

Luciana Amorim

**AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM
ESQUIZOFRENIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de mestre em Avaliação em Saúde e Desenvolvimento psicológico.
Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Florianópolis, 2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Amorim, Luciana

Avaliação de funcionalidade em esquizofrenia /
Luciana Amorim ; orientador, Roberto Moraes Cruz,
2018.

142 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Esquizofrenia. 3.
Funcionalidade. 4. Avaliação psicológica. 5. Validade
de testes psicológicos. I. Moraes Cruz, Roberto. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Luciana Amorim

Avaliação de funcionalidade em pacientes com esquizofrenia


Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 5 de Fevereiro de 2018.


Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)


Dr. Roberto Moraes Cruz
(PPGP/UFSC - Orientador)


Dr. Carlos Henrique Sancineto Da Silva Nunes
(PPGP UFSC - Examinador Interno)


Dra. Rachel Schindwein Zanini
(MPSM - UFSC - Examinadora Externa)


Dr. Jamir João Sardá Junior
(MESTRADO EM SAÚDE MENTAL - UNIVALI - Examinador externo)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP UFSC - Examinadora Interna Suplente)

Este trabalho é dedicado aos meus
pacientes com esquizofrenia. Vocês
são uma inspiração!

Agradecimentos

Ao meu marido, Vini “Kojak” Schweitzer por acreditar em mim, pela paciência com os inúmeros dias em que precisei estudar e não pude estar com ele, e por tentar assumir qualquer tarefa cotidiana que me aliviasse das responsabilidades e que permitisse que eu me dedicasse à este projeto.

Ao prof. Dr. Roberto Cruz, orientador e entusiasta do meu projeto desde o primeiro momento. Obrigada pela confiança e valentia ao apostar em um campo de pesquisa ainda pouco explorado dentro da psicologia.

À chefia do ambulatório (a melhor chefia que eu poderia ter): Geder Grohs e Eduardo Pimentel. Obrigada pela amizade! Me sinto honrada por quanta confiança vocês depositaram em mim.

Aos colegas do ambulatório de esquizofrenia do IPQ-SC, por participarem desse objetivo e por tornarem o desafio muito mais agradável. Fabiani Borgioni, Rodrigo Basso, Sofia Senna, Rafael Alcântara “Carapa”, Ana Paula Werneck e Alexandre Paim.

Aos meus colegas de laboratório que compartilharam conhecimentos, dúvidas, risadas e angústias. Em especial à Cris D’Ávila de Castro e Davi Baasch, que me acolheram no começo assustador dessa jornada acadêmica.

À Aline Archer – que extrapola a categoria de colega de laboratório – por todos os almoços e jantares terapêuticos e pela infinita ajuda nos processos de revisão de texto.

À minha família: Rute, Odete, Saulo, Gustavo, Juliana, Ana e Vinícius. Obrigada por compreenderem as minhas ausências e por me aguentarem falar exclusivamente de artigos, dissertação e coleta de dados nos últimos anos. Mãe, você desbravou o caminho acadêmico e eu sigo os teus passos.

Resumo

A esquizofrenia, uma doença mental crônica, é caracterizada por distorções do pensamento e da percepção associadas, na maior parte do tempo a um afeto embotado ou inadequado. Atualmente, são investigados, além dos déficits cognitivos e sintomas negativos, aspectos preditores de funcionalidade na esquizofrenia. Esta pesquisa faz parte de estudo transversal em um ambulatório de esquizofrenia e tem como objetivo avaliar aspectos preditores de funcionalidade nos pacientes. Foram realizados três estudos: 1) levantamento das perspectivas conceituais de funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia, bem como dos instrumentos disponíveis para a avaliação do construto; 2) evidências de validade e de precisão do instrumento de avaliação de funcionalidade UPSA-B-BR; e 3) avaliação de funcionalidade por meio da análise de variáveis sociodemográficas, clínicas, cognitivas e de qualidade de vida. No estudo 1 foram encontradas nove perspectivas conceituais e 43 instrumentos utilizados para avaliar a funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia, sendo que desses, apenas oito foram construídos e validados especificamente para esse contexto. Nos estudos 2 e 3 a amostra final totalizou 124 casos. O instrumento UPSA-B-BR apresentou um índice de consistência interna considerado bom, porém não foi capaz de discriminar os sujeitos com maior funcionalidade. Apresentou correlações moderadas com a escala AGF e QLS, e correlações baixas com os escores das subescalas “Sintomas Positivos” e “Psicopatologia Geral” da PANSS. Na análise fatorial o índice de adequação da amostra encontrado foi considerado mediano. A extração de dois fatores foi a que melhor se adequou à estrutura teórica do construto, com índice de consistência interna de 0,87 e variância explicada de 45% no primeiro fator e 20% no segundo fator, os quais não correspondem a hipótese teórica inicial. O escore da UPSA-B-BR foi utilizado como desfecho na avaliação dos preditores de funcionalidade. O modelo final da regressão explicou 68% da variância, em um modelo no qual cognição, sintomas negativos e tempo de estudo tiveram maior impacto preditivo na funcionalidade da amostra avaliada. Sugere-se estudos com ampliação da amostra para validação dos resultados e elucidação do modelo teórico do construto.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Esquizofrenia. Funcionalidade. Validade de testes psicológicos.

Abstract

Schizophrenia is a chronic mental illness defined by distortions of thought and perception associated with a frequent blunt or inadequate affect. Currently, predictors and determinants of functional outcome in schizophrenia besides are investigated beyond cognitive deficits and negative syndromes. This research is part of a cross-sectional study in an outpatient clinic for patients with schizophrenia that sought to evaluate predictors of functional outcome. Three studies were carried out: 1) review of functional outcomes concepts and available assessment tools; 2) psychometric investigation of the Brazilian Version of UCSD Performance-based Skills Assessment: brief version (UPSA-B-BR) as a measure of functional capacity; and 3) investigation of factors that predict poor functional outcome in individuals with schizophrenia. On the first study we found nine conceptual perspectives and 43 instruments used to measure functional capacity, only 8 were conceived and validated specifically for its use with schizophrenia patients. The sample for studies 2 and 3 was 124 cases. The UPSA-B-BR presented good internal consistency but did not discriminate the subjects with greater functional capacity. We found moderate correlations with Global assessment of function (GAF) and Quality of Life Scale (QLS) scores and low correlations with Positive Symptoms and Psychopathology subscales of Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). Factor analysis indicated a 2 factors solution, and sample size was considered adequate. The internal consistency was 0,87 and explained variance of 45% on the first factor and 20% on the second factor. This 2 factor model do not correspond to an initial theoretical hypothesis. The UPSA-B-BR score was used as an outcome to evaluate predictors of functional capacity. The final regression model explained 68% of the variance in which cognition negative symptoms and years of education had a greater predictive impact on the functional capacity of the sample evaluated. We suggest studies with a larger sample to confirm the results and to provide a better understanding of the theoretical model of the construct.

Keywords: Assessment. Schizophrenia. Functional Outcome. Psychological assessment validation.

Lista de Tabelas

TABELA 1: INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA	28
TABELA 2: COMPARAÇÃO DOS ESCORES NA UPSA ENTRE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA E GRUPO NÃO CLÍNICO	34
TABELA 3: RESULTADOS APRESENTADOS NO ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA UPSA-1-BR E UPSA-B-BR.....	36
TABELA 4: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES	47
TABELA 5: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ITENS E ESCORES DA UPSA-B-BR	49
TABELA 6: CORRELAÇÕES ENTRE O ESCORE TOTAL DA UPSA-B-BR E OUTRAS VARIÁVEIS	50
TABELA 7: CARGAS FATORIAIS E UNIQUENESS PARA O MODELO DE DOIS FATORES COMPOSTO DOS 18 ITENS ORIGINAIS DA UPSA-B-BR	55
TABELA 8: CARGAS FATORIAIS DA SOLUÇÃO DE 2 FATORES SEM O ITEM COMUNICAÇÃO 9.....	56
TABELA 9: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA	74
TABELA 10: FREQUÊNCIAS DE COMORBIDADES AVALIADAS PELO INSTRUMENTO MINI	75
TABELA 11: CARACTERIZAÇÃO DOS ANTIPSICÓTICOS UTILIZADOS PELOS SUJEITOS DA AMOSTRA	76
TABELA 12: COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE O DESFECHO E AS VARIÁVEIS COM DISTRIBUIÇÃO NORMAL	77
TABELA 13: COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE O DESFECHO E AS VARIÁVEIS QUE APRESENTARAM DISTRIBUIÇÃO NÃO PARAMÉTRICA	78

Lista de Figuras

FIGURA 1: ETAPAS (VISITAS) DA COLETA DE DADOS	43
FIGURA 2: CURVA ROC PARA O ESCORE TOTAL PONDERADO DA UPSA-B-BR	52
FIGURA 3: ANÁLISE PARALELA	54
FIGURA 4: ETAPAS (VISITAS) DA COLETA DE DADOS DO ESTUDO DE AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA	71

Lista de Abreviaturas e Siglas

Análise fatorial (AF)
Avaliação Global de Funcionalidade (AGF)
Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH)
Classificação Internacional de Doenças (CID)
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)
Curva de Característica de Operação do Receptor (ROC)
Data Analysis and Statistical Software (STATA)
Desvio Padrão (DP)
Dosagem Diária Definida (DDD)
Erro Padrão (EP)
Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0)
Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS)
Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)
Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia (QLS-BR)
Global Functioning: Social Scale (GF: social)
Global Functioning: Role (GF: Role)
Global Assessment of Functioning: Disability (GAF-D: disability)
Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC)
Idade de início do transtorno (hda)
Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC)
Intervalo interquartil (IIQ).
Kayser-Meyer-Olkin (KMO)
Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
National Institute of Mental Health (NIMH)
Organização Mundial de Saúde (OMS)
Personal and Social Performance (PSP)
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-BR)
Programa de Residência Médica em Psiquiatria (PRMP)
Qualidade de vida (QV)
Quality of Life Scale (QLS)
Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS-BR)
Secretaria do Estado da Saúde (SES)
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

Substância psicoativa (SPA)

Tempo de duração da psicose não tratada (DUP)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

Transtorno do estresse pós traumático (TEPT)

University of California – San Diego – Performance-Based Skills Assessment (UPSA)

University of California – San Diego – Performance-Based Skills Assessment - Brief Version (UPSA-B).

Versão Brasileira da University of California – San Diego – Performance-based Skills Assessment (UPSA-1-BR).

Versão Brasileira da University of California – San Diego – Performance-based Skills Assessment: Brief Version (UPSA-B-BR).

Valor Preditivo Negativo (VPN)

Valor Preditivo Positivo (VPP)

Variável dependente (VD)

Variável independente (VI)

Sumário

Apresentação.....	14
ESTUDO 1. Perspectivas Conceituais e Instrumentos para Avaliação de Funcionalidade em Pacientes Adultos com Esquizofrenia	18
1.1 Introdução.....	18
1.2 Método.....	21
1.3 Resultados e Discussão.....	22
1.3.1 Perspectivas conceituais de funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia.	22
1.3.2 Instrumentos para avaliação de funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia:	25
1.4 Considerações Finais	29
ESTUDO 2. Evidências de Validade e Precisão do Instrumento “ <i>University Of California – San Diego – Performance-based Skills Assessment – Versão Breve (UPSA-B-BR)</i> ”	31
2.1 Introdução.....	31
2.2 Método.....	37
2.2.1 Natureza e delineamento da pesquisa	37
2.2.2 Participantes, implicações éticas e contexto da pesquisa.....	38
2.2.3 Variáveis de estudo e fontes de coletas de dados	39
2.2.4 Instrumentos de coleta de dados	39
2.2.5 Procedimentos de coleta dos dados	42
2.2.6 Procedimentos de análise dos dados.....	43
2.3 Resultados.....	45
2.3.1 Caracterização da amostra	46
2.3.2 Características psicométricas do instrumento de avaliação de funcionalidade: UPSA-B-BR.....	48
2.4 Discussão	57

ESTUDO 3. Avaliação de Funcionalidade em Pacientes com Esquizofrenia.....	62
3.1 Introdução	62
3.2 Método	65
3.2.1 Natureza e delineamento da pesquisa	65
3.2.2 Participantes, implicações éticas e contexto da pesquisa	65
3.2.3 Variáveis de estudo e fontes de coletas de dados.....	66
3.2.4 Instrumentos de coleta de dados	67
3.2.5 Procedimentos de coleta dos dados.....	70
3.2.6 Procedimentos de análise dos dados	71
3.3 Resultados	73
3.3.1 Caracterização da amostra	73
3.3.2 Avaliação de funcionalidade.....	76
3.4 Discussão	80
Considerações Finais.....	83
Referências.....	86
Apêndices	113

Apresentação

A esquizofrenia, uma doença mental crônica, é caracterizada por distorções do pensamento e da percepção associadas, na maior parte do tempo, a um afeto embotado ou inadequado. Ainda que a farmacoterapia seja o pilar central do tratamento da esquizofrenia, 15% dos pacientes não responde bem ao uso da medicação e, para todos os casos de pacientes com esquizofrenia, apenas a terapia medicamentosa não é suficiente para a recuperação adequada do indivíduo (Fleischhacker et al., 2014; Melnik & Atallah, 2011).

Desde a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o diagnóstico da esquizofrenia aparece caracterizado pelo “empobrecimento das relações humanas” (American Psychiatric Association, 1952), e a partir da revisão da terceira edição do manual (American Psychiatric Association, 1968), a ausência de sintomas típicos não é mais critério exclusivo de avaliação, e a disfunção social e ocupacional aparece como novo critério definidor da presença do transtorno. A necessidade da melhor definição do conceito de funcionalidade em esquizofrenia acompanhou a mudança ocorrida com a introdução de medicações antipsicóticas nos anos 1950, quando 95% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos voltaram a participar da comunidade e apresentaram diferentes níveis de funcionamento cotidiano, social e ocupacional (Bellack, 2006; Frese, Knight, & Saks, 2009; Insel, 2010).

A constatação na variação desses níveis de funcionamento e suas implicações na avaliação e tratamento dos pacientes com esquizofrenia, evidenciou a necessidade de aprofundar concepções acerca da funcionalidade desses sujeitos (Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 1989; Wallace, 1984). Desde então, pesquisas relacionadas à melhora na qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia tem enfatizado o entendimento de aspectos preditores de funcionalidade dos pacientes (Andreasen, 1982; Anthony & Liberman, 1986; Bergh et al., 2015; Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000; Macpherson et al., 2015).

Ainda existe grande debate quanto ao modelo epistemológico utilizado para a definição dos conceitos de funcionalidade e de incapacidade (Bampi, Guilhem, & Alves, 2010; Sampaio & Luz, 2009). O modelo biopsicossocial de causalidade circular, representado pela Classificação Internacional de Incapacidade e Funcionalidade (Organização Mundial da Saúde, 2004), compreende a funcionalidade enquanto uma interação positiva entre estruturas e funções do corpo, com fatores ambientais que não levam à restrição da participação social.

Por sua vez, a incapacidade é caracterizada enquanto uma interação negativa entre estruturas e funções do corpo e fatores ambientais, a qual resulta em um não desempenho de atividades e na conseqüente restrição na participação social (Santos, 2016).

Em contrapartida, o modelo aqui utilizado parte de uma perspectiva ampla do modelo biopsicossocial, a qual admite que, em cada condição, há uma interação entre o biológico e o psicossocial, sem pressupor que deva intervir em todas as esferas. Entende-se, a partir desta perspectiva, a importância de um método científico no qual as hipóteses de pesquisa são enriquecidas com o modelo de causalidade circular, complementando – e não se opondo – ao modelo de causalidade estrutural (Borrell i Carrió, 2002). Desta maneira, adotou-se para esse estudo uma concepção que parte do exame da variação dos processos mentais observados na esquizofrenia, em direção à exploração de fatores psicossociais associados ao fenômeno da funcionalidade nos pacientes com esse transtorno (Howes & Murray, 2014).

Dentro da perspectiva adotada para esse estudo, as principais dimensões de desfecho em esquizofrenia são: situação funcional (ou funcionalidade), condição clínica e percepção subjetiva do paciente, sendo que a literatura aponta que essas áreas nem sempre melhoram juntas. A dimensão “condição clínica” engloba sintomas positivos (alucinações, delírios e comportamento bizarro) e sintomas negativos (embotamento afetivo e isolamento social), típicos do transtorno. “Percepção subjetiva do paciente” refere-se ao bem-estar pessoal (autoestima e qualidade de vida). Por fim, a dimensão “funcionalidade” compreende: funcionamento social (ou o quão socialmente inserido o sujeito está), ocupacional (se o sujeito é capaz de manter um emprego ou sua vida acadêmica) e vida independente (quão independentemente o sujeito pode viver) (Green, Llerena, & Kern, 2015; Harvey, 2014a; Harvey et al., 2013).

Contudo, essa definição de funcionalidade se encontra em processo de desenvolvimento e não existe um consenso científico acerca dos domínios que compreendem o construto, tampouco a convicção da distinção entre cognição, sintomas negativos e funcionalidade (Harvey et al., 2011, 2013; Howes & Murray, 2014). Achados científicos indicam que os sintomas negativos – uma faceta da dimensão “condição clínica” – e a cognição são fatores determinantes de funcionalidade dos pacientes (Green et al., 2015; Messinger et al., 2011). Ainda assim, essas variáveis explicam apenas uma parcela do fenômeno (Fervaha, Fousias, Agid, & Remington, 2014; Pinna, Bosia, Cavallaro, & Carpiniello, 2014; Rabinowitz et al., 2012). Atualmente, são objetos de

intensa investigação, possíveis relações de interdependência entre cognição, sintomas negativos e funcionalidade, bem como outros fatores que influenciem a funcionalidade na esquizofrenia, para além da cognição e dos sintomas negativos (Browne et al., 2016; Firmin, Luther, Lysaker, Minor, & Salyers, 2015; Harvey, 2014c; Livingston & Boyd, 2010).

A definição ainda rudimentar do construto funcionalidade acarreta algumas dificuldades no campo da pesquisa empírica. Um dos desafios, certamente, é a mensuração desse fenômeno (Harvey, 2014b). Existem instrumentos disponíveis para avaliar separadamente os domínios do que atualmente é compreendido como funcionalidade: habilidades de vida independente, funcionamento social e funcionamento ocupacional. Esses domínios, quando avaliados conjuntamente e por intermédio de um instrumento, resultam em um índice de funcionalidade dos sujeitos; entretanto, quando observados separadamente e naturalisticamente – na vida real dos sujeitos –, são entendidos como preditores de funcionalidade. Assim, ter um emprego – a situação ocupacional do sujeito – é um padrão de referência (ouro) do domínio “funcionamento ocupacional” do construto funcionalidade e, ao mesmo tempo, um preditor de melhores desempenhos em avaliações de funcionalidade em pessoas com esquizofrenia (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton, & Harvey, 2006; Gupta, Bassett, Iftene, & Bowie, 2012; Harvey et al., 2013).

Existem disponíveis, na literatura nacional e internacional, instrumentos com estratégias diferentes de coleta da informação, embora com o mesmo objetivo: a avaliação de funcionalidade. Nem todos esses instrumentos disponíveis foram desenvolvidos para avaliar a funcionalidade no contexto da esquizofrenia e grande parte se dispõe a avaliar apenas um dos domínios do construto (Gould, Sabbag, Durand, Patterson, & Harvey, 2013; Harvey, 2014b; Mausbach, Moore, Bowie, Cardenas, & Patterson, 2009). A revisão de literatura de Mausbach e colegas (2009) apontou um instrumento de avaliação de performance – University of California – San Diego – *Performance-Based Skills Assessment* (UPSA) (Patterson, Goldman, McKibbin, Hughs, & Jeste, 2001) – como um dos melhores instrumentos disponíveis para avaliar a funcionalidade em pessoas com esquizofrenia, e a sua versão breve (UPSA-B), como uma alternativa mais prática e igualmente eficaz (Mausbach, Harvey, Goldman, Jeste, & Patterson, 2006). Embora tais instrumentos já tenham sido traduzidos para o português, não apresentam estudo de validade psicométrica satisfatório e necessitam de

um aprofundamento no exame de suas características (Mantovani, 2015).

Esta pesquisa faz parte do estudo “Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao prognóstico dos pacientes com esquizofrenia e outras psicoses, atendidos pelo Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (PRMP-IPq/SC/SES)”, e tem como objetivo avaliar a funcionalidade de pacientes adultos com esquizofrenia. Para atingir tais objetivos foram realizados os seguintes estudos: 1) levantamento das perspectivas conceituais de funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia, bem como dos instrumentos disponíveis para a avaliação do construto; 2) busca de evidências de validade e precisão do instrumento de avaliação de funcionalidade UPSA-B-BR e; 3) investigação de preditores de funcionalidade por meio da análise de variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas, cognição e qualidade de vida.

ESTUDO 1. Perspectivas Conceituais e Instrumentos para Avaliação de Funcionalidade em Pacientes Adultos com Esquizofrenia¹

1.1 Introdução

A esquizofrenia pode ser considerada uma das dez maiores causas de incapacidade de funcionamento, atingindo pelo menos 26 milhões de pessoas ao redor do mundo. Pacientes com esse diagnóstico apresentam maiores índices de desemprego, baixa produtividade e necessidade de supervisão ou cuidado constantes (Fleischhacker et al., 2014; Insel, 2010).

Diversas pesquisas buscam identificar os preditores da incapacidade relacionada ao quadro de esquizofrenia (Brandizzi et al., 2015; Fervaha, Foussias, Agid, & Remington, 2015). Para tanto, é necessária a delimitação das características que melhor descrevem o desfecho *per se*, ou seja, como é definido atualmente fenômeno funcionalidade (Harvey & Bellack, 2009).

A definição do construto que representa a funcionalidade acompanhou uma mudança ocorrida com a introdução de medicações antipsicóticas nos anos 1950, quando 95% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos voltaram a participar da comunidade e apresentaram diferentes níveis de funcionamento social e ocupacional (Frese et al., 2009). Essa variação nos níveis de funcionamento ainda é percebida mesmo com o avanço da terapia medicamentosa: alguns sujeitos com esquizofrenia não são capazes de viver de forma independente e necessitam de supervisão constante, enquanto outros conseguem se inserir no mercado de trabalho e manter relacionamentos interpessoais. A constatação da variação nos níveis de funcionamento e suas implicações na avaliação e tratamento de pacientes com esquizofrenia exacerbou a necessidade do aprimoramento da definição do construto, e conseqüentemente a mensuração do fenômeno.

Estratégias de mensuração da funcionalidade são necessárias quando se busca: a) aferir a eficácia dos tratamentos utilizados; b) monitorar a remissão de sintomas indesejados; c) avaliar a capacidade de o paciente manter-se sem internações e inserido na vida comunitária; d) ter subsídio para a busca de novas estratégias terapêuticas que proporcionem melhor adaptação de uma forma global (Green et al., 2000, 2015).

¹ Este estudo serviu de base para a elaboração de um artigo que se encontra atualmente no prelo.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (American Psychiatric Association, 2013) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) (World Health Organization, 2010a) são fontes utilizadas como referência para o diagnóstico da esquizofrenia (Ustun & Kennedy, 2009), sendo que o DSM teve influência direta no surgimento do conceito de funcionalidade. Enquanto a CID se atém a descrever os sintomas típicos do transtorno esquizofrênico, o DSM entende que o diagnóstico envolve um conjunto de sinais e sintomas associados com prejuízo no funcionamento ocupacional e/ou social, ou seja, associam-se os sintomas e possíveis consequências do transtorno para o paciente. Essa compatibilidade na descrição dos sintomas entre o DSM e a CID é compreensível, uma vez que ambas as classificações foram desenvolvidas paralelamente (Ustun & Kennedy, 2009), porém, a inclusão da disfunção social e ocupacional como critério no DSM deixou em aberto a avaliação dos profissionais clínicos em relação aos aspectos da funcionalidade, mesmo que não os tenha definido de maneira específica.

Desde a primeira edição do DSM, o diagnóstico da esquizofrenia aparece caracterizado pelo “empobrecimento das relações humanas” (American Psychiatric Association, 1952) e o DSM II (American Psychiatric Association, 1968) já apresenta o conceito de baixo nível de funcionamento. Na revisão da terceira edição do manual (American Psychiatric Association, 1987), a ausência de sintomas típicos não é mais critério exclusivo de avaliação e a disfunção social e ocupacional aparece como novo critério definidor da presença do transtorno. Apesar de ser entendida como fator crucial para o diagnóstico da esquizofrenia, em nenhuma das edições está explicitada uma definição operacional dos conceitos de disfunção, incapacidade ou funcionalidade.

