

SIMONE SILVEIRA COUGO

**RELAÇÃO ENTRE TRAUMA PRECOCE, SINTOMAS PSICÓTICOS E
FUNCIONAMENTO COGNITIVO NA ESQUIZOFRENIA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE – MS

2017

SIMONE SILVEIRA COUGO

**RELAÇÃO ENTRE TRAUMA PRECOCE, SINTOMAS PSICÓTICOS E
FUNCIONAMENTO COGNITIVO NA ESQUIZOFRENIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração Psicologia da Saúde, linha de pesquisa I: Avaliação e Assistência em Saúde, sob orientação do Prof. Dr. André Barciela Veras.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE – MS

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

C854r Cougo, Simone Silveira
Relação entre trauma precoce, sintomas psicóticos e funcionamento
cognitivo na esquizofrenia / Simone Silveira Cougo; orientador André
Barciela Veras.-- 2017.
84 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande, 2017.

1. Esquizofrenia – Trauma precoce 2. Avaliação psicológica
I. Veras, André Barciela II. Título

CDD – 616.8982

A dissertação apresentada por **SIMONE SILVEIRA COUGO**, intitulada “**RELAÇÃO ENTRE TRAUMA PRECOCE, SINTOMAS PSICÓTICOS E FUNCIONAMENTO COGNITIVO NA ESQUIZOFRENIA**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

BANCA EXAMINADORA



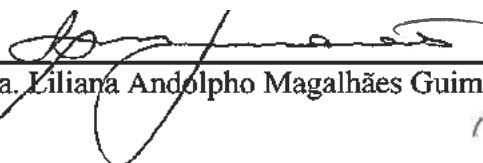
Prof. Dr. André Barciela Veras - UCDB (orientador)



Prof. Dr. Gilberto Sousa Alves – UFC



Prof. Dr. André Augusto Borges Varella - UCDB



Profa. Dra. Lillian Andolpho Magalhães Guimarães - UCDB

Campo Grande-MS, 24 de agosto de 2017.

À minha família. O amor e o exemplo de vocês me incentivam a tentar ser uma pessoa cada vez melhor para as outras pessoas.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gratidão à minha família abençoada: meus pais Rechia Antônio e Ecilda e meus irmãos, Liliane e Eduardo, por me acompanharem nessa e em outras caminhadas.

Agradeço ao Grupo de Estudos em Pesquisa Translacional em Saúde Mental (GPTransMe) e em especial ao coordenador do Grupo e orientador desta pesquisa, Prof. Dr. André Barciela Veras, por me inspirar a pesquisar com compromisso e transpor as barreiras físicas do conhecimento, levando-o ao alcance de todos.

Aos professores Dra. Liliana Guimarães, Dr. André Varella e Dr. Gilberto Alves por aceitarem participar da minha banca. Tenho grande admiração pelo conhecimento de vocês, fruto da trajetória de estudo e trabalho realizados com muita dedicação à profissão.

Ao meu noivo Pedro Nakashima, por todo apoio e compreensão.

Aos acadêmicos Ana Paula Christino do Carmo, Carolina Gomes Carrilho, Gabriel Moreno, Letícia Santos, Maria Silvia Ostetto, e as profissionais Elina Arakaki, Fernanda Meira e Rosany Guterrez por serem pessoas tão generosas, que uniram forças e muito contribuíram para esta pesquisa.

A todos os amigos e a todas as pessoas que tiveram uma importância significativa na minha vida, estando ao meu lado e me fazendo aprender. Especialmente Evelyn Gaspar, Gislene Hazime, Eliza Xavier, Flavia Castro, Sandra Oliveira, Cleide Sales, Camila Soares, Marilene Kovalski.

Aos meus colegas de turma, parceiros que dividiram comigo muitos momentos de alegria e alguns momentos de angústia ao longo do curso.

Aos professores que fizeram parte da minha formação: todos, desde a alfabetização até esta última etapa acadêmica contribuíram para que eu entendesse ainda mais o quanto o conhecimento pode fazer pelas pessoas, das mais variadas formas.

A todos da equipe do CAPS III Vila Almeida, CAPS III Vila Margarida e Residência Terapêutica, pelas conversas, trocas de informação, direcionamentos e obstinação em contribuir com o avanço do conhecimento na área da saúde.

À CAPES pelo auxílio financeiro que viabilizou o mestrado.

E em especial aos participantes dessa pesquisa e seus familiares, pela total confiança e compreensão de que a participação implicaria em melhores condições de tratamento a essa questão de saúde que merece muito investimento.

O pulso ainda pulsa
O pulso ainda pulsa

Peste bubônica
Câncer, pneumonia
Raiva, rubéola
Tuberculose e anemia
Rancor, cisticircose
Caxumba, difteria
Encefalite, faringite
Gripe e leucemia...

E o pulso ainda pulsa
E o pulso ainda pulsa

Hepatite, escarlatina
Estupidez, paralisia
Toxoplasmose, sarampo
Esquizofrenia
Úlcera, trombose
Coqueluche, hipocondria
Sífilis, ciúmes
Asma, cleptomania

E o corpo ainda é pouco
E o corpo ainda é pouco
Assim...

Reumatismo, raquitismo
Cistite, disritmia
Hérnia, pediculose
Tétano, hipocrisia
Brucelose, febre tifóide
Arteriosclerose, miopia
Catapora, culpa, cárie
Câimbra, lepra, afasia

O pulso ainda pulsa
E o corpo ainda é pouco
Ainda pulsa
Ainda é pouco
Assim...

(Arnaldo Antunes)

RESUMO

Este trabalho está inserido na pesquisa “Estudo Genético de Coorte em Psiquiatria entre Afrodescendentes: Esquizofrenia e Transtorno Bipolar”. A esquizofrenia é um transtorno mental que em geral atinge pessoas jovens e pode modificar profundamente o funcionamento autônomo da pessoa, bem como pode impedir a realização de objetivos pessoais, acadêmicos e profissionais. Sua apresentação é bastante heterogênea. Delírios, alucinações e desorganização do pensamento manifestam-se, muitas vezes, acompanhados de isolamento social, distanciamento afetivo e déficits cognitivos. **Objetivo:** Investigar a possível relação entre traumas precoces, funcionamento cognitivo e sintomas psicóticos em pessoas diagnosticadas dentro do espectro da esquizofrenia. **Método:** Pesquisa quantitativa com 20 pessoas que estavam em acompanhamento em Centros de Atenção Psicossocial, com diagnóstico de esquizofrenia confirmado pelos critérios do DSM-5 da Associação Americana de Psiquiatria. **Procedimentos:** A aplicação dos instrumentos ocorreu entre outubro de 2016 e março de 2017, em dois CAPS e uma Residência Terapêutica de Campo Grande/MS, em salas cedidas pelas instituições. Desde o convite para participação no estudo, os sujeitos foram informados sobre os objetivos e duração deste, considerando as etapas de avaliação, que exigiam entre 05 e 06 encontros com cada participante. **Instrumentos:** Entrevista inicial, Questionário de rastreio, PANSS e ETISR-SF. Instrumentos psicológicos: Beta III, AC, Teste de Trilhas Coloridas, Memória Visual de Rostos. **Resultados:** Os escores totais de traumas precoces se correlacionaram negativamente com a memória visual. Traumas físicos se correlacionaram positivamente com a atenção dividida. De acordo com os dados, sintomas negativos de esquizofrenia tem correlação negativa com a atenção. **Conclusão:** Foram observados níveis de inteligência e atenção (concentrada, sustentada e dividida) abaixo da média populacional, assim como indicam estudos, no entanto foram encontrados resultados dentro da média com relação à memória visual. A avaliação psicológica – busca sistemática sobre o funcionamento psicológico ou psicopatológico – pode contribuir para a identificação de limites em pessoas com esquizofrenia que podem futuramente otimizar o aumento à adesão de tratamentos (medicamentoso, terapias). Os achados desta pesquisa permitiram identificar marcadores importantes no desenvolvimento da infância e da adolescência que explicam o impacto destes na vida adulta de pessoas com o referido transtorno, em diversas áreas: social, educacional, profissional.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Traumas Precoces, Avaliação Psicológica.

ABSTRACT

This work is part of the research "Genetic Study of Cohort in Psychiatry among Afrodescendants: Schizophrenia and Bipolar Disorder". Schizophrenia is a mental disorder that usually affects young people and can profoundly modify the autonomous functioning of the person, as well as may prevent the achievement of personal, academic and professional goals. His presentation is quite heterogeneous. Delusions, hallucinations and disorganization of thought are often accompanied by social isolation, affective distancing, and cognitive deficits. **Objective:** To investigate the possible relationship between early traumas, cognitive functioning and psychotic symptoms in people diagnosed within the schizophrenia spectrum. **Method:** Quantitative research with 20 people who were in follow-up at Psychosocial Care Centers, diagnosed with schizophrenia confirmed by the DSM-5 criteria of the American Psychiatric Association. **Procedures:** The instruments were applied between October 2016 and March 2017, in two CAPS and a Therapeutic Residence in Campo Grande / MS, in rooms provided by the institutions. From the invitation to participate in the study, the subjects were informed about the objectives and duration of the study, considering the evaluation stages, which required between 05 and 06 meetings with each participant. **Instruments:** Initial interview, Screening questionnaire, PANSS and ETISR-SF. Psychological instruments: Beta III, AC, Test of Colored Tracks, Visual Memory of Faces. **Results:** The total scores of early traumas were negatively correlated with visual memory. Physical trauma correlated positively with divided attention. According to the data, negative symptoms of schizophrenia have negative correlation with attention. **Conclusion:** We observed levels of intelligence and attention (concentrated, sustained and divided) below the population mean, as indicated by studies, however results were found within the mean in relation to visual memory. Psychological assessment - a systematic search for psychological or psychopathological functioning - may contribute to the identification of limits in people with schizophrenia who may in the future optimize the increase to the adherence of treatments (drugs, therapies). The findings of this research rather to identify important markers in the development of childhood and adolescence that explain the impact of schizophrenia on the adult life of people with schizophrenia in several areas: social, educational, professional.

Keywords: Schizophrenia, Early Trauma, Psychological Assessment.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. Esquizofrenia e Avaliação Psicológica	16
1.1 Conceito de Esquizofrenia	16
1.2. Esquizofrenia na atualidade	19
1.3. Avaliação Psicológica	20
1.4. Avaliação Psicológica em pessoas com esquizofrenia	22
2. OBJETIVOS	24
3. MÉTODOS	25
3.1 Delineamento e amostra	25
3.2 Critérios de Inclusão.....	25
3.3 Critérios de Exclusão.....	25
3.4 Locus de pesquisa.....	26
3.5 Procedimentos.....	26
3.5.1 Avaliação inicial	27
3.5.2 Avaliação do perfil cognitivo	30
3.6 Análise de dados	32
3.7 Questões éticas.....	33
4. RESULTADOS	34
4.1 Dados sociodemográficos	34
4.2 Questionário de rastreamento	35
4.3 Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas (DIPAD)	36
4.4 Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS)	37
4.5 Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (IAATP-VR).....	38
4.6 Instrumentos cognitivos	42
4.7 Correlações entre os instrumentos aplicados.....	47
5. DISCUSSÃO	49
5.1 Dados sociodemográficos e instrumentos de avaliação psicopatológica.....	50
5.2 Instrumentos psicológicos de avaliação cognitiva	52
5.3 Correlação entre Traumas Precoces e Memória Visual	53
5.4 Correlação entre Traumas físicos e Atenção Dividida	53

5.5 Correlações entre Sintomas Positivos e Negativos da Esquizofrenia e Funções Atencionais	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
7. REFERÊNCIAS	58
ANEXO 1 – Questionário de rastreamento	64
ANEXO 2 – DIPAD – Tabela de conteúdos	69
ANEXO 3 – ANEXO 3 – PANSS	74
ANEXO 4 – Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces.....	75
ANEXO 5 – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB	76
ANEXO 6 – Autorização para realizar a pesquisa em órgãos da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU) de Mato Grosso do Sul	80
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
APÊNDICE 2 – Entrevista Inicial	83

INTRODUÇÃO

Este trabalho está inserido na pesquisa “Estudo Genético de Coorte em Psiquiatria entre Afrodescendentes: Esquizofrenia e Transtorno Bipolar”, que faz parte de um programa multicêntrico que iniciou estudos em 2007 com investigadores em mais de 38 países – o Psychiatry Genomics Consortium (PGC) – e é realizado em parceria com a New York University (NYU) e University of Southern California. No Brasil, este estudo é coordenado pelo professor orientador Dr. André Barciela Veras, com participação dos pesquisadores Prof. Dr. Márcio Costa e Prof. Dr. André Varela.

Por meio do convite do professor orientador Dr. André Barciela Veras para participar do desafio de se estudar esquizofrenia, esse estudo específico foi iniciado. Além deste incentivo, o interesse em Psicopatologia, avaliação psicológica e em compreender melhor a inserção do trabalho do psicólogo em um serviço de saúde mental vivenciada durante estágio curricular em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) durante a graduação em Psicologia foram motivações para a realização desta pesquisa, que se ambientou na Residência Terapêutica e em dois CAPS de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

A esquizofrenia é um transtorno mental que pode modificar profundamente o funcionamento autônomo da pessoa, bem como pode impedir a realização de objetivos pessoais, acadêmicos e profissionais. Esta em geral atinge pessoas jovens e pode impor importantes mudanças na vida tanto daqueles com o transtorno quanto na de seus familiares. Sua apresentação é bastante heterogênea. Delírios, alucinações e desorganização do pensamento manifestam-se, muitas vezes, acompanhados de isolamento social, distanciamento afetivo e déficits cognitivos. Além disso, indivíduos com esse transtorno apresentam taxas de mortalidade bastante elevadas, com expectativa de vida até 20 anos menor do que a população em geral. Também apresentam risco de depressão aumentado, altas taxas de suicídio e maior incidência de uso de drogas. Em termos de inserção social, pessoas com esquizofrenia ainda são marginalizadas pela sociedade, deparam-se com dificuldades para obter emprego, muitas vezes acabam em situações de rua e têm mais chances de serem presas do que de receberem tratamento (NOTO & BRESSAN, 2012, p. 11).

O progressivo aumento das pesquisas sobre fatores biológicos, neurocognitivos e emocionais em esquizofrenia, tem trazido à tona a necessidade de se buscar novas técnicas de avaliação e tratamento (ZIMMER, 2006, p. 18).

Em publicações internacionais, há trabalhos considerando a relação entre trauma precoce e transtornos mentais graves, bem como a importância da avaliação psicológica em pessoas com esquizofrenia, no entanto observou-se pouca produção de trabalhos realizados por psicólogos abordando estes temas na América Latina. Esta constatação foi possível por meio de um breve levantamento de pesquisas no período de 2011 a 2016, registradas no banco de dados do PubMed, base de dados internacional, na qual foram encontradas 1710 referências dos últimos cinco anos com os descritores “Neuropsychological Assessment AND Schizophrenia”, 412 referências com os descritores “Psychological Assessment AND Schizophrenia” e 91 referências com “Early Trauma AND Schizophrenia”. No banco de dados Scielo, que disponibiliza textos completos de artigos de revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina, com os mesmos descritores traduzidos para o português, também no período de 2011 a 2016, foram encontrados: 2 referências com as palavras “Avaliação Neuropsicológica e Esquizofrenia”, 2 referências com “Avaliação Psicológica e Esquizofrenia”, e 1 publicação com os descritores “Trauma precoce e Esquizofrenia”.

De acordo com Ruby et al. (2014), enquanto pesquisadores durante décadas consideraram o papel dos fatores sociais, endocrinologia, função neural, integridade do hipocampo e cognição no desenvolvimento da esquizofrenia, houve uma relativa escassez de estudos considerando a participação do encadeamento do estresse na interação desses elementos. Ao longo da última década torna-se cada vez mais claro que as experiências traumáticas da infância representam um fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos psicóticos, incluindo esquizofrenia.

Estudos indicam a relação entre traumas precoces – ocorridos na infância, antes dos 18 anos, incluindo abuso físico, emocional e sexual –, com o desenvolvimento e impacto cognitivo no espectro da esquizofrenia (MORGAN & FISHER, 2007; BENDALL, 2008; VARESE et. al, 2012; BERTHELOT et. al., 2015; KLAUS et. al., 2017).

Varese et. al. (2012) identificaram que as evidências têm sugerido que efeitos na idade adulta de eventos adversos na infância, incluindo o trauma, podem incluir uma série de resultados sociais negativos, como maior criminalidade, níveis educacionais mais baixos, menor saúde geral e bem-estar, assim como um maior risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Um número crescente de estudos

metodologicamente sólidos examinou a violência contra crianças e adolescentes (por exemplo, abuso sexual, abuso físico, abuso psicológico e negligência), vitimização entre pares (por exemplo, *bullying*) e experiências de perda e separação dos pais como fatores de risco para transtornos mentais, incluindo a esquizofrenia. No entanto, as descobertas destes autores em textos que faziam associação entre traumas precoces e esquizofrenia com conclusões inconsistentes motivou uma síntese quantitativa sistemática dos dados existentes por meio de um estudo de metanálise com 48 artigos. Esta metanálise encontrou evidências de que a adversidade da infância está substancialmente associada a um risco aumentado de desenvolvimento de esquizofrenia. No entanto não encontrou evidências de que algum tipo específico de trauma seria um preditor mais forte para esquizofrenia do que qualquer outro. Essas descobertas sugerem que outras variáveis, como idade de exposição e estado de vulnerabilidade podem estar mais fortemente relacionadas ao risco de desenvolvimento de esquizofrenia do que o tipo de exposição.

