medicação pode provocar uma acentuação mais tardia dos problemas cognitivos apresentados pela esquizofrenia (Drake et al, 2000). Assim, espera-se que pacientes que só foram medicados aquando o seu internamento, tenham scores mais baixos na avaliação das tarefas da ToM. No entanto, outros estudos indicam que a medicação pode induzir a alterações das capacidades cognitivas (devido aos seus efeitos anticolinérgicos), o que induz a performances mais pobres em esquizofrénicos com um regime de medicação mais prolongado (Afonso, 2002).

Estes estudos apresentam, portanto, várias questões metodológicas e incongruentes, pelo que esta associação ainda se encontra pouco explorada, pois outros estudos indicam que a medicação pode induzir a alterações das capacidades

### **Participação em atividades de estimulação cognitiva, Regime Aberto (RA) e visitas prisionais**

Os défices apresentados pelos indivíduos esquizofrénicos fazem com que estes sejam mais dependentes do apoio de terceiros, pelo que as medidas de suporte social tornam-se cruciais. As famílias destes indivíduos confrontam-se muitas vezes com a necessidade constante de fornecer suporte emocional, e agir no sentido de minimizar o

impacto negativo da estigmatização e discriminação a que estão sujeitos (Carvalho, 2011), o que é ainda mais aplicável no contexto prisional. Neste contexto, as figuras de suporte social muitas vezes são os psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de reeducação, médicos e guardas prisionais.

Para além disto, Kavanagh (cit in Afonso,2002) elaborou uma meta-análise ao estudo da relação da esquizofrenia com a emoção expressa pelos familiares, onde concluiu que quando existia uma elevada emotividade expressa pelos familiares, o número de recaídas do paciente esquizofrénico era maior, indicando a emotividade familiar com um fator de *stress* da doença.

Sendo o ajustamento social uma das áreas mais comprometidas pela esquizofrenia, as abordagens psicossociais promovem um conjunto de ações que visam proporcionar maior integração social ao indivíduo e desenvolvimento de competências cognitivas (Moll & Saeki, 2009). O tratamento psicossocial é assim imprescindível para o esquizofrénico, e previne em muitos aspetos a recaída do indivíduo, e conseqüentemente a deterioração do mesmo (Shirakawa, 2000).

A rede social pode ser representada pelas relações de um indivíduo nas diversas situações do seu quotidiano, neste caso no contexto prisional, sendo muitas vezes esta uma medida que indica um bom prognóstico da esquizofrenia (Lavall et al, 2009). Na institucionalização é importante a manutenção do acompanhamento familiar (Villares, 2000), que no presente estudo pode ser avaliada pelas visitas prisionais que o indivíduo beneficia. Posto isto, indivíduos que participem em atividades de estimulação cognitiva, que têm um bom suporte familiar (visitas prisionais) e que beneficiam de Regime Aberto<sup>3</sup> (RA - é um regime que permite ao individuo maior liberdade dentro do estabelecimento, e que lhe confere mais responsabilidades), terão previsivelmente um melhor desempenho nas tarefas da ToM.

Como corolário, a ToM insere-se no fenómeno da cognição social. É uma teoria que define a habilidade de imputar estados mentais nos outros e em si próprio (Premack cit in Marques-Teixeira, 2006), a associação dos danos nesta teoria com a esquizofrenia tem sido um campo muito alargado da investigação. Pacientes com esquizofrenia demonstram um

---

<sup>3</sup> De acordo com o código de “Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade” (Antunes & Pinto 2011):

- a) art.12º - a execução das penas e medidas privativas de liberdade em regime aberto decorre em estabelecimento ou unidade prisional e favorece contatos com o exterior e a aproximação à comunidade;
- b) art.14º - o regime aberto é aplicado se for adequado ao seu comportamento prisional, á salvaguarda da ordem, segurança e disciplina do estabelecimento prisional, á proteção da vítima e à defesa da ordem e da paz social.

défice cognitivo generalizado, e por isso, tendem a ter níveis mais baixos do que os sujeitos normais numa variedade de testes cognitivos, incluindo tarefas e testes da ToM (Silva, 2006). Neste trabalho apresenta-se um estudo em 29 esquizofrénicos inimputáveis, os quais são avaliados em tarefas de falsas crenças, e cujos resultados são analisados e correlacionados à luz de um conjunto de variáveis contextuais e intrínsecas aos indivíduos, para testar a influência das mesmas. Este tipo de estudos é importante pois muitos autores acreditam que os sintomas da esquizofrenia podem ser largamente compreendidos à luz do dano na ToM, no entanto as evidências sobre a sua correlação ainda são muito modestas. Mais ainda, a importância deste estudo reside no fato de que, a partir dos resultados obtidos podem ser desenvolvidas técnicas terapêuticas mais eficazes em contexto de institucionalização. Além disso as investigações que validam instrumentos para medir estas tarefas em adultos esquizofrénicos são ainda muito escassas, pelo que o presente estudo pode também dar um contributo válido a esse nível.

---

## **METODOLOGIA**

## Participantes

Neste estudo de características transversais recorreu-se a uma amostra de conveniência, contando com um total de 29 participantes do sexo masculino, de um universo de 52 sujeitos afetados pela perturbação esquizofrénica, em cumprimento de medida de segurança em estabelecimento prisional. A escassez da amostra deve-se ao fato de ser uma população muito restrita, que comporta vários entraves cognitivos, pessoais e contextuais.

A seleção foi feita com base no levantamento de dados a partir dos processos criminais, disponíveis para consulta mediante a autorização do diretor do estabelecimento prisional, sendo os primeiros critérios de seleção os seguintes: indivíduo condenado a medida de internamento e segurança por razões de inimputabilidade; critério para a inimputabilidade ser o diagnóstico de esquizofrenia (segundo o DSM-IV-TR e o CID-10) efetuado pelos serviços clínicos do estabelecimento prisional. Após esta primeira seleção, foi feita uma avaliação interna, em conjunto com o técnico de reeducação responsável pelos internados inimputáveis, para perceber se estes teriam condições cognitivo-comportamentais e fisiológicas que lhe permitissem capacidade de resposta às tarefas apresentadas. Desta forma, indivíduos esquizofrénicos severamente embotados, com distúrbios de linguagem e pensamento severos não foram submetidos à recolha de dados e aplicação de tarefas de falsa crença e reconhecimento do *faux pas*. Antes da aplicação dos instrumentos e das tarefas, era solicitado o consentimento verbal aos esquizofrénicos previamente selecionados, sendo que alguns não se dispuseram à participação no estudo.

A partir dos processos criminais foram também recolhidas as variáveis de carácter sociodemográfico tais como: idade, tipo de crime, tipo de esquizofrenia, registo criminal (reincidência), tempo de prisão, regime de visitas, regime de medicação<sup>4</sup>, participação em atividades de estimulação cognitiva (EC) e benefício de regime aberto (RAE). A caracterização destas variáveis encontra-se relatada na tabela 1. É de salientar que as habilitações literárias primariamente seriam uma das variáveis a ter em conta neste estudo, no entanto, a acuidade destes dados estava comprometida, pelo que se optou por não ser considerada.

A idade dos participantes varia entre os 27 e os 63 anos, sendo a idade média de 41.34 ( $DP=10.65$ ). O tempo de prisão médio na amostra é de 62.28 meses ( $DP=72.47$ ), variando entre 6 e 259 meses.

A amostra é, portanto, constituída por 29 esquizofrénicos inimputáveis, sendo que mais de  $\frac{3}{4}$  estão representados nos subtipos esquizofrenia simples e esquizofrenia do tipo

<sup>4</sup> NOTA: o regime de medicação subdivide-se em dois grupos – toma de medicação prévia e durante a condenação e toma de medicação só aquando a condenação – é de referir que esta «toma» designa a utilização frequente e disciplinada de medicação, ou seja, é uma toma vigiada.

paranoide, estando o subtipo hebefrénico ou desorganizado sub-representado (apenas 2 indivíduos). Destes participantes, mais de 75% estão condenados por crimes violentos e estão divididos, quase que equitativamente entre indivíduos primários e reincidentes.

No que concerne ao regime de medicação, a maioria dos participantes tomava medicação prévia á condenação. Considerando as variáveis de suporte social a amostra divide-se de forma semelhante, sendo que o mesmo número de indivíduos é representado no que diz respeito ao regime de visitas e participação em atividades de estimulação cognitiva, sendo que em ambos, a maioria beneficia dos mesmos. A maior discrepância reside na variável regime aberto onde mais de 75% da amostra não beneficia desta modalidade prisional.