A quinta edição do DSM (American Psychiatric Association, 2013) apresenta mudanças na classificação do transtorno que não serão discutidas neste estudo, uma vez que o foco é apenas o critério B: disfunção social/ocupacional. Ao comparar as descrições do critério B no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) e no DSM-5, observa-se que não há mudanças entre elas, embora a quinta edição contenha um novo instrumento para avaliação clínica desses aspectos. Ambas as edições se referem à disfunção social/ocupacional, sendo que o funcionamento abrange áreas importantes da vida do indivíduo, como trabalho, interação social e autocuidado.

A avaliação das características diagnósticas da esquizofrenia também teve poucas mudanças nas duas edições dos manuais: ambos citam, como auxílio para referência, a comparação do indivíduo com

esquizofrenia com irmãos não afetados pelo transtorno. No entanto, uma mudança significativa no manual foi a inclusão de uma seção específica chamada “Instrumentos de Avaliação”. Para a avaliação clínica da disfunção funcional ou ocupacional (funcionalidade), é indicada, no DSM-5, a Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) (World Health Organization, 2010b), em substituição à Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF) e à Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS).

A WHODAS 2.0 foi desenvolvida para avaliar o nível de funcionalidade em seis domínios de vida compreendidos na Classificação Internacional de Incapacidade e Funcionalidade (CIF): cognição, mobilidade, autocuidado, convivência social, atividades de vida e participação na sociedade (World Health Organization, 2002). Esse instrumento foi construído para avaliar a funcionalidade em pacientes internados por transtorno mental, sem ater-se a um transtorno mental específico (Silveira et al., 2013).

Na CIF são detalhados aspectos de funcionalidade e incapacidade, mas não são identificadas as matrizes teóricas definidoras do construto funcionalidade (World Health Organization, 2002). Nesse documento a funcionalidade é definida enquanto uma interação positiva entre estruturas e funções do corpo com fatores ambientais que não levam à restrição da participação social. Por sua vez, a incapacidade é caracterizada enquanto uma interação negativa entre estruturas e funções do corpo e fatores ambientais que resulta em um não desempenho de atividades e a consequente restrição na participação social: funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação (Santos, 2016; World Health Organization, 2002). Em uma comparação entre DSM, CID e CIF, Ustun e Kennedy (2009) concluíram que o modelo diagnóstico do DSM define os prejuízos na funcionalidade decorrentes da esquizofrenia enquanto limitações em algumas funções cotidianas. Já a CIF tem papel complementar à essa definição, uma vez que objetiva operacionalizar a avaliação de funcionalidade dentro de uma perspectiva conceitual biopsicossocial de incapacidade ou limitação de capacidade.

Ao longo dos anos, a definição do construto funcionalidade foi sendo desenvolvido em conjunto com o processo de elaboração instrumentos de avaliação do fenômeno, de forma que os dados empíricos contribuíssem para a constante evolução dessa definição. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é caracterizar as perspectivas conceituais e os instrumentos de avaliação sobre funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia.

1.2 Método

Para caracterizar as perspectivas conceituais e os instrumentos de avaliação sobre funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia, elaborou-se uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de revisão permite uma síntese e um aprofundamento do conhecimento de determinado fenômeno, ou seja, de maneira sistemática e organizada, a revisão integrativa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, a fim de reunir e sintetizar resultados e conclusões de estudos realizados anteriormente (Benefield, 2003; Broome, 2000).

Nesse sentido, foi realizada busca de artigos científicos nas línguas portuguesa e inglesa em bibliotecas virtuais e bases de dados gratuitas: Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Schizophrenia Bulletin, Redalyc, Lilacs e Psycnet. Os critérios de seleção foram: 1) ser artigos publicados entre 2005 e 2015; 2) conter no título a palavra esquizofrenia/ *schizophrenia* associada às palavras funcionalidade/ *functional outcome/ functioning/ everyday functioning* e avaliação/ medida/ *evaluation/ trial/ assessment*; 3) conter, nos artigos, instrumentos validados psicometricamente; 4) ser estudos que avaliassem a funcionalidade de pacientes com esquizofrenia. Foram definidos como critérios de exclusão: 1) pesquisas que contivessem no título ou resumo as palavras autismo/ *autism*, ou demência/ *dementia*.

Os transtornos do espectro autista e a esquizofrenia são síndromes diferentes quanto aos seus critérios de definição, idade de início e curso da doença. Entretanto, ambas apresentam aspectos que interferem na capacidade funcional destes pacientes: déficits nas funções sociais e emocionais e no processamento da informação (Eack et al., 2013; Lugnégard, Unenge Hallerback, Hjarthag, & Gillberg, 2013). A esquizofrenia também compartilha algumas características com quadros de demência (Chan et al., 2015), os quais também impactam no funcionamento dos pacientes na vida cotidiana. Uma vez que a funcionalidade é estudada em quadros como autismo e demência, fez-se necessária a seleção de estudos que abordassem o tema apenas no contexto do paciente com esquizofrenia. Os outros três critérios de exclusão foram pesquisas que avaliassem: 2) aspectos estritamente fisiológicos ou neurológicos; 3) funcionalidade não associada à esquizofrenia; 4) aspectos cognitivos sem avaliação concomitante de funcionalidade.

Uma vez realizada a primeira seleção dos artigos, foram lidos e analisados aqueles que mencionaram e descreveram pelo menos um instrumento que avaliasse funcionalidade em sujeitos com esquizofrenia

e que explicitassem perspectivas conceituais referentes à funcionalidade na esquizofrenia. Os artigos que apresentaram todos os elementos de inclusão foram analisados nos seguintes aspectos: características das perspectivas conceituais do fenômeno funcionalidade na esquizofrenia; características estruturais e de utilização dos instrumentos de avaliação de funcionalidade; e dimensões do construto avaliadas nesse instrumento.

1.3 Resultados e Discussão

A pesquisa nas bases de dados resultou em um total de 112 artigos, dos quais 40 foram coletados da Schizophrenia Bulletin, 51 da BVS, 5 da Scielo e 16 da Psycnet. Após a leitura, foram excluídos 50 artigos que apresentaram alguma limitação com relação ao escopo desta revisão. Dentre os 62 artigos restantes, apenas um se referia a um estudo conduzido no Brasil. Assim, foram encontradas nove perspectivas conceituais em estudos de: Green, Kern, Braff e Mintz (2000), Gladsjo e colegas (2004), Brekke, Kay, Lee e Green (2005), Wykes e Reeder (2005), Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton e Harvey (2006), Granholm, Ben-Zeev e Link (2009), Harvey e Bellack (2009) e Harvey (2014a) e Green (2016).

1.3.1 Perspectivas conceituais de funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia.

A revisão de literatura de Green em 2000, indicava como desfecho de funcionalidade alguns aspectos separados em três categorias gerais: 1) sucesso nos programas de reabilitação psicossocial; 2) estudos que acessaram habilidades de resolução de problemas sociais em ambiente de laboratório (capacidade funcional); e 3) estudos que consideraram desempenho em atividades cotidianas e aspectos gerais do comportamento em comunidade. Mesmo que sem a explicitação de matrizes teóricas que suportariam estas categorias gerais, a produção desse tipo de conhecimento é relevante por ser uma das primeiras iniciativas científicas para a organização da definição de funcionalidade.

A proposta de Gladsjo e colegas (2004) foi desenvolvida para ajudar nas pesquisas de tratamentos farmacológicos focadas nos déficits cognitivos associados à esquizofrenia, e destaca como indicadores de desfecho de funcionalidade: a) mudanças no déficit cognitivo dos pacientes; b) capacidade funcional; e c) aspectos cognitivos relacionados

à funcionalidade cotidiana. Sugere também que, além destes indicadores, o histórico do paciente pode influenciar a funcionalidade.

Brekke e colaboradores (2005) propuseram uma perspectiva conceitual de funcionalidade, testada por meio da análise fatorial, composta por cinco dimensões: neurocognição, cognição social, competência social, suporte social e funcionalidade cotidiana. Wykes e Reeder (2005) sugeriram uma perspectiva cuja ênfase estava na cognição dos pacientes, e também na relação entre habilidades cognitivas básicas e a funcionalidade cotidiana. Os fatores independentes que mediam a relação cognição \times funcionalidade foram: a) oportunidade; b) nível de habilidades preexistentes; c) suporte social; e d) motivação.

Nas proposições de Bowie (et al., 2006), foram indicadas quatro dimensões de funcionalidade: a) desempenho neuropsicológico; b) mensuração da capacidade funcional; c) variação dos sintomas; e d) influências adicionais. À época os autores fizeram uma distinção entre capacidade funcional e funcionalidade, pois entenderam que nem sempre o fenômeno mensurado por instrumentos ou em ambientes de pesquisa – denominado de capacidade funcional – representa a funcionalidade na vida real. Nesse estudo, assim como nos estudos de Brekke (et al., 2005) e Wykes e Reeder (2005), também foram testadas as dimensões da funcionalidade por meio de análise fatorial. Os resultados mostraram que o desempenho neuropsicológico influencia desfechos de funcionalidade cotidiana de forma mediada pela capacidade funcional, e que sintomas não impactam diretamente nessa capacidade e no desempenho neuropsicológico. Mais especificamente, os autores sugeriram que sintomas negativos e depressão (e não os sintomas positivos) estavam relacionados com funcionalidade cotidiana, mas não com desempenho neuropsicológico ou medidas de capacidade funcional – aqui também entendida como a funcionalidade medida por meio de instrumentos ou em ambiente de pesquisa.

Granhölm et al. (2009) relacionaram déficits neurocognitivos com capacidade funcional, medidos por instrumentos de performance (*role-play*). Afirmaram que estudos e avaliação da capacidade funcional são necessários, porém não são suficientes para explicar a funcionalidade cotidiana. Explicitaram como mediadores desta relação: a) fatores pessoais (atitudes, anedonia, motivação, etc.) e b) fatores ambientais (suporte social, por exemplo).

Harvey e Bellack (2009) afirmaram que um dos maiores desafios relacionados à funcionalidade continua sendo a falta de consenso sobre a definição do construto e de parâmetros que possam ser usados para

classificar o processo de recuperação dos pacientes. Eles propuseram a constituição da funcionalidade em três dimensões baseadas nas atividades cotidianas, que são requisitos para um funcionamento adaptado dentro das culturas ocidentais: a) atividades produtivas; b) atividades de automanutenção ou cuidado e de habitação; e c) relações interpessoais. Entenderam, também, que essas três amplas dimensões são relevantes para qualquer indivíduo inserido nessa cultura.

Harvey (2014a) revisou as dimensões de funcionalidade na esquizofrenia e classificou os déficits em objetivos e subjetivos. Os déficits objetivos de funcionalidade compreendem as áreas: a) ocupacional; b) relações interpessoais; e c) autocuidado. Os déficits subjetivos são as impressões percebidas pelo paciente em relação à: a) sobrecarga ocasionada pela doença; e b) qualidade de vida. Nesse sentido, suas conclusões são um apanhado das perspectivas teóricas estudadas e ampliam o entendimento atual das dimensões que compõem a funcionalidade direcionada na esquizofrenia.

Mais recentemente, em uma nova revisão de literatura, Green (2016) propôs a separação do construto funcionalidade e dos aspectos de percepção subjetiva do sujeito em relação à sua recuperação e ao impacto ocasionado pelo transtorno. O autor reorganizou as principais dimensões de desfecho em esquizofrenia classificando-as em: situação funcional (ou funcionalidade), condição clínica e percepção subjetiva do paciente. Nessa perspectiva, a dimensão “condição clínica” engloba sintomas positivos (alucinações, delírios e comportamento bizarro) e sintomas negativos (embotamento afetivo e isolamento social), típicos do transtorno. “Percepção subjetiva do paciente” se refere ao bem-estar pessoal (autoestima e qualidade de vida). Por fim, a dimensão “funcionalidade” compreende: funcionamento social (ou o quão socialmente inserido o sujeito está), ocupacional (se o sujeito é capaz de manter um emprego ou sua vida acadêmica) e vida independente (quão independentemente o sujeito pode viver).

Cada perspectiva teórica de funcionalidade foi, ao longo do tempo, explicitando ou enfatizando aspectos relacionados ao fenômeno funcionalidade, e à medida que as pesquisas avançaram, evidenciando qual a relação entre tais aspectos. As perspectivas teóricas encontradas representam a evolução desse construto que ainda se encontra em desenvolvimento. A busca de estratégias de avaliação do fenômeno por intermédio de diferentes instrumentos têm contribuído para a evolução do construto funcionalidade em esquizofrenia, confirmando ou ampliando as perspectivas existentes (Green, 2016; Green et al., 2015; Harvey, Velligan, & Bellack, 2007).

1.3.2 Instrumentos para avaliação de funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia:

Foram encontrados 43 instrumentos utilizados para avaliar a funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia: destes, 35 instrumentos, apesar de terem sido usados em pacientes com esquizofrenia, não eram específicos para este contexto. Tais instrumentos foram aplicados em estudos que pretendiam avaliar a funcionalidade de pacientes com esquizofrenia, apesar de terem sido construídos para avaliar a funcionalidade em transtornos mentais e/ ou outras condições clínicas (Ascher-Svanum et al., 2008; Bell, Corbera, Johannesen, Fiszdon, & Wexler, 2013; Bowie et al., 2007; Burns et al., 2009; Cardenas et al., 2013; Cassidy, Norman, Manchanda, Schmitz, & Malla, 2010; Cornblatt et al., 2007, 2012; Dickinson, Bellack, & Gold, 2007; Eack, Pogue-Geile, Greenwald, Hogarty, & Keshavan, 2011; Gould et al., 2013; Granholm et al., 2009; Granholm, Holden, Link, McQuaid, & Jeste, 2013; Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar, & Beck, 2012; Heinrichs, Ammari, Miles, & McDermid Vaz, 2010; Horan et al., 2012; Karilampi, Helldin, & Archer, 2011; Keefe, Poe, Walker, & Harvey, 2006; Lysaker, Roe, & Yanos, 2006; MacDonald et al., 2005; Magliano, Fiorillo, Malangone, De Rosa, & Maj, 2006; Mathews & Barch, 2010; McFarlane et al., 2015; Moore, Harmell, et al., 2013; Niendam et al., 2007; Ochoa, Salvador-Carulla, Villalta-Gil, Gilbert, & Haro, 2012; Pitkanen et al., 2012; Reeder, Smedley, Butt, Bogner, & Wykes, 2006; Sabbag et al., 2012; Shi, He, Cheung, Yu, & Chan, 2013; Vaskinn et al., 2011; Velligan, Alphas, Lancaster, Morlock, & Mintz, 2009; Voruganti et al., 2007; Zimmer, Duncan, Laitano, Ferreira, & Belmonte-de-Abreu, 2007).

Apesar da quantidade de instrumentos encontrados nesta revisão, existem diferenças entre os instrumentos que avaliam sintomas físicos ou psiquiátricos associados a funcionalidade (Gould et al., 2013; Keefe, Poe, Walker, & Harvey, 2006). Nos instrumentos que avaliam de uma forma ampla a condição clínica do paciente, torna-se ainda maior a possibilidade de uma avaliação inadequada, pois tais instrumentos avaliam dimensões sociais e comportamentais como um dos domínios da funcionalidade, junto com outros aspectos que podem estar indiretamente associados a ela. Esses instrumentos incluem aspectos físicos e motores em seu escopo, sendo que estes não são fatores estritamente incapacitantes da esquizofrenia.

A *Global Assessment Scale* (GAS) é um exemplo de instrumento de avaliação global e resultado de um aperfeiçoamento da primeira

escala de avaliação global - *Health Sickness Rating Scale (HSRS)* - desenvolvida em 1962 (Thornicroft & Tansella, 2010). Dentre os domínios que compõem a estrutura destas escalas, são avaliados sintomas psiquiátricos como: humor depressivo, insônia, euforia e comportamento antissocial. Apesar de ambas (HSRS e GAS) estarem em desuso por apresentarem versões mais recentes, nesta revisão três estudos utilizaram a GAS (Eack et al., 2011; Grant et al., 2012; MacDonald et al., 2005).

O ensaio clínico de Grant et al. (2012), por exemplo, buscou avaliar a eficácia da terapia cognitiva em pacientes com esquizofrenia com baixo nível de funcionamento e utilizou a GAS como único instrumento de avaliação de funcionalidade, além de dois outros instrumentos para avaliar sintomas típicos do transtorno. Levando em conta que a GAS também avalia os sintomas típicos do transtorno, qualquer resultado do estudo precisaria ser interpretado com ressalvas (Bellack et al., 2007), ou seja, afirmar que os sujeitos pesquisados apresentaram melhora em seu funcionamento é inadequado, uma vez que a funcionalidade não foi avaliada pelos instrumentos. Os autores, inclusive, reconheceram que a escolha da GAS para avaliar a funcionalidade é passível de crítica, e necessita ser repensada no caso de estudos posteriores.

A *Global Assessment of Functioning (GAF)*, usada em nove estudos encontrados nesta revisão, foi projetada como parte da avaliação do eixo 5 no DSM-III-R e continua a ser amplamente utilizada. Além disso, tanto quanto a GAS, apresenta como principal limitação a combinação da avaliação de sintomas e aspectos de funcionalidade, resultando em um único escore. Numa tentativa de minimizar a indiferenciação entre sintoma e funcionalidade, o DSM-IV excluiu os itens relacionados a sintomas psiquiátricos dos domínios da GAF, construindo outra escala denominada *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*. A SOFAS foi sugerida como um recurso para monitorar a funcionalidade social e ocupacional, independentemente da severidade dos sintomas do transtorno, e apresentou adequada validade psicométrica (Thornicroft & Tansella, 2010). Entretanto, os dados encontrados nesta revisão evidenciam que a SOFAS é pouco utilizada no contexto da pesquisa, aparecendo em apenas três estudos clínicos nos últimos 10 anos. No estudo de Gorwood, Burns, Juckel, Rossi, San e Hargarter (2013) acerca do uso de instrumentos padronizados no contexto clínico, dentre 4163 psiquiatras consultados, 47% dos sujeitos entrevistados relataram o uso da GAF

como instrumento de avaliação de sua preferência, sendo que apenas 9% faz uso da SOFAS.

A *Global Functioning: Social Scale* (GF: *social*), *Global Functioning: Role* (GF: *Role*) e a *Global Assessment of Functioning: Disability* (GAF-D: *disability*) resultam de esforços para discriminar domínios dos sintomas avaliados na GAF (Cornblatt et al., 2007). Os itens desses instrumentos foram retirados da GAF, indo ao encontro de perspectivas conceituais de incapacidade, tal como apresentada na CIF, em que há uma clara distinção entre sintomatologia e funcionamento psicológico (Harvey, 2014a).

Outra escala que avalia globalmente a funcionalidade de pacientes e que não distingue sintomatologia de funcionamento psicológico é a *World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0). Esse instrumento tem sido utilizado em estudos conduzidos em populações com transtornos mentais e indicado, no DSM-5, em substituição à GAF (American Psychiatric Association, 1968). É uma medida genérica usada para avaliar um amplo espectro de transtornos em uma variedade de situações, em diferentes grupos ou populações.

Instrumentos como GAS, GAF e WHODAS 2.0, que avaliam vários tipos de transtornos, os quais podem afetar a funcionalidade, trazem resultados incertos quando mensuram aspectos específicos de um transtorno como esquizofrenia. Instrumentos que avaliam, de forma global várias dimensões de diferentes transtornos mentais ou condições físicas podem produzir vieses de interpretação na aferição de dificuldades de interação social – comumente encontradas em pacientes com esquizofrenia. Além disso, não ajudam o pesquisador na compreensão de quais especificidades apresentam maior impacto preditor de funcionalidade desses pacientes. É necessária, portanto, uma medida capaz de avaliar variações típicas da funcionalidade em esquizofrenia (Thornicroft & Tansella, 2010).

Nessa revisão foram encontradas algumas propostas de instrumentos de avaliação de funcionalidade que foram desenvolvidos ou adaptados e validados em amostras de pacientes adultos com esquizofrenia. Tais instrumentos não incluem aspectos físicos em seu escopo e examinam apenas as dimensões de funcionamento social, ocupacional e vida independente (Green, 2016; Harvey, 2014a). Instrumentos que avaliam a funcionalidade por meio de situações e dificuldades cotidianas típicas dos pacientes com esquizofrenia são imprescindíveis. Questões de validade semântica e a clareza na construção dos itens do instrumento terão impacto quando a amostra

estudada apresenta dificuldades cognitivas que interferem diretamente na capacidade de interpretação do conteúdo dos itens (Pasquali, 2010; Pontes & Elkis, 2013). Os oito instrumentos desenvolvidos ou adaptados para uso com pacientes adultos com esquizofrenia podem ser encontrados na Tabela 1. Percebe-se que entre 2005 e 2016, todas as pesquisas utilizaram instrumentos que avaliam o domínio das “Relações Interpessoais”, seguido do fator “Vida independente ou Autocuidado” avaliado em seis estudos.

Tabela 1:

Instrumentos para avaliação de funcionalidade em pacientes com esquizofrenia

Instrumentos	Dimensões avaliadas	Estudos que utilizaram o instrumento
UPSA – University of California, San Diego, Performance-Based Skills Assessment	Autocuidado, Relações interpessoais, Área ocupacional	Granhölm et al., 2005; Harvey, 2014a; Heinrichs et al., 2010; Keefe et al., 2006; Mausbach et al., 2006; Moore, Harmell, et al., 2013; Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson, & Mausbach, 2013
UPSA-B – University of California, San Diego, Performance-Based Skills Assessment - Brief	Autocuidado, Relações interpessoais	Cardenas et al., 2013; Gould et al., 2013; Mausbach et al., 2010, 2011; Sabbag et al., 2012; Shi et al., 2013
C-UPSA – Computadorized UCSD Performance-Based Skills Assessment	Autocuidado, Relações interpessoais, Área ocupacional	Moore, Harmell, et al., 2013
SFS – Social Functioning Scale	Autocuidado, Relações interpessoais, Área ocupacional	Ciudad, Olivares, Bousono, Gomez, & Alvarez, 2006; Mathews & Barch, 2010
QLS – Quality of Life Scale	Autocuidado, Relações interpessoais, Área ocupacional, Qualidade de vida	Bell et al., 2013; Bowie et al., 2007; Gould et al., 2013; Lysaker et al., 2006; Velligan et al., 2009; Zawadzki et al., 2013
COTE – Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale	Autocuidado, Relações interpessoais, Área ocupacional	Li, Ying, & Deng, 2012
RSAS – Revised Anhedonia Scale	Relações interpessoais	Granhölm et al., 2009
LSP-VP-39 – Life Skills Profile –Versão Portuguesa	Autocuidado, Relações interpessoais, Área ocupacional	Rocha C., Aguiar, & Marques, 2008

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Dentre os instrumentos que avaliam a funcionalidade, destacam-se o University of California – San Diego – *Performance-Based Skills Assessment* (UPSA) e a sua versão breve: *University of California – San Diego – Performance-Based Skills Assessment- Brief* (UPSA-B). Ambas as versões têm sido amplamente utilizadas nos últimos anos e têm como estratégia de coleta de dados a avaliação do desempenho do sujeito em tarefas relacionadas ao construto (Bowie et al., 2006; Mausbach, Tiznado, Cardenas, Jeste, & Patterson, 2016; Thornicroft & Tansella,

2010; Vella et al., 2017). A versão completa (UPSA), que foi elaborada para acessar habilidades necessárias para a vida cotidiana de pacientes adultos com esquizofrenia, abrange cinco áreas (cuidados domésticos, comunicação, finanças, transporte e planejamento de atividades de lazer). A versão breve contém apenas duas subescalas (finanças e comunicação).

A percepção subjetiva dos sujeitos – um aspecto que até pouco tempo foi considerado parte da dimensão subjetiva da funcionalidade, foi avaliada por apenas um instrumento: *Quality of Life Scale (QLS)*. Tal escala foi desenvolvida especificamente para pacientes com esquizofrenia, por Heinrichs, Hanlon, e Carpenter (1984), e adaptada para o contexto brasileiro (Cardoso, Bandeira, Caiaffa, & Fonseca, 2002).