Em revisão sistemática de literatura realizada por Bendall et. al (2008) acerca de traumas de infância e transtornos psiquiátricos, dos 46 estudos na revisão – considerando o abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligência –, apenas 6 estudos foram capazes de abordar adequadamente a associação entre traumas precoces e esquizofrenia. Estes autores identificaram que poucos estudos na revisão usaram as mesmas medidas para avaliar diferentes aspectos e/ou gravidade do trauma, tornando problemáticas as comparações entre estudos. Dos 46 estudos, 32 relataram abuso sexual e 14 relataram abuso físico infantil (alguns estudos relataram mais de um tipo de abuso). De acordo com estes autores, o grande número de estudos que relatam somente casos de abuso sexual ilustra a maior atenção dada a este tipo de abuso do que outras formas de traumas infantis.

Berthelot et. al. (2015) procuraram identificar se descendentes de alto risco expostos a situações de abuso / negligência – crianças com pais com esquizofrenia ou transtorno bipolar – apresentaram mais precursores cognitivos de psicoses adultas na infância e na adolescência do que descendentes não expostos. Neste estudo, que avaliou e acompanhou 66 descendentes por meio de questionários, avaliações neuropsicológicas, e revisão de registro médicos tanto dos pais quanto dos filhos, observaram que a exposição ao abuso e à negligência pode afetar funções cognitivas, como a memória visual e as funções executivas. Os autores ainda destacam que apesar de compreenderem que a prevenção do abuso é difícil, este estudo poderia orientar

pesquisas de intervenção precoce com o objetivo de amenizar os efeitos de situações de risco na vida dessas crianças, que podem impactar a vida adulta.

Estima-se que alterações cognitivas podem ser identificadas em 40% a 60% das pessoas com esquizofrenia. Vários estudos clínicos sugerem que estas alterações podem ser observadas desde o início dos sintomas da esquizofrenia e parecem ser características relativamente estáveis na maioria dos pacientes, com pequena progressão ao longo do curso da doença. Ainda assim, alguns autores defendem o argumento de que esses déficits cognitivos podem evoluir para um franco processo demencial (ADAD, CASTRO e MATTOS, 2000).

Bowie & Harvey (2006) em estudo acerca de déficits cognitivos na esquizofrenia, identificaram por meio de revisão da literatura que até a década de 1980 não era encontrada nenhuma melhora substancial no status de vida independente de pessoas com esquizofrenia. A maioria dos pacientes agora vivia fora das configurações institucionais, no entanto, em geral dependiam de assistência financeira e suporte clínico para uma variedade de áreas, desde o trabalho até as habilidades básicas de vida. Mesmo quando os pacientes viviam em comunidade, ainda não eram predispostos a ter um bom relacionamento com outras pessoas. Uma série de estudos a partir início da década de 1990 descobriu que os déficits cognitivos são o melhor preditor do estado funcional do paciente. Assim, de lá pra cá a necessidade de tratar essas déficits cognitivos tornou-se uma prioridade para o campo. Estudos acerca do tratamento de déficits cognitivos sugerem que estes são modificáveis por meio de intervenção farmacológica e psicológica.

Leia-se que a cognição pode ser definida como um conjunto de capacidades que habilitam pessoas a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional, tais como: concentrar-se na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, manter uma conversa, realizar escolhas entre outras (MONTEIRO & LOUZÃ, 2007). Assim, pesquisam-se as bases biológicas da cognição, tanto quanto as imagens mentais, a atenção, a consciência, a percepção, a memória, a linguagem, a resolução de problemas, a criatividade, a tomada de decisões, o raciocínio, as mudanças cognitivas durante o desenvolvimento ao longo da vida, a inteligência humana, a inteligência artificial e vários outros aspectos do pensamento humano (STERNBERG, 2000, p. 40).

Dessa forma, com esta pesquisa, procurou-se compreender a relação entre trauma precoce – acontecimentos ocorridos antes dos 18 anos de idade –, sintomas psicóticos e perfil cognitivo da pessoa com esquizofrenia por meio da avaliação psicológica.

Esta pesquisa é de natureza quantitativa. Foram realizadas avaliações psicológicas com pessoas no Espectro da Esquizofrenia, diagnosticadas de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-5, 2014).

Este trabalho foi estruturado em seis tópicos, sendo que o primeiro conceitua o Espectro da Esquizofrenia e a importância da avaliação psicológica neste contexto.

O segundo tópico traz os objetivos desta pesquisa, no terceiro são abordados os procedimentos desde a escolha dos sujeitos, produção da informação até a análise dos dados.

O quarto tópico apresenta os resultados e o quinto, discussão dos dados obtidos com esta pesquisa. Por fim, são apresentadas as considerações finais deste trabalho.

Futuramente, espera-se que este trabalho sirva como facilitador para pesquisadores ou profissionais da psicologia e outras áreas do conhecimento que tenham interesse em compreender melhor o público-alvo estudado e aprofundar as questões levantadas.

1. ESQUIZOFRENIA E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

1.1. Conceito de esquizofrenia

O conceito de esquizofrenia vem da Antiguidade, com os primeiros relatos de quadros psiquiátricos com início na juventude que levavam a uma deterioração global das funções mentais. No entanto, a descrição e publicação desses relatos de forma sistematizada aconteceram a partir do século XIX. O que hoje denomina-se esquizofrenia baseia-se nas diferentes visões dos autores Kraepelin, Bleuler e Schneider, que influenciaram os critérios diagnósticos na atualidade (ELKIS, 2012, p. 19).

De acordo com Lindner (2007, p. 25) ao longo dos séculos, pessoas com transtornos mentais foram tratadas de diferentes maneiras: “os cuidados terapêuticos com as pessoas com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, refletiram os valores sociais predominantes em relação à percepção social dessas doenças”. Na antiguidade, a estas pessoas era atribuído um status elevado nas sociedades que acreditavam serem eles os intermediários junto dos deuses e dos mortos. Na Europa medieval, foram muitas vezes queimadas em fogueiras ou trancadas em grandes instituições.

A esquizofrenia, tratada comumente por outros nomes, como loucura, teve em Michael Foucault (1978) uma busca histórica e reflexiva sobre seu conceito, que retrata a loucura como oposição da consciência “que explode em sua visível aberração”:

“Verdade trivial à qual é hora de voltar: a consciência da loucura, pelo menos na cultura européia, nunca foi um fato maciço, formando um bloco e se metamorfoseando como um conjunto homogêneo. Para a consciência ocidental, a loucura surge simultaneamente em pontos múltiplos, formando uma constelação que aos poucos se desloca e transforma seu projeto, e cuja figura esconde talvez o enigma de uma verdade. Sentido sempre despedaçado”.

Este sentido despedaçado ao qual Foucault refere-se, caracteriza a esquizofrenia aos olhos dos critérios utilizados para a classificação diagnóstica deste transtorno mental na atualidade.

As classificações diagnósticas recentes foram baseadas no primeiro critério diagnóstico operacional desenvolvido por Feighner, pela escola de St. Louis, em 1972, que influenciou a elaboração do “Research Diagnostic Criteria” (RDC) por Spitzer, em 1978, que foi base para a Classificação internacional de doenças e problemas

relacionados à saúde (CID-10) e para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (ORTIZ E LACAZ, 2012).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – que já se encontra na 5ª edição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.15), atualmente propõe que a classificação seja dividida em “Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”. Abaixo, segue quadro com as classificações diagnósticas deste:

Quadro 1. Classificação diagnóstica do DSM-5 – Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Transtorno de Personalidade Esquizotípica

Transtorno Delirante

Transtorno Psicótico Breve

Transtorno Esquizofreniforme

Esquizofrenia

Transtorno Esquizoafetivo – Tipo Bipolar / Tipo Depressivo

Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento

Transtorno Psicótico devido a Outra condição Médica

Catatonia

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

O DSM-5 indica que para caracterizar a esquizofrenia é necessário que uma pessoa apresente dois ou mais dos seguintes itens (que fazem parte do Critério A) por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso): (1) Delírios – crenças fixas, não passíveis de mudança mesmo com evidências conflitantes, e seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (por exemplo: persecutório, de culpa, somático, religioso, de grandeza) –, (2) Alucinações – experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo, que podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, no entanto as alucinações auditivas são as mais comuns na esquizofrenia e em transtornos relacionados –, (3) Discurso desorganizado – as respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma –, (4) Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico –

levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas, podendo o comportamento ser agitado ou catatônico, este último é caracterizado por uma redução acentuada na reatividade ao ambiente –, e (5) Sintomas negativos (expressão emocional diminuída ou avolia) – sendo que pelo menos um dos itens deve ser 1, 2 ou 3.

Além do critério supracitado, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento da pessoa, como trabalho, relações interpessoais, autocuidado, desempenho na área acadêmica ou profissional, deve estar abaixo do nível alcançado antes do início. Os sinais contínuos de alteração devem persistir durante, pelo menos, seis meses. Este período deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer aos sintomas da fase ativa e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos (indicativos de alteração) ou residuais (DSM-5, 2014, p. 14-15).

Nesta 5ª edição, o Manual identificou que os subtipos da Esquizofrenia, presentes nas edições anteriores, apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças quanto ao curso da doença ou resposta ao tratamento. Dessa forma, abandonou a divisão da esquizofrenia em subtipos: paranóide, desorganizada, catatônica indiferenciada e residual. O diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo sofreu uma pequena mudança em seu texto, sendo exigido que um episódio de alteração importante do humor (depressão ou mania) esteja presente durante a maior parte do curso da doença, após o preenchimento do Critério A de Esquizofrenia. Esta modificação procura aumentar a confiabilidade do diagnóstico, apesar de reconhecer que ele ainda é um grande desafio para o clínico (ARAÚJO & LOTUFO NETO, 2014, p. 72).

Com relação à Catatonia – que possui como característica essencial uma perturbação psicomotora acentuada que pode gerar atividade motora diminuída – esta não é mais apresentada como um subtipo da Esquizofrenia ou uma classe independente, pois esta pode ocorrer no contexto de outros transtornos, como transtorno do neurodesenvolvimento, transtorno depressivo, ou pode ser diagnosticada de forma isolada no contexto de outras condições médicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.119). Na atual edição do DSM-5 a Catatonia passa a ser dividida como: Catatonia Associada com Outros Transtornos Mentais; Catatonia Associada com Outras Condições Médicas; ou Catatonia Não-Especificada. Aceita-se que o quadro possa ocorrer em diversos contextos e o diagnóstico requer a presença de

no mínimo três de doze sintomas listados (ARAÚJO & LOTUFO NETO, 2014, p. 72-73).

Os dados epidemiológicos indicam que a esquizofrenia é um problema mundial de saúde pública. Em uma revisão sobre estudos epidemiológicos da esquizofrenia, Mari e Leitão (2000, p.16) encontraram uma prevalência estimada entre 0,5% a 1%, sendo que as estimativas sobre incidência sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes, proporção esta que pode ficar entre 1 a 7 casos para cada 10.000 habitantes, dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados. De acordo com os autores, as estimativas de incidência e prevalência de casos de esquizofrenia no Brasil são compatíveis com as observadas em outros países.

1.2 Esquizofrenia na atualidade

Pesquisas indicam que o tratamento precoce é fundamental para evitar a cronicidade dos casos, já sendo bem-estabelecido que, quanto maior o tempo de esquizofrenia não tratada, menos esperançoso será o prognóstico. Dessa forma, são necessárias abordagens que combinem medicamentos e intervenções psicossociais para abranger as diferentes dimensões deste transtorno (NOTO & BRESSAN, 2012, p. 12).

Zimmer et al. (2008) destacam que vem crescendo o número de pesquisadores que estão investigando novas técnicas de abordagem de tratamento, e entre essas cabe destacar as de reabilitação cognitiva, que visam minimizar os prejuízos nas funções básicas como atenção, percepção, concentração, memória e funcionamento executivo. O crescente interesse em se delinear prejuízos cognitivos na esquizofrenia vem, portanto, ao encontro das necessidades de ampliar a compreensão sobre este transtorno, bem como de encontrar alternativas terapêuticas específicas para esses pacientes.

Resende (2009) identifica que o desenvolvimento contínuo de medicamentos antipsicóticos detém a promessa de melhorias das mais complexas sintomatologias associadas ao transtorno, incluindo os sintomas categorizados como negativos (expressão emocional diminuída e avolia). No entanto, mesmo que o tratamento farmacológico apresente sucesso, diminua sintomas, vários fatores desencadeadores continuarão a existir. Trata-se de déficits que as pessoas adquirem ao longo de suas vivências e de seus relacionamentos e que são amplamente suscetíveis de

reaparecimento. Os custos com as recaídas de crises, serviços de internação, medicação, mortalidade, perda de empregos, impacto sobre a família e segurança são muito altos. De acordo com esta autora, dois dos principais motivos desse alto custo são 1) a dificuldade de reconhecer essas pessoas precocemente e 2) o processo de esquizofrenia sem tratamento adequado já está bem adiantado e essas pessoas tem dificuldade de aderir ao tratamento por uma questão típica do transtorno de, por exemplo, sentir-se perseguida e ameaçada por quase todos, incluindo os profissionais da saúde:

“Desse modo, podem sabotar o tratamento medicamentoso, o psicoterapêutico e de apoio comunitário. No que tange ao primeiro motivo, um dos grandes desafios dessa enfermidade é fazer com que as pessoas em risco, ou com sintomas prodrômicos, sejam reconhecidas para que se inicie a farmacoterapia e a psicoterapia específica o mais cedo possível, pois precocemente esses dois tratamentos conjugados podem, no mínimo, retardar o início e evitar a cronificação da doença. No que se refere ao segundo motivo – a falta de adesão aos tratamentos – acredita-se que abordagens mais adequadas às necessidades do paciente possam aumentar a adesão aos tratamentos” (RESENDE, 2009, p. 14).

Ainda de acordo com essa autora, para uma abordagem mais adequada às necessidades da pessoa com esquizofrenia é necessário um processo de avaliação psicológico acurado que permita avaliar a efetividade para os diferentes protocolos de psicoterapia, e responder a principal pergunta: qual o melhor método de tratamento para cada pessoa. Dessa forma, no que diz respeito às duas questões discutidas acima, ambas estão relacionadas ao campo da avaliação psicológica (RESENDE, 2009).

1.3. Avaliação Psicológica

Em Psicologia, para a identificação diagnóstica e condução de tratamento de forma assertiva, é realizada a avaliação psicológica. Muitos trabalhos problematizam os critérios utilizados para esta no Brasil (Pasquali, 2001; Alchieri & Cruz 2003; Primi, 2010; Tavares, 2010).

Alchieri & Cruz (2003) conceituam a avaliação psicológica como:

Modo de conhecer fenômenos e processos psicológicos por meio de procedimentos e diagnóstico e prognóstico e, ao mesmo tempo, aos procedimentos de exame propriamente ditos para criar as condições de aferição ou dimensionamento dos fenômenos e processos psicológicos conhecidos (ALCHIERI & CRUZ, 2003:24).

Segundo Gomes (2004): “Se a realização de experimentos deu à psicologia o seu *status* de ciência, a inserção profissional ocorreu através da avaliação psicológica”. No

Brasil, esta apresentou entre 1924 e 1947 um ritmo intenso de estudos e pesquisas, acompanhando o desenvolvimento internacional na área. O livro *Tests* de Medeiros e Albuquerque (1867-1934) é um importante precursor da avaliação psicológica no país, contendo primorosa revisão de literatura, em uma linguagem clara e direta. Uma virtude que desaparecerá depois, segundo este autor, paradoxalmente, à gradativa difusão da formação universitária no Brasil:

Alguns equívocos, já presentes no trabalho de Medeiros e Albuquerque, acentuaram-se ao longo dos anos, como por exemplo, a ênfase na classificação de alunos para turmas homogêneas, e o uso abusivo das provas objetivas. Contudo, a questão permanece, pois sem avaliações continuadas, justas e sistemáticas não temos como auferir os ganhos da aprendizagem, hoje definidos como competências e habilidades. Na nossa realidade, em especial nos cursos de graduação em psicologia, as avaliações praticamente desapareceram e o estudo das medidas psicológicas foi relegado a segundo plano (GOMES, 2004).

Os instrumentos de medida mais utilizados no processo de avaliação psicológica têm sido os testes. De acordo com a autora Urbina (2007, p. 11-12): “O *teste psicológico* é um procedimento sistemático para a obtenção de amostras de comportamento relevantes para o funcionamento cognitivo ou afetivo e para a avaliação destas amostras de acordo com certos padrões”. Os testes psicológicos são ferramentas, portanto “o uso de testes para a tomada de decisões a respeito de uma pessoa, um grupo ou um programa sempre deve acontecer dentro do contexto de uma *avaliação psicológica*” (URBINA, 2007, p. 33).

De acordo com a Resolução Nº 005/2012 do Conselho Federal de Psicologia:

Os Testes Psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou técnica de uso privativo do psicólogo (...) os testes psicológicos são procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, nas suas mais diversas formas de expressão, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

De acordo com Cruz (2002), a utilização de testes psicológicos em processos de avaliação psicológica, por exemplo, “sem uma percepção clara de que eles são produtos de uma condição de conhecer fenômenos psicológicos por meio da medida, acaba por tornar estereotipada a atividade de aferir atributos ou qualidades psicológicas em situações de diagnóstico” (p. 16).