Variável	n	%	M	DP
<b>Idade (em anos)</b>			41.35	10.65
<b>Tipo de crime</b>				
Violento	25	86.2		
Não Violento	4	13.8		
<b>Tipo de esquizofrenia</b>				
Simple	12	41.4		
Paranoide	10	34.5		
Hebefrénica	2	6.9		
Simple + Toxicofilia	5	17.2		
<b>Reincidência</b>				
Reincidente	15	51.7		
Primário	14	48.3		
<b>Tempo de prisão (em meses)</b>			62.28	72.47
<b>Regime Aberto</b>				
Sim	6	20.7		
Não	23	79.3		
<b>Visitas Prisionais</b>				
Sim	16	55.2		
Não	13	44.8		
<b>Participação em atividades de EC</b>				
Sim	16	55.2		
Não	13	44.8		
<b>Uso de medicação</b>				
Prévia á condenação	18	62.1		
Aquando a condenação	11	37.9		

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (estatística descritiva)

A recolha de dados sociodemográficos, tal como acima mencionado foi a primeira fase deste estudo, seguindo-se a aplicação da *checklist* LCSF, da tarefa *Sall-Ann Test* e do teste do *Faux Pas*.

## Instrumentos

### **LCSF – *Lifestyle Criminality Screening Form*<sup>5</sup>**

Este instrumento é uma *checklist* de avaliação de estilo de vida criminal, objetivando, neste estudo, o conhecimento sobre a presença ou não deste previamente à condenação dos indivíduos que constituem a amostra. É composto por 14 itens distribuídos por 4 secções: 1 - irresponsabilidade; 2 - auto-indulgência; 3- comportamento interpessoal intrusivo; 4 - violações das regras sociais, que se dividem em afirmações, cujas respostas devem ser seleccionadas pelos participantes e podem variar entre 0,1 e 2 na sua pontuação, sendo que o total do formulário varia entre 0 e 22.

A primeira secção refere-se ao aspeto do indivíduo ter esta característica acentuada na adolescência, tomando a decisão de manter uma conduta desviante, e não cumprindo as suas obrigações sociais e morais (ex.: Ensino Básico completado dentro do limite de idade). A segunda secção de auto-indulgência refere-se á incapacidade de o indivíduo perceber a gratificação a longo prazo, tomando-se impulsivo e auto-indulgente (ex.: História de abuso de álcool/drogas). A secção seguinte que define o comportamento interpessoal intrusivo traduz-se num indivíduo que tenta deliberadamente tirar proveito dos desejos e sentimentos dos outros, caracterizando-se por traços de agressividade, violência e hostilidade (ex.: Abuso físico de pessoas significativas – nomeadamente elementos familiares). Por último, quarta secção caracteriza a indiferença em relação às regras, leis e normas sociais (ex.: Registo de problemas comportamentais na escola) (Vieira & Gonçalves, 2008).

A literatura (*idem*) postula que um total de 10 ou mais no instrumento LCSF significa a presença de um estilo de vida criminal.

Tal como identificado na Tabela 2, a média de pontuação total neste instrumento de avaliação foi de 6.37 ( $DP=2.31$ ), o que traduz que a maioria dos indivíduos não possui um estilo de vida criminal prévio à condenação. A secção com uma pontuação mais elevada foi a de auto-indulgência, o que seria de esperar pois é aqui que se encontra a informação sobre o crime cometido, e desta forma uma vez que a maioridade da amostra está condenada por um crime violento, uma cotação maior nesta secção está intimamente associada.

---

<sup>5</sup> Versão portuguesa para investigação (Gonçalves & Vieira, 2004)



Variável	n	%	M	DP
<b>Estilo de vida prisional</b>				
Presente	3	10.3		
Ausente	26	89.7		
<b>LCSF</b>				
Cotação total			6.38	2.31
Subescala de irresponsabilidade			1.55	1.24
Subescala de auto-indulgência			2.21	1.47
Subescala de comportamento intrapessoal intrusivo			1.86	.83
Subescala de violação de regras sociais			1.07	1.85
<b>Sally-Ann Test</b>				
Reconhecimento	17	58.6		
Não reconhecimento	12	41.4		
<b>Faux pas</b>				
Cotação histórias <i>faux pas</i>			10.10	9.87
Cotação perguntas controlo <i>faux pas</i>			9.55	.78
Cotação histórias controlo			9.31	1.71
Cotação perguntas controlo			9.51	.68
<b>Respostas delirantes</b>				
Sim	6	20.7		
Não	22	75.9		

Tabela 2 - Estatística descritiva: *Sally-Ann Test*, Teste do *Faux Pas*

### **Sally-Ann Test**

O *Sally-Ann Test* é uma tarefa de “compreensão de falsa crença de primeira ordem” (Tonelli & Alvarez, 2010, p.3), na qual é necessário ponderar sobre a localização inesperada de objetos, numa história que envolve duas personagens:

«A Sally e Anne possuem dois tipos de recipientes diferentes. Sally tem uma cesta, Anne tem uma caixa. Sally guarda um brinquedo dentro da sua cesta. Momentos depois, sem que Sally esteja presente, Anne aparece e tira o brinquedo da cesta de Sally e coloca na sua caixa (Wimmer e Perner, 1983).»

Relembremos que esta tarefa foi desenvolvida com o intuito de avaliar o reconhecimento ou não da falsa crença, ou dito de outra forma, a presença ou não da habilidade ToM – que se refere à inferência de estados mentais dos outros. Inicialmente, este termo foi associado a crianças autistas, sendo aplicada esta tarefa no sentido de compreender as deficiências sociais, de comunicação e de imaginação como consequentes

de défices cognitivos ao nível da ToM (Mendes, 2011). Mais tarde, estes estudos foram alargados para pacientes esquizofrénicos.

Na aplicação em crianças eram utilizados bonecos de representação no relato da história para uma melhor compreensão, no entanto, após algumas aplicações em indivíduos da amostra deste estudo, a receptividade aos bonecos não era positiva, pois os indivíduos sentiam-se infantilizados, pelo que se optou por não utilizar os bonecos. A história era lida em voz alta, de forma pausada e aquando necessária era repetida, apenas a primeira resposta foi considerada. Os nomes foram traduzidos para português para haver uma melhor compreensão (Sandra e Ana). Após a leitura da história era colocada a questão “Onde é que a Sandra foi procurar o seu brinquedo?”. O reconhecimento da falsa crença de primeira ordem é atribuído se o indivíduo responder “cesta”, e não atribuído se responder “caixa”:

Na amostra constituída, verificou-se que a maioria dos participantes reconheceu a falsa crença de primeira ordem, no entanto, o número de indivíduos que reconhece ou não é relativamente próximo (tabela 2).

### **Teste de Reconhecimento do *Faux Pas* (Versão Adulta)<sup>6</sup>**

Como o próprio nome indica este teste procurar avaliar a capacidade de reconhecimento de um *faux pas*, ou por outras palavras de um lapso social, que tal como descrito anteriormente, se refere a uma situação em que alguém diz algo que não deveria ter dito, sem se aperceber que não o deveria ter dito (Abu-Akel & Abushua'leh, 2004). Este é um teste que se insere na linha de investigação sobre em que medida os défices sociais se emparelham com o comprometimento da capacidade de inferir estados mentais nos outros, ou seja com o dano na ToM.

O instrumento original é constituído por 20 histórias<sup>7</sup>. (10 histórias que contêm um *faux pas*, e 10 histórias controlo), que foram traduzidas para português pelo método de

---

<sup>6</sup> Versão traduzida para investigação, versão original criada por Valerie Stone & Simon Baron-Cohen – o pedido de autorização para a tradução deste instrumento foi concedido por meio eletrónico pelo próprio autor (ver anexo 1).

<sup>7</sup> Exemplo história *faux pas*: “O primo da Filipa, o Rui, vinha para uma visita e a Filipa fez uma tarte de maçã especialmente para ele. Depois do jantar, ela disse, “Fiz uma tarte só para ti. Está na cozinha.” “Hmmm,” respondeu o Rui, “Cheira mesmo bem! Adoro tartes, exceto a de maçã, claro.”