Ao serem considerados os instrumentos que avaliam as dimensões de funcionalidade de acordo com a perspectiva mais recente do construto (Green, 2016) nota-se que a área ocupacional é o domínio menos investigado. Esses resultados evidenciam a necessidade de aprofundamento nas pesquisas de desenvolvimento e aprimoramento da definição do construto funcionalidade em esquizofrenia.

1.4 Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi caracterizar as perspectivas conceituais e os instrumentos de avaliação da funcionalidade em pacientes adultos com esquizofrenia. Em relação às perspectivas conceituais, os resultados apontaram para uma recente reorganização das principais dimensões de desfecho em esquizofrenia enquanto: situação funcional (ou funcionalidade), condição clínica e percepção subjetiva do paciente. Essas alterações nos domínios do construto evidenciam o processo de desenvolvimento em que se encontra a definição do fenômeno. A menor utilização de instrumentos que avaliam as percepções subjetivas dos sujeitos parece refletir a mudança no estado da arte indicando que tais aspectos caracterizam um fenômeno distinto da funcionalidade.

Por fim, é importante que os instrumentos sejam elaborados e adaptados para o contexto dos pacientes com esquizofrenia levando em consideração o conhecimento e perspectivas conceituais já existentes na área. Os instrumentos precisam ser examinados criteriosamente para que possam contribuir para validação do construto e clínicos ou pesquisadores devem se preocupar com a escolha de instrumentos válidos para pacientes com esquizofrenia.

No contexto brasileiro, é necessário que seja produzido conhecimento para confirmar (ou não) resultados produzidos internacionalmente. É preciso, ainda, que estudos confirmem a diferença dos construtos funcionalidade em esquizofrenia, funcionalidade geral e da percepção subjetiva do sujeito acerca do transtorno.

ESTUDO 2. Evidências de Validade e Precisão do Instrumento “University Of California – San Diego – Performance-based Skills Assessment – Versão Breve (UPSA-B-BR)”

2.1 Introdução

O tratamento farmacológico de pacientes com esquizofrenia alcançou mudanças significativas nas últimas décadas e possibilitou um relevante avanço na redução de grande parte dos sintomas típicos do transtorno – alucinações, delírios, comportamentos bizarros, pensamento desorganizado, afeto embotado, avolia e anedonia. Apesar deste avanço, muitos desses indivíduos ainda permanecem em situação de isolamento social e com baixa qualidade de vida, contribuindo para que esse transtorno esteja dentre as dez maiores causas de incapacidade (Fleischhacker et al., 2014; McFarlane et al., 2015).

A melhora das condições de vida dos pacientes é foco das pesquisas atuais, e a recuperação é baseada em três dimensões: situação funcional (ou funcionalidade), condição clínica e percepção subjetiva do paciente, sendo que essas áreas nem sempre melhoram simultaneamente e, que deficiências cognitivas e sintomas negativos são os preditores mais consistentes de incapacidade (Fleischhacker et al., 2014; Green et al., 2015; Harvey, 2013, 2014a). Entende-se que, para avaliar o curso do transtorno ou de um tratamento, ambas as dimensões devem ser contempladas, e, corroborando esta perspectiva, desde 2004 os Estados Unidos adotaram a postura de liberar novos medicamentos ou tratamentos para esquizofrenia diante de comprovada eficácia na melhora nos déficits cognitivos e na funcionalidade dos pacientes, não sendo considerada suficiente a melhora apenas clínica (Buchanan et al., 2011; Matza et al., 2006).

A efetividade da mensuração dos sintomas típicos e dos déficits cognitivos comuns ao transtorno é evidente, visto que se encontram estabelecidos instrumentos que rastreiam de forma satisfatória estes dois aspectos (Blanchard, Kring, Horan, & Gur, 2011; Buchanan et al., 2011; Burton et al., 2013; Fett & Maat, 2013; Gee et al., 2016; Green, Harris, & Nuechterlein, 2014; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987; Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006; Van Den Oord et al., 2006). Entretanto, a mensuração dos prejuízos sociais, ocupacionais e das habilidades que possibilitam uma vida autônoma do paciente, ou seja, a mensuração da funcionalidade ainda é foco de debates e portanto carece de um consenso na comunidade científica (Bellack et al., 2007;

Galderisi et al., 2015; Green et al., 2015; Leifker, Patterson, Bowie, Mausbach, & Harvey, 2010).

Essa falta de consenso acerca da avaliação da funcionalidade em esquizofrenia é reflexo da própria definição do construto – ainda em fase de estruturação –, que tenta abarcar uma ampla gama de comportamentos e habilidades dentro de três domínios: funcionamento social (ou o quão socialmente inserido o sujeito está), ocupacional (se o sujeito é capaz de manter um emprego ou sua vida acadêmica) e vida independente (quão independentemente o sujeito pode viver) (Green et al., 2015; Harvey et al., 2013; Thornicroft & Tansella, 2010). Apesar da definição rudimentar do construto, está estabelecida a existência de uma relação complexa entre transtornos mentais, como a esquizofrenia, e déficits na funcionalidade dos pacientes, e, para que seja possível a investigação dos aspectos específicos que mediam esta complexa relação, são necessários instrumentos de avaliação capazes de discriminar variações nos níveis de funcionalidade dos sujeitos ou mudanças significantes na funcionalidade dos pacientes.

Habilidades de vida independente, funcionamento social, funcionamento ocupacional são considerados atualmente domínios que quando avaliados conjuntamente e por intermédio de um instrumento, resultam num índice de funcionalidade dos sujeitos. Contudo, quando esses domínios são observados separadamente e naturalisticamente – na vida real dos sujeitos –, tornam-se preditores de funcionalidade. Dessa forma, ter um emprego – a situação ocupacional do sujeito – é um padrão de referência (ouro) do domínio “funcionamento ocupacional” do construto funcionalidade, e ao mesmo tempo, um preditor de melhores desempenhos em avaliações de funcionalidade em pessoas com esquizofrenia (Cruz & Pimenta, 2005; Harvey, 2014a).

Dentre os instrumentos que buscam acessar o fenômeno da funcionalidade, muitos utilizam pelo menos um domínio do construto na composição de sua estrutura e, apesar destes domínios de funcionalidade se repetirem em diversos instrumentos, são encontradas diferenças relativas à estratégia empregada na coleta de informação, que pode variar entre: autorrelato do paciente, relato de um cuidador, escalas clínicas de avaliação do comportamento e instrumentos baseados na performance em tarefas. Diante do atual estado da arte da funcionalidade em esquizofrenia, a qualidade e adequação de um instrumento de avaliação de funcionalidade não pode ser determinada exclusivamente pela definição do construto, ou seja, por sua validade de conteúdo (Gorenstein, Wang, & Hungerbühler, 2016; Pasquali, 2010). Além de incluir itens de pelo menos um dos domínios da

funcionalidade, um instrumento adequado deverá considerar outras propriedades relevantes na medida do fenômeno, como: a) ênfase na qualidade psicométrica; b) boa correlação com medidas de sintomas clínicos e de performance cognitiva; c) aplicabilidade em âmbito internacional que permita comparações transculturais dos achados científicos; e, d) utilizar um dos padrões de referência (ouro) no seu estudo de validade de critério (Bellack et al., 2007; Browne et al., 2016; Gorenstein et al., 2016; Green et al., 2015).

A revisão de literatura de Mausbach (2009) apontou o instrumento de avaliação de performance em tarefas – University of California – San Diego – *Performance-based Skills Assessment* (UPSA) – como um dos melhores instrumentos disponíveis para avaliar a funcionalidade em pessoas com psicose, e a sua versão breve, UPSA-B, como uma alternativa mais prática e igualmente eficaz. O estudo avaliou oito instrumentos de acordo com facilidade de administração, validade de conceito, conteúdo e critério, a precisão ou fidedignidade e uso em ensaios clínicos (Mausbach et al., 2009). Além disso, a UPSA e a UPSA-B vêm sendo utilizadas como instrumentos padronizados de avaliação de desfecho de funcionalidade em diversos estudos recentes (Beck, Grant, Huh, Perivoliotis, & Chang, 2013; Browne et al., 2016; Buchanan et al., 2011; Cardenas et al., 2013; Keefe & Reichenberg, 2016; Mantovani et al., 2015; Sabbag et al., 2012).

A UPSA, elaborada por Patterson e colaboradores (2001), foi construída a partir de critérios de validade de face e é um instrumento de avaliação da performance dos sujeitos em tarefas relacionadas a padrões de referência, ou marcos, de funcionalidade. Um benefício de instrumentos de avaliação de performance é a eliminação da necessidade do autorrelato do paciente para a coleta dos dados, uma vez que, nos pacientes com esquizofrenia, são frequentes os prejuízos em sua autocrítica, consequentes dos sintomas do transtorno (Bellack et al., 2007; Harvey, 2014c; Harvey et al., 2011; Thornicroft & Tansella, 2010).

Os domínios mensurados pelo instrumento elaborado por Patterson e colaboradores foram escolhidos após coleta de informação junto à profissionais de saúde envolvidos no tratamento, pacientes, familiares e literatura disponível. Assim, foram selecionadas cinco áreas consideradas essenciais para o bom funcionamento na comunidade: 1) atividades domésticas; 2) comunicação; 3) finanças; 4) transporte e 5) planejamento de atividades de lazer. O estudo inicial de desenvolvimento da escala completa foi feito com cinquenta pacientes, e seus resultados foram comparados com os de um grupo não clínico e

com outros dois instrumentos de avaliação de funcionalidade via autorrelato. A confiabilidade entre juízes foi 0.91 ($p < 0,001$; $n = 20$), e os escores totais nos grupos clínicos e não clínicos – reportados na Tabela 2 – apresentaram uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores dos grupos (Patterson et al., 2001).

Tabela 2:

Comparação dos escores na UPSA entre pacientes com esquizofrenia e grupo não clínico

Sub-escala UPSA ^a	Pacientes com Esquizofrenia (n= 50) Média (DP)	Grupo controle - não clínico (n= 20) Média (DP)	t	DF	p
Atividades domésticas	9,7 (8,4)	17,5 (3,0)	5,69	68	0,001
Comunicação	10,9 (6,1)	18,6 (1,3)	8,37	68	0,001
Finanças	10,7 (7,1)	18,1 (2,2)	6,65	68	0,001
Transporte	14,1 (6,3)	19,7 (1,5)	5,89	68	0,001
Plan. atividades lazer	13,4 (3,9)	18,8 (1,2)	8,90	68	0,001
Escore total UPSA^b	58,8 (27,1)	92,6 (5,5)	8,40	68	0,001

^a Variação possível dos escores em cada sub-escala: 0-20 ^b Variação possível dos escores totais: 0-100. Fonte: Patterson et al, 2001.

Em relação ao instrumento original, a versão breve (UPSA-B) apresenta vantagens por necessitar menor tempo de aplicação (UPSA: 30 minutos / UPSA-B: 10 a 15 minutos), bem como menor número de acessórios para a execução das tarefas (Leifker et al., 2010; Mausbach et al., 2010). Essa versão foi desenvolvida por Mausbach e colaboradores (2006) por intermédio de dois estudos de validação: em um primeiro momento, visando estabelecer a validade concorrente e as subescalas da UPSA-B, foram avaliados com a UPSA 434 indivíduos com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Na etapa seguinte, com intuito de estabelecer a sensibilidade do instrumento, foi utilizada a UPSA-B em uma subamostra ($n = 240$) como forma de avaliação da eficácia de uma intervenção psicossocial.

O processo de validação da versão breve do instrumento (UPSA-B) enfocou a busca de indicadores de validade e confiabilidade psicométrica: para validade discriminante da UPSA-B foram utilizadas uma escala de avaliação de funcionamento cognitivo e uma escala de avaliação de sintomas típicos do transtorno; para a avaliação da validade convergente e da validade de construto, foi utilizada a versão integral do instrumento e realizada uma análise fatorial das cinco subescalas contidas na UPSA; como critério de validade concorrente, foram comparados os escores da UPSA-B entre pacientes que viviam sozinhos e indivíduos que necessitavam de algum tipo de supervisão domiciliar (domicílios assistidos ou enfermarias).

Os resultados do estudo de validação da UPSA-B apontaram um modelo final composto por duas subescalas (finanças: carga fatorial = 0,85 e comunicação: carga fatorial = 0,80) capaz de identificar corretamente 70% dos sujeitos da amostra que viviam sozinhos – um indicador mínimo de funcionalidade (Mausbach et al., 2006).

Conforme os resultados do estudo relatado no Estudo 1, validados para o contexto brasileiro existem alguns instrumentos de avaliação da funcionalidade; entretanto, a maioria demonstra alguma das seguintes desvantagens: a) apresenta-se em formato de escalas de autorrelato, avaliação do clínico ou familiar; b) avaliam a funcionalidade e sintomas típicos do transtorno no mesmo instrumento; c) são instrumentos pouco utilizados nas pesquisas internacionais; ou d) são instrumentos que avaliam a funcionalidade em outros transtornos mentais, ou seja, não foram desenvolvidos especificamente para os pacientes com esquizofrenia. Foram encontrados apenas dois instrumentos traduzidos para a Língua Portuguesa que tenham sido elaborados e validados para o contexto específico da esquizofrenia. A Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia (QLS-BR) avalia a percepção subjetiva do sujeito acerca do seu funcionamento em três fatores ou domínios: domínio social, domínio ocupacional, domínio intrapsíquico e das relações interpessoais (Cardoso et al., 2003, 2002). A versão completa da UPSA foi traduzida para o português (brasileiro) em 2015 e apresentou um estudo inicial de validade da sua versão breve (Mantovani, 2015; Mantovani et al., 2015).

O estudo de Mantovani (2015) acerca da tradução e validação dos instrumentos UPSA (que recebeu o nome de UPSA-1-BR na sua versão brasileira) e UPSA-B (nomeada de UPSA-B-BR aqui no Brasil) contaram com amostra modesta ($n = 52$), o que possivelmente impossibilitou uma investigação aprofundada das suas propriedades psicométricas. A UPSA-1-BR é composta de 45 itens nos quais a avaliação de cada um dos cinco domínios se dá por meio da execução de tarefas relacionadas àquele domínio. A avaliação do domínio da organização e do planejamento de atividade de lazer se dá por meio da elaboração de uma lista com itens a serem levados à praia ou ao zoológico. No domínio Finanças, o examinado tem testada a sua capacidade de lidar com transações envolvendo dinheiro em espécie ou cheque bancário. A comunicação é avaliada por intermédio da realização de tarefas ao telefone. A simulação da utilização do transporte público é o parâmetro utilizado para o exame do domínio de transporte ou mobilidade e, por fim, a capacidade de execução de tarefas domésticas é testada mediante a elaboração de uma lista de supermercado (Mantovani, 2015). A UPSA-B-BR seguiu o modelo

sugerido por Mausbach (2006) e conta com apenas dois domínios: Finanças e Comunicação (Mantovani, 2015).

Os resultados reportados por Mantovani (2015) acerca da validade de critério da UPSA-1-BR mencionam pontuações significativamente menores dos pacientes com esquizofrenia em relação ao grupo-controle ($n = 30$), em todos os 5 subdomínios e no escore total do instrumento (Tabela 3).

Tabela 3:

Resultados apresentados no estudo de validação da UPSA-1-BR e UPSA-B-BR

Subdomínios da UPSA-1-BR	Pacientes ($n = 52$)	Controles ($n = 30$)	Teste “t” de Student	p
Organização e planejamento – média/DP	13,4 (4,0)	16,5 (3,4)	-3,6	0,001
Habilidades de finanças – média/DP	10,3 (5,5)	15,1 (3,9)	-4,7	0,000
Habilidades de comunicação – média/DP	9,3 (4,7)	14,0 (3,9)	-4,7	0,000
Habilidades de transporte – média/DP	14,00 (5,8)	16,4 (4,3)	-2,0	0,048
Habilidades tarefas domésticas – média/DP	11,9 (7,7)	17,0 (3,1)	-4,2	0,000
Pontuação Total UPSA-1-BR – média/DP	58,9 (21,3)	79,1 (13,7)	-5,2	0,000
Coefficiente de variância (%)	36,2	17,3		
Assimetria (EP)	-0,61 (0,33)	-0,82 (0,43)		
Curtose (EP)	-0,10 (0,65)	0,43 (0,83)		
Efeito teto ^a	-	2 (607)		
Efeito chão ^b	0 (0,0)	-		
Pontuação total da UPSA-B-BR – média/DP	49,1 (22,1)	73,1 (16,9)	-5,1	0,000
Coefficiente de variância (%)	45,0	23,1		
Assimetria (EP)	-0,9 (0,33)	-0,52 (0,43)		
Curtose (EP)	-0,38 (0,65)	-0,43 (0,83)		
Efeito teto ¹	-	1 (3,3)		
Efeito chão ²	1 (1,9)	-		

DP: Desvio Padrão; EP: Erro Padrão ^a número (%) de controles com pontuação maior que 95% ^b número (%) de pacientes com pontuação menor que 5% Fonte: Mantovani, 2015.

Os resultados mencionam ainda o exame da confiabilidade da UPSA-1-BR por meio da investigação da consistência interna (pacientes, $\alpha = 0,88$; controles $\alpha = 0,84$) e da estabilidade temporal – avaliada em 29 pacientes (intervalo médio de 120 dias entre as aplicações, correlação entre o teste e o reteste = 0,91; $p < 0,01$). A validade de construto foi analisada por meio da correlação de Spearman e apresentou, como era esperado, uma correlação moderada entre os escores dos pacientes na UPSA-1-BR e a escala PSP ($\rho = 0,50$; $p < 0,01$); e uma correlação também moderada com o instrumento de avaliação de funcionalidade AGF ($\rho = 0,46$; $p < 0,01$). Por meio da Curva de Característica de Operação do Receptor (ROC), foram

apurados: a) validade de critério – resultados indicando uma acurácia de razoável para boa ($AUC = 0,79$; IC de 95% [0,69-0,89]); e b) sensibilidade (0,71) e especificidade (0,70) – Valor Preditivo Positivo (VPP) de 80% e Negativo (VPN) de 58% na diferenciação correta entre pacientes e controles saudáveis (Mantovani, 2015).

O estudo inicial de validação da UPSA-B-BR apresentou os seguintes indicadores psicométricos: consistência interna para o grupo de pacientes ($\alpha = 0,88$) e no grupo controle ($\alpha = 0,84$); forte correlação entre o teste e o reteste ($r = 0,91$; $p < 0,01$; $n = 29$; intervalo médio de 120 dias entre as aplicações); boa acurácia na Curva ROC ($AUC = 0,80$; IC de 95% [0,71-0,90]); e valores de sensibilidade (0,75) e especificidade (0,70) no ponto de corte de 66,5 (VPP de 81% e VPN de 62%) na correta identificação de pacientes e controles saudáveis. Foram ainda apontadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos escores totais dos pacientes (58,9) e controles (79,1) (Mantovani, 2015).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é aprofundar a investigação das características psicométricas da versão breve do instrumento desenvolvido por Patterson, Mausbach e colaboradores (Mausbach et al., 2006; Patterson et al., 2001) e traduzido por Mantovani (2015): a Versão Brasileira da *University of California – San Diego – Performance-based Skills Assessment: Brief Version* (UPSA-B-BR). Essa pesquisa busca contribuir com a consolidação de um instrumento de avaliação de funcionalidade com características singulares, além de colaborar para o desenvolvimento do estado da arte da funcionalidade em esquizofrenia, ampliando a discussão acerca do construto.

2.2 Método

2.2.1 Natureza e delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, pois procura gerar conhecimentos com aplicação prática, direcionados à solução de problemas específicos, como a avaliação de funcionalidade na esquizofrenia (Gil, 2002). Nesse sentido, apresenta abordagem quantitativa de levantamento de dados acerca das características psicométricas do instrumento UPSA-B-BR, com objetivo descritivo-normativo, uma vez que buscou comparar os dados coletados àqueles encontrados na literatura internacional por meio do exame de uma amostra da população de pacientes adultos com esquizofrenia (Creswell,

2010; Dancy & Reidy, 2006; Gray, 2012; Pasquali, 2010; Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista, 2006).

2.2.2 Participantes, implicações éticas e contexto da pesquisa

Esta pesquisa contou com uma amostra não probabilística, escolhida por conveniência, (Creswell, 2010) de 129 pacientes com esquizofrenia, atendidos no Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses do PRMP-IPq/SC/SES. A pesquisa fez parte do estudo “Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao prognóstico dos pacientes com esquizofrenia e outras psicoses, atendidos pelo Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (PRMP-IPq/SC/SES)”, que teve sua aprovação no Conselho de Ética em Pesquisas/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/ CONEP) em 01/03/2016, de acordo com parecer número 1.432.157 (Apêndice A).

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) é o maior hospital público especializado em Psiquiatria de Santa Catarina, atendendo pacientes de todo o Estado, além de ser referência estadual no tratamento da esquizofrenia. Fundado em 1941, conta atualmente com 160 leitos de internações para pacientes com quadros agudos, bem como, desde 2004, com um programa de Residência Médica em Psiquiatria. O hospital, em conjunto com o Programa de Residência Médica, oferece atendimento ambulatorial e recebe os pacientes que estiveram internados no IPq/SC ou aqueles agendados via Central de Marcação de Consultas da Rede de Atenção Psicossocial do Estado.

Os critérios de inclusão dos participantes nesta pesquisa foram: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo que estivessem em acompanhamento regular no Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses do PRMP-IPqSC/SES; além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo paciente e seu responsável (Apêndice B). Os critérios de exclusão dos participantes foram: avaliação clínica de deficiência intelectual que comprometa a compreensão das entrevistas; diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo não confirmado pelo instrumento *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI Plus) e/ou abandono de tratamento/acompanhamento no Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses do PRMP-IPqSC/SES superior a noventa dias.

2.2.3 Variáveis de estudo e fontes de coletas de dados

Foram incluídas neste estudo as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, grau de instrução, situação conjugal, situação ocupacional atual, renda, medicação utilizada, idade de início da doença, duração da psicose não tratada, tempo de doença, número de tentativas de suicídio e número de hospitalizações. Os dados das variáveis sociodemográficas foram obtidos por meio de Questionário Sociodemográfico (Apêndice C) respondido pelo paciente e/ou familiar e, quando necessário, mediante consulta aos prontuários dos pacientes cadastrados no Ambulatório de Esquizofrenia e Outras Psicoses do Programa de Residência Médica do IPq/SC.

Sintomas positivos, sintomas negativos e comorbidades foram as variáveis clínicas incluídas no presente estudo e foram coletadas por intermédio dos seguintes instrumentos: a) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) para triagem de transtornos mentais, incluindo as síndromes psicóticas (Apêndice D), e MINI Plus para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia (Amorim, 2002) (Apêndice E); e b) *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-BR) – para a avaliação dos sintomas típicos da esquizofrenia (Higuchi et al., 2014; Kay et al., 1987) (Apêndice F).

A variável cognição foi avaliada por meio da *Schizophrenia Cognition Rating Scale* – SCoRS-BR (Ferreira Junior et al., 2010; Keefe, Poe, Walker, Kang, & Harvey, 2006) (Apêndice G). A variável qualidade de vida foi analisada mediante aplicação da Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia – QLS-BR (Apêndice H) (Cardoso et al., 2002).

A variável funcionalidade foi investigada por meio da aplicação dos instrumentos: Avaliação Global de Funcionalidade – AGF (American Psychiatric Association, 2002) (Apêndice I) e da escala *University of California – San Diego – Performance-Based Skills Assessment*: versão breve - UPSA-B-BR (Mantovani, 2015; Mausbach et al., 2006) (Apêndice J).