Alchieri & Cruz (2003) apontam que “uma das características básicas do conhecimento científico é o esforço em não se restringir à descrição de fatos separados e isolados, mas tentar apresentá-los sob o estatuto do contexto histórico e social de onde derivam e do estado da arte das pesquisas relacionadas” (p.11).

Tavares (2010) considera que a sociedade está atenta ao potencial para excessos, equívocos e danos advindos da avaliação psicológica:

A responsabilidade que o Conselho Federal de Psicologia assume na regulamentação dessa atividade é uma resposta necessária a essa demanda social e é um elemento essencial da credibilidade que estamos duramente conquistando. A convicção da necessidade dessa regulamentação é mantida pelo reconhecimento dos direitos das pessoas e da sociedade (TAVARES, 2010:53).

1.4. Avaliação Psicológica em pessoas com esquizofrenia

Em face do exposto acerca da avaliação psicológica e suas implicações, identifica-se o cuidado necessário na identificação de questões relacionadas à esquizofrenia. Nesta pesquisa, a avaliação foi realizada com o objetivo de correlacionar informações acerca de situações históricas e desempenho atual da pessoa com esquizofrenia. No entanto, ela também pôde contribuir para identificar fatores limitantes e promover melhorias efetivas nas condições de vida das pessoas que foram avaliadas.

Na literatura internacional, muitos instrumentos neuropsicológicos são utilizados. Leia-se que a avaliação neuropsicológica não se restringe apenas à aplicação de testes e obtenção de resultados, depende do estabelecimento de correlações entre estruturas cerebrais e funções, bem como, em muitas situações, da participação de outros profissionais da saúde. No cenário brasileiro, de acordo com Mendonça e Azambuja (2014, p.) questões legais e políticas sobre a quem cabe o direito de utilizar as técnicas de avaliação neuropsicológica vêm sendo discutidas pelos Conselhos Federais e por representantes de profissões envolvidas no processo.

Neste trabalho, utilizou-se a definição de avaliação psicológica devido à utilização de instrumentos aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) que são validados para a população brasileira. Dessa forma, a Neuropsicologia aqui aparece descrita em trabalhos realizados acerca do funcionamento cognitivo por outros pesquisadores.

Em revisão sistemática da literatura realizada por Zimmer (2008) com o objetivo de sintetizar estudos sobre os testes neuropsicológicos que estão sendo mais utilizados em esquizofrenia no período entre 1995 e 2006, foram encontrados 102 diferentes nomes de testes neuropsicológicos, com citação de 10 baterias de testes, na maioria compostas por subtestes já padronizados. Entre os 77 estudos empíricos, 22 (28,57%) foram sobre validação de instrumentos ou baterias de testes. Entre os 10 testes mais citados, apenas três possuem validação para o Brasil (*WCST; Wechsler Adult Intelligence Scale; Mini-Mental Status Examination*). Esses achados evidenciam uma ampla heterogeneidade nos critérios de seleção dos testes, divergências na nomenclatura e certa tendência para a criação de novos testes e baterias para avaliação de funções cognitivas em pessoas com esquizofrenia.

A relevância e características dos prejuízos cognitivos na esquizofrenia revelam a necessidade de identificação específica e padronizada de métodos de avaliação da cognição para pacientes brasileiros.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Investigar a possível relação entre traumas precoces, funcionamento cognitivo e sintomas psicóticos em pessoas diagnosticadas no espectro da esquizofrenia.

Objetivos específicos

- Investigar a possível existência de traumas precoces (antes dos 18 anos de idade) nos sujeitos pesquisados;
- Avaliar funções cognitivas (atenção concentrada, atenção dividida, atenção sustentada, memória visual e inteligência) por meio de instrumentos psicológicos validados para uso no Brasil nos sujeitos da pesquisa;
- Investigar sintomas positivos e negativos da esquizofrenia por meio de instrumento apropriado.
- Verificar a possível relação entre funções cognitivas específicas e sintomas positivos e negativos da esquizofrenia;
- Avaliar a possível relação entre funções cognitivas específicas e traumas precoces;
- Investigar a possível relação entre traumas precoces e sintomas positivos e negativos da esquizofrenia.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento e amostra

Participaram desse estudo 20 pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, sendo 15 do sexo masculino e 05 do sexo feminino, idade entre 23 e 54 anos, que estavam em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III Vila Almeida e CAPS III Vila Margarida – de Campo Grande e se encontravam em condições de responder aos questionamentos na ocasião da avaliação. Das 20 pessoas avaliadas, 06 eram moradoras da Residência Terapêutica Moinhos de Vento e recebiam atendimentos em saúde e assistência social no CAPS III Vila Almeida.

O diagnóstico de esquizofrenia foi confirmado pelo preenchimento dos critérios do DSM-5 da Associação Americana de Psiquiatria (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) realizado previamente por médicos psiquiatras responsáveis pelo tratamento de cada uma das pessoas avaliadas e posteriormente por meio de instrumento diagnóstico utilizado pelos pesquisadores. Todos os sujeitos da amostra faziam uso de neurolépticos.

3.2 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram:

- 1) ambos os sexos;
- 2) ter idade entre 18-65 anos;
- 3) ter diagnóstico de esquizofrenia (DSM-5);
- 4) estar em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 5) ter capacidade de compreender as instruções fornecidas durante o processo de avaliação;
- 6) ter capacidade de entender e concordar com o TCLE;
- 7) ser autorizado pelo responsável legal para participar da avaliação.

3.3 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão dos participantes no estudo foram:

- 1) sujeitos que não preencheram todos os critérios de inclusão;

- 2) estar em período de crise psicótica ou com atividade mental exacerbadamente desorganizada / agitação psicomotora que inviabilizassem a avaliação;
- 3) pessoas com problemas neurodegenerativos, tendo já comprometidas suas funções cognitivas e
- 4) impossibilidade de comparecer às avaliações.

3.4 Lócus de pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPS III Vila Almeida e CAPS III Vila Margarida – e na Residência Terapêutica Moinhos de Vento, localizados na cidade de Campo Grande/MS – vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS (SESAU).

3.5 Procedimentos

Todos os participantes já estavam em acompanhamento nos CAPS. A aplicação dos instrumentos ocorreu entre outubro de 2016 e março de 2017, nos dois CAPS e Residência Terapêutica de Campo Grande/MS, em salas cedidas pelas instituições. Desde o convite para participação no estudo, os sujeitos foram informados sobre os objetivos e duração deste, considerando as etapas de avaliação, que exigiam pelo menos 05 encontros de 60 minutos com cada participante.

Uma equipe com quatro avaliadores foi treinada e se dividia para acompanhar a pesquisadora na coleta dos dados. O protocolo de aplicação de instrumentos não variava muito, no entanto, em diversas situações a aplicação dos instrumentos precisava ser interrompida e continuada no encontro posterior, devido às condições dos avaliadores e dos participantes, que em geral, eram relacionadas à fadiga devido à riqueza de detalhes e/ou nível de exigência dos instrumentos:

Quadro 2 – Protocolo de aplicação e instrumentos

Encontro	Procedimentos e instrumentos
1º encontro	1) Apresentação do documento para autorização da participação na pesquisa, 2) Entrevista de anamnese, aplicação quando possível do 3) o questionário de

	rastreamento – caso este não pudesse ser preenchido, pois em geral os participantes se atentavam a detalhar questões pessoais na entrevista de anamnese, o questionário de rastreamento era aplicado ou continuado no encontro seguinte.
2º encontro	1) entrevista diagnóstica, 2) inventário de traumas precoces e depois preenchimento por parte do pesquisador da 3) escala de sintomas positivos e negativos da esquizofrenia.
3º encontro	Eram completados os instrumentos iniciais de avaliação psicopatológica e iniciada a aplicação dos instrumentos cognitivos.
4º encontro	
5º encontro	Continuação da aplicação dos instrumentos cognitivos, dependendo das condições dos avaliadores e da pessoa em avaliação. Finalização do processo.
6º encontro	

Fonte: Os autores (2017).

A seguir, os instrumentos supracitados são detalhados, considerando a avaliação inicial (com instrumentos de avaliação psicopatológica) e aplicação de instrumentos cognitivos (autorizados apenas para aplicação por profissional psicólogo treinado):

3.5.1 Avaliação inicial

Antes do início da avaliação os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os procedimentos desta, bem como sobre a não obrigatoriedade da participação e a possibilidade de desistência.

Após os esclarecimentos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), foi aplicada uma entrevista clínica de anamnese elaborada pela pesquisadora (APÊNDICE 2) contendo questões sobre os dados sociodemográficos (identidade, data de nascimento, etnia, escolaridade, situação ocupacional, configuração familiar, histórico de internações e evolução da esquizofrenia). A investigação foi complementada por meio da coleta de dados dos prontuários com o histórico de suas

internações e também realizada quando possível, uma entrevista complementar com familiares do paciente para mais informações.

Além da anamnese inicial, foram utilizados três instrumentos de avaliação psicopatológica:

1) Questionário de rastreamento – elaborado por profissionais do *Psychiatry Genomics Consortium* (PGC) - Centro de Psiquiatria Genética -, na Universidade do Sul da Califórnia e traduzido para o português por Herica Santos com revisão técnica do Professor Dr. André Veras, coordenador deste estudo no Brasil (ANEXO 1). Este questionário possui questões relativas a identificação de sintomas de esquizofrenia, mania, depressão, uso de substâncias, histórico de saúde e outros, baseadas no instrumento *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5), elaborado nos Estados Unidos por Michael B. First, Janet B. W. Williams, Rhonda S. Karg e Robert L. Spitzer. Este consiste em uma entrevista clínica semiestruturada para fazer diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-5 dos transtornos psiquiátricos mais comumente encontrados no contexto clínico – depressão, transtorno bipolar, transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade (transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de adaptação. No Brasil, esse instrumento – Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV) – foi traduzido por Fernando de Siqueira Rodrigues, com a revisão técnica de Flávia de Lima Osório, João Paulo Machado de Sousa e José Alexandre de Souza Crippa (FIRST, 2017).

2) Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas (DIPAD) – instrumento elaborado pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade do Sul da Califórnia em 2009, traduzido para o português pela Dra. Susana Rute Ferreira e Dra. Célia Carvalho. Este objetiva a utilização de critérios diagnósticos para esquizofrenia e transtorno bipolar por meio da coleta de dados sociodemográficos, questões para identificação de depressão, mania, alucinações,

perturbações do pensamento, delírios e percepção do entrevistador em relação aos sintomas psicóticos (ANEXO 2).

3) Escala de Síndrome Positiva e Negativa (*Positive and Negative Syndrome Scale* – PANSS) – elaborada na década de 1980, composta por 30 sintomas: 18 sintomas oriundos da *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS, da década de 60) e 12 da *Comprehensive Psychiatric Rating Scale* (ANEXO 3). De acordo com Elkis e col. (2011), as evidências provenientes das diversas análises fatoriais da PANSS permitiram identificar a esquizofrenia como um transtorno mental de múltiplas dimensões psicopatológicas: positiva ou psicótica, de desorganização, negativa, depressivo-ansiosa e cognitiva. A tabela a seguir, com os sintomas concernentes às dimensões citadas, permite a melhor compreensão da escala:

Quadro 3 – Dimensões e Sintomas descritos na PANSS

Dimensões	Sintomas
Psicótica (“positiva”)	Delírios e alucinações
Desorganização	Desorganização conceitual do pensamento, afeto inapropriado, distúrbio da atenção e comportamento bizarro
Deficitária (“negativa”)	Embotamento afetivo, déficit volitivo
Depressivo-ansiosa	Depressão, sentimentos de culpa, ansiedade psíquica e autonômica
Cognitiva	Perda da capacidade de abstração e <i>insight</i>

Fonte: Elkis e colaboradores (2011).

4) Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (IAATP-VR) – instrumento desenvolvido por Bremner, Bolus e Mayer (2007), composto por 27 itens pontuados em respostas dicotômicas que avaliam a ocorrência de traumas durante a infância e adolescência (ANEXO 4). Este é subdividido em categorias: traumas gerais (em decorrência de desastres naturais, presenciar morte de pessoas próximas, separação de pais, por exemplo), abuso

físico, abuso emocional, abuso sexual, medo e sensação de estar fora do corpo. Utilizou-se a versão traduzida e adaptada para o português do Brasil por Osório et al. (2013).

3.5.2 Avaliação do perfil cognitivo

Todos os instrumentos são de uso exclusivo da Psicologia, autorizados para utilização no Brasil pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e foram aplicados de forma individual nos participantes da pesquisa:

1. **BETA III** – Conhecido internacionalmente como *Revised Beta Examination*, com a sigla BETA-III, uma importante ferramenta para a avaliação da inteligência geral, é um instrumento que foi desenvolvido nos Estados Unidos, ainda durante a Primeira Guerra Mundial, para avaliar as habilidades intelectuais de recrutas analfabetos. É uma medida de habilidades intelectuais não verbais, que são avaliadas por meio de cinco subtestes: códigos, completar figuras, avaliação das diferenças, erros pictóricos e raciocínio matricial. A adaptação brasileira foi realizada por Ivan Sant’Ana Rabelo, Silvia Verônica Pacanaro, Irene F. Almeida de Sá Leme, Rodolfo A. M. Ambiel e Gisele Aparecida da Silva Alves, somente em dois subtestes: Códigos e Raciocínio Matricial. Segundo estes, futuramente os demais subtestes também deverão ser adaptados para o país. O subteste Códigos caracteriza-se como uma medida de velocidade de processamento e o Raciocínio Matricial avalia o processamento de informações visuais e raciocínio abstrato (RABELO et. al, 2011). De acordo com o manual técnico do instrumento, a aplicação destes subtestes pode ser realizada em pessoas de 14 a 83 anos, de forma individual ou coletiva, em ambiente iluminado e ventilado. O tempo de aplicação é cronometrado (excluindo o tempo para ler instruções, tirar dúvidas e completar os exercícios da fase de treino), sendo 5 minutos para o subteste Raciocínio Matricial e 2 minutos para o subteste Códigos. Para garantir a confiabilidade dos resultados, é necessário que o aplicador se assegure de seguir as normas de aplicação, transmitindo as instruções de maneira adequada e lentamente para facilitar a compreensão. Em caso de não compreensão da tarefa, este deve repetir as

instruções novamente e responder perguntas sobre o instrumento na fase de treino de cada subteste (KELLOGG & MORTON, 2015).

- 2. Memória Visual de Rostos (MVR)** – Foi criado por Nicolas Seisdedos, sendo que a tradução do manual original em espanhol foi realizada por Denílson Luís dos Santos, e adaptado para o Brasil pela equipe do Departamento de Pesquisa e Produção de Testes da Editora Casa do Psicólogo. O MVR tem por **objetivo avaliar a capacidade de uma pessoa em memorizar rostos e informações associadas a eles (nomes e sobrenomes, profissão, localização)** por meio da visualização de imagens. É um instrumento que avalia a memória de curto prazo, sendo necessário haver um intervalo de tempo entre a apresentação dos estímulos e o exame de seus conteúdos, no qual devem-se introduzir itens distrativos para que a atenção fique centrada em outras tarefas, como a aplicação de outros testes ou técnicas. O instrumento é composto de duas partes e pode ser aplicado em pessoas com idade entre 18 e 80 anos, de forma individual ou coletiva. Caneta e cronômetro, além das fichas de aplicação do teste, são os materiais necessários. Na primeira parte, a aplicação exige 4 minutos, na qual é apresentada uma Ficha de Memorização contendo 12 figuras de rostos, cada figura contendo informações dos rostos, como nome, sobrenome, profissão e o lugar de origem de cada pessoa. Após esse tempo, é apresentada uma atividade distratora para a pessoa, que não pode exceder 10 minutos. A segunda parte corresponde ao caderno de aplicação, que é composto por 20 itens distribuídos em duas páginas, no qual a pessoa avaliada possui 6 minutos para responder aos itens (FERREIRA-RODRIGUES, 2012).
- 3. Atenção Concentrada (AC)** – É um instrumento nacional de autoria de Suzy Vijande Cambraia, originalmente criado em 1967. Passou por várias revisões, sendo a última em 2003. Segundo Cambraia (2009), atenção concentrada é a capacidade de selecionar uma fonte de informação (estímulo do meio ambiente ou do mundo interior) entre todas as que estão disponíveis em um determinado momento e conseguir dirigir sua atenção (manter o foco) para este estímulo ou tarefa a ser realizada no decorrer do tempo. Assim, o objetivo deste teste é avaliar a capacidade do sujeito de manter a atenção concentrada no trabalho

realizado durante um período determinado. O teste pode ser aplicado de forma individual ou coletiva, em adolescentes e adultos com escolaridade a partir do ensino fundamental. O sujeito deverá localizar entre todos os símbolos da folha, os três símbolos apresentados como modelo, devendo fazer o cancelamento destes rapidamente nas linhas da folha de aplicação num período de 5 minutos.