Exemplo história controlo: “A Vitória estava numa festa na casa do seu amigo Orlando. Ela estava a falar com ele quando outra mulher apareceu. Era uma das vizinhas do Orlando. A mulher disse, “Olá”, depois virou-se para a Vitória e disse, “Acho que não nos conhecemos. Sou a Maria, como é que te chamas?” “Sou a Vitória.” “Alguém quer alguma coisa para beber?” Perguntou o Orlando.

tradução – retroversão<sup>8</sup>. Cada história envolve duas ou três personagens independentes, a tradução teve em conta a linguagem de cada história, caracterizando-se por ser simples e atual. O conteúdo do *faux pas* nas histórias encontrava-se sempre na última parte da mesma, facilitando, de certa forma, o seu reconhecimento. (Baron-Cohen et al, 1999).

A cada participante é distribuída uma folha com todas as histórias, para que este possa acompanhar a leitura. Cada história é lida apenas uma vez, de forma pausada e eloquente, respeitando o ritmo de leitura de cada participante.

Após a leitura das histórias é colocada a questão: “*Alguém disse alguma coisa que não devia ter dito ou alguma coisa estranha?*” – Aqui a resposta correta nas histórias controlo é não e nas histórias *faux pas* é sim. Em cada história existem perguntas controlo que avaliam a compreensão do seu conteúdo que são colocadas independentemente da resposta a esta questão (ex.: “*Como é que a Filipa e o Rui se conhecem?*”).

Se a resposta á questão em epígrafe for sim, são colocadas mais 3 perguntas relativas ao conteúdo do *faux pas* (“*Quem é que disse alguma coisa que não deveria ter dito ou alguma coisa estranha?*”; “*Porque é que ele/ela não deveria ter dito isso ou porque é que é estranho?*”; “*Porque acha que ele/ela disse isso?*”) e 2 perguntas relativas ao conteúdo da história (ex.: “*Quando o Rui cheirou a tarte sabia que a tarte era de maçã?*”; “*Como acha que a Filipa se sentiu?*”).

Após a aplicação do instrumento na sua forma integral verificou-se que a extensividade da tarefa provocava reações adversas e respostas de habituação às perguntas que eram colocadas ao longo das histórias. Na realidade, este estudo envolve uma população com características pessoais, cognitivas, comportamentais e contextuais peculiares que conduziram á redefinição deste instrumento.

Tal como refere Kraeplin (cit in Figueira, 2005), os indivíduos esquizofrénicos perdem simultaneamente a inclinação e a capacidade de manter, por iniciativa própria a sua atenção fixa durante um espaço de tempo, o que se define por um défice de atenção focal ou seletiva e rigidez de atenção. Há portanto uma grande suscetibilidade deste tipo de população à distração, variando de acordo com a natureza e a dificuldade da tarefa. O efeito da distração é mais marcante quando exige o processamento de informação verbal, e em ambientes onde existam condições de aplicação adversas, tal como acontece em contexto prisional. Posto isto, foi procedida a redução do instrumento de medida do reconhecimento do *faux pas* para dez histórias, sendo o critério de seleção a simplicidade das mesmas. O instrumento constitui-se assim por 5 histórias *faux pas* e 5 histórias controlo.

A cotação deste teste foi dividida em quatro partes: cotação das histórias controlo, em que se o indivíduo respondesse corretamente à primeira pergunta recebia 2 pontos, num

<sup>8</sup> Versão traduzida de Nélia Joana Araújo dos Santos, revista por Rui Abrunhosa Gonçalves (2012)

total de 10 pontos possíveis; cotação das histórias *faux pas* em que é atribuído um ponto por cada resposta correta, num total possível de 30 pontos; cotação das perguntas controlo em histórias controlo, em que é atribuído um ponto por cada resposta certa, num total de 10 pontos possíveis; e cotação de histórias controlo em respostas *faux pas* com cotação semelhante à anterior.

O total em histórias *faux pas* variou entre 0 e 30 ( $M= 10.10$ ,  $DP= 9.87$ ), enquanto em histórias controlo variou entre 4 e 10 ( $M= 9.31$ ,  $DP= 1.71$ ). O que se verifica é que apesar da cotação máxima em histórias *faux pas* ter sido alcançada, isso não é refletido na média obtida, uma vez que esta corresponde a 1/3 da pontuação total que poderia ser alcançada, indicando uma baixa taxa de sucesso na execução desta tarefa. Enquanto nas histórias controlo a média é bastante próxima da cotação máxima que o indivíduo poderia alcançar. Relativamente às perguntas controlo nos dois diferentes tipos de histórias, uma média muito aproximada da cotação total nestas perguntas é verificada (tabela 2).

---

# **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

As análises estatísticas efetuadas neste estudo foram executadas no programa estatístico IBM® SPSS® Statistics 20. Estas subdividem-se em testes de associação e testes de diferenças de variáveis, no campo da estatística inferencial.

É de referir que no que concerne aos resultados obtidos na tarefa *faux pas* verificou-se (tal como exposto na estatística descritiva das variáveis), que a performance ao nível das perguntas controlo nos dois tipos de histórias, e na cotação ao nível das histórias controlo somente, são muito próximos da cotação máxima possível, pelo que esses resultados não foram considerados nas análises de estatística inferencial efetuadas.

### Testes de associação

Inicialmente foi testada a hipótese de associação do reconhecimento da tarefa de falsa crença de primeira ordem – *Sally-Ann Test* – recorrendo ao teste estatístico de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), com as seguintes variáveis:

**Tipo de crime:** Não há associação entre o tipo de crime e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(1)$	p
		Sim	Não			
Tipo de crime	Crimes violentos	N = 15 60.0%	N = 10 40.0%	25	.14	.71
	Crimes não violentos	N = 2 50.0%	N = 15 50.0%			

**Tipo de esquizofrenia:** Não há associação entre o tipo de esquizofrenia e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(3)$	p
		Sim	Não			
Tipo de esquizofrenia	Esquizofrenia Simples	N = 7 58.3%	N = 5 41.7%	12	.73	.99
	Esquizofrenia simples e Toxicofilia	N = 3 60.0%	N = 2 40.0%			
	Esquizofrenia paranoide	N = 6 60.0%	N = 4 40.0%	10		
	Esquizofrenia hebefrénica	N = 1 50.0%	N = 1 60.0%	2		

**Regime de visitas:** Não há associação entre o regime de visitas prisionais e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(1)$	p
		Sim	Não			
Regime de visitas prisionais	Com visitas	N = 10 62.5%	N = 6 37.5%	16	.22	.64
	Sem visitas	N = 7 53.8%	N = 6 46.2%			

**Participação em atividades de estimulação cognitiva:** Não há associação entre a participação em atividades de estimulação cognitiva e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(1)$	p
		Sim	Não			
Participação em atividades de estimulação cognitiva	Sim	N = 9 56.2%	N = 7 43.8%	16	.83	.77
	Não	N = 8 61.5%	N = 5 38.5%			

**Regime de medicação:** Há uma associação marginalmente significativa entre o regime de medicação e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*. Enquanto no regime de medicação prévia à condenação 13 (72.2%) dos indivíduos reconhecem a falsa crença, 5 (27.8%) não reconhecem. No regime de medicação só aquando a condenação, 4 (36.4%) dos indivíduos reconhecem a falsa crença e 7 (63.6%) não reconhecem.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(1)$	p
		Sim	Não			
Regime de medicação	Medicação prévia à condenação	N = 13 72.2%	N = 5 27.8%	18	3.62	.06**
	Medicação só aquando a condenação	N = 4 36.4%	N = 7 63.6%			

\*\* p ≤ .05

**Regime Aberto:** Não há associação entre o benefício de regime aberto e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(1)$	p
		Sim	Não			
Regime Aberto	Sim	N = 5 83.3%	N = 1 16.7%	6	1.91	.17
	Não	N = 17 52.2%	N = 11 47.8%	23		

**Cotação total no LCSF:** Não há associação significativa entre a cotação total no formulário LCSF e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(2)$	p
		Sim	Não			
Cotação total na <i>Checklist</i> LCSF	3	N = 1 33.3%	N = 2 66.7%	3	5.85	.67
	4	N = 3 75.0%	N = 1 25.0%	4		
	5	N = 3 75.0%	N = 1 25.0%	4		
	6	N = 3 60.0%	N = 2 40.0%	5		
	7	N = 1 25.0%	N = 3 75.0%	4		
	8	N = 2 50.0%	N = 2 50.0%	2		
	9	N = 1 50.0%	N = 1 50.0%	2		
	10	N = 2 100.0%	N = 0 0.0%	2		
	12	N = 1 100.0%	N = 0 0.0%	1		



**Reincidência:** Há uma associação marginalmente significativa entre a reincidência e o reconhecimento de falsa crença no *Sally-Ann Test*. Enquanto nos indivíduos reincidentes 11 (73.3%) dos indivíduos reconhecem a falsa crença, 4 (26.7%) não reconhece, em indivíduos primários 6 (42.9%) reconhecem a falsa crença de primeira ordem e 8 (57.1%) não a reconhecem.