2.2.4 Instrumentos de coleta de dados

Encontram-se descritos a seguir – com exceção da UPSA-B-BR, apresentada na introdução deste estudo – os instrumentos de coleta de dados desta pesquisa.

a) **Questionário Sociodemográfico**: questionário com questões para controle de variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade, idade de início da doença, duração da psicose não tratada, tempo de doença, uso de substâncias psicoativas prévio ao surgimento da doença, número de tentativas de suicídio e de hospitalizações ao longo da vida, situação ocupacional, entre outros aspectos identificados na literatura como relevantes no estudo da funcionalidade de pacientes com esquizofrenia. O tempo estimado para a aplicação do questionário é de 10 minutos.

b) *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*: trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), elaborada em conformidade com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, e que é utilizada tanto na prática clínica quanto na pesquisa em psiquiatria. Pode ser utilizada por clínicos após treinamento com duração de 1 a 3 horas e foi validada para uso no contexto brasileiro (Amorim, 2002). A MINI é organizada em módulos diagnósticos independentes, com intenção de ampliar a sensibilidade do instrumento. A pontuação das questões é dicotômica (sim ou não) para todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), e, por meio de uma ou duas questões de entrada em cada módulo, critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas, reduzindo o tempo de aplicação do instrumento e o desgaste dos sujeitos.

c) **MINI Plus**: trata-se da versão Plus do MINI, sendo um instrumento mais detalhado, capaz de produzir diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. Tal avaliação mais aprofundada explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV, além de investigar a cronologia dos transtornos identificados na avaliação. O MINI Plus permite a utilização dos módulos diagnósticos separadamente, sendo assim, nesta pesquisa foi utilizado o módulo específico para transtornos psicóticos. Essa flexibilidade do instrumento possibilita uma investigação mais detalhada dos critérios necessários para a confirmação do diagnóstico de esquizofrenia e é, atualmente, o único questionário padronizado de aplicação rápida (15-30 minutos) disponível para a avaliação dos transtornos psicóticos (Amorim, 2002).

d) *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-BR)*: esta escala de sintomas positivos e negativos na esquizofrenia é um dos instrumentos mais usados na avaliação dos sintomas psicóticos. É composta de 30 itens divididos em três subescalas – Sintomas Positivos, Sintomas Negativos e Psicopatologia Geral – e foi desenvolvida para avaliar a

severidade dos sintomas e as alterações na sintomatologia decorrentes dos tratamentos farmacológicos. É um instrumento utilizado frequentemente para investigar a eficácia das medicações antipsicóticas e sua estrutura tem sido confirmada em estudos de tradução para diferentes línguas. Os itens são pontuados entre 1 (ausência do sintoma) e 7 (presença extrema do sintoma), representando um aumento nos níveis observados dos sintomas psicóticos e psicopatológicos. A soma da pontuação dos itens resultará no escore de cada subescala, mas o escore ponderado será o resultado da subtração do escore da escala de Sintomas Negativos do escore da escala de Sintomas Positivos, podendo variar entre -42 e +42. O tempo esperado para a aplicação é de 20 minutos (Higuchi et al., 2014; Kay et al., 1987).

e) *Schizophrenia Cognition Rating Scale* (SCoRS-BR): é um instrumento que foi desenvolvido para o contexto específico da esquizofrenia baseada nas atividades cotidianas de pacientes com tal diagnóstico. O instrumento pretende avaliar a atenção, memória, raciocínio e capacidade de resolver problemas, memória de trabalho, linguagem e habilidades motoras, sendo composto por 20 itens que podem ser pontuados entre 0 (ausência de alterações) e 4 (comprometimento máximo). Além disso, a escala é aplicada no paciente e em um informante em entrevistas independentes e também leva em consideração a avaliação do entrevistador para cada um dos 20 itens. A SCoRS-BR examina a cognição por meio de três fontes diferentes de informação: o paciente, um informante que tenha contato regular com o paciente e o entrevistador, e quando aplicada no paciente e no informante, gera 4 pontuações distintas – a avaliação global do paciente sobre suas dificuldades, a avaliação global do informante, a avaliação global do entrevistador, uma avaliação global resultante da soma das pontuações de cada uma das três avaliações anteriores –, resultando em um escore total que varia de 20 a 80 pontos. O instrumento encontra-se validado no Brasil (Ferreira Junior et al., 2010) e seu tempo estimado de aplicação é de 20 minutos (Keefe, Poe, Walker, Kang, et al., 2006).

f) Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia (QLS-BR): trata-se de um instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido para o contexto específico da esquizofrenia, composto de 21 itens acerca da sintomatologia e funcionamento de pacientes com este transtorno (Heinrichs et al., 1984). Seus itens são distribuídos em três fatores ou domínios – domínio social, domínio ocupacional, domínio intrapsíquico e de relações interpessoais – e investigam o funcionamento do paciente em cada um destes domínios. Cada questão é avaliada pelo

entrevistador, que atribui uma nota padronizada de acordo com as respostas do paciente, por meio de uma grade de cotação de sete pontos. Os escores de 5 e 6 refletem uma qualidade de vida (QV) inalterada; já a pontuação de 2 a 4 revela um comprometimento moderado na QV; e, por fim, os escores 0 e 1 indicam uma QV muito comprometida. Com tempo de aplicação de aproximadamente 40 minutos, a escala QLS foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro e pode ser utilizada em situações clínicas ou de pesquisas (Cardoso et al., 2003, 2002).

g) Avaliação Global de Funcionalidade (AGF): este instrumento fez parte do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais entre os anos de 1987 e 2002 (American Psychiatric Association, 1968, 2002), sendo indicado como ferramenta de avaliação dos aspectos psicológicos, sociais e ocupacionais da funcionalidade nos transtornos mentais. Com pontuação variando de 1 a 100, a proposta da AGF é fornecer uma medida global e genérica da saúde mental dos pacientes. A pontuação da escala é dividida em intervalos de 10 pontos (por exemplo 31-40 e 51-60), e cada intervalo apresenta instruções acerca de sintomas e de aspectos do funcionamento que são relevantes na avaliação dos pacientes. Essa ancoragem, em intervalos de 10 pontos, busca representar uma hierarquia nos transtornos mentais, apresentando uma descrição de condições mais severas decorrentes de transtornos mentais no intervalo de 1-10 e uma descrição de condições mais saudáveis no intervalo de 91-100. Tempo estimado de aplicação: 5 minutos (Aas, 2010; American Psychiatric Association, 1968, 2002; Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976).

2.2.5 Procedimentos de coleta dos dados

A coleta dos dados foi dividida em 3 etapas (visitas) distintas para cada participante, conforme detalhado na Figura 1. Tais visitas foram previamente agendadas com cada paciente participante da pesquisa e se deu nas dependências do HU/UFSC nos dias de funcionamento do Ambulatório de Esquizofrenia e Outras Psicoses do IPq/SC.

Buscou-se, com isso, segmentar o tempo necessário para a aplicação do protocolo determinado para esta pesquisa, minimizando uma possível fadiga e desconforto dos sujeitos. Cada visita/ etapa de coleta teve o tempo aproximado de 1 hora de duração. A coleta dos dados por meio dos instrumentos MINI, MINI Plus e PANSS foi realizada por Pesquisador Psiquiatra ou Residente de Psiquiatria previamente treinado uma vez que envolveu a aplicação de instrumento

de confirmação diagnóstica e de avaliação de sintomas típicos do transtorno. Os instrumentos SCoRS, AGF, QLS, UPSA-B-BR e o Questionário Sociodemográfico foram aplicados por Pesquisadores Psiquiatras, Residentes de Psiquiatria ou Psicólogos treinados antecipadamente.

Figura 1. Etapas (visitas) da coleta de dados

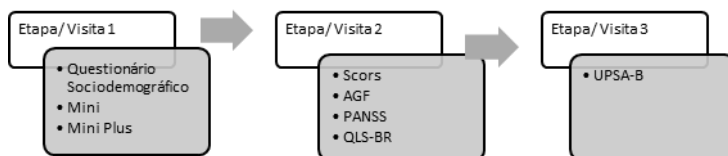


Figura 1. A coleta de dados foi separada em 3 etapas ou visitas com o objetivo de diminuir o desgaste dos sujeitos entrevistados. Fonte: elaborada pela autora (2018).

2.2.6 Procedimentos de análise dos dados

A primeira etapa da análise de dados foi a limpeza e correção de eventuais erros de digitação na base de dados. Com objetivo de caracterizar a amostra, foram realizadas análises estatísticas univariadas para identificar as distribuições das frequências de variáveis sociodemográficas estudadas e dos escores obtidos na aplicação da UPSA-B-BR.

Variáveis independentes categóricas e dicotômicas foram analisadas pelo teste “t de *Student*” no qual as duas possíveis respostas foram entendidas como dois grupos de sujeitos diferentes e tiveram comparadas as médias das suas pontuações no instrumento que avalia o desfecho de funcionalidade (Agesti & Finlay, 2012; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009).

Foi executada a técnica *Split-half* para o exame da precisão do instrumento – parâmetro de medida de qualidade, associado à quantidade de erro aleatório contido nas medidas obtidas, ao se aplicar o teste em um grupo de sujeitos (Gorenstein et al., 2016; Pasquali, 2010). A técnica das metades partidas, ou *Split-half*, consiste na avaliação da

confiabilidade (precisão) a partir de respostas obtidas em uma única aplicação do instrumento. Por meio da correlação entre as distribuições dos escores da primeira com a segunda metade do instrumento, espera-se obter fortes correlações entre tais índices (Gorenstein et al., 2016; Martins, 2006).

Para a verificação da sensibilidade e especificidade do instrumento, foi conduzida análise do poder de discriminação da UPSA-B-BR por meio da Curva de Característica de Operação do Receptor (ROC). Este procedimento de análise estatística verifica a habilidade de um teste em discriminar os sujeitos como portadores ou não de uma determinada condição (Hajian-Tilaki, 2013; Martinez, Louzada-Neto, & Pereira, 2003). Foram correlacionados os escores dos sujeitos no instrumento UPSA-B-BR e o critério externo indicativo de funcionalidade: a variável sociodemográfica dicotômica “situação ocupacional” dos participantes da pesquisa (trabalha atualmente – sim/não).

A validade de critério ou preditiva foi averiguada por intermédio da investigação da correlação entre a funcionalidade – avaliada através da UPSA-B-BR – e do critério indicativo de funcionalidade: a variável sociodemográfica “situação ocupacional” dos participantes da pesquisa (Pasquali, 2010). Assim, foi realizada uma regressão logística da variável independente categórica e dicotômica (trabalha atualmente – sim/não), e os escores obtidos na UPSA-B-BR, para descobrir se existe um relacionamento entre essas variáveis (Dancey & Reidy, 2006).

A análise de validade de construto determina se os itens do instrumento medem o construto pretendido para análise, e pode ser investigada por intermédio das análises de validade convergente ou discriminante, bem como mediante a análise da validade da estrutura interna do instrumento (Gorenstein et al., 2016).

A validade convergente da UPSA-B-BR foi investigada de duas formas no presente estudo: a) por meio da relação do instrumento estudado com outro instrumento que mede o mesmo construto – sendo escolhida para tal função, a ferramenta de avaliação de funcionalidade AGF; e, b) no exame da relação da UPSA-B-BR com outro instrumento que mede aspectos diferentes da funcionalidade, mas com o qual se espera que existam relações positivas – sendo selecionada para tal objetivo, a escala de qualidade de vida (QLS-BR) (Gray, 2012; Pasquali, 2010). Para cumprir este objetivo, foram utilizadas as técnicas estatísticas de correlação de *Spearman* (para a análise dos dados distribuídos de forma não paramétrica).

Procedimentos de análise discriminante ou divergente foram executados para examinar o grau em que a UPSA-B-BR não se correlaciona com outras medidas que supostamente avaliam construtos diferentes (Gorenstein et al., 2016; Pasquali, 2004). Para tal análise foram correlacionados os escores do instrumento UPSA-B-BR e das subescalas “Sintomas Positivos” e “Psicopatologia Geral” da *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-BR) (Mausbach et al., 2006). Também nesta análise foram utilizadas as técnicas estatísticas de correlação de *Spearman* (para distribuições não normais) (Dancey & Reidy, 2006).

Ainda para a avaliação da validade de construto, foi verificada a estrutura interna do instrumento e sua dimensionalidade, por meio da realização de uma análise fatorial exploratória. A escolha desta técnica estatística que permite testar o quão bem o conjunto de itens proposto na UPSA-B-BR representa o construto funcionalidade justifica-se pela escassez de estudos que explorem a estrutura do conjunto de dados obtidos em pesquisas em relação a estrutura hipotetizada por Mausbach e seus colaboradores (Hair et al., 2009). Além disso, o único estudo brasileiro da UPSA-B-BR não verificou se a estrutura do instrumento adaptado à Língua Portuguesa se assemelha à estrutura proposta na construção do instrumento original (UPSA-B) (Mausbach et al., 2006). Para a análise fatorial aqui descrita foi utilizada uma matriz de correlação tetracórica dos dados encontrados e, posteriormente, foram executadas rotações oblíquas dos tipos *oblimin* e *promax*, uma vez que a literatura indica a existência de correlação entre os fatores (Agresti & Finlay, 2012; Dancey & Reidy, 2006; Hair et al., 2009). No delineamento dos procedimentos de análise dos dados foi considerada a exigência da análise fatorial em relação ao tamanho da amostra (mínimo de cinco sujeitos por item do instrumento). Entretanto, os dados coletados satisfazem apenas o critério mínimo para a realização da análise fatorial: uma amostra com pelo menos cinquenta observações (Hair et al., 2009; Pasquali, 2012).

Para todas as etapas da análise, utilizou-se o software estatístico *Stata (Data Analysis and Statistical Software)*, com exceção da análise do poder de discriminação através da Curva ROC, que foi executada com o pacote *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

2.3 Resultados

Esta seção apresenta o relato dos resultados encontrados no presente estudo acerca da investigação de evidências de validade

psicométrica do instrumento de avaliação de funcionalidade em esquizofrenia UPSA-B-BR.

2.3.1 Caracterização da amostra

Foram investigadas variáveis de perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos com esquizofrenia que integraram a amostra por meio dos instrumentos relatados anteriormente, e esta seção apresenta o perfil dos participantes do estudo.

Foram identificados 143 sujeitos em acompanhamento no ambulatório de esquizofrenia e outras psicoses do IPq-SC, dos quais 9 sujeitos apresentaram diagnóstico diferente de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Dos 134 sujeitos elegíveis para o estudo, 5 casos não tiveram seus dados coletados pelos seguintes motivos: sujeito recusou-se a participar da pesquisa (1 caso); paciente apresentou sintomas muito severos que o impediram de completar as entrevistas (1 caso); pacientes ficaram mais de 90 dias sem comparecer às consultas no ambulatório (3 casos). Sendo assim, a amostra inicial da pesquisa contou com 129 casos. Entretanto, a amostra final compreendeu 124 sujeitos, pois em 5 casos os pacientes não tiveram confirmado seu diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo pelo instrumento MINI Plus. Dos 124 casos que compuseram a amostra final, 60 sujeitos tiveram a terceira etapa de coleta finalizada, etapa esta que incluía o instrumento UPSA-B-BR.

A Tabela 4 apresenta a estatística descritiva dos resultados do Questionário Sociodemográfico e Clínico, e dos instrumentos de avaliação dos sintomas típicos do transtorno (PANSS), de qualidade de vida (QLS), de cognição (SCoRS) e de funcionalidade (AGF).

Tabela 4:
Estatística descritiva das variáveis de perfil sociodemográfico e clínico dos participantes

Variáveis ^a	N = 124 (100%) <i>n</i>	Frequência, Média, Mediana
Sexo	124	
Homens		78 (62,9%)
Mulheres		46 (37,1%)
Idade (anos) , mediana (IIQ)	124	35,1 (26,1 – 45,7)
Idade de início (anos) , mediana (IIQ)	122	20,0 (16,0 – 25,0)
Tempo de doença (anos) , mediana (IIQ)	122	10,5 (5,70 – 20,3)
Psicose não tratada (meses) , mediana (IIQ)	116	6,0 (1,0 – 24,0)
Número de hospitalizações psiquiátricas , mediana (IIQ)	124	1,0 (1,0 – 4,0)
Tentativas de suicídio , mediana (IIQ)	123	0,0 (0,0 – 1,0)
Trabalha atualmente	124	
Sim		23 (18,6%)
Não		101 (81,5%)
Uso prévio de substâncias psicoativas (SPA) ^c	124	
Não		74 (59,7%)
Sim		50 (40,3%)
Situação conjugal	124	
Solteiro		91 (73,4%)
Casado		21 (16,9%)
Separado		11 (8,9%)
Viúvo		1 (0,8%)
Anos de estudo, média (DP)	118	10,1 (4,0)
Grau de instrução formal	124	
Sem instrução formal ou ensino fundamental incompleto		35 (28,2%)
Ensino fundamental completo ou médio incompleto		35 (28,2%)
Ensino médio completo ou superior incompleto		47 (37,9%)
Ensino superior completo		7 (5,7%)
Renda do paciente	123	780,00 (0,00 – 995,00)
Renda familiar	117	2000,00 (1200,00 – 3000,00)
Procedência	124	
Grande Florianópolis		121 (97,6%)
Outros		3 (2,4%)
PANSS	94	
Sintomas positivos, média (DP)		13,84 (5,31)
Sintomas negativos, média (DP)		19,88 (7,23)
SCoRS	77	
Respostas do paciente, média (DP)	77	34,25 (11,19)
Respostas do informante, média (DP)	62	39,35 (11,24)
Respostas do entrevistador, média (DP)	77	41,71 (11,44)
QLS, média (DP)	67	64,0 (22,91)
AGF, média (DP)	76	57,49 (16,45)

^a Variáveis numéricas com distribuição não paramétrica estão representadas em mediana e intervalo interquartil (IIQ); variáveis numéricas com distribuição paramétrica estão representadas em média e desvio padrão (DP). ^b Todas as variáveis tiveram a normalidade dos dados definida pelo teste de Shapiro-Wilk. ^c (SPA) De acordo com anamnese.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

2.3.2 Características psicométricas do instrumento de avaliação de funcionalidade: UPSA-B-BR

Todas as variáveis da UPSA-B-BR tiveram sua distribuição testada para normalidade por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, bem como foram inspecionadas visualmente por meio de gráficos de distribuição dos dados (histograma). Foram ainda analisados os indicadores de curtose e assimetria, sendo que nenhuma variável apresentou distribuição normal. A Tabela 5 apresenta os dados descritivos dessas variáveis.

Tabela 5:

Estatística descritiva dos itens e escores da UPSA-B-BR

Itens/ Escores UPSA-B-BR	Frequência de acertos (n = 60)	Porcentagem dos casos válidos	Mediana IIQ^a
Item			
Finanças 1 - Contar R\$ 2,15 em moedas	49	81,7	
Finanças 2 - Contar R\$ 7,90 em cédulas e moedas	36	60,0	
Finanças 3 - Contar R\$ 14,40 em cédulas e moedas	42	70,0	
Finanças 4 - Calcular e contar o troco de R\$ 10,00 para uma mercadoria que custa R\$ 6,20	18	30,0	
Finanças 5 - Preencher corretamente no cheque o campo “data”	27	45,0	
Finanças 6 - Preencher corretamente no cheque o campo “nominal à”	11	18,3	
Finanças 7 - Preencher corretamente no cheque a quantia em numeral	27	45,0	
Finanças 8 - Preencher corretamente no cheque a quantia escrita	16	26,7	
Finanças 9 - Preencher corretamente no cheque o campo “assinatura”	34	56,7	
Comunicação 1 - Discar corretamente o número da emergência (190, 192 ou 193)	36	60,0	
Comunicação 2 - Discar corretamente o número do serviço de informações – auxílio à lista (102)	21	35,0	
Comunicação 3 - Solicitação correta de informações através do serviço de informações	27	45,0	
Comunicação 4 - Discar número de telefone “de cabeça”	33	55,0	
Comunicação 5 - Discar número indicado no lembrete	45	75,0	
Comunicação 6 - Solicitar corretamente a remarcação de consulta	42	70,0	
Comunicação 7 - Lembrar da instrução de levar o cartão de marcação de consulta	18	30,0	
Comunicação 8 - Lembrar da instrução de levar para a consulta a lista de medicamentos	6	10,0	
Comunicação 9 - Lembrar da instrução de fazer jejum para o exame de sangue	33	55,0	
Escores			
Pontuação sub-escala Finanças			5,0 (2,0 – 7,0)
Pontuação sub-escala Comunicação			5,0 (3,0 – 6,0)
Pontuação Ponderada sub-escala Finanças			25,0 (10,0 – 37,5)
Pontuação Ponderada sub-escala Comunicação			28,0 (17,0 – 33,0)
Pontuação Total UPSA-B-BR			54,0 (28,5 – 68,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Na investigação da validade convergente de construto, a UPSA-B-BR apresentou correlações moderadas com a escala AGF que também se propõe a avaliar funcionalidade em sujeitos com transtornos mentais ($\rho = 0,49$; $p \leq 0,001$), o que significa que quanto maior a pontuação na escala de avaliação de funcionalidade UPSA-B-BR maior o escore na escala de avaliação global de funcionalidade. Também apresentou correlação moderada com o escore geral da escala QLS, que avalia aspectos que compõem a funcionalidade ($\rho = 0,46$; $p \leq 0,001$), indicando que quanto maior a pontuação na escala de avaliação da funcionalidade, maiores os indicadores de qualidade de vida. Entretanto, quando são correlacionados separadamente o escore total da UPSA-B-BR e os escores dos 3 fatores que constituem a QLS, encontra-se uma correlação bastante fraca entre o Fator 2 – Nível Ocupacional – e o escore total da UPSA-B-BR. Os Fatores 1 e 3 – Rede Social e Funções intrapsíquicas e relações interpessoais, respectivamente – mantiveram correlações moderadas (Pasquali, 2010), conforme pode ser observados na Tabela 6.

Tabela 6:

Correlações entre o escore total da UPSA-B-BR e outras variáveis

Instrumento/ fatores/ variável	Tamanho da amostra (n) N = 60	Correlação de Spearman - UPSA-B-BR ^a	P
SCoRS	55		
Escore total das respostas dos pacientes	55	-0,43	$\leq 0,001$
Escore total das respostas dos informantes	43	-0,40	0,008
Escore total das respostas do entrevistador	55	-0,60	$\leq 0,001$
AGF	57	0,49	$\leq 0,001$
PANSS	58		
Escore sintomas positivos		-0,28	0,04
Escore sintomas negativos		-0,56	$\leq 0,001$
Escore psicopatologia geral		-0,31	0,02
QLS	46		
Escore total		0,46	$\leq 0,001$
Escore fator 1 ^b		0,54	$\leq 0,001$
Escore fator 2 ^c		0,08	0,61
Escore fator 3 ^d		0,53	$\leq 0,001$

^a Foi utilizada a correlação de Spearman pois a variável “Escore total ponderado da UPSA-B-BR não apresentou distribuição paramétrica no teste de Shapiro-Wilk. ^b Fator 1: Rede Social. ^c Fator 2: Nível Ocupacional. ^d Fator 3: Funções intrapsíquicas e relações interpessoais. Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Na avaliação da validade de construto discriminante, as correlações foram encontradas entre os escores totais da UPSA-B-BR e os escores das subescalas “Sintomas Positivos” ($\rho = -0,28$; $p = 0,04$) e “Psicopatologia Geral” ($\rho = -0,31$; $p = 0,02$) da *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-BR) que podem ser consideradas baixas,

refletindo a discrepância entre os construtos funcionalidade e sintomas positivos típicos da esquizofrenia, bem como entre funcionalidade e sintomas de psicopatologia geral (Tabela 6).

Foi averiguada a validade de critério ou preditiva por meio de regressão logística da variável independente categórica e dicotômica (trabalha atualmente – sim/não), e os escores totais obtidos na UPSA-B-BR, em que se esperava obter associação positiva entre as variáveis, cujos escores da UPSA-B-BR aumentassem de forma estatisticamente significativa a chance de prever a situação ocupacional atual do sujeito, ou neste caso, se escores mais altos na UPSA-B-BR aumentariam a chance de prever que o sujeito se encontrava trabalhando no momento da coleta dos dados. No entanto, tal hipótese não pode ser confirmada com os resultados de tal análise que, na amostra em que a UPSA-B-BR foi coletada ($n = 60$; 8 sujeitos que trabalhavam, 52 que não trabalhavam) apresentou uma razão de chances sem significância estatística ($OR = 1,00$; $p = 0,76$). A fim de verificar a pertinência da variável situação ocupacional enquanto padrão de referência, foi realizado um teste de *Mann-Whitney* para comparar a funcionalidade em sujeitos que trabalham e em sujeitos que não trabalham. Foi encontrada uma diferença não significativa entre as condições ($U = -0,15$; $p = 0,88$).

Para a análise da Curva ROC foi utilizada como variável dependente, ou padrão ouro de funcionalidade, a situação ocupacional atual do sujeito (trabalha pelo menos 20 horas semanais remuneradas) (United States, 2005). Neste tipo de análise, a área sob a curva ROC (AUC) é uma medida de discriminação (validade de critério), em que um modelo com uma área elevada sob a curva ROC sugere que aquele conjunto de variáveis é capaz de prever com precisão o valor de uma resposta da observação (Hajian-Tilaki, 2013; Martinez et al., 2003). Entretanto, como demonstrado na Figura 2, os resultados até o momento apontaram que a UPSA-B-BR não foi capaz de discriminar os sujeitos com maior funcionalidade ($AUC = 0,52$; $p = 0,83$).