4. **Teste de Trilhas Coloridas (TTC)** – Este instrumento é a adaptação brasileira do teste internacionalmente conhecido como *Color Trails Test (CTT)*, desenvolvido por Louis F. D’Elia, Paul Satz, Craig Lyons Uchiyama e Travis White. Pode ser utilizado nos contextos: do trânsito, educacional, organizacional, hospitalar, forense e demais áreas nas quais há necessidade de **avaliação da atenção**. A aplicação é individual e não tem restrição no limite de tempo, sendo que em geral, não ultrapassa 10 minutos. A padronização brasileira foi realizada com pessoas de 18 a 86 anos de todas as regiões do Brasil, pelo Departamento de Pesquisa e Produção de testes da Editora Casa do Psicólogo (Ivan Sant’Ana Rabelo, Sílvia Verônica Pacanaro, Milena de Oliveira Rossetti e Irene F. Almeida de Sá Leme). Possui dois subtestes: Formas A e B, que avaliam a capacidade de manutenção do engajamento mental, rastreamento visual, destreza motora, flexibilidade mental e capacidade inibitória. Na parte A, é solicitado ao sujeito que desenhe linhas unindo círculos numerados de forma consecutiva, com o objetivo de avaliar a atenção sustentada. Na parte B, sensível à avaliação da flexibilidade cognitiva e atenção dividida, solicita-se que o examinando ligue os círculos com números, intercalando-os com cores em ordem crescente (D’ELIA, UCHIYAMA & WHITE, 2010).

3.5 Análise de dados

A fim de verificar a possibilidade de relação entre os traumas vivenciados na infância e a sua repercussão no funcionamento da inteligência, atenção, e memória de pacientes diagnosticados com esquizofrenia, as variáveis contínuas foram avaliadas quanto à sua média e desvio-padrão (DP), e as variáveis categóricas, quanto às frequências absolutas e relativas. As correlações foram avaliadas por meio do test ρ de

Spearman. Consideraremos como associações estatisticamente significativas aquelas que apresentaram $p \leq 0,05$.

3.6 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determina Resolução CNS 466/12. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCDB (CAAE: 60271916.0.0000.5162) (ANEXO 5) e autorizado para execução em órgãos da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU) de Mato Grosso do Sul (ANEXO 6).

É respeitada, no estudo, toda a normatização ética vigente. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram informados quanto à justificativa, objetivos e procedimentos utilizados para a pesquisa. Também foram informados sobre seu direito de desistir da participação na pesquisa em qualquer fase da mesma.

4. RESULTADOS

4.1 Dados sociodemográficos

Os participantes da pesquisa (n=20) possuíam média de idade de 37,4 anos, eram predominantemente homens (75%), solteiros (75%), pardos (60%) e aposentados (75%), eram na maioria com baixa escolaridade, sendo 45% com ensino fundamental incompleto, média de 8,5 anos de estudo (DP \pm 3,14). As informações completas sobre os dados sociodemográficos podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis Sociodemográficas.

Sexo	N (%)
Homens	15 (75%)
Mulheres	5 (15%)
Estado civil	N (%)
Solteiro	15 (75%)
Casado	3 (15%)
Viúvo	1 (5%)
Divorciado	1 (5%)
Situação ocupacional	N (%)
Aposentado	16 (80%)
Em processo de aposentadoria	2 (10%)
Afastado do trabalho	2 (10%)
Escolaridade	N (%)
Ensino Fundamental Incompleto	9 (45%)

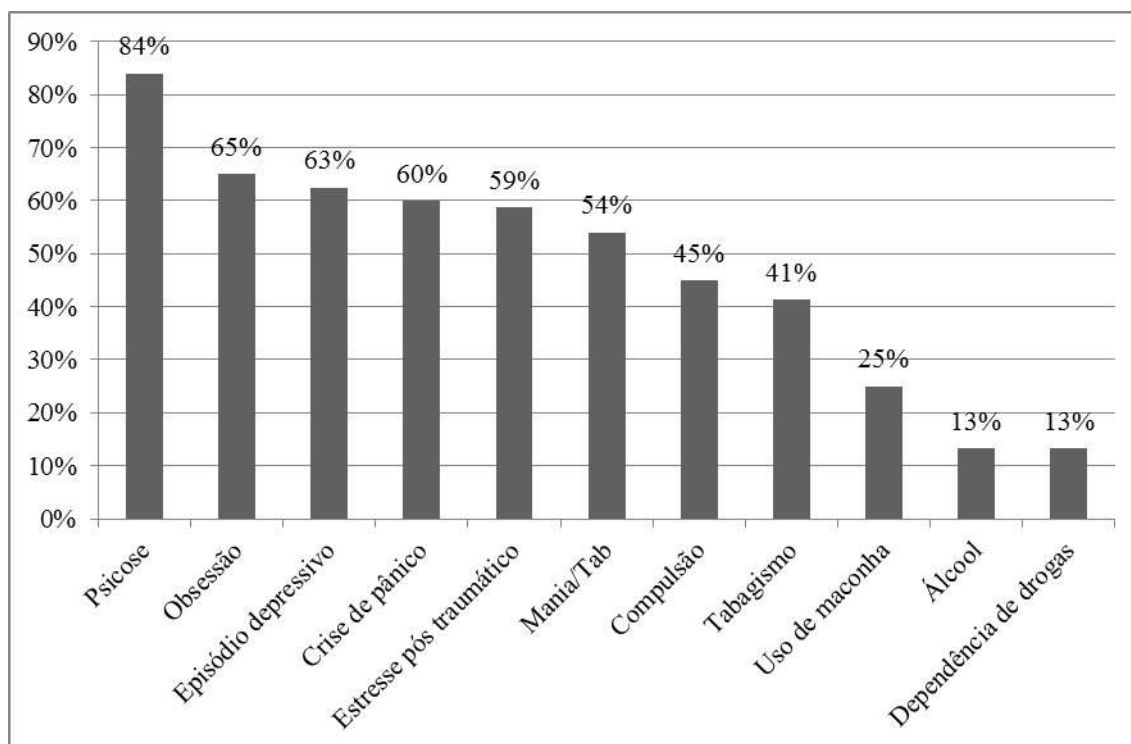
Ensino Fundamental Completo	1 (5%)
Ensino Médio Incompleto	3 (15%)
Ensino Médio Completo	6 (30%)
Ensino Superior	1 (5%)
Escolaridade Média em anos de estudo	8,5 (DP \pm 3,14)

Fonte: Os autores (2017)

4.2 Questionário de rastreamento

Em termos de escalas de avaliação psicopatológica, no Questionário de Rastreamento, foi realizada média aritmética dos percentuais com resposta positiva nos sintomas descritos no instrumento – este contém questões dicotômicas –, sendo possível observar que 84% dos participantes relataram sintomas psicóticos, 65% sintomas obsessivos, 63% vivenciaram episódio depressivo, 60% apresentaram crise de pânico, 59% apresentaram sintomas de estresse pós-traumático, 54% sintomas de mania/TAB (Transtorno Afetivo Bipolar), 45% apresentaram compulsão, 41% uso de tabaco, 25% uso de maconha, 13% uso de álcool e 13% dependência de outras drogas. Os dados estão representados na figura a seguir.

Figura 1. Média dos escores positivos do Questionário de rastreamento.



4.3 Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas (DIPAD)

Na aplicação da Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas (DIPAD), observou-se que a média de idade de início dos sintomas de esquizofrenia foi de 20,8 anos ($DP \pm 8,35$). Dos 20 participantes da pesquisa, 11 participantes (55% da amostra) estavam empregados/estudando à época do início dos sintomas, 16 (80%) tinha um bom relacionamento em círculo social – família/amigos – antes da primeira crise. Na subescala que continha questões sobre depressão 12 participantes (60%) apresentaram sintomas deste quadro. Nas questões acerca de sintomas de mania, a maioria dos participantes (65%) relatou não apresentar sintomas – com frequência falavam sobre a apatia sentida e/ou episódios isolados de mania. Na subescala sobre Alucinações, todos os participantes relataram ver coisas que não eram observáveis por outras pessoas, sendo que 8 participantes (40%) relatou que as alucinações eram presentes durante um período inferior a um mês e 12 (60%) relatou terem sido presentes a maior parte do tempo durante um mês ou mais. Na subescala com questões sobre Delírios, 17 participantes (85%) relataram ter tido experiências estranhas ou incomuns, crenças que mais tarde descobriram não ser verdadeiras. Todos os participantes (100%)

relataram algum nível de resposta positiva aos medicamentos neurolépticos para controle dos sintomas positivos supracitados – delírios e alucinações – após início do tratamento medicamentoso.

4.4 Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS)

A Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS) considera que escores acima de 60 são relacionados ao diagnóstico de Esquizofrenia. A média do escore total dos participantes para este instrumento foi de 61,1 (DP \pm 11,69), sendo que as subescalas apresentaram os seguintes resultados: sintomas positivos apresentaram a média de 14,6 (DP \pm 3,92), sintomas negativos média de 12,4 (DP \pm 4,57), psicopatologia geral apresentou média de 33,55 (DP \pm 6,19), e estão disponíveis na tabela 2.

Tabela 2 – Descrição dos resultados da PANSS.

Nº DE SUJEITOS	ESCALA POSITIVA	ESCALA NEGATIVA	PSICOPATOLOGIA GERAL	TOTAL
1.	13	8	24	45
2.	13	11	36	60
3.	10	7	20	37
4.	9	13	38	60
5.	10	14	31	55
6.	13	12	35	60
7.	23	15	40	78
8.	13	12	30	55
9.	16	15	34	65
10.	16	4	34	54
11.	15	19	45	79
12.	18	8	28	54
13.	22	10	29	61
14.	14	20	37	71
15.	15	22	40	77
16.	20	15	37	72
17.	16	12	35	63
18.	11	14	37	62
19.	10	8	24	42
20.	16	9	37	72
MÉDIA	14,65	12,4	33,55	61,1
DP	(DP \pm 3,92)	(DP \pm 4,57)	(DP \pm 6,19)	(DP \pm 11,69)

Fonte: Os autores (2017)

4.5 Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (IAATP-VR)

Das 20 pessoas avaliadas, apenas 1 relatou não se recordar de ter sofrido alguma situação traumática na infância, e 1 relatou uma situação ligada à subescala traumas gerais (divórcio dos pais). Dessa forma, 90% da amostra relatou ter sofrido pelo menos 5 situações traumáticas, das quais se recordavam. Dados com o número de respostas positivas às questões sobre traumas precoces na tabela a seguir:

Tabela 3 – Descrição dos resultados da escala de traumas precoces.

Sujeitos (n = 20)	Traumas Gerais	Castigo Físico	Abuso Emocional	Abuso Sexual	Medo	Fora do corpo	Total itens
1.	8	5	5	2	1	1	22
2.	3	0	3	0	1	1	8
3.	1	0	0	0	0	0	1
4.	4	2	0	0	0	0	6
5.	3	3	0	0	0	0	6
6.	5	1	5	2	1	0	14
7.	4	4	1	1	1	0	11
8.	1	3	4	6	1	0	14
9.	4	5	5	0	1	1	16
10.	6	4	4	2	1	1	18
11.	7	2	4	4	1	1	19
12.	9	5	5	0	1	1	21
13.	1	0	2	2	0	0	5
14.	0	0	0	0	0	0	0
15.	4	0	1	0	0	1	6
16.	4	1	2	0	0	0	7
17.	4	3	4	5	1	0	17
18.	6	0	0	0	0	0	6
19.	10	3	5	0	1	1	20
20.	2	1	1	0	1	0	5

Fonte: Os autores (2017)

Neste instrumento – Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (IAATP-VR) –, calculou-se a média dos diferentes tipos de traumas vivenciados pela amostra, em função das subescalas e escala total. Na subescala de traumas gerais, com questões contendo exposição a acidentes, doenças, mortes de pessoas próximas, foi identificada média de 4,19 de respostas positivas dos participantes entre 11 questões dicotômicas que poderiam ser marcadas – no máximo foram marcadas 10 questões por estes. Considerando as subescalas castigo físico, abuso emocional e abuso sexual, foi possível observar a frequência maior de abuso emocional (média de 2,62 de 5 questões assinaladas pelos participantes), castigo físico (2,24 de 5 questões) e abuso sexual (1,38 de 6 questões). As subescalas Medo e Fora do corpo (estado alterado de consciência) consistem em marcadores de intensidade da reação ao trauma. Os resultados da escala de traumas precoces podem ser observados na tabela 4.

Tabela 4 – Resultados da escala de traumas precoces.

Tipo de trauma	Estatística	Valor
Traumas gerais	Média	4,19
	Desvio-padrão	2,65
	Mínimo	0
	Máximo	10
Castigo físico	Média	2,24
	Desvio-padrão	1,87
	Mínimo	0
	Máximo	5
Abuso emocional	Média	2,62
	Desvio-padrão	1,96
	Mínimo	0
	Máximo	5
Eventos sexuais	Média	1,38
	Desvio-padrão	1,94
	Mínimo	0
	Máximo	6
Medo e Fora do corpo	Média	1,0
	Desvio-padrão	0,80
	Mínimo	0
	Máximo	2
Total de itens	Média	11,10
	Desvio-padrão	6,75
	Mínimo	0
	Máximo	22

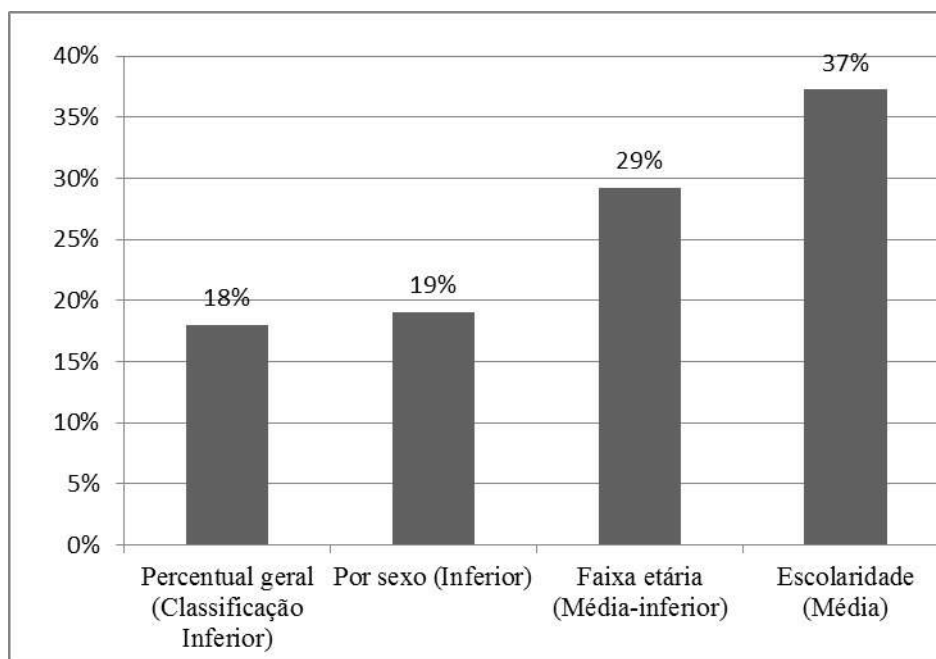
Fonte: Os autores (2017).

4.6 Instrumentos cognitivos

Com relação aos testes cognitivos aplicados, todos foram corrigidos seguindo as normas das tabelas de correção e interpretação indicadas por seus respectivos manuais.

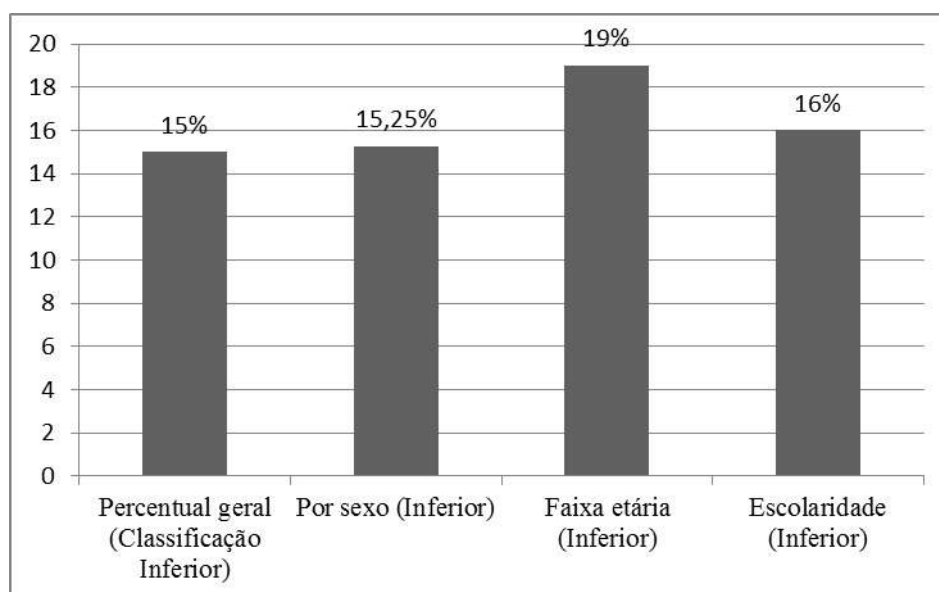
No subtteste Raciocínio Matricial – do BETA-III –, observou-se a média geral de 18 (DP \pm 8,8), correspondente a desempenho inferior à média da população avaliada pelo teste, de acordo com o sexo, média de 19% (classificação média-inferior), faixa etária com 29% (classificação médio-inferior), escolaridade com 37% (classificação média). Dados na figura 2 a seguir:

Figura 2. Média dos escores do subtteste Raciocínio Matricial – BETA-III



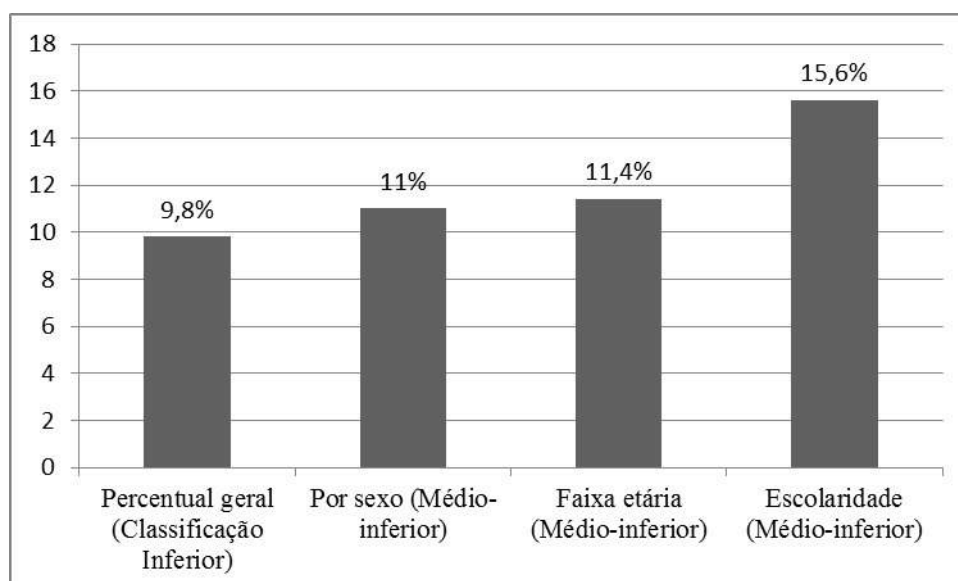
No subtteste Códigos (também do BETA-III) a média geral foi 15 (DP \pm 10), correspondente a desempenho inferior à média da população avaliada pelo teste, de acordo com o sexo, média de 15,25% (classificação média-inferior), faixa etária com 19% (classificação inferior), escolaridade com 16% (classificação inferior). Dados na figura 3.