		Reconhecimento da falsa crença de primeira ordem <i>Sally Ann Test</i>		N total	$\chi^2(1)$	p
		Sim	Não			
Reincidência	Sim	N = 11 73.3%	N = 4 26.7%	15	2.77	.09***
	Não	N = 6 42.9%	N = 8 57.1%	14		

\*\*\*p ≤ .10

Testes de correlação entre as tarefas de testagem da ToM (*Sally-Ann Test* e Teste do *faux pas*) e as variáveis idade, tempo de prisão (em meses) e cotação total no LCSF, (apenas para a última tarefa); foram efetuados recorrendo ao Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial ( $r_{pb}$ ), e Coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), verificando-se os seguintes resultados:

- Não há correlação entre a idade dos participantes e o reconhecimento da falsa crença no *Sally-Ann Test* ( $r_{pb} = .11$ ,  $p = .58$ ).
- Não há correlação entre o tempo de prisão e o reconhecimento da falsa crença no *Sally-Ann Test* ( $r_{pb} = .12$ ,  $p = .53$ ).
- Não há correlação entre a idade dos participantes e o reconhecimento do *faux pas* ( $r = .18$ ,  $p = .37$ ).
- Não há correlação entre o tempo de prisão e o reconhecimento do *faux pas* ( $r = .09$ ,  $p = .93$ ).
- Não há correlação entre a cotação total no LCSF e o reconhecimento do *faux pas* ( $r = .29$ ,  $p = .13$ ).

Outras hipóteses exploratórias foram analisadas, recorrendo a testes de associação de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ):

**H1: Há associação entre a secção de comportamento intrapessoal abusivo do LCSF e o tipo de esquizofrenia?** – Perante os resultados a hipótese é aceite, sendo verificada uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. Na esquizofrenia simples 3 (25.0%) dos indivíduos cotam 1 nesta secção, 8 (66.7%) cotam 2 e

2 (8.3%) cotam 3. No que diz respeito à esquizofrenia simples mais diagnóstico de toxicofilia, 1 (20.0%) indivíduo pontuou 1 nesta secção, 2 (40.0%) pontuaram 2 e 2 (40.0%) pontuaram 3. Na esquizofrenia paranoide, 3 (30.0%) indivíduos cotaram 1 nesta secção, 5 (50.0%) cotaram 2, 1 (10.0%) cotou 3 e 1 (10.0%) cotou 4, enquanto no tipo de esquizofrenia hebefrénico, 1 (50.0%) indivíduo cotou 0, e 1 (50.0%) cotou 1 nesta secção.

		Cotação na secção de comportamento interpessoal abusivo no LCSF					N total	$\chi^2(12)$	p
		0	1	2	3	4			
Tipo de esquizofrenia	Esquizofrenia Simples	N = 0 0.0%	N = 3 25.0%	N = 8 66.7%	N = 1 8.3%	N = 0 0.0%	12	8.68	.05**
	Esquizofrenia simples e Toxicofilia	N = 0 0.0%	N = 1 20.0%	N = 2 40.0%	N = 2 40.0%	N = 0 0.0%			
	Esquizofrenia paranoide	N = 0 0.0%	N = 3 30.0%	N = 5 50.0%	N = 1 10.0%	N = 1 10.0%	10		
	Esquizofrenia hebefrénica	N = 1 50.0%	N = 1 50.0%	N = 0 0.0%	N = 0 0.0%	N = 0 0.0%	2		

\*\* p≤.05

H1: Há associação entre a secção de comportamento intrapessoal abusivo do LCSF e o crime? – Perante os resultados a hipótese é rejeitada.

		Cotação na secção de comportamento interpessoal abusivo no LCSF					N total	$\chi^2(4)$	p
		0	1	2	3	4			
Tipo de crime	Crime Violento	N = 0 0.0%	N = 7 28.0%	N = 13 52.0%	N = 4 16.0%	N = 1 4.0%	25	7.06	.13*
	Crime não violento	N = 1 25.0%	N = 1 25.0%	N = 2 50.0%	N = 0 0.0%	N = 0 0.0%			

H1: Há associação entre a presença de respostas delirantes na tarefa de reconhecimento do *faux pas* e o tipo de esquizofrenia? - Perante os resultados a hipótese é aceite, sendo verificada uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. No tipo de esquizofrenia simples e esquizofrenia simples mais diagnóstico de toxicofilia, 100% dos indivíduos (12 e 4, respetivamente) não apresentaram respostas delirantes na tarefa de reconhecimento do *faux pas*. Por outro lado, no tipo de esquizofrenia paranoide 5 (50.0%) dos indivíduos não apresentaram respostas delirantes e 5 (50.0%)

apresentaram respostas delirantes na tarefa. O mesmo acontece no tipo de esquizofrenia hebefrênica, no qual, 1 (50.0%) indivíduo não apresentou respostas delirantes e 1 (50.0%) respondeu com respostas delirantes à tarefa.

Tipo de esquizofrenia	Presença de respostas delirantes na tarefa de reconhecimento do <i>faux pas</i>		N total	$\chi^2(3)$	p
	Sim	Não			
Esquizofrenia Simples	N = 12 100.0%	N = 0 0.0%	12	10.18	.02**
Esquizofrenia simples e Toxicofilia	N = 5 100.0%	N = 0 0.0%	5		
Esquizofrenia paranoide	N = 5 50.0%	N = 5 50.0%	10		
Esquizofrenia hebefrênica	N = 1 50.0%	N = 1 50.0%	2		

\*\*\*p ≤ .10

H1: **Há associação entre o tipo de esquizofrenia e a reincidência?** - Perante os resultados a hipótese é aceite, sendo verificada uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. Enquanto nos indivíduos reincidentes 7 (48.6%) estão diagnosticados com esquizofrenia simples, 4 (26.7%) têm diagnóstico múltiplo de esquizofrenia mais toxicofilia, 2 (13.3%) têm esquizofrenia paranoide e 2 (13.3%) têm esquizofrenia hebefrênica; nos indivíduos primários, a maioria 8 (57.1%) tem diagnóstico de esquizofrenia paranoide, 5 (35.7%) estão diagnosticados com esquizofrenia simples e 1 (7.1%) tem diagnóstico múltiplo de esquizofrenia simples mais toxicofilia.

Tipo de esquizofrenia	Reincidência		N total	$\chi^2(3)$	p
	Sim	Não			
Esquizofrenia Simples	N = 7 58.3%	N = 5 41.7%	12	7.71	.05**
Esquizofrenia simples e Toxicofilia	N = 4 80.0%	N = 1 20.0%	5		
Esquizofrenia paranoide	N = 2 20.0%	N = 8 80.0%	10		
Esquizofrenia hebefrênica	N = 2 100.0%	N = 0 0.0%	2		

## Testes de diferenças

Os pressupostos da análise exploratória de dados para a utilização de estatística paramétrica (Variáveis intervalares, normalidade da distribuição e homogeneidade das variâncias) não estão cumpridos. Pelo que se utilizaram testes de estatística não-paramétricos para avaliar as diferenças entre grupos, nomeadamente Teste de Mann-Whitney ( $U$ ) e Teste de Kruskal-Wallis ( $X^2$ ), tendo em conta também o fato de estarmos perante um *Design* Inter-Sujeitos.

A cotação total em histórias *faux pas* na tarefa de reconhecimento do *faux pas*, foi tratada como variável dependente nos testes de diferenças efetuados, tal como acontece com a variável cotação total do instrumento LCSF. Sendo que as variáveis independentes seriam os dados sociodemográficos recolhidos na amostra. Seguem-se as hipóteses analisadas e os respetivos resultados obtidos:

**H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e a participação em atividades de estimulação cognitiva** – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Participação em atividades de EC	N	Ordem Média	$U$	$p$
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Sim	16	16.53	79.50	.27
	Não	13	13.12		

**H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e o tipo de crime** – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Tipo de crime	N	Ordem Média	$U$	$p$
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Crime Violento	25	15.58	35.50	.35
	Crime não violento	4	11.38		

H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e o regime de medicação – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Regime de medicação	N	Ordem Média	U	p
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Prévio à condenação	18	15.56	89.00	.65
	Aquando a condenação	11	14.09		

H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e o benefício de regime aberto – perante os resultados obtidos rejeita-se a hipótese nula, revelando que há diferenças significativas entre estas variáveis ( $U = 29.00$ ,  $p = .03$ ). Indivíduos que beneficiam de regime aberto têm uma pontuação mais elevada nas respostas de reconhecimento do *faux pas* em histórias que o contém.