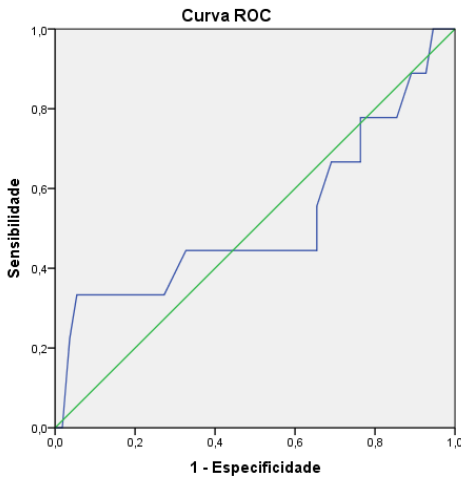
Figura 2: Curva ROC para o escore total ponderado da UPSA-B-BR

Figura 2. Análise da Curva ROC na qual a variável dependente, ou padrão ouro de funcionalidade, foi a situação ocupacional atual do sujeito (trabalha pelo menos 20 horas semanais remuneradas) Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Para a avaliação da confiabilidade (precisão) por meio da técnica das metades partidas ou *Split-half*, a UPSA-B-BR foi avaliada por intermédio do teste *Kuder-Richardson*. Tal técnica estatística, equivalente e interpretada da mesma forma que o coeficiente α de *Cronbach*, é uma medida de confiabilidade para instrumentos com respostas dicotômicas. A UPSA-B-BR apresentou um índice de consistência interna considerado bom (18 itens; $KR20 = 0,87$).

Embora o tamanho da amostra deste estudo tenha sido pequeno e provavelmente insuficiente para a generalização dos resultados encontrados por intermédio de uma análise fatorial, tais análises foram feitas com o objetivo de comparar as soluções encontradas com os poucos estudos que utilizaram a mesma técnica de validade de construto e ampliar a discussão acerca da atual proposta teórica de representação da funcionalidade em esquizofrenia (Damásio, 2012).

A adequação da matriz de dados em relação à utilização da técnica de análise fatorial foi averiguada por meio do critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. O teste de esfericidade de *Bartlett* examina a presença de correlações entre as variáveis, fornecendo um indicador da significância estatística de que a matriz de correlação apresenta correlações significantes entre pelo

menos algumas das variáveis, sendo que níveis de significância $p < 0,05$ dos valores encontrados no teste de esfericidade de *Bartlett* indicam que a matriz é passível de fatoração (Hair et al., 2009; Pasquali, 2012). O teste de adequação da amostra *KMO* avalia as correlações parciais das variáveis, e seus resultados devem ser interpretados de acordo com os seguintes indicadores: 0,80 ou acima, extraordinário; 0,70 ou acima, mediano; 0,60 ou acima, medíocre; 0,50 ou acima, ruim; e abaixo de 0,50, inaceitável (Damásio, 2012; Hair et al., 2009). A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* no presente estudo indicou adequação amostral mediana para a análise ($KMO = 0,78$) e o teste de esfericidade de *Bartlett* [$X^2(153) = 496,215$; $p > 0,001$], mostrou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise.

Para verificar o número de fatores a serem extraídos utilizaram-se dois critérios: o de *Kaiser*, e a análise paralela – técnica que compara os *eigenvalues* de uma matriz simulada composta por variáveis randomicamente selecionadas e a matriz dos resultados encontrados empiricamente. O critério de *Kaiser* propõe a rejeição de fatores que apresentem *eigenvalues* (autovalores) inferiores a um, enquanto a análise paralela sugere que se rejeitem fatores com *eigenvalues* maiores que um, mas com *eigenvalues* menores que o resultado obtido na análise paralela (Pasquali, 2012).

A análise inicial foi realizada a partir de uma matriz tetracórica resultante das correlações dos 18 itens que compõem a versão breve do instrumento, sem o estabelecimento de nenhum critério, sem rotações e sem limitar a extração de fatores, com o objetivo de obter uma ideia inicial acerca da estrutura do instrumento. Esta análise mostrou que cinco fatores obedeceram o critério de *Kaiser* do autovalor (*eigenvalue*) maior que 1. Na análise paralela (Figura 3) também foram encontrados valores aceitáveis para uma solução fatorial composta por até cinco fatores. Dessa forma, optou-se por realizar análises fatoriais com a extração de cinco, quatro, três e dois fatores, com rotações oblíquas, uma vez que a literatura acerca do instrumento sugere a correlação entre os fatores apresentados (Harvey et al., 2013; Mausbach et al., 2006). Em todas as etapas das análises, foram executadas as rotações *oblmin* e *promax*, sendo que as melhores soluções foram encontradas com a rotação *oblmin*, que são reportadas a seguir.

Todas as soluções fatoriais foram analisadas respeitando a pertinência teórica dos fatores encontrados. Além disso, foram consideradas as seguintes características das dimensões identificadas: cargas fatoriais, precisão das dimensões e a variância explicada. Com base nesses critérios, as soluções fatoriais de cinco e quatro fatores

mostraram-se insatisfatórias com itens carregando em dois, e as vezes três fatores, enquanto modelos de dois e três fatores sugeriram maior pertinência entre os agrupamentos.

Figura 3. Análise Paralela

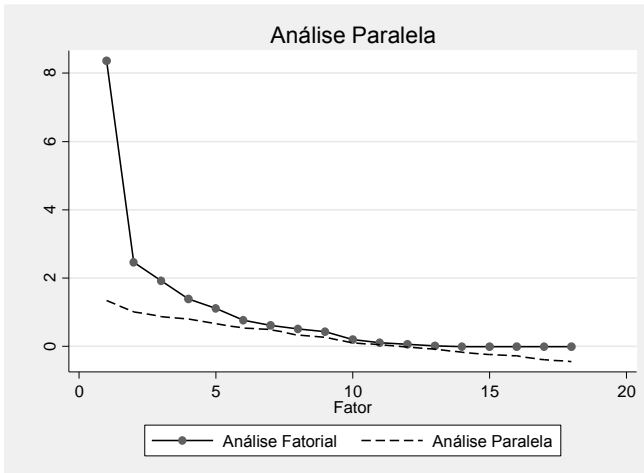


Figura 3. Análise paralela na qual foram encontrados valores aceitáveis para uma solução fatorial composta por até cinco fatores. Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Ao comparar a solução de dois fatores com a solução de três fatores, o carregamento dos itens em mais de um fator mostrou-se mais problemático para a solução de três fatores. No entanto, essa solução apresentou índices melhores de *uniqueness* – proporção da variância do item que não é explicada pelos fatores extraídos. Nessa análise, um índice de *uniqueness* acima de 0,40 foi considerado como indicativo de pouca relação entre o item e os fatores extraídos ou pouca relação entre o item e o construto, sendo que neste modelo de três fatores apenas dois itens apresentaram valores acima de 0,45.

A solução de dois fatores forneceu construções menos complexas do que aquelas encontradas na solução de três fatores. No modelo menos complexo, com exceção do item 9 do domínio da comunicação, todos os outros itens apresentaram cargas fatoriais significativas (acima de 0,35) em apenas um fator. Contudo, em tal modelo, a proporção de variância dos itens que não pode ser explicada pelos fatores extraídos foi

bastante elevada, apresentando oito itens com *uniqueness* maiores que 0,45 (Tabela 7).

Tabela 7:

Cargas fatoriais e uniqueness para o modelo de dois fatores composto dos 18 itens originais da UPSA-B-BR

Variável	Fator 1	Fator 2	Uniqueness
Finanças 1 - Contar R\$ 2,15 em moedas	0,90		0,24
Finanças 2 - Contar R\$ 7,90 em cédulas e moedas	0,59		0,58
Finanças 3 - Contar R\$ 14,40 em cédulas e moedas	0,63		0,50
Finanças 4 - Calcular e contar o troco de R\$ 10,00 para uma mercadoria que custa R\$ 6,20	0,68		0,55
Finanças 5 - Preencher corretamente no cheque o campo "data"	0,87		0,23
Finanças 6 - Preencher corretamente no cheque o campo "nominal à"	0,86		0,32
Finanças 7 - Preencher corretamente no cheque a quantidade em numeral	0,88		0,24
Finanças 8 - Preencher corretamente no cheque a quantidade escrita	0,74		0,46
Finanças 9 - Preencher corretamente no cheque o campo "assinatura"	0,87		0,20
Comunicação 1 - Discar corretamente o número da emergência (190, 192 ou 193)	0,41		0,74
Comunicação 2 - Discar corretamente o número do serviço de informações – auxílio à lista (102)		0,96	0,12
Comunicação 3 - Solicitação correta de informações através do serviço de informações		0,87	0,20
Comunicação 4 - Discar número de telefone "de cabeça"	0,51		0,76
Comunicação 5 - Discar número indicado no lembrete	0,87		0,19
Comunicação 6 - Solicitar corretamente a remarcação de consulta	0,80		0,19
Comunicação 7 - Lembrar da instrução de levar o cartão de marcação de consulta		0,67	0,54
Comunicação 8 - Lembrar da instrução de levar para a consulta a lista de medicamentos		0,54	0,70
Comunicação 9 - Lembrar da instrução de fazer jejum para o exame de sangue	0,57	0,39	0,41

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Uma última análise foi executada na qual o item Comunicação 9 foi retirado, uma vez que o mesmo apresentou cargas fatoriais significativas nos dois fatores. A variância explicada pela solução de dois fatores manteve-se em 60% mesmo após a retirada do referido item. Após esta alteração também foi executada uma nova avaliação da confiabilidade (precisão) por meio da técnica das metades partidas ou *Split-half*. A versão da UPSA-B-BR sem o item de comunicação manteve o índice de consistência interna encontrado anteriormente (17 itens; $KR20 = 0,87$), indicando que, neste estudo, o modelo com dois fatores e sem o item 9 de comunicação, é a solução mais adequada. Na Tabela 8 podem ser vistas as cargas fatoriais, *uniqueness* e itens que compõem o modelo resultante do presente estudo. Os *eigenvalues* dos

fatores extraídos foram 7,89 (fator 1) e 2,41 (fator 2), enquanto a variância explicada por esses fatores foi de 45% e 20% respectivamente.

Tabela 8:

Cargas fatoriais da solução de 2 fatores sem o item Comunicação 9

Variável/ Item	Fator 1	Fator 2	Uniqueness
Finanças 1 - Contar R\$ 2,15 em moedas	0,89		0,24
Finanças 2 - Contar R\$ 7,90 em cédulas e moedas	0,59		0,58
Finanças 3 - Contar R\$ 14,40 em cédulas e moedas	0,62		0,48
Finanças 4 - Calcular e contar o troco de R\$ 10,00 para uma mercadoria que custa R\$ 6,20	0,67		0,54
Finanças 5 - Preencher corretamente no cheque o campo “data”	0,87		0,22
Finanças 6 - Preencher corretamente no cheque o campo “nominal à”	0,85		0,31
Finanças 7 - Preencher corretamente no cheque a quantia em numeral	0,90		0,20
Finanças 8 - Preencher corretamente no cheque a quantia escrita	0,74		0,45
Finanças 9 - Preencher corretamente no cheque o campo “assinatura”	0,87		0,20
Comunicação 1 - Discar corretamente o número da emergência (190, 192 ou 193)	0,41		0,74
Comunicação 2 - Discar corretamente o número do serviço de informações – auxílio à lista (102)		0,96	0,10
Comunicação 3 - Solicitação correta de informações através do serviço de informações		0,89	0,16
Comunicação 4 - Discar número de telefone “de cabeça”	0,50		0,75
Comunicação 5 - Discar número indicado no lembrete	0,87		0,20
Comunicação 6 - Solicitar corretamente a remarcação de consulta	0,80		0,20
Comunicação 7 - Lembrar da instrução de levar o cartão de marcação de consulta		0,65	0,56
Comunicação 8 - Lembrar da instrução de levar para a consulta a lista de medicamentos		0,49	0,74

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Embora os itens do domínio Habilidades Financeiras tenham carregado no seu fator correspondente, quatro dos oito itens apontados como pertencentes ao domínio das habilidades de comunicação agruparam-se com o domínio de habilidades financeiras. Esperava-se que esses itens carregassem no segundo fator, conforme proposta de classificação das habilidades encontrada na construção do instrumento. Além dos quatro itens de comunicação que carregaram no fator Finanças, o item 9 de comunicação foi o que carregou em ambos os fatores, ou seja, metade dos itens do domínio Comunicação apresentam alguma dificuldade de acordo com os dados coletados.

O desempenho instável dos itens de comunicação repete-se na análise das correlações Item-Resto (teste *Kuder-Richardson*) do modelo final acima apresentado. Os itens comunicação 2, comunicação 4,

comunicação 7 e comunicação 8 foram os que apresentaram piores correlações Item-Resto ($KR20 = 0,28$; $KR20 = 0,27$; $KR20 = 0,21$ e $KR20 = 0,16$ respectivamente). Além disso, o agrupamento dos 4 itens no segundo fator – supostamente composto de itens relativos à comunicação – parece abranger tópicos pouco comuns aos hábitos dos sujeitos que fizeram parte da amostra e conter assuntos que extrapolam a habilidade de comunicação.

Em síntese, ainda que a análise fatorial tenha sido calculada com um tamanho de amostra reduzido, e de grande parte da variância de alguns itens não ser explicada pelos fatores extraídos, este estudo traz evidências de uma estrutura de pelo menos dois fatores, diferindo da proposta original de um único fator para explicar o fenômeno funcionalidade em esquizofrenia.

2.4 Discussão

Situação ocupacional é entendida como um dos domínios do construto funcionalidade em pacientes com esquizofrenia e, frequentemente, é considerada essencial para o bem-estar, a qualidade de vida e um melhor prognóstico do transtorno. Mesmo quando os pacientes apresentam remissão de sintomas e uma melhora no nível de funcionamento geral, déficits funcionais ainda são encontrados nas áreas de relações sociais e do trabalho, fazendo com que a situação ocupacional seja um padrão de referência (ouro) de funcionalidade em esquizofrenia (Schennach et al., 2012). A importância da situação ocupacional enquanto desfecho de funcionalidade de pacientes com esquizofrenia tem sido apoiada por um número considerável de pesquisas (Albert et al., 2011; August, Kiwanuka, McMahon, & Gold, 2012; McGurk, Mueser, DeRosa, & Wolfe, 2009; Ramsay, Stewart, & Compton, 2012; Reddy, Llerena, & Kern, 2016; Reichenberg et al., 2014; Schennach et al., 2012), mas apesar disso, no presente estudo, o uso dessa variável como padrão de referência não se mostrou satisfatório para as análises de validade de critério (ou preditiva). Tanto nas análises da curva ROC quanto por meio de regressão logística, não foram encontradas na amostra desta pesquisa diferenças significativas nos níveis de funcionalidade entre os sujeitos que trabalham e aqueles que não trabalham.

Uma das explicações para esses resultados é o baixo número de sujeitos que trabalham dentre os 60 participantes que foram avaliados pela UPSA-B-BR nesse estudo: apenas 8 casos, menos de 30% da

amostra. Isso fez com que a distribuição amostral da variável dependente (situação ocupacional) não fosse normal, violando um dos pressupostos da análise de regressão. Ainda assim, por intermédio do teste de *Mann-Whitney* para amostras não paramétricas, a comparação da funcionalidade de sujeitos que trabalham e de sujeitos que não trabalham indicou resultados estatisticamente não significativos. Ao analisar-se conjuntamente esses resultados, pode-se questionar a utilização da variável situação ocupacional enquanto único padrão de referência em pesquisas focadas na investigação de funcionalidade em esquizofrenia.

É preciso considerar a hipótese desse critério, isoladamente, não ser suficiente para discriminar a funcionalidade dos sujeitos. Mais ainda, faz-se necessário um exame mais profundo acerca da presença de fatores de confusão permeando a variável “situação ocupacional” (Tandberg, Sundet, Andreassen, Melle, & Ueland, 2013). Por exemplo, é possível que parte da amostra aqui estudada, mesmo tendo condições parciais de trabalhar, opte por não fazê-lo afim de garantir o direito à concessão de benefícios sociais. O contexto brasileiro ainda não conta com políticas de saúde pública adequadas à incapacidade parcial e permanente dos beneficiários; ou o sujeito é considerado totalmente incapaz de trabalhar (temporariamente ou permanentemente) e tem direito a um benefício social, ou ele é perfeitamente capaz de se manter financeiramente sem necessitar de qualquer suporte (Diniz, Squinca, & Medeiros, 2007; Santos, 2016).

Pessoas com esquizofrenia podem apresentar uma incapacidade parcial e permanente, acarretando na necessidade de algum apoio, seja do Estado ou da família (Addington, Piskulic, & Marshall, 2010; Allott et al., 2013; Baksheev, Allott, Jackson, McGorry, & Killackey, 2012; Evensen et al., 2016). Respalhando essa reflexão, o “Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade” aponta que, no Brasil, a esquizofrenia é responsável por boa parte do afastamento definitivo do trabalho não relacionado à atividade laboral. Dentre as concessões de aposentadoria por invalidez causada por adoecimento mental e comportamental, a esquizofrenia responde por 26,27% dos casos e o transtorno esquizoafetivo por outros 5,09% dos casos entre os anos de 2012 e 2016 (Ministério da Fazenda, 2017).

Vale notar que outros estudos de validação da UPSA e sua versão breve não utilizaram marcos funcionais, tais como a independência residencial ou o emprego enquanto padrões de referência na análise de validade discriminante. A UPSA e UPSA-B não têm como objetivo o diagnóstico de sujeitos com esquizofrenia, mas sim, discriminar níveis

de funcionalidade nos sujeitos com esquizofrenia. Apesar disso, os estudos de validação encontrados reportam o poder de discriminação desses instrumentos baseado em comparações entre o desempenho de pessoas com esquizofrenia com grupos de controle saudáveis, ou seja, de pessoas sem esquizofrenia (Garcia-Portilla et al., 2013; Mausbach et al., 2016; Sumiyoshi et al., 2014).

Os resultados do presente estudo confirmam a eficácia da estratégia escolhida nessa pesquisa para mensuração de funcionalidade em esquizofrenia (Galderisi et al., 2014; Harvey, 2014a). Esperava-se encontrar associações altas entre funcionalidade (score total da UPSA-B-BR) e qualidade de vida (Edmondson, Pahwa, Lee, Hoe, & Brekke, 2012), mais especificamente com o domínio ocupacional (Fator 2 da QLS). Entretanto, os achados evidenciaram as diferenças entre a mensuração da ocorrência do fenômeno e da percepção subjetiva do sujeito acerca do fenômeno e corroboram estudos que apontam as diferenças entre condição clínica e funcional do sujeito e percepção subjetiva de sua própria condição (Durand et al., 2015; Gould et al., 2013; Harvey, 2014a; Reichenberg et al., 2014; Roe, Mashiach-Eizenberg, & Lysaker, 2011). Com isso pode-se afirmar que estratégias de avaliação de funcionalidade baseadas na percepção do sujeito sobre si mesmo não devem ser a única fonte de informação, embora possam ser utilizadas como informação complementar.

Correlações mais fortes entre funcionalidade (UPSA-B-BR), sintomas negativos (PANSS s. negativos) e cognição (SCoRS) eram esperadas, pois entende-se que esses instrumentos medem construtos relacionados, mas não idênticos (Garcia-Portilla et al., 2013; Mausbach et al., 2009). Contudo, correlações negativas e mais baixas, mas ainda significativas, com sintomas positivos e sintomas de psicopatologia em geral indicam que a UPSA-B-BR está discriminando algo diferente de sintomas psiquiátricos. Junto a isso, os resultados de confiabilidade e de precisão indicam que a estrutura interna da UPSA-B-BR é consistente e coerente com resultados encontrados em outros estudos de validação (Garcia-Portilla et al., 2013; Mantovani, 2015; Olsson, Helldin, Hjärthag, & Norlander, 2012).

A análise fatorial é uma técnica estatística de extrema relevância no contexto de validação de instrumentos de avaliação, pois possibilita o agrupamento de variáveis a partir das associações entre elas. Tais agrupamentos, chamados de fatores, representam empiricamente as dimensões do fenômeno (construto) estudado, possibilitando a confirmação ou a contestação de modelos teóricos elaborados para descrever tal fenômeno (Hair et al., 2009; Pasquali, 2012). Apesar de

essa técnica ser de extrema valia para a análise do construto, os estudos encontrados de validação da UPSA e da sua versão breve (UPSA-B) não relatam a utilização da análise fatorial, apenas assumem como adequada e reproduzem a estrutura proposta Patterson e Mausbach (Garcia-Portilla et al., 2013; Kim et al., 2017; Mantovani, 2015; Mausbach et al., 2006; Olsson et al., 2012; Patterson et al., 2001; Sumiyoshi et al., 2014).

Ainda que os autores da UPSA e UPSA-B separem o conjunto dos itens em diferentes domínios ou habilidades (cinco domínios na versão completa e dois na versão breve), o estudo de validação do instrumento completo não relata a utilização de estratégias de análise fatorial, e o estudo de desenvolvimento da sua versão reduzida caracteriza ambas as versões como uni fatoriais (Mausbach et al., 2006). Nesse último, os procedimentos de análise fatorial são minimamente descritos, o que impossibilita a comparação dos resultados aqui encontrados. A escassez de estudos que utilizem a técnica de análise fatorial contribui para a construção de um cenário lastimável, no qual a compreensão e desenvolvimento do construto deixa de se amparar em valiosas informações empíricas que esse tipo de análise pode trazer (Damásio, 2012; Hair et al., 2009; Pasquali, 2012).

Com o intuito de oferecer referências para futuras pesquisas, não apenas sobre a UPSA-B-BR, mas principalmente sobre o construto funcionalidade, optou-se nessa pesquisa pela execução de análise fatorial, independentemente da amostra disponível impossibilitar qualquer generalização das informações relatadas a seguir. Diferentemente da proposta de uma estrutura uni fatorial (Mausbach et al., 2006), as soluções aqui encontradas evidenciam que o fenômeno mensurado pela UPSA-B-BR é composto de mais de um domínio. Além disso, os resultados aqui encontrados levantam dúvidas em relação à qualidade de alguns itens e à caracterização dos domínios que compõem o instrumento.

Em relação ao agrupamento de itens do primeiro fator, quatro itens que deveriam avaliar habilidades de comunicação apresentaram maiores associações e, portanto, se agruparam com os itens que, de acordo com a proposta teórica, avaliam “Habilidades Financeiras”. Entretanto, o conteúdo dos itens de comunicação em nada se assemelha à temática proposta no fator em que se agrupou (discar corretamente o número da emergência, discar número de telefone “de cabeça”, discar número indicado no lembrete e solicitar corretamente a remarcação de consulta). Efetivamente, o primeiro fator parece compilar itens que representam habilidades de vida independente ou habilidades cotidianas.

Também pode ser questionado o agrupamento de itens do segundo fator do modelo resultante desse estudo. Conforme a proposta dos autores do instrumento, o segundo fator ou domínio deveria compilar itens que representassem “Habilidades de Comunicação”. Contudo, o agrupamento compreendido no segundo fator, exceção do item comunicação 3, parece ter agregado itens que descrevem hábitos, comportamentos ou informações menos rotineiras (discar corretamente o número do serviço de informações/ auxílio à lista; lembrar da instrução de levar o cartão de marcação de consulta e lembrar da instrução de levar para a consulta a lista de medicamentos). Outros estudos apontaram desempenhos estatísticos piores do domínio “Habilidades de Comunicação” como um todo (Mantovani, 2015; Sumiyoshi et al., 2014).

Em resumo, é importante discutir se a UPSA-B-BR está avaliando o construto a que se propôs, bem como questionar se a atual definição de funcionalidade precisa ser revista. Os resultados aqui encontrados indicam que a UPSA-B-BR consegue discriminar variações na manifestação de um fenômeno, mas resta saber se o instrumento está mensurando de fato, e apenas, o fenômeno funcionalidade em esquizofrenia. Em outras palavras, é preciso verificar se as limitações encontradas são consequência da estrutura do instrumento ou se o construto está definido de forma insatisfatória. Por fim, é necessário examinar a validade dos achados aqui relatados, ou seja, é preciso comparar os resultados aqui reportados com outras pesquisas afim de minimizar possíveis erros causados pelo tamanho amostral.