Figura 3. Média dos escores do subtteste Códigos – BETA-III



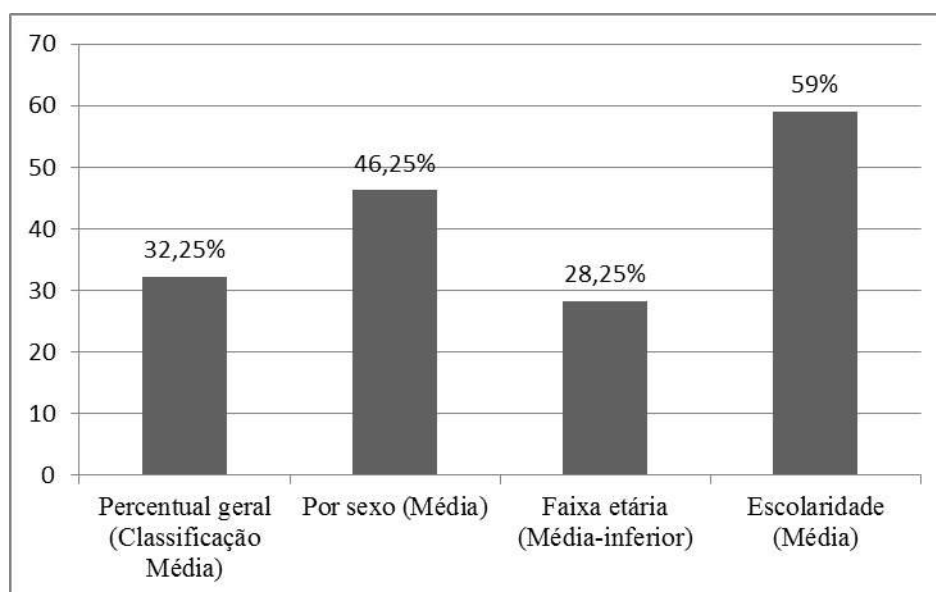
O instrumento Atenção Concentrada (AC) apresentou a média geral de 9,8 (DP \pm 12), correspondente a desempenho inferior à média da população avaliada de acordo com o manual do teste. Referente ao sexo, média de 11% (classificação média-inferior), faixa etária com 11,4% (classificação média-inferior), escolaridade com 15,6% (classificação média-inferior). Estes dados podem ser observados na figura 4.

Figura 4. Média dos escores no teste Atenção Concentrada (AC).



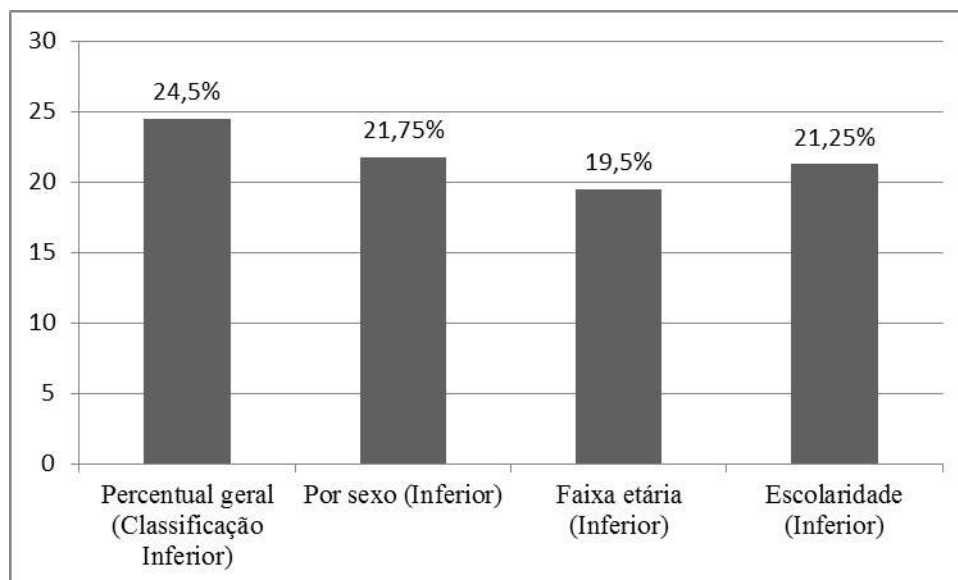
Os resultados do teste Memória Visual de Rostos (MVR) indicaram média de 32,25 (DP \pm 20,3), correspondente a desempenho dentro da média da população avaliada pelo teste. De acordo com o sexo, média de 46,25% (classificação média), faixa etária com 28,25% (classificação média-inferior), escolaridade com 59% (classificação média). São considerados resultados acima da média, dados que equivalem a 30% ou mais de acertos no total. Os resultados são observáveis na figura 5.

Figura 5. Média dos escores no teste Memória Visual de Rostos (MVR).



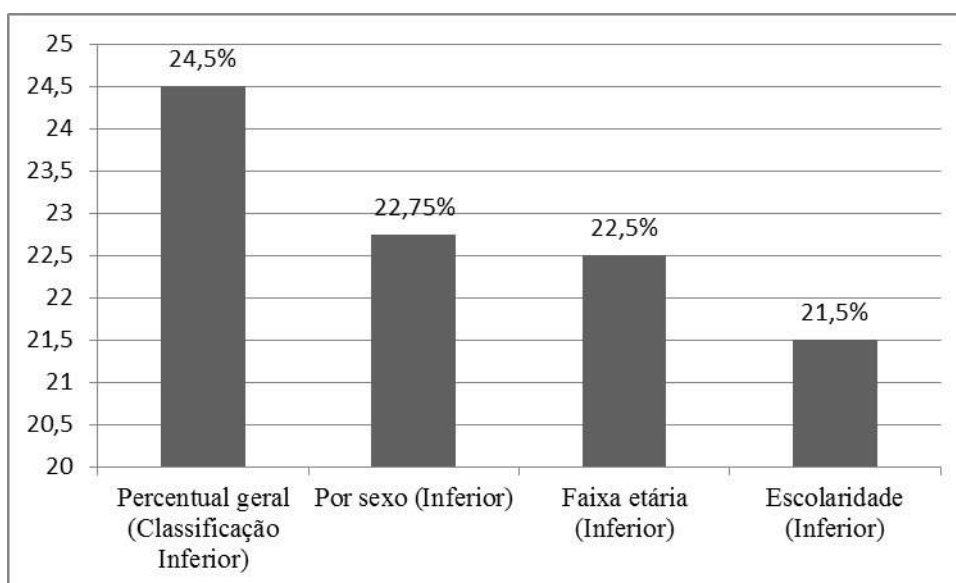
No Teste de Trilhas Coloridas (TTC) – Forma A, o resultado apresentou média de 24,5 (DP \pm 15,3), correspondente a desempenho inferior à média da população avaliada pelo teste. De acordo com o sexo, média de 21,75% (classificação inferior), faixa etária com 19,5% (classificação inferior), escolaridade com 21,25% (classificação inferior). Os resultados são observáveis na figura 6.

Figura 6. Média dos escores no Teste de Trilhas Coloridas – Forma A.



Na Forma B do Teste de Trilhas Coloridas, o resultado apresentou média de 24,5 (DP \pm 11,7), correspondente a desempenho inferior à média da população avaliada pelo teste. De acordo com o sexo, média de 21,75% (classificação inferior), faixa etária com 19,5% (classificação inferior), escolaridade com 21,25% (classificação inferior). Dados observáveis na figura 7.

Figura 7. Média dos escores no Teste de Trilhas Coloridas – Forma B.



4.7 Correlações entre os instrumentos aplicados

Foram observadas correlações moderadas entre testes cognitivos e o Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (IAATP-VR), e entre testes cognitivos e a Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS).

Não foram observadas correlações entre os itens do instrumento de traumas precoces e sintomas psicóticos descritos na PANSS.

As correlações (r) observadas entre as variáveis com resultados estatisticamente significativos podem ser observadas na tabela 5, os níveis de força de correlação entre os dados encontrados, estão no Quadro 4.

Tabela 5. Correlações entre funções cognitivas, traumas precoces e PANSS (sintomas psicóticos).

Testes cognitivos ↓	Aval. Psicopatológica →	Trauma	Trauma	Trauma	Trauma	PANSS	PANSS	PANSS
		Geral	Físico	Sexual	Total	Negativo	Psicopa. Geral	Total
AC (Idade)	r					-0,516		
	Sig.					0,02		
MVR (Geral)	r				-0,516			
	Sig.				0,02			
MVR (Idade)	r	-0,446			-0,585			
	Sig.	0,049			0,007			
MVR (Sexo)	r				-0,444			
	Sig.				0,05			
MVR (Escolarid.)	r			-0,597				
	Sig.			0,005				
Trilhas A (Geral)	r						-0,455	
	Sig.						0,44	
Trilhas A	r					-0,449	-0,542	-0,508

(Escolarid.)	Sig.		0,047	0,014	0,022
Trilhas B (Geral)	<i>r</i>		-0,631	-0,474	-0,515
	Sig.		0,003	0,035	0,02
Trilhas B (Idade)	<i>r</i>		-0,715	-0,549	-0,604
	Sig.		0,000	0,012	0,005
Trilhas B (Sexo)	<i>r</i>	0,454	-0,596		
	Sig.	0,045	0,006		
Trilhas B (Escolarid.)	<i>r</i>		-0,521	-0,622	-0,630
	Sig.		0,018	0,003	0,003

Fonte: Os autores (2017).

Quadro 4. Níveis de força de correlação:

Muito forte	+1 ou -1
Forte	Entre +0,9 e +0,7 ou -0,7 e -0,9
Moderado	Entre +0,6 e +0,4 ou -0,4 e -0,6
Fraco	Entre +0,3 e +0,1 ou -0,01 e -0,03
Zero	0

Fonte: Os autores (2017).

5. DISCUSSÃO

Com o objetivo de verificar a possibilidade de relação entre traumas precoces – ocorridos antes dos 18 anos –, sintomas positivos e negativos da esquizofrenia e impacto destes no desempenho cognitivo, foi realizado este estudo, constituído por uma amostra de pessoas com esquizofrenia diagnosticadas e em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os dados obtidos na aplicação dos instrumentos nesta população mostraram resultados significativos nestas relações.

Entender a avaliação psicológica de um sujeito como sendo a melhor compreensão possível e como limitada à informação disponível no momento apresenta uma visão mais realista de seu objetivo:

“O objetivo da avaliação psicológica não é rotular, mas descrever, por meio de técnicas reconhecidas e uma terminologia específica, a melhor compreensão possível dos aspectos relevantes de uma pessoa, consoantes com os objetivos específicos das técnicas utilizadas e de acordo com um conjunto de informações disponíveis no momento”.

As informações do processo de avaliação psicológica neste estudo foram obtidas num contexto relacional, demandando vários encontros com os sujeitos avaliados. Dessa forma, foi necessário estabelecer um bom vínculo com estes, para que todo o processo fosse finalizado: além de lidar com questões para contornar a persecutoriedade de alguns participantes – característica de muitos dos avaliados –, o cuidado e a persistência dos avaliadores para compreender alguns conteúdos trazidos de forma confusa por estes puderam ajudar os sujeitos da pesquisa a desenvolver pensamentos de capacidade para vencer os instrumentos. Vencendo a realização dos instrumentos, alguns participantes da pesquisa posteriormente iniciaram outras atividades pessoais na comunidade (como por exemplo, curso de corte e costura, curso de mecânica, interesse em otimizar a leitura e escrita, entre outros).

Tavares (2013) identifica a necessidade de contínua observação dos meios e técnicas utilizados no processo e o caráter terapêutico da avaliação psicológica:

Não é uma tarefa fácil desenvolver atitudes e valores básicos necessários para se compreender uma pessoa e simultaneamente apreender técnicas diagnósticas ou psicoterapêuticas de se lidar com ela. Não seria exagero enfatizar a necessidade de manter o respeito, a compaixão em relação à pessoa avaliada e a disposição de admitir a falibilidade de nossos esforços durante a aplicação, análise e devolução de um procedimento de avaliação. (...) Temos evidências de que mudanças terapêuticas são possíveis já a partir do procedimento de avaliação. Uma formulação diagnóstica, seja por meio de categorias ou descrições dinâmicas, não pode ser tomada como definitiva: ela

está aberta a modificações em virtude das limitações de nossas técnicas e de uma multiplicidade de fatores que afetam o sujeito no tempo.

A seguir, são detalhados os achados desta pesquisa.

5.1 Dados sociodemográficos e instrumentos de avaliação psicopatológica

Os achados do Questionário de rastreamento e do instrumento diagnóstico DIPAD apresentaram resultados encontrados em publicações acerca da predominância de casos na população masculina e início dos sintomas na juventude (MARI & LEITÃO, 2000; CHAVES, 2000; RESENDE, 2009). A média de início do aparecimento dos sintomas psicóticos nesta pesquisa foi de 20,8 anos (DP = 8,35). De acordo com Mari e Leitão (2000), casos de esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade e acima dos 50 anos, sendo o início do transtorno mais precoce nos homens do que em mulheres. Chaves (2000) identificou que sexo é um importante fator preditivo no curso e na evolução da esquizofrenia. De acordo com esta autora, a literatura mostra que as mulheres têm um prognóstico melhor no curso do transtorno do que os homens em relação a fatores como número de reinternações psiquiátricas, evolução clínica e funcionamento social. O suicídio é mais frequente no sexo masculino e está associado à desesperança e nível de depressão.

Em psiquiatria, a comorbidade aplica-se mais frequentemente à ocorrência concomitante de dois ou mais transtornos psiquiátricos diferentes. Pessoas com mais de um diagnóstico são mais propensas a experimentar uma série de resultados negativos, incluindo aumento dos níveis de incompatibilidade de medicamentos, menor resultado do tratamento farmacológico, problemas psicossociais, comportamento suicida, reinternação, falta de moradia, maior sobrecarga familiar (KIRAN & CHAUDHURY, 2016). Os dados encontrados nos instrumentos Questionário de rastreamento e do DIPAD também identificaram a presença de indicadores de comorbidades psiquiátricas, como indicam vários estudos (BUCKLEY et. al., 2009; TSAI & ROSENHECK, 2013).

No Questionário de rastreamento, foi possível observar que além da afirmação de presença de sintomas psicóticos (84%), apareceram na amostra indicadores de obsessão (65%) e compulsão (45%), estresse pós-traumático (59%), episódio depressivo (63%), crise de pânico (60%), tabagismo (41%), uso de maconha (25%), uso de álcool (13%) e outras substâncias (13%) nos sujeitos. Estes dados são compatíveis com os

achados do estudo realizado por Buckley et. al. (2009). Estes autores identificaram publicações que indicam que em pessoas com esquizofrenia há predominância de comorbidade por abuso de substâncias – estima-se que 47% dos pacientes tenham um diagnóstico ao longo da vida –, sintomas de ansiedade e depressão, com uma prevalência estimada de 15% para transtorno de pânico, 29% para transtorno de estresse pós-traumático e 23% para transtorno obsessivo-compulsivo, e estimativa de depressão como comorbidade em 50% dos pacientes.

Em estudo longitudinal, Conley et. al (2007) identificaram que pacientes deprimidos são freqüentemente mais assíduos aos serviços de saúde, apresentam maior risco de enfrentar problemas com a lei, e apresentam diminuição da produtividade no trabalho, com repercussões importantes na qualidade de vida.

Ressalta-se que os dados encontrados na aplicação do Questionário de rastreamento e do DIPAD não identificaram a presença de comorbidade – que, como supracitado, indica a existência de dois ou mais transtornos concomitantemente – o que foi encontrado refere-se à presença de sintomas que podem ser indicadores destes transtornos.

Dos participantes da pesquisa, mais da metade estava empregada/estudando à época do início dos sintomas (55% da amostra) e tinha um bom relacionamento em círculo social – família/amigos – antes da primeira crise (80%). Martini et. al. (2012) identificaram estudos que apontam para baixas taxas de emprego de pessoas com esquizofrenia, que podem estar relacionadas a uma combinação de fatores como dificuldades econômicas, barreiras psicológicas e sociais, prejuízos cognitivos, estigma entre os empregadores em potencial e falta de estrutura para apoiar a reinserção profissional.