	Regime Aberto	N	Ordem Média	U	p
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Sim	6	21.67	29.00	.03**
	Não	23	13.26		

\*\*  $p \leq .05$

H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e a reincidência – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Reincidência	N	Ordem Média	U	p
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Sim	15	14.83	102.50	.91*
	Não	14	15.18		

H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e o tipo de esquizofrenia – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Tipo de esquizofrenia	N	Ordem Média	$\chi^2(3)$	<i>p</i>
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Esquizofrenia Simples	12	13.96	3.49	.32
	Esquizofrenia Simples e Toxicofilia	5	21.60		
	Esquizofrenia paranoide	10	13.50		
	Esquizofrenia hebefrénica	2	12.25		

H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e o benefício de regime de visitas – perante os resultados obtidos rejeita-se a hipótese nula, revelando que há diferenças marginalmente significativas entre estas variáveis. Indivíduos com visitas têm uma pontuação mais elevada nas respostas de reconhecimento do *faux pas* em histórias que o contém.

	Regime de Visitas	N	Ordem Média	<i>U</i>	<i>p</i>
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Com visitas	16	17.56	63.00	.08***
	Sem visitas	13	11.85		

\*\*\* $p \leq .10$

H0: Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e o estilo de vida criminal – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Estilo de vida criminal	N	Ordem Média	<i>U</i>	<i>p</i>
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Ausente	26	13.50	33.50	.69
	Presente	3	28.00		

H0: **Não há diferenças entre a cotação total nas histórias *faux pas* e o tipo de esquizofrenia paranoide e tipo de esquizofrenia simples** – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Tipo de Esquizofrenia	N	Ordem Média	$\chi^2(3)$	<i>p</i>
Cotação total em histórias <i>faux pas</i>	Esquizofrenia Simples	12	11.58	59.00	.95
	Esquizofrenia Paranoide	10	11.40		

Hipóteses adicionais foram analisadas tendo em vista as diferenças na cotação total do formulário LCSF ao nível do tipo de crime e da existência de estilo de vida criminal:

H0: **Não há diferenças entre a cotação total do LCSF e o tipo de crime** – perante os resultados obtidos confirma-se a hipótese nula, revelando que não há diferenças significativas entre estas variáveis.

	Tipo de Crime	N	Ordem Média	<i>U</i>	<i>p</i>
Cotação na Checklist LCSF	Crime Violento	25	14.78	44.50	.72
	Crime Não Violento	4	16.38		

H0: **Não há diferenças entre a cotação total no LCSF e a existência de estilo de vida criminal** – perante os resultados obtidos rejeita-se a hipótese nula, revelando que há diferenças marginalmente significativas entre estas variáveis. Indivíduos com estilo de vida criminal presente têm pontuação mais elevada no formulário LCSF.

	Estilo de Vida Criminal	N	Ordem Média	<i>U</i>	<i>p</i>
Cotação na Checklist LCSF	Ausente	26	13.50	.00	.01**
	Presente	3	28.00		

\*\*  $p \leq .05$

## Discussão dos resultados

Os doentes esquizofrénicos têm dificuldades em distinguir entre subjetividade e objetividade, o que faz com que, em tarefas de testagem da habilidade ToM enfrentem dificuldades. Tal como descrito na literatura, no presente estudo os indivíduos demonstraram pontuação mais alta em tarefas de falsa crença de primeira ordem, do que em tarefas mais complexas, como o teste do *faux pas* (Doody et al, cit in Brüne, 2005). No que concerne aos resultados obtidos no teste *faux pas* a maior dificuldade verificou-se ao nível do reconhecimento do mesmo, sendo que nas histórias controlo e nas perguntas controlo de ambos tipos de histórias, observou-se uma grande mestria nas respostas (média muito próxima da pontuação máxima) o que pode dever-se à simplicidade das histórias, à linguagem clara, e ao uso de histórias quotidianas o que confere mais confiabilidade aos resultados.

Façamos agora uma análise pormenorizada ao nível das variáveis que foram associadas e diferenciadas estatisticamente em relação à tarefa de falsa crença de primeira ordem e ao teste de reconhecimento do *faux pas* social.

O fenómeno clínico da esquizofrenia divide-se em *clusters* de sintomas positivos e negativos (Kuperberg & Heckers, 2000). A severidade do dano na ToM na esquizofrenia tem sido associada com diferentes diagnósticos nos subtipos de esquizofrenia (Abu-Akel & Abushua'leh, 2004). No entanto, nos resultados obtidos não foi detetada qualquer associação com o tipo de esquizofrenia e a performance na tarefa de falsa crença de primeira ordem, nem diferenças do subtipo diagnosticado em relação ao reconhecimento do *faux pas*. A densidade reduzida da amostra pode estar na base explicativa destes resultados.

Por outro lado, diversos autores defendem que a dificuldade no desempenho das tarefas de testagem da habilidade da ToM se encontra comprometida em qualquer indivíduo esquizofrénico, independentemente do subtipo. Assim, o desempenho nas tarefas pode não se relacionar com o tipo de esquizofrenia, uma vez que o comprometimento da ToM pode não ser uma consequência da perturbação, mas sim a causa para a mesma (Montag et al, 2011). O mesmo autor refere que, as dificuldades da meta-representação, ou seja, na inferência de estados mentais dos outros, podem resultar em: sintomas negativos e desorganizados, delírios e ideias de perseguição e dificuldade em auto-monitorização – que são critérios de diagnóstico para o subtipo de esquizofrenia.

Os resultados que se debruçam sobre esta associação são, assim, conflituosos, pois a investigação demonstra que os sintomas negativos em particular (caraterísticos da esquizofrenia paranoide), estão associados com danos no funcionamento cognitivo e social (Earnst & Kring cit in Cohen, 2005), e que os défices cognitivos presentes na doença sobrepõem-se superiormente como contributivos para o défice no funcionamento social,



assim, a ausência de associação ou de diferenças, explica-se pela contribuição mais acentuada dos défices cognitivos associados para a dificuldade na execução de tarefas da ToM (Cohen, 2005).

Por outro lado, o doente esquizofrénico, em vez de apresentar uma incapacidade para interpretar uma determinada experiência, valoriza a experiência supérflua por forma de alucinações (Marques-Teixeira, 2003). Assumindo-se assim que os défices cognitivos observados são atribuídos aos sintomas próprios da doença, nomeadamente à presença das alucinações, às distorções e ansiedade provocadas por ideias delirantes (Afonso, 2002; Bora, 2008). Foi neste contexto que foi inserida a variável respostas delirantes ao teste de reconhecimento do *faux pas*, pois a cotação em indivíduos com estas respostas seria semelhante à de indivíduos que simplesmente não reconheceram o lapso social. Os resultados revelaram uma associação significativa do tipo de esquizofrenia com as respostas delirantes, o que foi congruente com a literatura (Brüne, 2005) uma vez que os indivíduos com esquizofrenia paranoide (nas quais predominavam os sintomas negativos) teriam baixa cotação nas histórias *faux pas* devido a respostas incongruentes com a história relatada.

A variável tipo de esquizofrenia encontrou-se, neste estudo, associada à secção de comportamento interpessoal abusivo da *checklist* LCSF, na qual constam a análise de estilos de personalidade agressivos, violentos e hostis, característicos de indivíduos que deliberadamente tiram proveito dos desejos e sentimentos dos outros (Gonçalves & Vieira, 2008), no qual os tipos esquizofrenia simples e paranoide cotaram mais altos, acentuando a presença desta característica nesta perturbação.