ESTUDO 3. Avaliação de Funcionalidade em Pacientes com Esquizofrenia

3.1 Introdução

Estudos de prevalência dos transtornos mentais estimam que 0,4% da população mundial seja acometida pela esquizofrenia – transtorno que está entre as principais causas de incapacidade (Bhugra, 2005; Liu, Song, Chen, Paradis, & Zheng, 2014; Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005; Simeone, Ward, Rotella, Collins, & Windisch, 2015; Vanasse et al., 2012; World Health Organization, 2008). Mesmo após a redução dos sintomas típicos do transtorno, são comuns os déficits no funcionamento cotidiano, incluindo funcionamento social e ocupacional, habilidades de vida independente, administração das medicações prescritas e habilidades de autocuidado (Keefe et al., 2013). Alguns estudos apontam locais nos quais a prevalência da esquizofrenia é maior em homens do que em mulheres (Moreno-Küstner et al., 2016; Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010; Saha et al., 2005; Xiang et al., 2008), embora não existam evidências que suportem um consenso mundial acerca deste dado (Kirkbride et al., 2006; Shivashankar et al., 2013).

A psicose relacionada à esquizofrenia emerge tipicamente entre o final da adolescência e início da idade adulta, numa fase crítica da vida, quando está em curso a conclusão da formação escolar e o início da vida profissional (Baksheev et al., 2012). Achados científicos apontam que pacientes com esquizofrenia têm seu primeiro contato com o serviço de saúde mental antes dos 35 anos de idade, e que a idade de início do transtorno nos homens é menor do que nas mulheres (Ayuso-Mateos, Gutierrez-Recacha, Haro, & Chisholm, 2006; Kirkbride et al., 2006; Phanthunane et al., 2010). Além disso, muitas vezes, o desempenho educacional de pessoas com doença mental grave é prejudicado devido à idade de início da doença, podendo acarretar em uma reduzida capacidade dos pacientes em obter trabalho na vida adulta (Butler, Howard, Choi, & Thornicroft, 2010; Giugiario et al., 2012). Respalhando esta informação, alguns estudos indicam que jovens com transtorno mental abandonam os estudos com maior frequência, em comparação à taxa de abandono da população estudantil em geral (Ramsay et al., 2012; Schindler & Sauerwald, 2013).

Em oposição a esse cenário, pacientes que transpõem as dificuldades ocasionadas pela eclosão do transtorno e alcançam a inserção no mercado de trabalho, ou mantêm-se engajados na formação

acadêmica, apresentam menos sintomas psicopatológicos, melhor funcionamento global e qualidade de vida (Jackson, Kelland, Cosco, McNeil, & Reddon, 2009; Schennach et al., 2012). Essa associação faz com que habilidades de vida independente e funcionamentos social e ocupacional adequados possam ser entendidos como padrões de referência de funcionalidade em esquizofrenia (Bowie et al., 2006; Morgan et al., 2012; Schennach et al., 2012).

Outros fatores clínicos comuns à esquizofrenia também foram associados a desfechos de funcionalidade, tais como: a) número de hospitalizações; b) tempo de duração dos períodos de internação; c) número de tentativas de suicídio (Butler et al., 2010; Zhang, Mi, Li, Shi, & Xiao, 2015); e, d) tempo de doença sem tratamento (On, Cotton, Farhall, Killackey, & Allott, 2016; Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005). Entretanto, os sintomas típicos do transtorno e os aspectos cognitivos são os dois mais importantes preditores de funcionalidade conhecidos (Christensen, 2007; Gee et al., 2016; Green et al., 2015; Wciórka, Świtaj, & Anczewska, 2015).

Os sintomas positivos típicos do transtorno (alucinações, delírios, comportamento e pensamento desorganizado) parecem exercer uma influência menos significativa no funcionamento dos pacientes. Já os sintomas negativos típicos (isolamento social, apatia, embotamento afetivo e discurso empobrecido) são inversamente correlacionados com padrões de referência de funcionalidade, como por exemplo, a inserção no mercado de trabalho. Além dos sintomas negativos, a cognição tem sido extensamente pesquisada, sendo que os resultados apontam que a cognição tem impacto mais significativo na funcionalidade de sujeitos com esquizofrenia (Christensen, 2007; Gee et al., 2016; Green, 2016; Rabinowitz et al., 2012; Strassnig et al., 2015).

Apesar de as pesquisas apontarem constantemente a associação entre sintomas negativos e déficits cognitivos, a relação entre essas variáveis ainda não é clara, e, embora a hipótese de uma fisiopatologia comum ou sobreposta ser pesquisada, a extensão desta sobreposição ainda não foi esclarecida (Buchanan et al., 2011; Howes & Murray, 2014; Millan et al., 2016). As funções cognitivas parecem explicar de forma mais relevante o funcionamento ocupacional dos pacientes com esquizofrenia e de forma menos marcante o desempenho social uma vez que encontra-se uma predominância de evidências apontando a função cognitiva como um preditor de inserção no mercado de trabalho (Bergh et al., 2015; Buchanan et al., 2011; Burton et al., 2013; Giugiaro et al., 2012; Tandberg et al., 2013).

Com a melhora obtida por meio de tratamentos farmacológicos nas últimas quatro décadas, as condições de vida dos pacientes com esquizofrenia atingiram resultados surpreendentes, marcados por remissão de sintomas e, em alguns casos, a presença de um funcionamento psicossocial relativamente normal (Fleischhacker et al., 2014; Liberman & Kopelowicz, 2005). A recuperação do paciente é hoje entendida como uma forma de progresso que vai além do controle e da melhora clínica dos sintomas do transtorno, sendo assim compreendida enquanto um processo de crescimento e desenvolvimento pessoal, que proporciona uma existência satisfatória e produtiva, apesar de possíveis limitações impostas pelo quadro (Savilla, Kettler, & Galletly, 2008). Assim, as principais dimensões de desfecho em esquizofrenia compreendem: a) situação funcional (ou funcionalidade), b) condição clínica, e, c) percepção subjetiva do paciente, sendo que nem sempre essas áreas melhoram juntas (Green, 2016).

A avaliação da qualidade de vida em sujeitos com esquizofrenia visa mensurar a percepção subjetiva do paciente em relação às dimensões do funcionamento psicossocial, como trabalho, escola, vida familiar, amigos, recreação e vida independente, ou seja, a percepção do sujeito acerca do resultado da interação entre estruturas e funções do corpo com fatores ambientais que podem levar à restrição da participação social (Cardoso et al., 2002; Santos, 2016; Ueoka et al., 2011). É comum a associação entre insatisfação com a vida e esquizofrenia, uma vez que esses pacientes podem ter uma capacidade diminuída de relações sociais, serem incapazes de cuidar de suas próprias necessidades diárias, terem menor probabilidade de inserção no mercado de trabalho e maiores dificuldades em manter uma vida independente (Csoboth, Witt, Villa, & O’Gorman, 2015; Katz, Gilad Izhaky, Ziv, & Revach, 2013). Índices menores de qualidade de vida têm sido associados a sintomas negativos mais elevados na esquizofrenia (Savilla et al., 2008), e as evidências também indicam que os déficits cognitivos comuns nos pacientes com esquizofrenia incidem sobre a qualidade de vida do paciente e sua capacidade de funcionar diariamente (Roe et al., 2011; Ventura, Wood, & Helleman, 2013).

Diante do exposto, pesquisas acerca da funcionalidade nos pacientes com esquizofrenia precisam englobar todas as variáveis anteriormente descritas, seja com o objetivo de controlar o efeito de variáveis de confusão (Dancey & Reidy, 2006), de investigar o impacto de variáveis que ainda apresentam conclusões conflitantes (Bond & Drake, 2008), de confirmar os achados internacionais acerca do assunto ou, ainda, de explorar as relações entre os aspectos preditores do

fenômeno. O objetivo deste estudo, então, é avaliar a funcionalidade de pacientes adultos com esquizofrenia e seus preditores por meio da investigação das relações entre variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas, cognição, qualidade de vida e o desfecho de funcionalidade.

3.2 Método²

3.2.1 Natureza e delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, de abordagem quantitativa, de levantamento de dados com corte transversal e objetivo descritivo, pois busca caracterizar numericamente as tendências da população de pacientes com esquizofrenia, através do exame de uma amostra de tal população (Dancey & Reidy, 2006; Gil, 2002). Apresenta também propósito explicativo, pois examina, associa e compara as relações e a força das relações existentes, explicando e prevendo o grau de relação entre variáveis relacionadas ao fenômeno da funcionalidade na esquizofrenia (Creswell, 2010; Gray, 2012; Sampieri et al., 2006).

3.2.2 Participantes, implicações éticas e contexto da pesquisa

Esta pesquisa contou com uma amostra não probabilística, escolhida por conveniência (Creswell, 2010), de 129 pacientes com esquizofrenia, atendidos no Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses do PRMP-IPq/SC/SES. A pesquisa fez parte do estudo “Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao prognóstico dos pacientes com esquizofrenia e outras psicoses, atendidos pelo Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (PRMP-IPq/SC/SES)”, que teve sua aprovação no Conselho de Ética em Pesquisas/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/ CONEP) em 01/03/2016, de acordo com parecer número 1.432.157 (Apêndice A).

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) é o maior hospital público especializado em Psiquiatria de Santa Catarina, atendendo pacientes de todo o Estado, além de ser referência estadual no tratamento da esquizofrenia. Fundado em 1941, conta atualmente com 160 leitos de internações para pacientes com quadros agudos, bem como, desde 2004, com um programa de Residência Médica em

² Os Estudos 2 e 3 compartilham grande parte do método de pesquisa, uma vez que são parte de um mesmo estudo, entretanto optou-se por repetir certas informações para facilitar a compreensão do leitor.

Psiquiatria. O hospital, em conjunto com o Programa de Residência Médica, oferece atendimento ambulatorial e recebe os pacientes que estiveram internados no IPq/SC ou aqueles agendados via Central de Marcação de Consultas da Rede de Atenção Psicossocial do Estado.

Os critérios de inclusão dos participantes nesta pesquisa foram: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo que estivessem em acompanhamento regular no Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses do PRMP-IPqSC/SES; além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo paciente e seu responsável (Apêndice B). Os critérios de exclusão dos participantes foram: avaliação clínica de deficiência intelectual que comprometa a compreensão das entrevistas; diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo não confirmado pelo instrumento MINI Plus e/ou abandono de tratamento/acompanhamento no Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses do PRMP-IPqSC/SES superior a noventa dias.

3.2.3 Variáveis de estudo e fontes de coletas de dados

Foram analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, grau de instrução, situação conjugal, situação ocupacional atual, renda, medicação utilizada, idade de início da doença, duração da psicose não tratada, tempo de doença, número de tentativas de suicídio, número de hospitalizações e dosagem da medicação antipsicótica utilizada pelos sujeitos da pesquisa. Cabe destacar que os dados das variáveis sociodemográficas foram obtidos por meio de Questionário Sociodemográfico (Apêndice C) respondido pelo paciente e/ou familiar e, quando necessário, mediante consulta aos prontuários dos pacientes cadastrados no Ambulatório de Esquizofrenia e Outras Psicoses do Programa de Residência Médica do IPq/SC.

Sintomas positivos, sintomas negativos e comorbidades foram as variáveis clínicas incluídas neste estudo, as quais foram coletadas por meio dos seguintes instrumentos: a) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) para triagem de transtornos mentais, incluindo a triagem de síndromes psicóticas (Apêndice D), e MINI Plus para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia (Apêndice E) e; b) *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-BR) – para a avaliação dos sintomas típicos da esquizofrenia (Apêndice F).

A variável cognição foi avaliada por intermédio da *Schizophrenia Cognition Rating Scale* – SCoRS-BR (Apêndice G). A variável

qualidade de vida foi analisada mediante aplicação da Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia – QLS-BR (Apêndice H).

A variável de desfecho para este estudo foi a funcionalidade, investigada por meio da aplicação do instrumento *University of California – San Diego – Performance-Based Skills Assessment*: versão breve - UPSA-B-BR (Apêndice J). Vale esclarecer que a escala de Avaliação Global de Funcionalidade – AGF (Apêndice I) foi aplicada para atender os objetivos do estudo de validade psicométrica da UPSA-B-BR – relatado no estudo 2 –, porém não será utilizada como fonte de informação no presente estudo.

3.2.4 Instrumentos de coleta de dados

a) Questionário Sociodemográfico: questionário com questões para controle de variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade, idade de início da doença, duração da psicose não tratada, tempo de doença, uso de substâncias psicoativas prévio ao surgimento da doença, número de tentativas de suicídio e de hospitalizações ao longo da vida, situação ocupacional, entre outros aspectos identificados na literatura como relevantes no estudo da funcionalidade de pacientes com esquizofrenia. O tempo estimado para a aplicação do questionário é de 10 minutos.

b) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI): trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), elaborada em conformidade com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, e que é utilizada tanto na prática clínica, quanto na pesquisa em psiquiatria. Pode ser utilizada por clínicos após treinamento com duração de 1 a 3 horas e foi validada para uso no contexto brasileiro (Amorim, 2002). A MINI é organizada em módulos diagnósticos independentes, com intenção de ampliar a sensibilidade do instrumento. A pontuação das questões é dicotômica (sim ou não) para todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), e, por meio de uma ou duas questões de entrada em cada módulo, sendo que critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas, reduzindo o tempo de aplicação e o desgaste dos sujeitos.

c) MINI Plus: trata-se da versão Plus do MINI, sendo um instrumento mais detalhado capaz de produzir diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. Tal avaliação mais aprofundada explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV, além de investigar a

cronologia dos transtornos identificados na avaliação. O MINI Plus permite a utilização dos módulos diagnósticos separadamente. Sendo assim, nesta pesquisa foi utilizado o módulo específico para transtornos psicóticos. Esta flexibilidade do instrumento possibilita uma investigação mais detalhada dos critérios necessários para a confirmação do diagnóstico de esquizofrenia e é, atualmente, o único questionário padronizado de aplicação rápida (15-30 minutos), disponível para a avaliação dos transtornos psicóticos (Amorim, 2002).

d) *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-BR): essa escala de sintomas positivos e negativos na esquizofrenia é um dos instrumentos mais usados na avaliação dos sintomas psicóticos. É composta de 30 itens divididos em três subescalas – Sintomas Positivos, Sintomas Negativos e Psicopatologia Geral – e foi desenvolvida para avaliar a severidade dos sintomas e as alterações na sintomatologia decorrentes dos tratamentos farmacológicos. É um instrumento utilizado frequentemente para investigar a eficácia das medicações antipsicóticas e sua estrutura tem sido confirmada em estudos de tradução para diferentes línguas. Os itens são pontuados entre 1 (ausência do sintoma) e 7 (presença extrema do sintoma), representando um aumento nos níveis observados dos sintomas psicóticos e psicopatológicos. A soma da pontuação dos itens resultará no escore de cada subescala, mas o escore ponderado será o resultado da subtração do escore da escala de Sintomas Negativos do escore da escala de Sintomas Positivos, podendo variar entre -42 e +42. O tempo esperado para a aplicação é de 20 minutos (Higuchi et al., 2014; Kay et al., 1987).

e) *Schizophrenia Cognition Rating Scale* (SCoRS-BR): é um instrumento que foi desenvolvido para o contexto específico da esquizofrenia baseada nas atividades cotidianas de pacientes com tal diagnóstico. O instrumento pretende avaliar a atenção, memória, raciocínio e capacidade de resolver problemas, memória de trabalho, linguagem e habilidades motoras, e é composto por 20 itens que podem ser pontuados entre 0 (ausência de alterações) e 4 (comprometimento máximo). A SCoRS-BR examina a cognição por meio de três fontes diferentes de informação: o paciente, um informante que tenha contato regular com o paciente e o entrevistador, e, quando aplicada no paciente e no informante, gera 4 pontuações distintas (a avaliação global do paciente sobre suas dificuldades, a avaliação global do informante, a avaliação global do entrevistador, uma avaliação global resultante da soma das pontuações de cada uma das três avaliações anteriores), resultando num escore total que varia de 20 a 80 pontos. O instrumento encontra-se validado no Brasil (Ferreira Junior et al., 2010) e seu tempo

estimado de aplicação é de 20 minutos (Keefe, Poe, Walker, Kang, et al., 2006).

f) Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia (QLS-BR): trata-se de um instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido para o contexto específico da esquizofrenia, composto de 21 itens acerca da sintomatologia e funcionamento de pacientes com esse transtorno (Heinrichs et al., 1984). Seus itens são distribuídos em três fatores ou domínios – domínio social, domínio ocupacional, domínio intrapsíquico e de relações interpessoais – e investigam o funcionamento do paciente em cada um destes domínios. Cada questão é avaliada pelo entrevistador, que atribui uma nota padronizada de acordo com as respostas do paciente, por meio de uma grade de cotação de sete pontos. Os escores de 5 e 6 refletem uma qualidade de vida (QV) inalterada, a pontuação de 2 a 4 revela um comprometimento moderado na QV e os escores 0 e 1 indicam uma QV muito comprometida. Com tempo de aplicação de aproximadamente 40 minutos, a escala QLS foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro e pode ser utilizada em situações clínicas ou de pesquisas (Cardoso et al., 2003, 2002).

g) Avaliação Global de Funcionalidade (AGF): este instrumento fez parte do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais entre os anos de 1987 e 2002 (American Psychiatric Association, 1968, 2002), sendo indicado como ferramenta de avaliação dos aspectos psicológicos, sociais e ocupacionais da funcionalidade nos transtornos mentais. A AGF fez parte do estudo de validade psicométrica do instrumento UPSA-B-BR (Estudo 2). Tempo estimado de aplicação: 5 minutos (Aas, 2010; Endicott et al., 1976).

h) *University of California – San Diego – Performance-Based Skills Assessment*, versão breve (UPSA-B-BR): em 2015, a versão completa do instrumento “*UCSD Performance-based Skills Assessement*” (UPSA) foi traduzida para a Língua Portuguesa e nomeada de UPSA-1-BR (Mantovani, 2015). O instrumento é composto de cinco domínios: “Organização e Planejamento”, “Habilidades Financeiras”, “Habilidades de Comunicação”, “Habilidades de Transporte” e “Habilidades para Tarefas Domésticas”. Os indivíduos testados fazem uso de acessórios para demonstrar como executariam as atividades do dia a dia. O tempo demandado para a aplicação e pontuação é de aproximadamente 30 minutos. A pontuação é feita com base na percentagem de acertos dentro de cada um dos 5 subdomínios. Uma vez apurados, os resultados de cada subdomínio são ajustados para uma pontuação que varia entre 0 e 20. A soma dos subdomínios resulta em uma pontuação total da UPSA-1-BR entre 0 e 100. A versão breve desta escala foi denominada no

Brasil como UPSA-B-BR e, inclui somente os subdomínios “Habilidades Financeiras” e “Habilidades de Comunicação” da UPSA-1-BR. Na versão breve, os valores percentuais dos dois subdomínios são convertidos para uma pontuação que varia entre 0 e 50 cada, totalizando, igualmente, uma pontuação entre 0 e 100 para a UPSA-B-BR. Sua aplicação e pontuação levam de 10 a 15 minutos, reduzindo significativamente o tempo de aplicação, quando comparado à versão completa (Mantovani, 2015; Mausbach et al., 2006).

3.2.5 Procedimentos de coleta dos dados

A coleta dos dados foi dividida em 3 etapas (visitas) distintas para cada participante, conforme detalhado na Figura 4. Tais visitas foram previamente agendadas com cada paciente participante da pesquisa e aconteceram nas dependências do HU/UFSC, nos dias de funcionamento do Ambulatório de Esquizofrenia e Outras Psicoses do IPq/SC.

Buscou-se, com isso, segmentar o tempo necessário para a aplicação do protocolo utilizado na pesquisa, minimizando uma possível fadiga e desconforto dos sujeitos. O intervalo médio entre as aplicações dos instrumentos de cada visita não excedeu o tempo de 1 hora de duração em cada encontro. A coleta dos dados por meio dos instrumentos MINI, MINI Plus e PANSS foi realizada por Pesquisador Psiquiatra ou Residente de Psiquiatria previamente treinado, uma vez que envolveu a aplicação de instrumento de confirmação diagnóstica e de avaliação de sintomas típicos do transtorno. Os instrumentos SCoRS, AGF, QLS, UPSA-B-BR e o Questionário Sociodemográfico foram aplicados por Pesquisadores Psiquiatras, Residentes de Psiquiatria ou Psicólogos treinados antecipadamente.

Figura 4. Etapas (visitas) da coleta de dados do estudo de avaliação de funcionalidade em pacientes com esquizofrenia

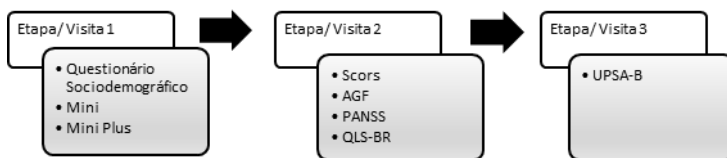


Figura 4. A coleta de dados foi separada em 3 etapas ou visitas com o objetivo de diminuir o desgaste dos sujeitos entrevistados. Fonte: elaborada pela autora (2018).

3.2.6 Procedimentos de análise dos dados

Para maximizar as análises dos preditores de funcionalidade, foram feitas algumas adequações dos resultados obtidos pelos instrumentos de coleta dos dados. Nos resultados da avaliação da cognição obtidos por intermédio da SCoRS, foram computados três diferentes escores totais: um com as respostas do paciente, outro com as respostas dos informantes e um terceiro com as respostas do entrevistador. Cada um dos escores totais foi compreendido como uma possível variável independente e foi testado separadamente. Optou-se por esse arranjo, uma vez que nem todos os sujeitos que tiveram a SCoRS coletada compareceram à entrevista acompanhados de um informante. Em relação à avaliação dos sintomas positivos e negativos típicos do transtorno, não foi utilizado o escore ponderado resultante da PANSS. Ao invés disso, optou-se por usar o escore bruto das subescalas positiva e negativa possibilitando uma análise em separado do impacto dos sintomas típicos na funcionalidade.

Foram realizadas análises univariadas com o objetivo de identificar as distribuições de frequências das variáveis estudadas, sendo que as variáveis categóricas foram descritas em número absoluto e frequência; as variáveis contínuas de distribuição paramétrica em média e desvio padrão; e, variáveis contínuas com distribuição não-paramétrica em mediana e intervalo interquartil (IIQ). Foram também executadas análises bivariadas para avaliar a variância e a associação entre variáveis independentes e o desfecho de funcionalidade enquanto variável contínua – resultado do escore obtido por meio do instrumento UPSA-B-BR – e, por fim, análises multivariadas com o objetivo de medir,

explicar e prever o grau de relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas, e a funcionalidade dos sujeitos com esquizofrenia.

Variáveis independentes categóricas e dicotômicas foram analisadas pelo teste “t de *Student*” e a distribuição da variável teve sua normalidade por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. As duas possíveis respostas das variáveis categóricas dicotômicas foram entendidas como dois grupos de sujeitos diferentes e tiveram comparadas as médias das suas pontuações no instrumento que avalia o desfecho de funcionalidade (Agresti & Finlay, 2012). Para variáveis que não apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para testar se os valores encontrados em um grupo são maiores do que nos outros, ou se os grupos apresentam a mesma mediana (Dancey & Reidy, 2006).

Nas análises de associação de uma variável independente e contínua com o desfecho de funcionalidade, foi utilizada a correlação de *Pearson* quando a distribuição da variável independente (VI) foi normal, e a correlação de *Spearman* para distribuições não normais (Dancey & Reidy, 2006). Foram incluídas na análise de regressão múltipla as variáveis independentes contínuas cuja análise de associação com o desfecho, ou variável dependente (VD), resultaram em um valor de correlação (r ou ρ) estatisticamente significativo maior que 0,20, bem como variáveis independentes categóricas que apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos. A análise de regressão múltipla é uma técnica estatística multivariada usada para examinar a relação entre uma única variável dependente e um conjunto de variáveis independentes, na qual se busca modelos de explicação do fenômeno compostos por VI's pouco correlacionadas entre si, mas muito correlacionadas com a VD. Além da observação dos valores de correlação e de diferenças de médias entre grupos, a decisão das variáveis independentes incluídas no modelo de regressão múltipla foi guiada pela literatura disponível sobre o assunto, na qual foram identificadas variáveis independentes relevantes para a explicação ou predição da variável dependente. Também foi respeitada a proporção mínima de cinco observações (participantes) por cada variável incluída no modelo (Hair et al., 2009).