Em estudo conduzido por Delevati e Palozo (2008), acerca das atitudes de empregadores, concluiu-se que os empresários apresentam atitudes, em relação à pessoas com transtornos mentais, caracterizadas, principalmente, por ideias protecionistas, de periculosidade e impossibilidade de recuperação, sendo muitas vezes favoráveis à restrição social. Os autores identificaram a necessidade de intervenção nessa população empregadora, e sugerem propagação de informação por meio de campanhas educativas a esta, com o objetivo de mudar a representação social que têm e até mesmo auxiliar na prevenção de ocorrência de transtornos mentais.

Assim, identifica-se o quão é impactante à vida social e profissional de uma pessoa, o desenvolvimento desse transtorno mental. Compreende-se a importância de diferenciar estatisticamente o número de pessoas empregadas e o número de pessoas que estavam estudando, neste estudo isso não foi investigado de forma sistematizada.

O consumo de tabaco foi presente em 8 pessoas (40% da amostra) desta pesquisa, sendo que 6 dos participantes são moradores da Residência Terapêutica mantida pela Secretaria de Saúde do município de Campo Grande. De acordo com Rondina et. al (2003), a literatura sugere uma variedade de questões associadas ao tabagismo, podendo este ser reflexo de processo de institucionalização, tédio, busca pela sensação de relaxamento e redução de efeitos colaterais desagradáveis de medicações.

5.2 Instrumentos psicológicos de avaliação cognitiva

Em um estudo de metanálise – técnica estatística adequada para combinar resultados provenientes de diferentes estudos –, Fioravanti *et al.* (2005) revisaram 1.275 artigos, publicados entre 1990 e 2003, e selecionaram 113 estudos (4.365 pacientes e 3.429 controles) nos quais foram investigados cinco funções cognitivas específicas: inteligência, memória, linguagem, funções executivas e atenção – 1. Funcionamento da memória (128 estudos), 2. Funcionamento cognitivo global (131 estudos), 3. Linguagem (70 estudos), 4. Funções executivas (67 estudos), 5. Atenção (76 estudos). Em todas essas áreas, os pacientes com esquizofrenia apresentaram pior desempenho nos testes neuropsicológicos quando comparados aos de grupo-controle.

Em estudo paquistanês com 50 participantes recrutados em unidades psiquiátricas que objetivou estabelecer evidências de mudanças cognitivas em pacientes com esquizofrenia em comparação com controles saudáveis, foram utilizados testes de avaliação psicopatológica (SCID, PANSS) e testes neuropsicológicos padronizados (Stroop, WAIS III). Estes pesquisadores observaram que o desempenho cognitivo reduzido foi encontrado em vários domínios em pacientes com esquizofrenia, como linguagem, memória, atenção e funções executivas (HUSAIN et. al. 2017).

Com relação às funções cognitivas avaliadas nesta pesquisa, foram observados níveis de inteligência e atenção (concentrada, sustentada e dividida) abaixo da média populacional, assim como indicam estudos, no entanto foram encontrados resultados dentro da média com relação à memória visual.

5.3 Correlação entre Traumas Precoces Gerais e Memória Visual

Foi possível observar que traumas gerais (gerados por situações de exposição a doenças, mortes de pessoas próximas, por exemplo), se correlacionaram negativamente com a memória visual considerando a idade dos participantes. Assim, de acordo com estes achados, quanto maior o escore do trauma precoce, menor desempenho no teste de memória visual de pessoas em comparação à faixa etária.

Os resultados do teste de memória visual evidenciaram níveis próximos de desempenho médio nos outros critérios (de acordo com a população geral, sexo e escolaridade), contrariando a hipótese de que todas as funções cognitivas avaliadas estariam deficitárias, diante dos achados da literatura. Este dado pode levar à identificação de que as pessoas avaliadas nesta pesquisa possuíam memória visual preservada e por isso, tem condições de registrar estes acontecimentos no instrumento de pesquisa. Não foram encontradas pesquisas que pudessem colaborar com a corroboração destes últimos dados, indicando a necessidade de mais investigação.

Das pessoas avaliadas nesta pesquisa, 90% relataram ter sofrido algum tipo de trauma durante a infância, sendo mais frequente a presença de abuso emocional, seguida de castigo físico e abuso sexual. Dados congruentes foram encontrados por Uçok e Bikmaz (2007), em estudo com 57 pessoas com primeiro episódio de esquizofrenia, identificaram relatos de abuso emocional (40,9%), abuso sexual infantil (29,8%), e abuso físico (13,6%).

5.4 Correlação entre Traumas físicos e Atenção Dividida

De acordo com os dados obtidos na presente pesquisa, traumas físicos se correlacionaram positivamente com a atenção dividida. Estes, não convergem com dados encontrados em estudo conduzido por Li et. al (2017), na busca da influência de traumas infantis em funções cognitivas de cento e sessenta e duas pessoas com esquizofrenia na China, avaliadas por meio instrumentos de avaliação psicopatológica (SCID, PANSS) de questionário de traumas infantis e bateria para avaliação neuropsicológica (atenção, memória imediata e de longo prazo, linguagem). Os resultados indicaram a presença de correlações negativas significativas entre abuso

físico e atenção, assim como correlações significativas entre abuso físico (na presente pesquisa, identificada como castigo físico), abuso sexual e linguagem.

A hipótese encontrada de que quanto maiores os escores de trauma físico, melhor desempenho no teste de atenção dividida – quanto mais vulnerável a situações de violência, mais atenta uma pessoa pode ficar –, converge com a abordagem cognitivo-comportamental:

Um modo de entender as estratégias comportamentais dos pacientes é através da avaliação de classe de cognições, que se encontra entre os pensamentos automáticos mais superficiais e as crenças centrais mais profundas. (...) As *regras condicionais* demonstram como as estratégias comportamentais estão conectadas às crenças centrais de uma pessoa. Geralmente, os pacientes pensam que se empregarem estas estratégias compensatórias, ficarão bem – mas se não o fizerem, as crenças centrais se tornarão evidentes ou reais:

- “Se eu ficar hipervigilante a maus-tratos e hostilizar as pessoas, posso me proteger, do contrário elas me prejudicarão” (BECK, 2007).

São necessários mais estudos para aprofundar a discussão acerca desta correlação identificada.

5.5 Correlações entre Sintomas Positivos e Negativos da Esquizofrenia e Funções Atencionais

Os achados desta pesquisa não identificaram sintomas positivos na esquizofrenia – delírios e alucinações – correlacionados a traumas precoces ou com funções cognitivas, apenas correlações com sintomas negativos. Em estudo realizado por Uçok e Bikmaz (2007) com instrumentos de avaliação psicopatológica e questionários sobre traumas precoces, foram identificados altos níveis de experiências traumáticas precoce associadas a sintomas positivos em pacientes com primeiro episódio de esquizofrenia. A presença de abuso emocional e físico foram particularmente encontradas relacionadas à severidade das alucinações, nos participantes deste estudo.

De acordo com Ruby (2014), além da forte associação entre trauma precoce e sintomas positivos na esquizofrenia encontrada na literatura, também há evidências que indicam que os sintomas negativos e cognitivos estão relacionados a esses fatores. Entretanto, o surgimento desses sintomas pode encontrar-se em uma via distinta e não interativa em relação ao desenvolvimento dos sintomas positivos. DeVlyder et. al. (2013) em estudo longitudinal identificaram que o aumento da sensibilidade ao estresse estava relacionado a sintomas negativos ao longo do tempo em jovens com risco clínico de desenvolver esquizofrenia, o que pode fornecer algumas evidências da hipótese de

que as experiências traumáticas precoce contribuem para o desenvolvimento de sintomas negativos através da elevação da sensibilidade ao estresse.

Bowie & Harvey (2006) identificaram por meio de estudos que déficits em algumas funções cognitivas estão presentes antes do surgimento dos sintomas positivos da esquizofrenia e déficits de nível moderado a grave na maioria das funções cognitivas são detectáveis no momento do primeiro episódio e parecem estáveis do surgimento do primeiro episódio até a posteridade.

De acordo com os dados encontrados nessa pesquisa, sintomas negativos de esquizofrenia tem correlação negativa com a atenção, assim, quanto maior a presença de sintomas negativos – de acordo com o instrumento PANSS utilizado, afeto embotado, maneirismos e postura, por exemplo – pior o desempenho da atenção concentrada, sustentada e dividida.

A escala de Psicopatologia geral do instrumento PANSS se correlacionou negativamente com a atenção. Assim, quanto maior a pontuação nesta escala, pior a atenção. Ressalta-se que nesta escala um dos itens – entre os itens “preocupação somática”, “ansiedade”, “culpa”, “falta de cooperação”, entre outros – está o item “atenção pobre”.

Na PANSS, o escore de PANSS total reflete a soma das outras subescalas deste instrumento, a correlação entre PANSS total e funções atencionais ocorre especialmente devido às subescalas negativa e psicopatologia geral supracitadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou a relação entre traumas precoces – acontecimentos ocorridos antes dos 18 anos –, sintomas negativos da esquizofrenia e impacto destes no desempenho cognitivo.

O desempenho da atenção concentrada, sustentada e dividida tende a ser pior quanto maior a presença de sintomas negativos – afeto embotado, maneirismos e postura, por exemplo.

Os dados obtidos na aplicação dos instrumentos nesta população mostraram resultados significativos nestas relações: observou-se que quanto maior o escore do trauma, menor desempenho da memória visual de acordo com o critério idade.

Os resultados do teste de memória visual evidenciaram níveis próximos de desempenho médio nos outros critérios (de acordo com a população geral, sexo e escolaridade), contrariando a hipótese de que todas as funções cognitivas avaliadas estariam deficitárias, diante dos achados da literatura. Traumas físicos se correlacionaram positivamente com a atenção dividida, assim, quanto mais vulnerável à violência, mais atenta a pessoa tende a estar. Não foram encontradas pesquisas que pudessem colaborar com a corroboração destes últimos dados, indicando a necessidade de mais estudos.

A avaliação psicológica – busca sistemática sobre o funcionamento psicológico ou psicopatológico – permite o estabelecimento do perfil cognitivo basal dos pacientes que é utilizado tanto em ensaios clínicos, em se tratando de pesquisas, como para escolha das estratégias de intervenção, no contexto clínico ou institucional. Esta pode contribuir para a identificação de limites em pessoas com esquizofrenia que podem futuramente otimizar o aumento à adesão de tratamentos (medicamentoso, terapias) e também, para que hajam melhorias efetivas nas condições de vida das pessoas que sentem-se incapacitadas devido ao transtorno.

Os achados desta pesquisa permitiram identificar marcadores importantes no desenvolvimento da infância e da adolescência que explicam o impacto destes na vida adulta de pessoas com o referido transtorno, em diversas áreas: social, educacional, profissional.

A amostra desta pesquisa não pôde ser ampla: muitas pessoas iniciavam a avaliação, mas devido a questões como a grande quantidade de instrumentos a ser respondida e a dificuldade em frequentar o CAPS para dar continuidade à avaliação,

impediram que a amostra fosse maior. Além da pequena amostra, é reconhecida a falta de um grupo controle de pessoas sem esquizofrenia combinado neste estudo.

Esta pesquisa pode servir de referência para pessoas que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), profissionais da área de saúde e outros que tenham interesse em aprofundar estudos sobre o tema, bem como otimizar a condução de tratamento clínico para a população estudada.

Espera-se que esse estudo possa contribuir com novos questionamentos relacionados à procura de critérios para avaliação psicológica de pessoas com esquizofrenia no Brasil e com a ampliação do incentivo à execução de avaliações psicológicas em instituições vinculadas ao cuidado dessas pessoas e seus familiares.

7. REFERÊNCIAS

ADAD, M. A.; CASTRO, Rodrigo de; MATTOS, Paulo. Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 31-34, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07/04/2017.

ALCHIERI, J. C.; CRUZ, R. M. **Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos**. Coleção temas em avaliação psicológica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014. CHAVES, Ana C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 21-22, Maio de 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/06/17.

ARAUJO, A. C.; LOTUFO NETO, F.. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10/08/2016.

BENDALL S, JACKSON, H. J., HULBERT, C. A., MCGORRY, P. D. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. **Schizophrenia Bulletin**. 2008; 34(3):568-579. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632421/>>. Acesso em: 10/06/2017.

BECK, J. **Terapia Cognitiva para desafios clínicos – O que fazer quando o básico não funciona**. Tradução: Sandra Moreira de Carvalho. São Paulo: Editora Artmed, 2007.

BERTHELOT, N., PACCALET, T., GILBERT E., et al. Childhood abuse and neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high-risk children. **Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN**. 2015; 40(5):336-343. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543096/>>. Acesso em: 10/06/2017.

BOWIE, C. R., HARVEY, P. D. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**. 2006; 2(4):531-536. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671937/>>. Acesso em: 10/06/2017.

BUCKLEY, P. F., MILLER, B. J., LEHRER, D. S., CASTLE, D. J. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 2009; 35(2):383-402. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659306/>>. Acesso em: 10/06/2017.

CAMBRAIA, S. V. Teste de Atenção Concentrada – AC. Manual. São Paulo: Vetor Editora; 2009.

CONLEY, R. R.; ASCHER-SVANUM, H.; ZHU, B.; FARIES, D. E.; KINON, B. J. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 2007; 90:186-97. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1937504/>>. Acesso em: 10/08/2017.

DELEVATI, D. M.; PALAZZO, L. Atitudes de empresários do Sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro m, v. 57, n. 4, p. 240-246, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/08/2017.

D'ELIA, L. F.; UCHIYAMA, C. L.; WHITE, T. **Teste de trilhas Coloridas – Manual. Adaptação Brasileira:** Ivan Sant'Ana Rabelo, Sílvia Verônica Pacanaro, Milena de Oliveira Rossetti, Irene F. Almeida de Sá Leme. 128 p. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DEVYLDER, J. E., BEN-DAVID, S., SCHOBEL, S. A., KIMHY, D., MALASPINA, D., & CORCORAN, C. M. (2013). Temporal association of stress sensitivity and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. **Psychological Medicine**, 43(2), 259–268. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3716006/>>. Acesso em: 10/08/2017.

ELKIS, H. O conceito histórico de esquizofrenia. In: **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar** / Organizadores, Cristiano S. Noto, Rodrigo A. Bressan – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FERREIRA-RODRIGUES, C. F. Avaliando a memória por meio da visualização da imagem de rostos. **Psico-USF**, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 507-508, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712012000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/06/2017.

FIORAVANTI, M.; CARLONE, O.; VITALE, B.; CINTI, M.E.; CLARE, L. - A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. **Neuropsychology Review** 15(2): 73-95, 2005. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11065-005-6254-9>>. Acesso em: 10/08/2016.

FIRST, M. B. et al. **Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID-5-CV - versão clínica.** Porto alegre: Artmed, 2017.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectivas, 1978.

GOMES, W. B. Avaliação psicológica no Brasil: Testes de Medeiros e Albuquerque. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 59-68, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05/04/2015.

HUSAIN, M. O.; CHAUDHRY, I. B.; THOMASSON, R. et. Al. Cognitive function in early psychosis patients from a lower middle-income country. **International Journal Psychiatry in Clinical Practice**. 2017. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13651501.2017.1341987?journalCode=ijpc20>>. Acesso em: 10/08/2017.

KELLOGG, C. E., MORTON, N. W. **Teste de inteligência geral: BETA III: subtestes raciocínio matricial e códigos** / C. E. Kellogg, N. W. Morton; padronização brasileira Ivan Sant'Ana Rabelo (et. al.); (tradução Maria de Lourdes Duprat Teixeira da Silva). São Paulo: casa do Psicólogo, 2015.

KLAUS, K., BUTLER, K., DURRANT, S. J., et al. The effect of *COMT Val158Met* and *DRD2 C957T* polymorphisms on executive function and the impact of early life stress. **Brain and Behavior**. 2017; 7(5):e00695. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434197/>>. Acesso em: 10/06/2017.

KIRAN, C., CHAUDHURY, S. Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia. **Industrial Psychiatry Journal**. 2016; 25(1):35-40. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5248417/>>. Acesso em: 11/06/2017.

LI, X. B.; BO, Q. J., ZHANG, G. P. et. Al. Effect of childhood trauma on cognitive functions in a sample of Chinese patients with schizophrenia. **Compr. Psychiatry**. 2017 Jul;76:147-152. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28528230>>. Acesso em: 10/08/2017.

LINDNER, L. M. **Estudo de custo-utilidade dos antipsicóticos haloperidol, risperidona e olanzapina para o tratamento da esquizofrenia sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Farmácia, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90429/239796.pdf?sequence=>>. Acesso em: 04/11/2016.

MARI, Jair J; LEITAO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, May 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/04/2015.

MARTINI, L. C.; PETRECHE, B.; PIMENTEL, F. de A.; SOUZA, D. Saúde mental e reinserção profissional: desafios e possibilidades. In: **Esquizofrenia: Avanços no**

Tratamento Multidisciplinar / Organizadores, Cristiano S. Noto, Rodrigo A. Bressan – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MENDONÇA, L. I. Z. de; AZAMBUJA, D. Neuropsicologia no Brasil. In: **Neuropsicologia: teoria e prática** / Organizadores: Daniel Fuentes et. al. – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MONTEIRO, L. de C.; LOUZA, M. R.. Alterações cognitivas na esquizofrenia: conseqüências funcionais e abordagens terapêuticas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31/03/2015.