Relativamente ao tipo de crime observou-se que maioritariamente as condenações dos indivíduos foram por crimes violentos, o que converge com a literatura. Seria de esperar que indivíduos que cometeram crimes mais violentos apresentassem mais dificuldades ao nível do reconhecimento do *faux pas*, pois neste caso os danos alargam-se para a razoabilidade moral e a habilidade de inferir estados mentais nos outros (Abu-Akel & Abushua'leh, 2004). Controversamente não foi encontrada nenhuma associação/correlação face a este aspeto. Esta ausência pode remeter-se ao facto de que a dificuldade na execução das tarefas ser generalizada a todos os indivíduos, independentemente do crime que cometeram, pois a função cognitiva é intrínseca à esquizofrenia, e a sua danificação nesta perturbação é a sua característica principal (Kuperberg & Heckers, 2000), o que ultrapassa a influência que o tipo de crime pode ter na execução destas tarefas.

Quanto à reincidência, os resultados foram deveras surpreendentes, pois uma vez que os indivíduos se encontram em medida de segurança e internamento, são portadores de esquizofrenia, e a maioria condenados por crimes mais graves, seria de esperar que estes fossem atos isolados resultantes de um episódio severo da doença. A explicação possível é

o facto da esquizofrenia ter sido diagnosticada tardiamente no indivíduo, o que levou a uma aplicação de pena efetiva de prisão, e não medida de internamento e segurança, o que aumenta a probabilidade deste reincidir. Na realidade, foi verificada uma associação significativa entre reincidência e tipo de esquizofrenia, na qual se verificou que a maioria dos indivíduos reincidentes tem diagnóstico de esquizofrenia simples. Sendo este o tipo de esquizofrenia de diagnóstico menos evidente, devido à ausência dos sintomas mais característicos da doença (delírios, alterações de pensamento), torna assim a explicação plausível. Reconhecer esta hipótese é alertar para a importância da avaliação do risco, pois um diagnóstico prematuro funcionaria assim como fator preventivo.

Reincidir, implica a condenação múltipla do indivíduo, ou seja, a aplicação de pelo menos duas medidas privativas de liberdade, o que se transcreve num comportamento social desadequado, que no caso de indivíduos esquizofrénicos, pode ser consequente de défices numa variedade de domínios, tais como, função executiva, atencional e cognitiva (Kuperberg & Heckers, 2000). Este aspeto vai de encontro à ideia de que os mesmos défices sociais que estão envolvidos na conduta criminal, podem contribuir para a dificuldade em habilidades da ToM, nomeadamente em tarefas de falsa crença de primeira ordem, tendo sido verificada uma associação significativa entre reincidência e o *Sally-Ann Test*.

É de salientar que no caso de indivíduos reincidentes, verificou-se um reconhecimento da falsa crença maior do que o que esperado, o que pode ser explicativo deste fenómeno é a evidência de que indivíduos reincidentes, portadores de um estilo de vida criminal, muitas vezes envolvem-se no uso frequente de drogas. A utilização das mesmas a longo prazo, pode traduzir-se no desenvolvimento de sintomas que, posteriormente conduzem ao diagnóstico de esquizofrenia, sendo que assim a função cognitiva pode não estar comprometida a mesmo nível de indivíduos que a contraem biologicamente (Lieberman & Bowers cit in Fausto, 2005).

No paciente esquizofrénico, o desajustamento em relação ao meio provoca um aumento de probabilidade de uma resposta desadequada à tarefa pretendida, pois o processamento de informação deste está habitualmente viciado (Marques, 2003). Por este aspeto, o contexto prisional, e o tempo de exposição ao mesmo seria de esperar que influenciasse os resultados nas tarefas da ToM, no entanto este aspeto não foi verificado. A causa pode estar alicerçada ao escasso número de participantes do estudo que não permite tirar ilações, ou ao facto de haver uma discrepância muito grande relativa ao tempo de prisão. Paralelamente, a danificação cognitiva é um traço central na esquizofrenia com evidências que convergem, mostrando que está associada á forma como o indivíduo se relaciona socialmente (Macgurk et al, 2007), independentemente do meio em que se insere.

O desenvolvimento com a idade do comprometimento de funções sociais e cognitivas na esquizofrenia, tem sido muito pouco estudado, revelando resultados incongruentes. Enquanto alguns estudos revelam que apesar dos défices cognitivos se encontrarem presentes desde o início da doença, estes podem agravar-se ao longo da sua evolução (Hyde, Goldstein & Zubin cit in Afonso, 2002), outros sugerem que ao longo do tempo há uma melhoria progressiva, designadamente os chamados sintomas residuais (Marques-Teixeira, 2003).

O padrão sobre como a ToM muda o curso da idade é por isso pobremente compreendido, sendo que alguns estudos, tal como o presente, não encontraram diferenças nas tarefas de testagem desta teoria ao nível da idade (Duval et al, 2011). Harvey (2008) designa que apesar de alguns indivíduos mais velhos com história de esquizofrenia estejam livres de sintomas ou em fase residual no fim da vida, muitos pacientes têm défices adaptativos muito severos, danos cognitivos e sintomas psicóticos, por isso, é compreensível a falta de associação e diferença em tarefas da ToM ao nível da idade.

Resultados referentes ao regime de medicação dos indivíduos foram congruentes e conflituosos ao mesmo tempo. Na realidade verifica-se uma associação entre o reconhecimento de falsa crença de primeira ordem e o regime de medicação, no qual os indivíduos têm scores mais bem-sucedidos quando a toma da medicação é prévia à condenação dos mesmos. Os estudos sobre a influência da utilização de anti psicóticos sobre a habilidade da ToM são ainda muito escassos (Bora, 2008), pois este tipo de tratamentos farmacológicos tem efeitos limitados ao nível da cognição na esquizofrenia, bem como no funcionamento do indivíduo em sociedade. Macgurk et al (2007) refere que o uso de medicação conduz a melhoramentos modestos em tarefas de testagem de habilidades mentais, mas não têm impacto nos resultados funcionais do indivíduo – o que pode explicar que em tarefas de falsa crença de primeira ordem, mais fáceis de executar, haja de fato mais sucesso na execução da tarefa, e que na tarefa de reconhecimento do *faux pas* que apela à capacidade do indivíduo compreender situações sociais, não tenham sido encontradas diferenças relativamente ao regime de medicação a que o esquizofrénico está sujeito.

O suporte social revela-se um fator de extrema importância no prognóstico positivo da esquizofrenia. Neste estudo, a perceção do suporte social no qual o indivíduo se insere é feita através da análise das variáveis: participação em atividades de estimulação cognitiva, benefício de RA e regime de visitas prisionais. Ao nível da tarefa de falsa crença de primeira ordem, o fato de não haver uma associação em relação a nenhuma destas variáveis pode dever-se à densidade da amostra, e por outro lado, ao facto de esta ser uma tarefa mais simples, que não remete a uma situação do quotidiano e não implica a aplicação de capacidades cognitivas mais complexas. As principais diferenças, ao nível estatístico, foram

encontradas nestas medidas de suporte social (apenas regime aberto e regime de visitas prisionais), em relação ao teste de reconhecimento do *faux pas*.

No entanto, não foram reveladas diferenças no que concerne à participação em atividades de estimulação cognitiva durante o tempo de reclusão. Tal resultado pode ser explicado, por um lado pela limitação de tempo e número de atividades das quais os indivíduos podem usufruir, e por outro lado, as alterações cognitivas que a doença provoca acabam por condicionar os processos reabilitativos destes doentes. Mesmo após os sintomas da doença se encontrarem controlados, os défices cognitivos mantêm-se, limitando deste modo a reabilitação social dos mesmos (Goldberg cit in Afonso, 2002; Couture et al 2006), e justificando o porquê de não terem sido encontradas diferenças. Desta forma, o défice cognitivo característico de pacientes esquizofrénicos, pode interferir na capacidade deste beneficiar de tratamento psicossocial, especialmente de intervenções baseadas na aprendizagem, tais como o treino de competências sociais (Grenn & Silverstein cit in Marques-Teixeira, 2003).

Os resultados respeitantes ao regime de visitas e ao RA, revelam diferenças, indicando que indivíduos com visitas, e que beneficiem de RA têm uma maior taxa de sucesso na execução do teste *faux pas*, sendo que as duas características são independentes uma da outra. Na realidade, há evidências que sugerem que os défices cognitivos estão relacionados com o pobre funcionamento social, e desta forma, a relação familiar pode constituir um estímulo para a evolução de capacidades sociais, sendo a principal figura de referência de uma relação social (Cohen, 2005). Remetendo-nos que indivíduos com visitas, teriam um suporte familiar mais sólido o que podia constituir um fator preventivo para o comprometimento da ToM ao longo do curso da doença. Referentemente ao RA, o Código de Execução de Penas e Medidas Privativas de Liberdade (Antunes & Pinto, 2011) prevê que o seu benefício é atribuído a indivíduos com um bom comportamento prisional, e que não representam risco para si próprio, para os outros e para a sociedade, o que nos endereça para que estes indivíduos tenham um melhor funcionamento social e cognitivo, dando assim azo a que se percebam as diferenças encontradas a nível da tarefa de reconhecimento do *faux pas*.