Para todas as etapas da análise, utilizou-se o software estatístico *Stata* (*Data Analysis and Statistical Software*).

3.3 Resultados

Esta seção apresenta o relato dos resultados encontrados no presente estudo acerca da investigação de preditores de funcionalidade em esquizofrenia.

3.3.1 Caracterização da amostra

Foram investigadas variáveis de perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos com esquizofrenia que integraram a amostra por meio dos instrumentos relatados anteriormente, e esta seção apresenta o perfil dos participantes do estudo³.

Foram identificados 143 sujeitos em acompanhamento no ambulatório de esquizofrenia e outras psicoses do IPq-SC, dos quais 9 sujeitos apresentaram diagnóstico diferente de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Dos 134 sujeitos elegíveis para o estudo, 5 casos não tiveram seus dados coletados pelos seguintes motivos: sujeito recusou-se a participar da pesquisa (1 caso); paciente apresentou sintomas muito severos que o impediram de completar as entrevistas (1 caso); pacientes ficaram mais de 90 dias sem comparecer às consultas no ambulatório (3 casos). Sendo assim, a amostra inicial da pesquisa contou com 129 casos. Entretanto a amostra final compreendeu 124 sujeitos pois em 5 casos os pacientes não tiveram confirmado seu diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo pelo instrumento MINI Plus. Dos 124 casos que compuseram a amostra final, 60 sujeitos tiveram a terceira etapa de coleta finalizada, etapa esta que incluía o instrumento UPSA-B-BR. A Tabela 9 apresenta a estatística descritiva dos resultados do Questionário Sociodemográfico e Clínico.

³ Parte dos resultados referentes à caracterização da amostra já foi descrito no Estudo 2, porém optou-se por repetir o conteúdo para facilitar o entendimento do leitor.

Tabela 9:

Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Variáveis ^a	N = 124 (100%)	Frequência, Média, Mediana
n		
Sexo	124	
Homens		78 (62,9%)
Mulheres		46 (37,1%)
Idade (anos), mediana (IIQ)	124	35,1 (26,1 – 45,7)
Idade de início transtorno - <i>hda</i> (anos), mediana (IIQ)	122	20,0 (16,0 – 25,0)
Homens	78	20 (16,0 – 24,0)
Mulheres	46	20 (16,0 – 26,0)
Tempo de doença (anos), mediana (IIQ)	122	10,5 (5,70 – 20,3)
Psicose não tratada - <i>dnp</i> (meses), mediana (IIQ)	116	6,0 (1,0 – 24,0)
Número de hospitalizações psiquiátricas, mediana (IIQ)	124	1,0 (1,0 – 4,0)
Tentativas de suicídio, mediana (IIQ)	123	0,0 (0,0 – 1,0)
Trabalha atualmente	124	
Sim		23 (18,6%)
Não		101 (81,5%)
Uso prévios de substâncias psicoativas (SPA)^c	124	
Não		74 (59,7%)
Sim		50 (40,3%)
Situação conjugal	124	
Solteiro		91 (73,4%)
Casado		21 (16,9%)
Separado		11 (8,9%)
Viúvo		1 (0,8%)
Anos de estudo, média (DP)	118	10,1 (4,0)
Grau de instrução formal	124	
Sem instrução formal ou ensino fundamental incompleto		35 (28,2%)
Ensino fundamental completo ou médio incompleto		35 (28,2%)
Ensino médio completo ou superior incompleto		47 (37,9%)
Ensino superior completo		7 (5,7%)
Renda do paciente	123	780,00 (0,00 – 995,00)
Renda familiar	117	2000,00 (1200,00 – 3000,00)
Procedência	124	
Grande Florianópolis		121 (97,6%)
Outros		3 (2,4%)

^a Variáveis numéricas com distribuição não paramétrica estão representados em mediana (IIQ). ^b Todas as variáveis tiveram a normalidade dos dados definida pelo teste de Shapiro-Wilk. ^c Substância psicoativa (SPA) de acordo com anamnese. Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na idade de início do transtorno (*hda*) entre homens e mulheres ($U = -0,42$; $p = 0,67$) e tempo de duração da psicose não tratada (*dnp*) entre homens e mulheres ($U = 0,67$; $p = 0,50$).

Medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas para resumir os dados e compreender a variabilidade dos escores dos instrumentos que avaliaram as seguintes variáveis: cognição, sintomas típicos do transtorno qualidade de vida e funcionalidade. A seguir estão

os resultados desta análise: pontuação na SCoRS de acordo com as respostas do paciente ($n = 77$, $M = 34,25$, $DP = 11,19$), pontuação na SCoRS de acordo com as respostas do informante ($n = 62$, $M = 39,35$, $DP = 11,24$), pontuação na SCoRS de acordo com as respostas do entrevistador ($n = 77$, $M = 41,71$, $DP = 11,44$), escore da subescala de sintomas negativos da PANSS ($n = 94$, $M = 19,88$, $DP = 7,23$), escore da subescala de sintomas positivos da PANSS ($n = 94$, $M = 13,84$, $DP = 5,31$), escore total da QLS ($n = 67$, $M = 64,0$, $DP = 22,91$) e escore total ponderado da UPSA-B-BR ($n = 60$, $M = 47,63$, $DP = 25,5$). As frequências de comorbidades avaliadas pela MINI e as confirmações diagnósticas pela MINI Plus estão descritas na Tabela 10.

Tabela 10:

Frequências de comorbidades avaliadas pelo instrumento MINI

Instrumento	<i>n</i> (<i>N</i> = 124)	Frequência
Mini ^a	124	
Síndrome psicótica ao longo da vida		114 (91,94%)
Síndrome psicótica presente atualmente		57 (45,97%)
Risco de suicídio		46 (37,10%)
Episódio maníaco		25 (20,16%)
Agorafobia		23 (18,55%)
Episódio depressivo maior		22 (17,74%)
Trans. do pânico		12 (9,68%)
Fobia social		12 (9,68%)
Distímia		12 (9,68%)
Trans. obsessivo compulsivo		10 (8,06%)
TAG ^b		8 (6,45%)
Abuso SPA ^c		8 (6,45%)
Trans. do humor psicótico		8 (6,45%)
Dependência de SPA ^c		6 (4,84%)
Episódio hipomaníaco		3 (2,42%)
TEPT ^d		1 (0,81%)
Dependência de álcool		1 (0,81%)
MINI Plus	124	
Trans. psicótico s/ especificação		6 (4,84%)
Esquizofrenia presente atualmente		79 (63,71%)
Esquizofrenia ao longo da vida		122 (98,39%)
Trans. psicótico devido à condição médica		
<i>Sim</i>		2 (1,61%)
<i>Incerto</i>		8 (6,45%)
Trans. psicótico induzido por substância		
<i>Sim</i>		3 (2,42%)
<i>Incerto</i>		6 (4,84%)

^a Nenhum dos sujeitos da amostra apresentou como comorbidades anorexia, bulimia ou personalidade antissocial; comorbidades foram ordenadas de acordo com a frequência encontrada. ^b Transtorno de ansiedade generalizada. ^c Substância psicoativa. ^d Transtorno do estresse pós traumático. Fonte: Dados da pesquisa (2018).

São utilizadas pelos sujeitos que compõem a amostra, 31 medicações diferentes distribuídas nas seguintes categorias: 12

medicações antipsicóticas, 4 anticonvulsivantes ou estabilizadores do humor, 9 antidepressivos, 4 ansiolíticos, 1 anticolinérgico e 1 anti-histamínico. Para este estudo, serão descritas as frequências de utilização das medicações antipsicóticas, uma vez que esta classe de medicação é a base do tratamento farmacológico na esquizofrenia. Para garantir uma comparação eficaz dentre as medicações dessa classe, foi calculada a dosagem equivalente de cada antipsicótico individualmente através do método de Dosagem Diária Definida (DDD) (Leucht, Samara, Heres, & Davis, 2016), e também a dosagem DDD total da amostra ($Mdn = 3,25$) (Tabela 11).

Tabela 11:

Caracterização dos antipsicóticos utilizados pelos sujeitos da amostra

Antipsicótico	Frequência de utilização (n) ^a (N = 124)	Percentual de casos válidos	Dosagem utilizada ^b (em mg)	Dosagem em DDD ^b
Clozapina	38	30,7%	490,1 (250,5)	49,0 (25,1)
Olanzapina	35	28,2%	17,2 (7,6)	1,7 (0,8)
Risperidona	24	19,4%	3,9 (1,9)	0,4 (0,2)
Haloperidol	11	8,9%	7,5 (4,9)	0,8 (0,5)
Haloperidol decanoato	8	6,5%	80,3 (79,1)	8,0 (7,9)
Paliperidona	8	6,5%	128,1 (41,1)	12,8 (4,1)
Quetiapina	7	5,7%	700,0 (600,0 – 800,0)	70,0 (60,0 – 80,0)
Clorpromazina	6	4,8%	100,0 (100 – 300,0)	10,0 (10,0 – 30,0)
Aripiprazol	5	4,0%	20,0 (10,0 – 20,0)	2,0 (1,0 – 3,0)
Amisuprida	1	0,8%	100,0	10,0
Levomeprazina	1	0,8%	75,0	7,5
Pimozina	1	0,8%	4,0	0,4
Ziprasidona	1	0,8%	160,0	16,0

^a Sujeitos podem utilizar combinações de mais de uma medicação antipsicótica. ^b Variáveis tiveram a normalidade dos dados definida pelo teste de Shapiro-Wilk e aquelas que apresentaram distribuição não paramétrica estão representados em mediana (IIQ). Fonte: Dados da pesquisa (2018).

3.3.2 Avaliação de funcionalidade

A avaliação de funcionalidade foi feita por intermédio do instrumento UPSA-B-BR, sendo considerado como desfecho (variável dependente) o escore total ponderado resultante da aplicação do instrumento. Tal variável apresentou distribuição não normal, com assimetria de -0,41 e curtose de 1,97 e com valor de $p = 0,003$ no teste de *Shapiro-Wilk* ($w = 0,93$; $v = 3,53$; $z = 2,72$). Devido à importância desta variável em todas as análises propostas, optou-se por transformar a variável original que apresentasse distribuição mais próxima da normal. Todas as hipóteses foram testadas com ambas as variáveis: o escore total ponderado da UPSA-B-BR (variável original) e com este escore elevado

ao quadrado (variável transformada) –, transformação que resultou em uma distribuição normal dos dados. Os resultados de ambas as análises mostraram-se semelhantes, demonstrando que a violação da normalidade da variável original não resultou em um grande prejuízo. Sendo assim, para facilitar a interpretação dos resultados, serão reportados aqui apenas os que foram obtidos a partir das análises em que a variável original foi utilizada como desfecho.

Um coeficiente de correlação produto-momento *Pearson* foi calculado para avaliar a relação entre funcionalidade (escore total ponderado da UPSA-B-BR) e as seguintes variáveis independentes contínuas: anos de estudo, escore total do paciente, do informante e do entrevistador, da escala de cognição em esquizofrenia (SCoRS), escore dos sintomas positivos e escore dos sintomas negativos da escala de sintomas típicos do transtorno (PANSS). Foram encontradas correlações significativas entre todas as variáveis independentes e o escore ponderado da UPSA-B-BR (Tabela 12).

Tabela 12:

Coefficiente de correlação de Pearson entre o desfecho e as variáveis com distribuição normal

	Total UPSA-B-BR	SCoRS paciente	SCoRS informante	SCoRS entrevistador	PANSS – s. positivos	PANSS – s. negativos	Anos de estudo
SCoRS paciente	-0,45* 0,0006 55						
SCoRS informante	-0,45* 0,003 43	0,51* <0,001 61					
SCoRS entrevistador	-0,66* <0,001 55	0,50* <0,001 74	0,87* <0,001 59				
PANSS – s. positivos	-0,28* 0,03 58	0,12 0,32 76	0,38* <0,001 61	0,57* <0,001 74			
PANSS – s. negativos	-0,53* <0,001 58	0,40* 0,0004 76	0,53* <0,001 61	0,63* <0,001 74	0,51* <0,001 94		
Anos de estudo	0,41* 0,002 56	-0,14 0,23 72	-0,10 0,46 57	-0,31* 0,009 72	-0,12 0,28 89	-0,14 0,20 89	
QLS – escore total	0,51* 0,0003 46	-0,31* 0,01 62	-0,58* <0,001 50	-0,74* <0,001 63	-0,47* 0,0001 67	-0,61* <0,001 67	0,31* 0,02 62

*Cada célula reporta os valores da correlação (r), o valor de significância (p) e o número de casos (n), nesta ordem. * Correlações estatisticamente significativas. Fonte: Dados da pesquisa (2017).*

O coeficiente de correlação de postos de *Spearman* foi utilizado para determinar a relação entre funcionalidade (escore total ponderado da UPSA-B-BR) e as seguintes variáveis contínuas independentes: idade, idade de início do transtorno (*hda*), tempo de duração da psicose sem tratamento (*dup*), tempo de doença, número de tentativas de suicídio e número de hospitalizações. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis independentes citadas e o escore ponderado da UPSA-B-BR (Tabela 13).

Tabela 13:
Coefficientes de correlação de Spearman entre o desfecho e as variáveis que apresentaram distribuição não paramétrica

	Total UPSA-B-BR	Idade	<i>hda</i>	<i>dup</i>	Tempo doença	Nº tent. suicídio	Nº hospital.
Idade	-0,19 0,18 52						
<i>Hda</i>	0,13 0,36 52	0,38* 0,005					
<i>Dup</i>	-0,05 0,74 52	0,30* 0,03 52	-0,007 0,96				
Tempo doença	-0,26 0,07 52	0,80* <0,001 52	-0,17 0,24 52	0,22 0,12 52			
Nº tent. suicídio	0,07 0,62 52	-0,11 0,44 52	-0,04 0,80 52	0,07 0,64 52	-0,16 0,25		
Nº hospital.	-0,1 0,49 52	0,25 0,08 52	0,04 0,79 52	0,09 0,53 52	0,24 0,09 52	0,01 0,94	
Dosagem antipsicótico – DDD	-0,02 0,91 58	0,08 0,53 58	-0,11 0,41 58	0,14 0,28 58	0,17 0,20 58	0,27* 0,04 58	0,39* 0,002 58

Cada célula reporta os valores da correlação (ρ), o valor de significância (p) e o número de casos (n), nesta ordem. * Correlações estatisticamente significativas. Fonte: Dados da pesquisa (2018).

O teste t de amostras independentes foi realizado para comparar a funcionalidade (escore total da UPSA-B-BR) na presença ou não das condições avaliadas pelo instrumento MINI, assim como para comparar a funcionalidade entre homens e mulheres, pacientes que trabalhavam

ou não no momento da coleta de dados da pesquisa e entre aqueles que fizeram uso de substância psicoativa anterior ao surgimento do transtorno.

Foi encontrada uma diferença significativa nos escores apenas para as condições de uso prévio de SPA, sim ($M = 57,4$; $DP = 21,54$) e não ($M = 42,75$; $DP = 26,16$); $t(58) = -2,16$; $p = 0,03$. Para confirmar tais achados, uma vez que a variável dependente (escore UPSA-B-BR) apresentou problemas na curtose que prejudicaram a distribuição normal dos dados, optou-se por executar o teste robusto de *Levene* para a igualdade de variâncias entre os grupos (homocedasticidade), que indicou homogeneidade da variâncias ($F(w0) = 4,01$, $p(w0) = 0,05$; $F(w50) = 2,63$, $p(w50) = 0,11$; $F(w10) = 3,63$, $p(w10) = 0,06$). Sendo assim, o resultados sugerem que o uso prévio de SPA, realmente tem efeito na funcionalidade dos pacientes com esquizofrenia.

Por fim, foi realizada uma análise de regressão multivariada com as variáveis independentes que apresentaram um valor de correlação (r ou ρ) estatisticamente significativo maior que 0,20 na análise de associação com o desfecho, bem como variáveis independentes categóricas que apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos. Para a seleção das variáveis incluídas no modelo de regressão foi utilizado o método *stepwise*, que começa selecionando o melhor preditor da variável dependente. Variáveis independentes são selecionadas em função do poder explicativo que podem acrescentar ao modelo de regressão, sendo que essas variáveis também podem ser eliminadas quando seu poder preditivo apresentar pouca significância no modelo (Hair et al., 2009). Sendo assim, a análise de regressão múltipla foi utilizada para testar se cognição, sintomas positivos, sintomas negativos, anos de estudo, qualidade de vida e uso de substâncias psicoativas anterior ao surgimento do transtorno seriam preditores significativos de funcionalidade nos sujeitos da amostra. Todas as etapas da análise foram repetidas com os três diferentes escores totais resultantes da avaliação da cognição (SCoRS) – respostas do paciente, respostas dos informantes e respostas do entrevistador – e apresentaram soluções similares e estatisticamente significativas. Entretanto, será reportado aqui apenas o modelo composto do escore de respostas do entrevistador (Durand et al., 2015; Sabbag et al., 2012).

Após a execução da primeira análise de regressão com o modelo cheio foram feitas análises diagnósticas para garantir as suposições inerentes a essa análise. Apesar de não exercerem uma influência desproporcional sobre os aspectos das estimativas de regressão, foram identificadas observações que apresentaram influência indevida sobre os

resultados, diminuindo consideravelmente o poder de explicação do modelo testado. Foi executada uma segunda análise após a exclusão de quatro observações influentes, e os resultados da regressão indicaram que três preditores explicaram 68% da variância do conjunto de dados [R^2 ajustado = 0,68; $F(3,42) = 33,3$; $p < 0,001$], num modelo no qual maior prejuízo na cognição previu significativamente menor funcionalidade ($\beta = -0,49$; $p < 0,001$), e da mesma forma, um quadro pior de sintomas negativos previu significativamente uma menor funcionalidade ($\beta = -0,33$; $p = 0,002$). Por fim, no modelo testado, um maior tempo de estudo dos sujeitos previu melhor funcionalidade ($\beta = 0,23$; $p = 0,01$). Não foram encontradas violações das suposições de homocedasticidade [$X^2(1) = 0,026$; $p = 0,87$], multicolinearidade (SCoRS = 1,64; PANSS s. negativos = 1,50; Anos estudo = 1,14), distribuição dos resíduos ($z = 1,10$; $p = 0,14$) e especificação do modelo ($t = -2,13$; $p = 0,04$).

3.4 Discussão

Os dados epidemiológicos em relação à esquizofrenia são divergentes e alguns estudos indicam não haver diferenças de prevalência de esquizofrenia entre homens e mulheres (Saha et al., 2005; Vanasse et al., 2012). Ainda assim, a amostra do presente estudo contou com um número maior de homens, corroborando índices encontrados por Ayuso-Mateos et al. (2006), Kirkbride et al. (2006), e Moreno-Küstner et al. (2016).

Contrariando dados que apontam uma idade de início do transtorno maior em mulheres do que os homens (Bergen et al., 2014; Hafner et al., 1998; Ochoa et al., 2012; Rajji, Ismail, & Mulsant, 2009), essa amostra não indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Resultado similar foi constatado por Venkatesh (2008) e na metanálise de Eranti e colaboradores (2013). Entretanto, há de se considerar dificuldades de definição da própria variável – idade de início do transtorno – pois, como aponta Jones (2013), a relação de algumas características e comportamentos do sujeito com o transtorno só pode ser avaliada retrospectivamente. Durante esse processo de recuperação de memória dos eventos, alguns elementos podem ser erroneamente atribuídos à doença e outros simplesmente esquecidos. Na pesquisa aqui relatada, a idade de início do transtorno (*hda*) foi coletada por intermédio de entrevista estruturada (MINI Plus), objetivando um conhecimento aprofundado da história dos sujeitos e, conseqüentemente,

uma coleta mais adequada desse dado. Ainda assim, a *hda* é uma informação baseada na lembrança do sujeito ou familiar acerca de eventos passados, o que, conforme descrito acima, pode acarretar em grande inexatidão.

Em relação à variável “situação ocupacional” é interessante comparar os resultados dessa amostra com os dados de países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Tais países contam com programas como emprego apoiado e reabilitação vocacional, que visam melhorar a inserção de pacientes com esquizofrenia no mercado de trabalho (Addington et al., 2010; Baksheev et al., 2012; Biegel, Stevenson, Beimers, Ronis, & Boyle, 2010; Corbière et al., 2011; Marino & Dixon, 2014). Apesar de o Brasil contar com raras iniciativas similares (Bio & Gattaz, 2011), e de não haver disponível nenhum programa desse tipo para os sujeitos da pesquisa no momento da coleta, na amostra estudada foram encontradas estatísticas similares a dos países citados acima: 18,6% dos sujeitos trabalhando pelo menos 20 horas semanais remuneradas (Allott et al., 2013; Cougnard, Goumilloux, Monello, & Verdoux, 2009; Evensen et al., 2016; Tandberg et al., 2013; United States, 2005).

A literatura internacional acerca da esquizofrenia aponta as variáveis *DUP*, número de hospitalizações e número de tentativas de suicídio como indicadores de gravidade do transtorno. Entretanto, no presente estudo, tais indicadores não se mostraram relevantes preditores de funcionalidade (Bowie et al., 2006; Gallego et al., 2015; Gupta, Holshausen, Mausbach, Patterson, & Bowie, 2012; Kao & Liu, 2010; Köhler, Horsdal, Baandrup, Mors, & Gasse, 2016; Reichenberg et al., 2014; Shibre et al., 2014; Togay, Noyan, Tasdelen, & Ucok, 2015; Zhang et al., 2015). É possível que tais resultados sejam decorrentes de características dessa amostra específica. Essa parece ser uma amostra predominantemente composta de casos de menor gravidade, pois mais de 50% da amostra teve nenhuma ou apenas uma internação em função do transtorno, mais de 70% da amostra nunca tentou suicídio. Além disso, mais de 30% dos sujeitos iniciou tratamento ainda no primeiro mês de surgimento dos sintomas e quase 70% dos casos iniciou tratamento no primeiro ano.

O uso de substâncias psicoativas (SPA) prévio ao surgimento do transtorno apresentou uma correlação significativa com a VD (funcionalidade) similar a resultados reportados e examinados por Carney et al. (2017), Akerman et al. (2014), Patel et al. (2016) e Ochoa et al. (2012). Ainda assim, após a análise de regressão essa variável não se caracterizou enquanto preditor significativo. Uma suposição é que a

relação entre as variáveis: uso de substância, sintomas clínicos e outras variáveis psicossociais, acontece de forma não linear, ou ainda que o uso de SPA prévio ao surgimento do transtorno seja uma variável de efeito mediador direto ou indireto (Hair et al., 2009).

Como constatado em estudos internacionais sobre o tema, os resultados dessa amostra encontrados na análise de regressão indicaram como preditores de funcionalidade: sintomas negativos, cognição e anos de estudo (Bergh et al., 2015; Garcia-Portilla et al., 2013; Green, 2016; Harvey et al., 2013; Mausbach et al., 2016; McIntosh et al., 2011; Menendez-Miranda et al., 2015; Rabinowitz et al., 2012; Reichenberg et al., 2014; Sánchez-Torres et al., 2017; Savill et al., 2016; Tandberg et al., 2013). Tais resultados reforçam debates em relação à associação entre cognição, funcionalidade e sintomas negativos e levantam questões sobre a existência de um único traço latente influenciando essas três variáveis (Green, 2016; Harvey et al., 2011, 2013; Howes & Murray, 2014). Em resumo, a reprodução de achados científicos internacionais confirma a importância dessas variáveis na investigação do fenômeno e indica a necessidade de técnicas que examinem a estrutura de inter-relações entre os construtos envolvidos para além das estratégias estatísticas básicas.

Considerações Finais

A necessidade de melhor definição do conceito de funcionalidade em esquizofrenia foi percebida já há algum tempo, entretanto tal definição encontra-se em processo de desenvolvimento e ainda não existe um consenso científico acerca dos domínios que compreendem o construto.

À medida que as pesquisas avançaram, novas perspectivas teóricas de funcionalidade foram explicitando ou enfatizando aspectos relacionados ao fenômeno funcionalidade, e evidenciando possíveis relações entre tais aspectos.

A busca de estratégias de avaliação do fenômeno por intermédio de diferentes instrumentos tem contribuído para a evolução do construto funcionalidade em esquizofrenia, confirmando ou ampliando as perspectivas existentes. Entretanto, é importante que os instrumentos sejam elaborados e adaptados para o contexto dos pacientes com esquizofrenia, levando em consideração o conhecimento e perspectivas conceituais já existentes na área. Dessa forma, o exame criterioso dos instrumentos pode contribuir para validação do construto.