MORGAN, C., FISHER, H. Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma — A Critical Review. **Schizophrenia Bulletin**. 2007; 33(1):3-10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632300/>>. Acesso em: 11/06/2017.

NOTO, C. S.; BRESSAN, R. A. **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar** / Organizadores, Cristiano S. Noto, Rodrigo A. Bressan – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OSÓRIO, F. L. et al. Psychometrics properties of Early Trauma Inventory Self Report–Short Form (ETISR-SR) for the Brazilian context. **PloS One**, São Francisco, v. 8, n. 10, p. e76337, 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0076337>>. Acesso em: 30/05/2017.

ORTIZ, B.; LACAZ, F. Esquizofrenia: diagnóstico e dimensões clínicas. In: **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar** / Organizadores, Cristiano S. Noto, Rodrigo A. Bressan – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico – TEP: manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo / Conselho Federal de Psicologia, 2001.

PRIMI, R. Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções para o Futuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2010, Vol. 26 n. especial, pp. 25-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a03v26ns.pdf>>. Acesso em: 02/07/2016.

RABELO, I. S.; PANACARO, S. V.; LEME, I. F. A. S.; AMBIEL, R. A. M. & Alves, G. A. S. (2011). *Teste não verbal de inteligência geral – BETA III - Subtestes raciocínio matricial e códigos*. Manual Técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

RESENDE, A. C. **Esquizofrenia e avaliação psicológica**. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psicologia: Porto Alegre, RS, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4880>>. Acesso em: 07/04/2015.

RONDINA, R. de C.; GORAYEB, R; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 30, n. 6, p. 221-228, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13/06/17.

RUBY, E. et al. Pathways Associating Childhood Trauma to the Neurobiology of Schizophrenia. **Psychol Behav Sci.** 2014 Jan 1; 3(1): 1–17. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236311/>>. Acesso em: 07/04/2015.

SILVA, R. C. B.; PADOVANI, Ricardo da Costa; NEVES, Mauricio Oliveira. O delírio na perspectiva das neurociências e da terapia cognitiva. **Rev. bras.ter. cogn.** [online]. 2011, vol.7, n.1.

STERNBERG, R. F. **Psicologia Cognitiva.** Robert F. Stemberg/ Trad. Maria Regina Borges Osório. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

VARESE, F., SMEETS, F., DRUKKER, M., et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. **Schizophrenia Bulletin.** 2012; 38 (4): 661-671. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3406538/>>. Acesso em: 11/06/2017.

TAVARES, M. Da ordem social da regulamentação da avaliação psicológica e do uso dos testes. In: **Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão / Conselho Federal de Psicologia.** - Brasília: CFP, 2010.

TAVARES, M.. Validade clínica. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba , v. 8, n. 2, p. 125-136, Dezembro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/08/2017

TSAL, J., ROSENHECK, R. A. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: A latent class analysis. **Psychiatry research.** 2013; 210(1):16-20. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800495/>>. Acesso em: 11/06/2017.

UÇOK, A.; BIKMAZ, S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. **Acta Psychiatr. Scand.** 2007 Nov;116(5):371-7. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2007.01079.x/abstract>>. Acesso em: 10/08/2017.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZIMMER, M. **Avaliação de um programa de terapia cognitivo-comportamental para pacientes com esquizofrenia /** Marilene Zimmer; orient. Paulo Silva Belmonte de Abreu. – 2006. xvi 165 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, RS, 2006.

ZIMMER, M. et al. Avaliação neuropsicológica na esquizofrenia: revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, supl. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/04/2015.

ANEXO 1 – Questionário de rastreamento

Questionário de Rastreio para o Genomic Psychiatric Cohort Study, Versão em Português.

“**Família**” quer dizer apenas parentes de sangue como **mãe, pai, irmãos e irmãs** (incluindo meio-irmãos) **e filhos**. Para responder as perguntas, não leve em consideração outros parentes. Por favor, responda todas as perguntas. Caso a pergunta não se aplique a você, então marque **NÃO**.

Data de hoje: ___ / ___ / _____

etiqueta de identificação

Você já participou de um estudo genético?

() Sim () Não () Não tenho certeza

Se você já participou desse estudo, obrigado. Por favor, não preencha este questionário novamente.

Sexo?

() Masculino () Feminino

Você foi adotado?

() Sim () Não () Não sei

Você se considera brasileiro?

() Sim () Não () Não sei

De qual etnia você se considera?

() Indígena () Negro () Pardo () Branco () Asiático

Quantos anos você tem?

_____ anos

Qual o seu endereço?

Rua/Avenida _____ n. _____ CEP
_____ Tel. _____ (_____)

Em qual ano sua mãe nasceu?

Em qual ano seu pai nasceu?

Etnia (marque todas que se apliquem)	Você	Sua Mãe	Sua avó materna	Seu avo Materno	Seu Pai	Sua Avó paterna	Seu avo Paterno
Caucasiano (branco)							
Afrodescendente (negro)							
Asiático							
Indígena							
Pardo							
Não Sei							

Em toda sua vida		Você		Família		
		Sim	Não	Sim	Não	Não sei
1.	Você alguma vez já (mais do que 3 dias seguidos) se sentiu incommumente alegre, irritado, animado, hiperativo? O quanto você se sentiu ou atuou de um jeito que claramente era diferente do seu normal?					
2.	Você alguma vez já (mais do que 3 dias seguidos) perdeu o sono, parcialmente ou completamente, Sem que estivesse mais cansado ou agitado do que o normal?					
3.	Você já (durante o mesmo período) falou mais do que o normal, ou realizou mais atividades do que o normal, ou fez coisa que podem ter lhe causado problema, coisas que normalmente você não faria? (por exemplo: hiperatividade sexual, festas exageradamente, investimentos sem sentido, comportamento irresponsável)					
4.	Você já foi diagnosticado como maníaco depressivo (transtorno bipolar)?					
5.	Você já recebeu algum tratamento psiquiátrico (remédio ou outro tratamento) por algum dos problemas listados nos item de 1 a 4?					
6.	Você alguma vez já ouviu vozes quando não havia ninguém presente, teve visões ou viu alguma coisa que outras pessoas não podiam ver?					
7.	Você já teve crenças ou ideias que outras pessoas não compartilhavam ou depois descobriu que não era verdade? (Exemplos: pessoas tentando te machucar, algo la fora que estava controlando seus pensamentos, pensou ter super poderes, acreditou que o radio ou a TV estava te dando ideias especiais)					
8.	Você algum vez já se sentiu preso em uma posição que não podia se mover, agiu de forma que as pessoas pensassem ser estranha ou inapropriada, ou disse coisas que não faziam sentido para outras pessoas?					


9.	Você já foi diagnosticado com esquizofrenia					
10.	Você já recebeu tratamento psiquiátrico, (remédios ou outros tratamentos) por algum dos problemas listados nas questões de 6 a 9?					
11.	Você alguma vez já teve a experiência de repente se sentir ansioso ou assustado e sentir pânico com sintomas físicos que se desenvolveram e duraram mais do que 10 min? (exemplo: coração acelerado, dor no peito, náusea, suador, calor, pensou estar ficando louco ou morrendo)					
11.a	Você já teve mais de um ataque deste tipo... E teve um período de pelo menos 1 mês de intenso pânico sobre ter outro ataque ou mudou de comportamento por pelo menos 1 mês por causa desses ataques?					
12.	Você frequentemente bebe mais de 4 doses em um dia(para mulheres) e 5 doses (para homens)?					
13.	Você já esteve sob influencia do álcool em mais de 3 situações em que poderia ter causado um acidente ou se machucado (exemplo: dirigir sob efeito da bebida, operar maquinas pesadas, praticando esportes, usando alguma arma)					
14.	Você alguma vez já bebeu muito mais do que planejava ou frequentemente bebe para se acalmar?					
15.	Você alguma vez já tentou parar de beber ou diminuir a frequência e percebeu que não conseguia?					
16.	Alguma vez alguém já incomodou você por te criticar por beber?					
17.	Você alguma vez bebeu assim que acordou para amenizar os nervos, ou curar a ressaca?					
18.	Em toda sua vida, você já fumou mais de 100 cigarros? Incluindo cigarros, cachimbos, mascar tabaco.					
19.	Você já teve um período de um mês ou mais em que você fumou cigarros todos os dias?					
20.	Você geralmente fuma seu primeiro cigarro do dia em menos de uma hora após acordar?					
21.	Você alguma vez já quis ou tentou parar de fumar e descobriu que não conseguia?					
22.	Você já se sentiu deprimido, para baixo ou triste, na maior parte do dia, praticamente todos os dias por pelo menos duas semanas ou mais?					
23.	Você já teve um período de pelo menos 2 semanas ou mais em que perdeu todo ou quase todo o interesse em suas atividades normais?					
24.	<u>(Durante o mesmo tempo (22 ou 23))</u> Você já também teve pensamentos de inutilidade, ou sentiu muita culpa, ou passou muito tempo pensando sobre morte					

	ou morrer, ou teve pensamento sobre machucar-se ou matar-se?					
25.	(Durante o mesmo tempo (22 ou 23)) Você teve uma significativa mudança de apetite, perdeu ou ganhou peso de forma não planejada, experimentou mudanças no seu padrão de sono, ou teve dificuldades para se concentrar?					
26.	Você já teve pensamentos ou imagens repetidas, medos mais exagerados do que o normal, os quais não conseguia tirar da cabeça os quais eram invasivos ou desconfortáveis, durante pelo menos uma hora ou um dia?					
27.	Você alguma vez já teve algum comportamento freneticamente repetitivo por mais de uma hora ou mais de um dia? (exemplo: alvar as mãos ou checar se a porta esta trancada varias vezes, ou repetir palavras, ou realizar contas de cabeça?)					
28.	Você alguma vez já fumou maconha mais de 21 vezes em um único ano?					
29.	Você alguma vez já usou drogas (recreativas) ou drogas receitadas mais de 10 vezes para se sentir alto ou bem? (exemplo: hidrocodona, oxicodona, cocaína, crack, anfetaminas, meta-anfetaminas, alucinógenos, êxtase, LSD)					
30.	Você já tentou parar ou diminuir a frequência do uso de drogas e descobriu que não conseguia?					
31.	Seu uso de drogas já lhe causou algum problema? (exemplo: físico, emocional, interpessoal, profissional, acadêmico, problemas com a lei)					
32.	Você alguma vez já viveu algum evento traumático no qual você sentiu que sua vida corria perigo? (exemplo: acidente serio de carro, desastre natural (exemplo: enchentes ou desmoronamentos), fisicamente atacado ou ameaçado com uma faca ou arma de fogo, foi sexualmente agredido ou estuprado, esteve em uma zona de guerra, ou presenciou alguma morte inesperada (suicídio ou homicídio))					
32.a	Às vezes imagens ou memorias fortes de eventos traumáticos permanecem em nossas cabeças como "flashbacks", pensamentos que você não pode fugir ou repetidos pesadelos. Isto já aconteceu com você?					
32.b	Você já fez algum esforço especial para evitar pensar ou falar sobre o que aconteceu ou deliberadamente afastou-se de coisas ou pessoas que te lembravam dessa terrível experiência?					
33.c	Após esta experiência você teve algum problema pra dormir, dificuldade de se concentrar, sentiu irritabilidade incomum, rompantes de raiva, se sentiu na defensiva ou sempre alerta?					

Você já foi diagnosticado com alguma dessas condições médicas ou distúrbios?	Sim	Não
Problemas de coração (exemplo: problemas nas veias coronárias, infarto do miocárdio).		
Hipertensão		
Hipertireoidismo		
Hipotireoidismo		
Problemas digestivos (exemplo: gastrointestinal, problema na artéria celíaca)		
Problemas no fígado (exemplo: hepatite, icterícia)		
Diabetes		
Hipoglicemia		
Alto colesterol		
Problemas nas juntas (exemplo: artrite, reumatismo, bursite, tendinite)		
TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade)		
Problemas de aprendizado		
Doenças autoimunes (exemplo: lúpus eritematoso, miastenia, esclerose múltipla, artrite reumatoide)		
Problemas de visão (exemplo: glaucoma)		
Cancêr (qualquer tipo)		
Você já teve algum ferimento sério na cabeça?		
Caso positivo, quantas vezes?		
1		
2		
3		
4		
Mais de 5		
Qual foi o máximo de tempo em que ficou sem consciência?		
Menos de 60 minutos		
Entre 1 e 24 horas		
Entre 1 dia e 1 semana		
Mais de 1 semana		
Epilepsia ou convulsões		
Infecção inflamatória no cérebro (exemplo: encefalite, meningite)		
Derrame (AVC – acidente vascular cerebral)		
Enxaqueca		
Outras desordens neurológicas (exemplo: doença de Parkinson ou Huntington, encefalite, paralisia facial idiopática)		
Qualquer outro problema médico ou de saúde		

ANEXO 2 – DIPAD – Tabela de conteúdos

DI-PAD GPC version 1.4 rev. 01-14-2009



ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO PARA PSICOSES E PERTURBAÇÕES AFECTIVAS

Actualizada para o OPCRIT 4.0
Algoritmos DSM-IV & ICD-10

DI-PAD

CGP versão 1.4

Centro de Psiquiatria Genómica
Departamento de Psiquiatria & de Ciências Comportamentais
Escola de Medicina Keck
Universidade do Sul da Califórnia
Los Angeles, CA

Para mais informação acerca de DI-PAD contactar
Helena Medeiros, LICSW hmedeiro@usc.edu (323) 442-4026
Randye J. Semple, Ph.D. semple@usc.edu
© 2008, 2009 revista a 03-27-2009

Traduzido por: dr. Susana Rute Ferreira
Dr. Célia Carvalho

ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO PARA PSICOSES E PERTURBAÇÕES AFECTIVAS

CENTRO PARA PSIQUIATRIA GENÉTICA
VERSÃO 1.1

Tabela dos Conteúdos

A.	GERAL	4
1.	Fonte de Informação (OPCRIT 1)	4
2.	Código do Sexo (OPCRIT 3)	4
3.	Idade	4
4.	Solteiro (OPCRIT 6)	4
5.	Idade de início (OPCRIT 4)	5
6.	Modo de início (OPCRIT 5)	5
7.	Desencadeadores psicossociais anteriores ao início do primeiro episódio (OPCRIT 16)	7
8.	Emprego no início (OPCRIT 7)	8
9.	Ajustamento ao trabalho pré-mórbido (OPCRIT 9)	8
10.	Ajustamento social pré-mórbido (OPCRIT 10)	8
11.	Doença cerebral estrutural anterior ao início (OPCRIT 15)	10
B.	HISTÓRIA FAMILIAR	10
12.	História familiar de esquizofrenia (OPCRIT 13)	11
13.	História familiar de outra doença psiquiátrica além da esquizofrenia (OPCRIT 14)	11
C.	DEPRESSÃO	12
14.	Disforia (OPCRIT 37)	12
15.	Perda do prazer (Anedonia) (OPCRIT 39)	14
16.	Letargia ou cansaço (OPCRIT 25)	15
17.	Lentificação motora (OPCRIT 24)	15
18.	Dificuldade de concentração (OPCRIT 41)	15
19.	Alteração da libido (OPCRIT 40)	16
20.	Auto-culpabilização excessiva (OPCRIT 42)	16
21.	Suicidalidade (OPCRIT 43)	17
22.	Diminuição do apetite (OPCRIT 48)	18
23.	Perda de peso (OPCRIT 49)	18
24.	Aumento do apetite (OPCRIT 50)	18
25.	Aumento de peso (OPCRIT 51)	19
26.	Insónia inicial (OPCRIT 44)	19
27.	Sono fragmentado (OPCRIT 45)	19
28.	Acordar precoce (OPCRIT 46)	20
29.	Sonolência excessiva (OPCRIT 47)	20
30.	Variação diurna (OPCRIT 38)	20

D.	MANIA	22
31.	Elação do humor (OPCRIT 35)	22
32.	Humor irritável (OPCRIT 36)	22
33.	Pressão do discurso (OPCRIT 30)	23
34.	Pensamentos acelerados (OPCRIT 31)	23
35.	Distractibilidade (OPCRIT 21)	23
36.	Necessidade de sono reduzida (OPCRIT 22)	24
37.	Actividade excessiva (OPCRIT 19)	24
38.	Actividade imprudente/ irreflectida (OPCRIT 20)	24
39.	Aumento da sociabilidade (OPCRIT 53)	25
40.	Aumento da auto-estima (OPCRIT 56)	25
E.	ALUCINAÇÕES	26
41.	Alucinações de qualquer modalidade (OPCRIT 77)	27
42.	Vozes neutras ou alucinações não verbais (OPCRIT 76)	29
43.	Vozes de comando, acusatórias, insultuosas ou persecutórias (OPCRIT 75)	29
44.	Vozes comentadoras da actividade (OPCRIT 74)	30
45.	Alucinações auditivas na terceira pessoa (OPCRIT 73)	30
F.	PERTURBAÇÕES DO PENSAMENTO	30
46.	Inserção do pensamento (OPCRIT 66)	31
47.	Difusão do pensamento (OPCRIT 68)	31
48.	Roubo do pensamento (OPCRIT 67)	32
49.	Eco do pensamento (OPCRIT 72)	32
G.	DELÍRIOS	33
50.	Rastrear/ despire de delírios	xxxiv
51.	Delírios de culpa (OPCRIT 69)	33
52.	Delírios de pobreza (OPCRIT 70)	33
53.	Delírios nihilísticos (OPCRIT 71)	35
54.	Delírios de passividade (OPCRIT 61)	35
55.	Delírios de influência (OPCRIT 58)	36
56.	Delírios persecutórios (OPCRIT 54)	36
57.	Delírios de grandiosidade (OPCRIT 57)	37
58.	Humor delirante (OPCRIT 63)	37
59.	Ideias delirantes primárias (OPCRIT 62)	38
60.	Delírios bizarros (OPCRIT 59)	38
61.	Insight (OPCRIT 85)	40
62.	Relação entre os sintomas psicóticos e os afectivos (OPCRIT 52)	40
63.	Resposta dos sintomas psicóticos aos neurolépticos (OPCRIT 89)	41
H.	COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR EM RELAÇÃO AOS SINTOMAS PSICÓTICOS	42
64.	Delírios bem sistematizados (OPCRIT 55)	42
65.	Delírios espalhados/ não sistematizados (OPCRIT 60)	42
66.	Os delírios e as alucinações que duram pelo menos uma semana (OPCRIT 64)	42
67.	Alucinações e delírios persecutórios ou de ciúme (OPCRIT 65)	42