Por último, a aplicação da *checklist* LCSF conduziu a uma série de resultados, sendo que para uma maior acuidade, foi dividida a sua cotação, de acordo com o critério atribuído em Vieira e Gonçalves (2008), em indivíduos com estilo de vida criminal presente, e indivíduos com estilo de vida criminal ausente. Esta divisão está intimamente associada com o total obtido no LCSF uma vez que indivíduos que cotam valores mais elevados, possuem estilo de vida criminal prévio à condenação. No entanto, o total da *checklist*, e mesmo após a divisão em grupos não apresentou diferenças ou associações com a execução nos testes de testagem da ToM, o que é contraditório com a variável reincidência, pois seria espetável

que indivíduos reincidentes fossem propícios à presença de um estilo de vida criminal prévio à condenação. Dois fatores podem estar envolvidos nesta ausência de relação: as respostas podem estar comprometidas porque são dadas pelo próprio sujeito, que pode responder de acordo com critérios da desejabilidade social, e a densidade da amostra não ser a necessária para a estipulação estatística.

Sumariando, a cognição social é extremamente reconhecida como um domínio central do funcionamento cognitivo na esquizofrenia. A literatura demonstra que um elevado número de domínios cognitivos estão danificados na em adultos esquizofrénicos tais como: perceção emocional, teoria da mente, perceção de pistas sociais e julgamentos sociais complexos (Sasson, 2011). No presente estudo encontra-se em testagem o comprometimento de tarefas de falsa crença de primeira ordem (*Sally – Ann Test*) e reconhecimento do *faux pas*, em indivíduos esquizofrénicos inimputáveis, relacionando a execução das mesmas com o nível de comprometimento da ToM e as variáveis sociodemográficas e de contexto prisional. Os resultados foram congruentes com a literatura, sendo que indivíduos esquizofrénicos cotam pobremente nestas tarefas, essencialmente nas mais complexas (*faux pas*), demonstrando um viés atribucional que se refere à forma como os indivíduos explicam os comportamentos dos outros (Aakre et al; Bentall et al; Langdon et al, cit in Sasson, 2011).

A explicação destes resultados reside nos défices no funcionamento social, incluindo comunicação com os outros e funcionamento em comunidade, que são características centrais de perturbações mentais como a esquizofrenia (Couture et al, 2008). Os danos na cognição social afetam assim o resultado funcional dos esquizofrénicos, independentemente das medidas cognitivas que se utilizam (Montag et al, 2011).

Neste estudo foi analisada a vertente cognitiva da ToM, a qual diz respeito a estados cognitivos, crenças, pensamentos ou intenções de outras pessoas (Duval et al, 2011), na qual se verificou que efetivamente esta comprometida na perturbação esquizofrénica. O suporte familiar revelou-se uma base fundamental para o desenvolvimento do funcionamento social saudável dos indivíduos revelando resultados favoráveis ao desempenho dos mesmos em tarefas da ToM.

---

## LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS

O principal entrave a este estudo foi sem dúvida a densidade da amostra representada, na realidade este tipo de população é muito específico e sensível a impedimentos metodológicos e do próprio indivíduo, que dificultam a aplicação alargada de tarefas de forma a poder obter conclusões estatisticamente significativas. Para além disto, as características psicométricas destas tarefas não foram ainda investigadas ao detalhe, e o número de itens alargados que envolve, pode embargar a execução das mesmas. A amostra necessitava de ser maior, na medida em que maior quantidade de indivíduos permitiria a sustentação de análises de regressão linear para perceber o efeito de algumas variáveis contextuais na execução de tarefas de testagem da ToM.

Estamos perante um estudo com características transversais, que permite a análise a apenas um momento temporal da vida do indivíduo. Apesar de estudos com estas características alcançarem fiabilidade nos resultados, uma melhor perceção sobre a influência das variáveis e o seu contributo para a forma como os indivíduos executam as tarefas seria alcançada a partir de um estudo longitudinal.

Para que este estudo tivesse um maior contributo para a planificação de planos terapêuticos, seria importante avaliar a variável medicação não apenas ao nível do regime de toma antes ou após a condenação, mas ao nível do tempo a que tomam a medicação e o tipo de medicação que estão a tomar, por forma a obter resultados com utilidade terapêutica (Tonelli & Alvarez, 2009). Desta forma, o interesse cada vez mais alargado poderá disponibilizar dados que tenham utilidade no desenho de programas relacionados com farmacoterapia, tendo em vista a prevenção do desenvolvimento do transtorno em indivíduos suscetíveis.

Seria necessário fazer uma avaliação não-verbal da resposta às tarefas (Bosco et al, 2009), pois reações diferentes foram observadas ao longo da sua aplicação. Tal como, alguns esquizofrénicos tinham reações de reconhecimento do *faux pas* ao longo da tarefa (ex.: riam-se), mas aquando se questionava sobre a existência do mesmo a resposta era desfavorável. Para além disso, os problemas de comunicação e de discurso em esquizofrénicos, dificulta o desempenho em tarefas da ToM e enviesa os resultados, uma vez que as respostas obtidas podem não ter a eloquência verbal necessária para exprimir a intencionalidade e/ou estados mentais. O que nos remete a que o problema da testagem da ToM pode estar relacionado com a metodologia utilizada para a sua comprovação empírica (Marques-Teixeira, 2006).

O que se conclui, é que ainda que haja existência de tarefas verbais e não-verbais disponíveis para a medida da ToM, estas não foram especificamente desenhadas para aplicação em pacientes esquizofrénicos e não foram validadas ainda, salientando a importância de dar continuidade a estudos como este para perceber o nível de dano da ToM em indivíduos portadores desta perturbação psiquiátrica (Tonelli & Alvarez, 2009).

---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E  
ANEXOS**



Abu-Akel, Ahmad & Abushua'leh, Khalid (2004). 'Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophrenia Research*, vol.69, pp.45-53.

Afonso, Pedro (2002). *Esquizofrenia: Conhecer a Doença*. Climepsi Editores. Lisboa.

Almeida, Carlota Pizarro de (2010). *Código Penal*. 15ª Edição. Almedina. Coimbra.

Antunes, Maria João & Pinto, Inês Horta (2011). *Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade: Código Anotado, Regulamento Geral e Legislação Complementar* Coimbra Editora. Coimbra.

Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Jones, R., Stone, V.E. & Plaisted, K. (1999). A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 29, pp. 407-418.

Baron-Cohen, Simon; O'Riordan, Michelle; Stone, Valerie; & Jones, Rosie Plaisted (1999). Recognition of Faux Pas by Normally Developing Children and Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, vol.29, nº5.

Bora, Emre (2008). Theory of Mind in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, pp.1-12.

Bosco, Francesca M., Colle, Livia; De Fazio, Silvia; Bono, Adele; Ruberti, Saverio & Tirassa, Mauricio (2009). Th.o.m.a.s: An exploratory assessment of Theory of Mind in schizophrenic subjects. *Conscious and Cognition*, vol.18, pp. 306-319.

Brüne, Martin (2005). "Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 31, nº1, pp. 21-42.

Carvalho, José Carlos Marques (2011). *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Cohen, Alex S.; Forbes, Courtney B.; Mann, Monica C. & Blanchard, Jack J. (2005). Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, vol.81, pp. 227-238.

Couture, Shannon M.; Penn, David L. & Roberts, David L. (2006). The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, vol.32, nºS1, pp. S44-S63.

Drury, V.M.; Robinson, E.J. & Birchwood, M. (1998). "Theory of mind, skills during acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine*, vol.28, pp. 1101-1112.

Dutra, Tarcísio Gomes, Junior, Jose António S. H. & Queiroz, Raquel Carvalho (2011). Teoria da Mente e Depressão. *Neurobiologia*, vol. 74 (1), pp. 197-204.

Duval, Céline; Piolino, Pascal; Bejanin, Alexandre; Eustache, Francis & Desgranges, Béatrice (2011). Age effects on different components of theory of mind. *Consciousness and Cognition*, vol. 20, pp.627-642.