I.	COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR DA DURAÇÃO E CURSO DA DOENÇA.....	43
68.	Duração da doença em semanas (OPCRIT 8)	43
69.	Prejuízo ou incapacidade durante a perturbação (OPCRIT 87).....	43
70.	Deterioração do nível de funcionamento pré-mórbido (OPCRIT 88)	43
71.	Curso da perturbação (OPCRIT 90).....	45
72.	Rapport/ Interação (OPCRIT 86).....	45
73.	Credibilidade/ Fiabilidade da informação recolhida (OPCRIT 84).....	45
J.	COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR DO COMPORTAMENTO E AFECTO	46
74.	Catatonía (OPCRIT 18)	46
75.	Comportamento bizarro (OPCRIT 17).....	46
76.	Actividade agitada (OPCRIT 23).....	48
77.	Restrição do afecto (OPCRIT 32)	48
78.	Embotamento afectivo (OPCRIT 33).....	48
79.	Afecto inapropriado (OPCRIT 34)	48
80.	Discurso difícil de entender (OPCRIT 26).....	49
81.	Discurso incoerente (OPCRIT 27).....	49
82.	Perturbação formal positivo do pensamento (OPCRIT 28).....	49
83.	Perturbação formal negativo do pensamento (OPCRIT 29)	49

ANEXO 3 - PANSS

PANSS (1)

1 = AUSENTE 2=MÍNIMO
5= MORERADAMENTE GRAVE

3=LEVE
6= GRAVE

4=MODERADO
7 EXTREMO

1 ESCALA POSITIVA (P)

- P1 DELÍRIOS
- P2 DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL
- P3 COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO
- P4 EXCITAÇÃO
- P5 GRANDIOSIDADE
- P6 DESCONFIANÇA/PERSEGUIÇÃO
- P7 HOSTILIDADE

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
SUB-TOTAL						

2 ESCALA NEGATIVA (N)

- N1 EMBOTAMENTO AFETIVO
- N2 RETRAIMENTO EMOCIONAL
- N3 CONTATO POBRE
- N4 RETRAIMENTO SOCIAL PASSIVO/APÁTICO
- N5 DIFICULDADE NO PENSAMENTO ABSTRATO
- N6 FALTA DE ESPONTANEIDADE NA FLUENCIA DA CONVERSA
- N7 PENSAMENTO ESTEREOTIPADO

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
SUB-TOTAL						

3. ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL (G)

- G1 PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA
- G2 ANSIEDADE
- G3 SENTIMENTOS DE CULPA
- G4 TENSÃO
- G5 MANEIRISMO E POSTURA
- G6 DEPRESSÃO
- G7 RETARDO MOTOR
- G8 FALTA DE COOPERAÇÃO
- G9 CONTEÚDO INCOMUM DO PENSAMENTO
- G10 DESORIENTAÇÃO
- G11 ATENÇÃO POBRE
- G12 FALTA DE JULGAMENTO E INSIGHT
- G13 AMBIVALÊNCIA VOLITIVA
- G14 POBREZA NO CONTROLE DOS IMPULSOS
- G15 PREOCUPAÇÃO
- G16 ESQUIVA SOCIAL ATIVA

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
SUBTOTAL						

ESCORE TOTAL DA PANSS (somados os três subtotais)

Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces - Versão Reduzida (IAATP-VR)

COPYRIGHT: J. Douglas Bremner (2009). Tradução para o português do Brasil: Flávia de Lima Osório, Kátia Cruvinel Arrais, Ila Marques Porto Linares, João Paulo Machado de Sousa, Ana Vilela Mendes, José Alexandre de Souza Crippa (2010)

Identificação: _____ Idade: _____ Data da avaliação: _____

Parte 1. Traumas Gerais. Antes da idade de 18 anos			
1.	Você já foi exposto a algum desastre natural com ameaça a sua vida?	SIM	NÃO
2.	Você já se envolveu em um acidente grave?	SIM	NÃO
3.	Você já sofreu um ferimento ou uma doença grave?	SIM	NÃO
4.	Você já presenciou a morte ou alguma doença grave em seus pais ou responsáveis?	SIM	NÃO
5.	Você vivenciou o divórcio ou separação de seus pais?	SIM	NÃO
6.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um dos seus irmãos?	SIM	NÃO
7.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um amigo?	SIM	NÃO
8.	Você já presenciou situações de violência dirigida a outras pessoas, incluindo membros da sua família?	SIM	NÃO
9.	Alguém na sua família já sofreu de algum transtorno mental ou psiquiátrico, ou já teve um surto?	SIM	NÃO
10.	Os seus pais ou responsáveis já tiveram problemas com alcoolismo ou abuso de drogas?	SIM	NÃO
11.	Você já viu alguém assassinado?	SIM	NÃO
Parte 2. Castigo Físico. Antes da idade de 18 anos			
1.	Você já recebeu um tapa no rosto?	SIM	NÃO
2.	Você já foi queimado com água quente, cigarro ou alguma outra coisa?	SIM	NÃO
3.	Você já recebeu socos ou chutes?	SIM	NÃO
4.	Você já foi atingido por algum objeto arremessado contra você?	SIM	NÃO
5.	Você já foi empurrado?	SIM	NÃO
Parte 3. Abuso Emocional. Antes da idade de 18 anos			
1.	Você era frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado?	SIM	NÃO
2.	Você era frequentemente ignorado ou tratado como se não fosse importante?	SIM	NÃO
3.	Frequentemente lhe diziam que você não era bom?	SIM	NÃO
4.	Na maioria das vezes você foi tratado com frieza, falta de carinho ou lhe fizeram sentir que não era amado?	SIM	NÃO
5.	Seus pais ou responsáveis frequentemente não conseguiam entender você ou suas necessidades?	SIM	NÃO
Parte 4. Eventos Sexuais. Antes da idade de 18 anos			
1.	Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM	NÃO
2.	Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM	NÃO
3.	Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM	NÃO
4.	Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade?	SIM	NÃO
5.	Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra a sua vontade?	SIM	NÃO
6.	Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de um modo carinhoso?	SIM	NÃO

Se você respondeu "SIM" para qualquer um dos eventos acima, responda a seguir considerando o evento que teve o maior impacto em sua vida. Na sua resposta, considere como você se sentiu no momento do evento.

1.	Você experimentou medo intenso, pavor ou desamparo?	SIM	NÃO
2.	Você se sentiu fora do seu corpo ou como se você estivesse em um sonho?	SIM	NÃO

ANEXO 4 – Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre trauma precoce, sintomas psicóticos e funcionamento cognitivo na esquizofrenia

Pesquisador: Simone Silveira Cougo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60271916.0.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.763.474

Apresentação do Projeto:

A esquizofrenia é um transtorno mental que em geral atinge pessoas jovens e apresenta-se de forma bastante heterogênea. Delírios, alucinações e desorganização do pensamento (sintomas positivos) manifestam-se, muitas vezes, acompanhados de isolamento social, distanciamento afetivo (sintomas negativos) e déficits cognitivos. Além disso, indivíduos com esse transtorno apresentam taxas de mortalidade bastante elevadas, com expectativa de vida até 20 anos menor do que a população em geral. Objetivo: Este trabalho configura-se como um estudo transversal que objetiva relacionar trauma precoce, linguagem, memória e funções executivas em pacientes com esquizofrenia por meio da identificação da história e da avaliação cognitiva destes. Metodologia: Serão avaliadas 40 pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e que estejam em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campo Grande/MS. Inicialmente, entrevistas farão parte de uma investigação quanti-qualitativa do estudo, que possui a função de coletar dados acerca da história de vida, configuração familiar, histórico de internações e evolução da esquizofrenia.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

Continuação do Parecer: 1.763.474

Em um segundo momento, serão aplicados testes psicológicos validados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para avaliação cognitiva

destas. Análise de Dados: Nas entrevistas será realizada uma análise de conteúdo qualitativa. Quanto à avaliação quantitativa, as variáveis

contínuas serão avaliadas quanto à sua média e desvio-padrão (DP), e as variáveis categóricas, quanto às frequências absolutas e relativas. Será

utilizado o teste MANOVA para a comparação das variáveis contínuas entre os grupos, e o teste qui-quadrado, para a comparação das variáveis

categóricas entre os grupos.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Pesquisas indicam que o tratamento precoce é fundamental para evitar a cronicidade dos casos, já sendo bem-estabelecido que, quanto maior o

tempo de esquizofrenia não tratada, pior será o prognóstico. Dessa forma, são necessárias abordagens que combinem medicamentos e

intervenções psicossociais para abranger as diferentes dimensões deste transtorno. De acordo com Ruby et al. (2014), enquanto pesquisadores

durante décadas consideraram o papel dos fatores sociais, endocrinologia, função neural, integridade do hipocampo e cognição no desenvolvimento

da esquizofrenia, houve uma relativa escassez de estudos considerando a participação do encadeamento do estresse na interação desses

elementos. Ao longo da última década torna-se cada vez mais claro que as experiências traumáticas da infância representam um fator de risco

importante para o desenvolvimento de transtornos psicóticos, incluindo esquizofrenia.

Objetivo Primário:

Avaliar as funções cognitivas centrais mais acometidas na esquizofrenia e relacionar com os aspectos clínicos e da história de vida de pessoas com

o referido transtorno mental.

Objetivo Secundário:

Descrever as alterações cognitivas relacionadas à atenção, memória, raciocínio e funções executivas que contribuem para a cronificação da

esquizofrenia. Relacionar o perfil cognitivo com a sintomatologia específica da esquizofrenia

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 1.783.474

(sintomas positivos e negativos). Identificar novidades nas formas de intervenção terapêutica que podem ser mais eficazes no tratamento a prejuízos relacionados a alterações cognitivas na esquizofrenia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há riscos reduzidos/baixos de ocorrer reação psicológica desconfortável durante a avaliação, porém os profissionais são experientes e estarão atentos a isso. A participação é totalmente voluntária, podendo o participante interromper a avaliação a qualquer momento sem que isto gere prejuízo à sua pessoa. Para qualquer dúvida será disponibilizado o contato telefônico dos profissionais responsáveis.

Benefícios:

Identificação dos limites e possibilidades a serem trabalhados na pessoa com esquizofrenia avaliada, bem como a possibilidade de criação de estratégias profissionais junto aos cuidadores a partir da avaliação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e seus resultados podem trazer benefícios para a atenção em saúde nas políticas públicas deste setor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma correta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo apresenta todas as condições para ser aprovado pelo CEP, já que toma os cuidados éticos necessários no tratamento com os participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o voto do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Tamandaré, 6000
 Bairro: Jardim Seminário CEP: 79.117-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3312-3723 E-mail: cep@uodb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 1.783.474

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_764311.pdf	31/08/2016 13:31:30		Aceito
Outros	CurriculoLattesSimoneCougo.pdf	31/08/2016 13:27:41	Simone Silveira Cougo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DocumentoSESAUCAPS.pdf	31/08/2016 13:26:27	Simone Silveira Cougo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSimoneCougo.docx	31/08/2016 13:25:56	Simone Silveira Cougo	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	31/08/2016 13:22:14	Simone Silveira Cougo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Simone_Cougo.docx	01/08/2016 12:24:37	Simone Silveira Cougo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 05 de Outubro de 2016

Assinado por:
Márcio Luis Costa
(Coordenador)

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

ANEXO 6 – Autorização para realizar a pesquisa em órgãos da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU) de Mato Grosso do Sul



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de planejamento e Gestão em Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que o pesquisador **ANDRÉ BARCIELA VERAS**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **"ESTUDO GENÉTICO DE COORTE EM PSIQUIATRIA ENTRE AFRODESCENDENTES: ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR."**

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 28 de abril de 2015.

Regina L. Portiolli Furlanetti
Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Titulo da pesquisa: “Relação entre Trauma Precoce, Sintomas Psicóticos e Funcionamento Cognitivo na Esquizofrenia”.

Você esta sendo convidado a participar de uma pesquisa. O objetivo desta é entender a influência de acontecimentos da infância na evolução da esquizofrenia e o impacto na atenção, memória, raciocínio lógico e outras funções cognitivas cerebrais.

A sua participação é muito importante para a construção de novos conhecimentos nessa área e ela se daria da seguinte forma:

Após a consulta médica regular, responder questionários e instrumentos de avaliação durante o processo, podendo dar opiniões sobre o que está sendo feito pelos pesquisadores, dizendo se concorda ou não e o que poderia ser feito para melhorar.

Instrumentos a serem utilizados: Entrevista inicial, DIPAD (Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas), Escala de Ansiedade Social Liebowitz, Escala Calgary de Depressão, Escala de Pânico e Esquizofrenia, PANSS e Escala de Trauma Precoce. Instrumentos para avaliar funções cerebrais: Beta III (avalia o raciocínio geral e a velocidade de processamento de informações), AC (avalia a Atenção Concentrada), Teste de Trilhas Coloridas (avalia a Atenção Sustentada e a Atenção Dividida), Memória Visual de Rostos (avalia a memória) e Wisconsin (avalia funções executivas, ou seja, a criação de estratégias por uma pessoa). Os instrumentos psicológicos são seguros e validados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Os seus registros médicos estarão disponíveis para a consulta pela equipe que participa do estudo.

Há riscos reduzidos/baixos de ocorrer reação psicológica desconfortável durante a avaliação, porém os profissionais são experientes e estarão atentos a isso. Para qualquer dúvida será disponibilizado o contato telefônico dos profissionais responsáveis. A sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento sem que isto gere prejuízo à sua pessoa.

Você pode e deve fazer toda e qualquer pergunta que julgue necessária antes de participar deste estudo. A sua identificação e seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados do estudo serão publicados sem que a sua identidade seja revelada. Informamos que você não pagará nada e nem será remunerado por sua participação.

Caso você decida não participar do estudo, ou até mesmo sair do estudo após o início do mesmo, o seu atendimento médico não será prejudicado de maneira alguma nesta instituição. Se você desejar poderá ser encaminhado a outro profissional de saúde ou outra unidade de saúde sem qualquer ônus adicional. Esta pesquisa obedece às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Caso necessite, você pode entrar em contato com os pesquisadores:

1. Simone Silveira Cougo. Telefone: (67) 99995.5616.
2. Prof. Dr. André Barciela Veras. Telefone: (67) 99922.8119.

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB: (67) 3312-3723. Av. Tamandaré, 6000, Jardim Seminário. CEP: 79117-900. Bloco Administrativo – Térreo.

Concordo com estes termos e com a minha participação neste estudo.

Campo Grande, _____/_____/_____.

Nome do (a) participante: _____

Contato do participante: _____

Assinatura do (a) participante

Tutor/responsável

Nome do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

APÊNDICE 2 – Entrevista Inicial



ENTREVISTA INICIAL
Centro de Apoio Psicossocial – Pesquisa GPTransMe –
UCDB

Nº do Prontuário: _____ Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

1. DADOS INICIAIS

Entrevistado/a: _____

Sexo: () F () M Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Estado Civil: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Local de Trabalho: _____

Religião: _____

2. DEMANDA

3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR: _____ pessoas vivem na casa.

4. SAÚDE

Cirurgias? () Não () Sim. Quais? _____

Quantas e Motivos _____

Possui **limitação / doença / transtorno?** () Não. () Sim. Qual? _____

Data: _____ Médico/a: _____

Está utilizando algum **medicamento?** () Não. () Sim. Quais? _____

É por recomendação médica ou por conta própria? _____

Outros atendimentos? _____

Antecedentes patológicos da família – pessoas doentes (nervoso, deficiente intelectual, alergias, ataques, problemas com álcool) _____





ENTREVISTA INICIAL
Centro de Apoio Psicossocial – Pesquisa GPTransMe –
UCDB

Alguma dificuldade de **alimentação**? () Não. () Sim. Qual? () obesidade () anorexia () pica () bulimia () outros _____

Preferências alimentares? _____

Atitudes tomadas? _____

Alguma dificuldade no **sono**? () Não. () Sim. Qual? () sono insuficiente () sono intranquilo () pesadelo () sonambulismo () outros _____

Atitudes tomadas? _____

6. OUTRAS INFORMAÇÕES

Medos ou fobias? De quê? _____

Quando começou? _____

Tiques ou estereotiplas, quando apareceram? Atitudes tomadas? _____

Quais os seus interesses? _____

7. ROTINA

Descreva como é sua **rotina** (descrever as atividades e horários): _____

Descreva como são os **finais de semana** (descrever as atividades e horários): _____

11. OBSERVAÇÕES