Fausto, Amaro (2005). Fatores sociais e culturais da esquizofrenia. Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Fernandes, Alisson V., Neves, João V.A. & Scaraficci, Rafael A. (2004) *Autismo*. Instituto de Computação. Universidade Estadual de Campinas.

Figueira, M. Luísa (1984). *Relações interpessoais na esquizofrenia paranoide: estudo experimental*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Figueira, Maria Luísa (2005). “O valor científico das observações clínicas de Kraepelin para a investigação das perturbações do pensamento e linguagem na esquizofrenia”. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, PsiLOGOS*, pp.39-52.

Green, Michael F., Olivier, Berend, Crawleys, Jacqueline N., Penn, David L. & Silverstein, Steven (2005). Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, vol.31, nº4, pp. 882-887.

Green, Michael F., Penn, David L., Bentall, Richard; Carpenter, William T., Gaebel, Wolfgang; Gur, Ruben C., Kring, Ann M., Park, Sohee; Silverstein, M. & Heinssen, Robert (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, vol.34, nº6, pp. 1211-1220.

Gregory, C., Lough, S., Stone, V.E., Erzinclioglu, S., Martin, L., Baron-Cohen, S. & Hodges, J. (2002). Theory of mind in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: Theoretical and practical implications. *Brain*, vol. 125, pp.752-64.

Harvey, Philip D.; Howanitz, Evelyn; Parrela, Michael; White, Leonard; Davidson, Michael; Mohs, Richard C.; Hoblyn, Jennifer & Davis, Kenneth L. (1998). Symptoms, Cognitive Function, and Adaptive Skills in Geriatric Patients With Lifelong Schizophrenia: A Comparison Across Treatment Sites. *Am J Psychiatry*, vol.155:8, pp. 1080-1086.

Jou, Graciela Inchausti de & Sperb, Tania Mara (2004). O contexto Experimental da Teoria da Mente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.17 (2), pp. 167-176.

Kettle, Jonathan W.L.; O'Brien-Simpson, Laurie & Allen, Nicholas, B. (2008). Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university and depressed controls. *Schizophrenia Research*, vol. 99 (1-3), pp96-102.

Kuperberg, Gina & Heckers Stephan (2000). Schizophrenia and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, vol.10, pp. 205-210.

Lavall, E., Olschowsky A. & Kantorski, LP (2009). Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Revista Gaúcha Enfermagem*, vol. 30(2), pp. 198-305. Porto Alegre.

Macedo, Celina Maria Ramos A. (2006) Habilidades cognitivas de um adolescente com anartria e tetraplesia. *Cad. Est. Ling.*, vol.48 (2), pp. 233-262. Campinas.

Marques, Emília Tavares (2003). *Da loucura à doença mental, da doença mental à inimputabilidade: avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Marques-Teixeira, J. (2000). Diagnósticos Duplos: Toxicodependências e Perturbações Psiquiátricas. *Saúde Mental*. Volume II, nº5, pp. 9-16.

Marques-Teixeira, J. (2003). *Défice Cognitivo na esquizofrenia: dos consensos às incertezas*. Vale e Vale Editores, Lda. Linda-a-Velha.

Marques-Teixeira, J. (2006). Teoria da Mente – uma controvérsia. *Saúde Mental*. Vol. VIII, nº3, pp. 7-10.

Marques-Teixeira, João (2008). Inimputabilidade e Esquizofrenia na Legislação Portuguesa. *Saúde Mental*, Vol. X, Nº5, pp. 7-11.

Mcgurk, Susan R.; Twamley, Elizabeth W.; Sitzer, David I.; McHugo, Gregory J. & Mueser, Kim T.(2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, vol. 164:12, pp. 1791-1802.

Mendes, Ana Rita Monteiro (2011). *Aplicação da CCC-P (Checklist da comunicação da Criança) em crianças com Perturbação do Espectro de Autismo*. Dissertação de Licenciatura não publicada. Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Menezes, Paulo R. (2000) Prognóstico da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.22 (Supl. I), pp. 18-20. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Moll, Marciana Fernandes & Saeki, Toyoko (2009). A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, vol.17(6).

Montag, Christiane; Dziobek, Isabel; Richter, Inga S.; Neuhaus, Kathrin; Lehmann, Anja; Sylla, Rudolf; Heekeren, Hauke R.; Heinz, Andreas & Gallinat, Jürgen (2011). Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: Evidence from a vídeo – based assessment. *Psychiatry Research*, vol. 186, pp.203-209.

Richard, J. Drake; Clifford, J. Haley; Shahid, Akhtar & Shōn, W. Lewis (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 177, pp.511-515.

Rocha, N. Queirós, C. Aguiar, S. & Marques, A. (2008). Implicações da Neurocognição e da Auto-Eficácia na Predição do Funcionamento Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia. *Análise Psicológica*, Vol. 4 (XXVI), pp. 587-600.

Sasson, Noah J.; Pinkham, Amy E.; Carpenter, Kimberly L.H.; Belger, Aysenil (2011). The benefit of directly comparing autism and schizophrenia for revealing mechanisms of social cognitive impairment. *Journal Neurodevelop Disord*, vol.3, pp. 87 -100.

Shirakawa, Itiro (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol.22 (Supl. I), pp. 56-58. Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM .

Sprong, M. Schothorst, P. Vos, E. Hox, J., Van Engeland & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *BJPsych: The British Journal of Psychiatry*, Vol. 191 pp. 5-13.

Stone, V.E., Baron-Cohen, S. & Knight, R.T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol .10, pp. 640-656.

Tager-Flusberg, H. & Sullivan, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from syndrome. *Cognition*, vol.76, pp.59-90.

Tonelli, Hélio Anderson; Alvarez, Cristiano Estevez; & Da Silva, André Astete (2009). Esquizotipia, habilidades “Teoria da Mente” e vulnerabilidade à psicose: uma revisão sistemática. *Revista Psiquiatria Clínica*, vol. 36(6), pp.229-239.

Tonnelli, Helio & Alvarez, Cristiano Estevez (2010). Cognição social na esquizofrenia: um enfoque em habilidades da teoria da mente. Artigo de revisão. Universidade Federal do Paraná.

Vieira. S., Lopes, M. & Gonçalves, R. A. (2008). La evaluación del estilo de vida criminal en una muestra de presos Portugueses. In F. J. Rodriguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.) *Psicología Jurídica: Entorno judicial y delincuencia* (pp., 359-364). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.

Villares, Cecília C. (2000). Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.22 (Supl. I), pp. 53-55. Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM.

Wimmer, H. & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining funtion of wrong beliefs in young chlidrens understanding of deception: cognition.

## Anexos 1 – Autorização para tradução

Professor Simon Baron-Cohen [Adicionar aos contactos](#) 15-02-2012  
 Para Joana santos [Responder](#)

dear joana. sorry to be slow to reply. you are welcome to translate our tests and the information on how to do this is on our website below, under Tests. best wishes, simon bc

On Jan 17 2012, Joana santos wrote:

>  
 >Dear Professor,  
 >  
 >My name is Joana Araújo dos Santos and I am a student at University of Minho in Portugal. This is my last year of master graduation in Justice Psychology. So, I am currently working on my master's thesis. My internship is at a prison, called Santa Cruz do Bispo, and it has a Psiquiátrica an Mental Health Clinic. My thesis is related with a exploratory study with schizophrenic from the clinic, who cannot be convicted for the crime they comitted, because of their mental condition. The idea is to study abilities on theory of mind tasks and correlate them with variables like criminality life style, social support, time in prison, age, type of crime and schizofrenia. Having said that, I found the «Faux Pas Recognition Test (adult version)», which you created with Valerie Stone, and I found it perfect to use on my thesis. So I decided, with my tutor, to send this email to ask for your permission to translate the test, so I can use it with my sample. If you grant me your permission, I'll be happy to sent you the results of the test application.

>My master's thesis and internship tutor is professor Rui Abrunhosa Gonçalves, whom you can contact if you like to clarify any question, on the following email address: rabrunhosa@psi.uminho.pt

>Thank you for your attention. I'll be waiting anxiously for your answer.

>Kind regards, Joana Araújo dos Santos

--  
 -----  
 Simon Baron-Cohen, FBA  
 Professor of Developmental Psychopathology,  
 Director,  
 Autism Research Centre,  
 Cambridge University,  
 Douglas House, 18B Trumpington Rd,  
 Cambridge CB2 8AH, UK.  
 Tel 01223 746057 Fax 01223 746033,  
 www.autismresearchcentre.com