À parte dos debates acerca do modelo epistemológico utilizado para a definição dos conceitos de funcionalidade e incapacidade, para esse estudo foi adotada uma concepção que partiu do exame da variação dos processos mentais observados na esquizofrenia, em direção à exploração de fatores psicossociais associados ao fenômeno da funcionalidade nos pacientes com esse transtorno.

Dentro dessa perspectiva teórica, as principais dimensões de desfecho em esquizofrenia compreendem: situação funcional (ou funcionalidade), condição clínica e percepção subjetiva do paciente, sendo que essas áreas nem sempre melhoram juntas. A dimensão “condição clínica” engloba sintomas positivos (alucinações, delírios e comportamento bizarro) e sintomas negativos (embotamento afetivo e isolamento social), típicos do transtorno. “Percepção subjetiva do paciente” refere-se ao bem-estar pessoal (autoestima e qualidade de vida).

Por sua vez, a dimensão “funcionalidade” abrange: funcionamento social (ou o quão socialmente inserido o sujeito está), funcionamento ocupacional (se o sujeito é capaz de manter um emprego ou sua vida acadêmica) e vida independente (quão independentemente o sujeito pode viver).

O presente estudo também buscou aprofundar a investigação das características psicométricas da versão breve do instrumento “Versão Brasileira da *University of California – San Diego – Performance-based Skills Assessment: Brief Version* (UPSA-B-BR)”, de forma a contribuir com a consolidação de um instrumento de avaliação de funcionalidade com características singulares, além de colaborar com o desenvolvimento do estado da arte da funcionalidade em esquizofrenia, ampliando a discussão acerca do construto.

Embora o tamanho da amostra disponível tenha sido pequeno e provavelmente insuficiente para a generalização dos resultados encontrados por intermédio de uma análise fatorial, diferentemente da proposta de uma estrutura uni fatorial, as soluções aqui encontradas evidenciam que o fenômeno mensurado pela UPSA-B-BR é composto de mais de um domínio. Os achados deste estudo levantam dúvidas em relação ao desempenho instável dos itens do domínio comunicação e à caracterização dos domínios que compõem o instrumento.

O uso da variável “situação ocupacional” como padrão de referência não se mostrou satisfatório para as análises de validade de critério (ou preditiva). É preciso considerar a hipótese desse critério, isoladamente, não mostrar-se suficiente para discriminar a funcionalidade dos sujeitos e investigar mais profundamente a presença de fatores de confusão permeando tal variável.

Diante disso, é importante a continuidade das pesquisas e debates acerca do instrumento UPSA-B-BR, afim de ser verificado se as limitações encontradas são consequência da estrutura do instrumento, ou se o construto está definido de forma insatisfatória. Os achados indicam que esse instrumento consegue discriminar variações na manifestação de um fenômeno. Entretanto, não é possível saber se ele está mensurando de fato, e apenas, o fenômeno funcionalidade em esquizofrenia, porém é preciso examinar a validade dos achados aqui relatados e minimizar possíveis erros causados pelo tamanho amostral.

Em relação ao objetivo de avaliar a funcionalidade de pacientes adultos com esquizofrenia e seus preditores, esse estudo contrariou dados encontrados na literatura internacional que apontam uma idade de início do transtorno maior em mulheres do que os homens, uma vez que essa amostra não indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. No presente estudo, também não se mostraram relevantes preditores de funcionalidade as variáveis *DUP*, número de hospitalizações e número de tentativas de suicídio.

No que diz respeito à situação ocupacional dos sujeitos na amostra estudada, foram encontradas estatísticas similares a de países

como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra: 18,6% dos participantes trabalham pelo menos 20 horas semanais remuneradas.

Os dados resultantes deste estudo levantaram ainda discussões acerca do impacto do uso de substâncias psicoativas prévias ao surgimento da esquizofrenia. Foi levantada a hipótese de que a relação entre as variáveis: uso de substância, sintomas clínicos e outras variáveis psicossociais, aconteça de forma não linear, ou ainda que o uso de SPA prévio ao surgimento do transtorno seja uma variável de efeito mediador direto ou indireto no desfecho de funcionalidade.

Por fim, os resultados dessa amostra encontrados na análise de regressão indicaram como preditores de funcionalidade: sintomas negativos, cognição e anos de estudo, corroborando os achados internacionais. Essas evidências reforçam uma tendência atual que investiga a associação entre cognição, funcionalidade e sintomas negativos e que questiona a existência de um único traço latente influenciando essas três variáveis.

Em resumo, a reprodução de achados internacionais confirma a importância dessas variáveis na investigação do fenômeno e indica a necessidade de uma continuidade do estudo, com a utilização de técnicas que examinem a estrutura de inter-relações entre os construtos envolvidos, para além das estratégias estatísticas básicas.

Referências

- Aas, I. H. M. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-20>
- Addington, J., Piskulic, D., & Marshall, C. (2010). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science Special Issue on Schizophrenia*. *Current Directions in Psychological Science*, 19(194), 260–263. <https://doi.org/10.1177/0963721410377743>
- Agresti, A., & Finlay, B. (2012). *Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais* (4ª). Porto Alegre: Penso.
- Akerman, S. C., Brunette, M. F., Noordsy, D. L., & Green, A. I. (2014). Pharmacotherapy of Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Current Addiction Reports*, 1(4), 251–260. <https://doi.org/10.1007/s40429-014-0034-7>
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., ... Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis: Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res*, 125(2–3), 257–266. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.013>
- Allott, K. A., Yuen, H. P., Garner, B., Bendall, S., Killackey, E. J., Alvarez-Jimenez, M., ... Phillips, L. J. (2013). Relationship between vocational status and perceived stress and daily hassles in first-episode psychosis: an exploratory study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(7), 1045–1052. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0627-1>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association Mental Hospital Service.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Second Edition - DSM-II* (2nd ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. American Psychiatric

Association.

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - Text Review - DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition - DSM-5* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Amorim, P. (2002). Mini international neuropsychiatric interview (MINI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106–115.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784–8.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070020005>
- Anthony, W. a, & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542–559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>
- Ascher-Svanum, H., Nyhuis, A. W., Faries, D. E., Kinon, B. J., Baker, R. W., & Shekhar, A. (2008). Clinical, functional, and economic ramifications of early nonresponse to antipsychotics in the naturalistic treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 34(6), 1163–1171.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm134>
- August, S. M., Kiwanuka, J. N., McMahon, R. P., & Gold, J. M. (2012). The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): clinical and cognitive correlates. *Schizophrenia Research*, 134(1), 76–82.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.015>
- Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M., & Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86(1–3), 194–201.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.003>
- Baksheev, G. N., Allott, K., Jackson, H. J., McGorry, P. D., & Killackey, E. (2012). Predictors of vocational recovery among young people with first-episode psychosis: Findings from a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 421–427.
<https://doi.org/10.1037/h0094574>
- Bampi, L. N. da S., Guilhem, D., & Alves, E. D. (2010). Social Model: A

- New Approach of the Disability Theme. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 816–823. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400022>
- Beck, A. T., Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., & Chang, N. A. (2013). Dysfunctional attitudes and expectancies in deficit syndrome schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(1), 43–51. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr040>
- Bell, M. D., Corbera, S., Johannesen, J. K., Fiszdon, J. M., & Wexler, B. E. (2013). Social cognitive impairments and negative symptoms in schizophrenia: are there subtypes with distinct functional correlates? *Schizophr Bull*, 39(1), 186–196. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr125>
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., ... Wykes, T. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 805–822. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl035>
- Benefield, L. E. (2003). Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthc Nurse*, 21(12), 801–804. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14665967>
- Bergen, S. E., O’Dushlaine, C. T., Lee, P. H., Fanous, A. H., Ruderfer, D. M., Ripke, S., ... Corvin, A. (2014). Genetic modifiers and subtypes in schizophrenia: Investigations of age at onset, severity, sex and family history. *Schizophrenia Research*, 154(1–3), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.01.030>
- Bergh, S., Hjorthøj, C., Sørensen, H. J., Fagerlund, B., Austin, S., Secher, R. G., ... Nordentoft, M. (2015). Predictors and longitudinal course of cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders, 10years after baseline: The OPUS study. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.025>
- Bhugra, D. (2005). The global prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020151>
- Biegel, D. E., Stevenson, L. D., Beimers, D., Ronis, R. J., & Boyle, P.

- (2010). Predictors of Competitive Employment Among Consumers With Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders. *Research on Social Work Practice, 20*(2), 191–201. <https://doi.org/10.1177/1049731509333373>
- Bio, D. S., & Gattaz, W. F. (2011). Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 126*(1–3), 265–269. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.003>
- Blanchard, J. J., Kring, A. M., Horan, W. P., & Gur, R. (2011). Toward the next generation of negative symptom assessments: The collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 37*(2), 291–299. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq104>
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry, 21*(4), 362–369. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328300eb0e>
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica, 119*(5), 175–179. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73355-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73355-1)
- Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton, R. K., & Harvey, P. D. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *American Journal of Psychiatry, 163*(3), 418–425. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.418>
- Bowie, C. R., Twamley, E. W., Anderson, H., Halpern, B., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2007). Self-assessment of functional status in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 41*(12), 1012–1018. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.08.003>
- Brandizzi, M., Valmaggia, L., Byrne, M., Jones, C., Iwegbu, N., Badger, S., ... Fusar-Poli, P. (2015). Predictors of functional outcome in individuals at high clinical risk for psychosis at six years follow-up. *J Psychiatr Res, 65*, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.005>
- Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 80*(2–3), 213–225. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.008>

- Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. In Rodgers B. L. & Knafl K. A. (Eds.), *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications* (pp. 231–50). Philadelphia (USA): W.B Saunders Company.
- Browne, J., Penn, D. L., Raykov, T., Pinkham, A. E., Kelsven, S., Buck, B., & Harvey, P. D. (2016). Social cognition in schizophrenia: Factor structure of emotion processing and theory of mind. *Psychiatry Research, 242*, 150–156.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.034>
- Buchanan, R. W., Keefe, R. S. E., Umbricht, D., Green, M. F., Laughren, T., & Marder, S. R. (2011). The FDA-NIMH-MATRICES Guidelines for Clinical Trial Design of Cognitive-Enhancing Drugs: What Do We Know 5 Years Later? *Schizophrenia Bulletin, 37*(6), 1209–1217.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbq038>
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., ... Group, E. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull, 35*(5), 949–958.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>
- Burton, C. Z., Vella, L., Harvey, P. D., Patterson, T. L., Heaton, R. K., & Twamley, E. W. (2013). Factor structure of the MATRICES Consensus Cognitive Battery (MCCB) in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 146*(1–3), 244–248.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.026>
- Butler, G., Howard, L., Choi, S., & Thornicroft, G. (2010). Characteristics of people with severe mental illness who obtain employment. *The Psychiatrist, 34*, 47–50. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.021683>
- Cardenas, V., Abel, S., Bowie, C. R., Tiznado, D., Depp, C. A., Patterson, T. L., ... Mausbach, B. T. (2013). When Functional Capacity and Real-World Functioning Converge: The Role of Self-Efficacy. *Schizophrenia Bulletin, 39*(4), 908–916.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs004>
- Cardoso, C. S., Bandeira, M., Caiaffa, W. T., & Fonseca, J. O. P. (2002). Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 51*(1), 31–38.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Fonseca, I. Q.,

- & Fonseca, J. O. P. (2003). Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 211–222.
- Carney, R., Yung, A. R., Amminger, G. P., Bradshaw, T., Glozier, N., Hermens, D. F., ... Purcell, R. (2017). Substance use in youth at risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 181, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.026>
- Cassidy, C. M., Norman, R., Manchanda, R., Schmitz, N., & Malla, A. (2010). Testing definitions of symptom remission in first-episode psychosis for prediction of functional outcome at 2 years. *Schizophrenia Bull*, 36(5), 1001–1008. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp007>
- Chan, H. M., Stolwyk, R., Neath, J., Kelso, W., Walterfang, M., Mocellin, R., ... Velakoulis, D. (2015). Neurocognitive similarities between severe chronic schizophrenia and behavioural variant frontotemporal dementia. *Psychiatry Res*, 225(3), 658–666. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.029>
- Christensen, T. Ø. O. (2007). The influence of neurocognitive dysfunctions on work capacity in schizophrenia patients: a systematic review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(2), 89–101. <https://doi.org/10.1080/13651500600969061>
- Ciudad, A., Olivares, J. M., Bousono, M., Gomez, J. C., & Alvarez, E. (2006). Improvement in social functioning in outpatients with schizophrenia with prominent negative symptoms treated with olanzapine or risperidone in a 1 year randomized, open-label trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 30(8), 1515–1522. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.05.010>
- Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P. Y., Lesage, A., & Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: A theoretically grounded empirical study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 342–354. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9315-3>
- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Bearden, C. E., & Cannon, T. D. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 33(3), 688–702. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm029>
- Cornblatt, B. A., Carrion, R. E., Addington, J., Seidman, L., Walker, E. F.,

- Cannon, T. D., ... Lencz, T. (2012). Risk factors for psychosis: impaired social and role functioning. *Schizophr Bull*, 38(6), 1247–1257. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr136>
- Cougnard, A., Goumilloux, R., Monello, F., & Verdoux, H. (2009). Characteristics associated with duration of employment of persons with schizophrenia after first contact with psychiatric services. *Work*, 34(3), 365–371. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0935>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Cruz, D. de A. L. M. da, & Pimenta, C. A. de M. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 415–422. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300017>
- Csboth, C., Witt, E. A., Villa, K. F., & O’Gorman, C. (2015). The humanistic and economic burden of providing care for a patient with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 754–761. <https://doi.org/10.1177/0020764015577844>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213–228. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712012000200007
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Artmed. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dickinson, D., Bellack, A. S., & Gold, J. M. (2007). Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 33(5), 1213–1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl067>
- Diniz, D., Squinca, F., & Medeiros, M. (2007). Qual deficiência?: perícia médica e assistência social no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2589–2596. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100006>
- Durand, D., Strassnig, M., Sabbag, S., Gould, F., Twamley, E. W., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2015). Factors influencing self-assessment of cognition and functioning in schizophrenia: Implications for treatment studies. *European Neuropsychopharmacology*, 25(2), 185–191.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.07.008>

- Eack, S. M., Bahorik, A. L., McKnight, S. A., Hogarty, S. S., Greenwald, D. P., Newhill, C. E., ... Minshew, N. J. (2013). Commonalities in social and non-social cognitive impairments in adults with autism spectrum disorder and schizophrenia. *Schizophr Res*, *148*(1–3), 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.013>
- Eack, S. M., Pogue-Geile, M. F., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S., & Keshavan, M. S. (2011). Mechanisms of functional improvement in a 2-year trial of cognitive enhancement therapy for early schizophrenia. *Psychol Med*, *41*(6), 1253–1261. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001765>
- Edmondson, M., Pahwa, R., Lee, K. K., Hoe, M., & Brekke, J. S. (2012). A dual change model of life satisfaction and functioning for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *139*(1–3), 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.04.014>
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, *33*(6), 766–771. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- Eranti, S. V., MacCabe, J. H., Bundy, H., & Murray, R. M. (2013). Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *43*(1), 155–167. <https://doi.org/10.1017/S003329171200089X>
- Evensen, S., Wisløff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T., & Falkum, E. (2016). Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(2), 476–483. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv141>
- Ferreira Junior, B. C., Barbosa, M. A., Barbosa, I. G., Borges, A., Hara, C., & Rocha, F. L. (2010). Versão brasileira da Escala de Avaliação da Cognição em Esquizofrenia (SCoRS-BR): Validação em contextos clínicos sem informantes. *J. Bras. Psiquiatr.*, *59*(4), 271–278.
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2014). Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia. *European Psychiatry*, *29*(7), 449–455. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.007>

- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2015). Motivational deficits in early schizophrenia: prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophr Res*, *166*(1–3), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.04.040>
- Fett, A. K. J., & Maat, A. (2013). Social cognitive impairments and psychotic symptoms: What is the nature of their association? *Schizophrenia Bulletin*, *39*(1), 77–85. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr058>
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2015). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008>
- Fleischhacker, W. W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T. R., Carpenter, W., Duckworth, K., ... Woodruff, P. (2014). Schizophrenia--time to commit to policy change. *Schizophr Bull*, *40 Suppl 3*, S165–94. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu006>
- Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 370–380. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn175>
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., ... Birindelli, N. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, *13*(3), 275–287. <https://doi.org/10.1002/wps.20167>
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., ... Maj, M. (2015). Pathways to functional outcome in subjects with schizophrenia living in the community and their unaffected first-degree relatives. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.043>
- Gallego, J. A., Rachamalla, V., Yuen, E. Y., Fink, S., Duque, L. M., & Kane, J. M. (2015). Predictors of suicide attempts in 3,322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, *228*(3), 791–796. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.024>
- Garcia-Portilla, M. P., Gomar, J. J., Bobes-Bascaran, M. T., Menendez-Miranda, I., Saiz, P. A., Mu??iz, J., ... Goldberg, T. E. (2013).

- Validation of a European Spanish-version of the University of California performance Skills Assessment (Sp-UPSA) in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 150(2–3), 421–426. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.049>
- Gee, B., Hodgekins, J., Fowler, D., Marshall, M., Everard, L., Lester, H., ... Birchwood, M. (2016). The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. *Schizophrenia Research*, 174(1–3), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.017>
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa. Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. <https://doi.org/10.1111/j.1438-8677.1994.tb00406.x>
- Giugiario, M., Crivelli, B., Mingrone, C., Montemagni, C., Scalse, M., Sigauo, M., ... Rocca, P. (2012). Cognitive function and competitive employment in schizophrenia: relative contribution of insight and psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 553–561. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0367-7>
- Gladšjo, J. A., McAdams, L. A., Palmer, B. W., Moore, D. J., Jeste, D. V., & Heaton, R. K. (2004). A six-factor model of cognition in schizophrenia and related psychotic disorders: relationships with clinical symptoms and functional capacity. *Schizophr Bull*, 30(4), 739–754. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15957196>
- Gorenstein, C., Wang, Y.-P., & Hungerbühler, I. (2016). *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Gorwood, P., Burns, T., Juckel, G., Rossi, A., San, L., Hargarter, L., ... Africa functioning, group. (2013). Psychiatrists' perceptions of the clinical importance, assessment and management of patient functioning in schizophrenia in Europe, the Middle East and Africa. *Ann Gen Psychiatry*, 12(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-8>
- Gould, F., Sabbag, S., Durand, D., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2013). Self-assessment of functional ability in schizophrenia: Milestone achievement and its relationship to accuracy of self-evaluation. *Psychiatry Research*, 207(1–2), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.035>
- Granholm, E., Ben-Zeev, D., & Link, P. C. (2009). Social disinterest

attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35(5), 874–883. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp072>

Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., McQuaid, J. R., & Jeste, D. V. (2013). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older consumers with schizophrenia: defeatist performance attitudes and functional outcome. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(3), 251–262. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.014>10.1097/JGP.0b013e31823e2f70

Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., ... Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 162(3), 520–529. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.520>

Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 69(2), 121–127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>

Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no mundo real* (2. ed.). Porto Alegre: Penso.

Green, M. F. (2016). Impact of Cognitive and Social Cognitive Impairment on Functional Outcomes in Patients With Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77 Suppl 2(April 2013), 8–11. <https://doi.org/10.4088/JCP.14074su1c.02>

Green, M. F., Harris, J. G., & Nuechterlein, K. H. (2014). The MATRICS Consensus Cognitive Battery: What We Know 6 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 171(11), 1151–1154. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070936>

Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119–136. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430>

Green, M. F., Llerena, K., & Kern, R. S. (2015). The “right Stuff” Revisited: What Have We Learned about the Determinants of Daily Functioning in Schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 781–785. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv018>

- Gupta, M., Bassett, E., Iftene, F., & Bowie, C. R. (2012). Functional outcomes in schizophrenia: Understanding the competence-performance discrepancy. *Journal of Psychiatric Research, 46*(2), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.002>
- Gupta, M., Holshausen, K., Mausbach, B., Patterson, T. L., & Bowie, C. R. (2012). Predictors of Change in Functional Competence and Functional Behavior After Functional Adaptation Skills Training for Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(8), 705–711. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182613f79>
- Hafner, H., an der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Löffler, W., ... Stein, A. (1998). Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 24*(1), 99–113. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033317>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman.
- Hajian-Tilaki, K. (2013). Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis for medical diagnostic test evaluation. *Caspian Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Harvey, P. D. (2013). Assessment of everyday functioning in schizophrenia: Implications for treatments aimed at negative symptoms. *Schizophrenia Research, 150*(2–3), 353–355. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.022>
- Harvey, P. D. (2014a). Assessing Disability in Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry, 75*(10), e27–e27. <https://doi.org/10.4088/JCP.13049tx5c>
- Harvey, P. D. (2014b). Disability in schizophrenia: Contributing factors and validated assessments. *Journal of Clinical Psychiatry, 75*(SUPPL. 1), 15–20. <https://doi.org/10.4088/JCP.13049su1c.03>
- Harvey, P. D. (2014c). What is the evidence for changes in cognition and functioning over the lifespan in patients with schizophrenia? *Journal of Clinical Psychiatry, 75*(SUPPL. 2), 34–38. <https://doi.org/10.4088/JCP.13065su1.08>
- Harvey, P. D., & Bellack, A. S. (2009). Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: Is functional remission a viable concept? *Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 300–306.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn171>

- Harvey, P. D., Raykov, T., Twamley, E. W., Vella, L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2011). Validating the measurement of real-world functional outcomes: Phase I results of the VALERO study. *American Journal of Psychiatry*, *168*(11), 1195–1201. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121723>
- Harvey, P. D., Raykov, T., Twamley, E. W., Vella, L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2013). Factor structure of neurocognition and functional capacity in schizophrenia: A multidimensional examination of temporal stability. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *19*(6), 656–663. <https://doi.org/10.1017/S1355617713000179>
- Harvey, P. D., Velligan, D. I., & Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: Usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(5), 1138–1148. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm040>
- Heinrichs, D. W., Ammari, N., Miles, A. A., & McDermid Vaz, S. (2010). Cognitive performance and functional competence as predictors of community independence in schizophrenia. *Schizophr Bull*, *36*(2), 381–387. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn095>
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter Jr., W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*, *10*(3), 388–398. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6474101>
- Higuchi, C. H., Ortiz, B., Berberian, A. A., Noto, C., Cordeiro, Q., Belangero, S. I., ... Bressan, R. A. (2014). Factor structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in Brazil: Convergent validation of the brazilian version. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *36*(4), 336–339. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1330>
- Horan, W. P., Green, M. F., DeGroot, M., Fiske, A., Helleman, G., Kee, K., ... Nuechterlein, K. H. (2012). Social Cognition in Schizophrenia, Part 2: 12-Month Stability and Prediction of Functional Outcome in First-Episode Patients. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 865–872. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr001>
- Howes, O. D., & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet*, *383*(9929), 1677–1687. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62036-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62036-X)

- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, *468*(7321), 187–193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>
- Jackson, Y., Kelland, J., Cosco, T. D., McNeil, D. C., & Reddon, J. R. (2009). Nonvocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization. *Work*, *33*(4), 381–7. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0886>
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry*, *202*(s54), s5–s10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>
- Kao, Y.-C., & Liu, Y.-P. (2010). Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-63>
- Karilampi, U., Helldin, L., & Archer, T. (2011). Cognition and global assessment of functioning in male and female outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis*, *199*(7), 445–448. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318221413e>
- Katz, N., Gilad Izhaky, S., Ziv, O., & Revach, A. (2013). “Coffee Stands”: a vocational rehabilitation project in the community for people coping with mental disorders. *Work*, *44*(4), 481–490. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1389>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, *13*(2), 261–276. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3616518>
- Keefe, R. S. E., Buchanan, R. W., Marder, S. R., Schooler, N. R., Dugar, A., Zivkov, M., & Stewart, M. (2013). Clinical trials of potential cognitive-enhancing drugs in schizophrenia: What have we learned so far? *Schizophrenia Bulletin*, *39*(2), 417–435. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr153>
- Keefe, R. S. E., Poe, M., Walker, T. M., & Harvey, P. D. (2006). The Relationship of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) to Functional Capacity and Real-world Functional Outcome. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*(2), 260–269. <https://doi.org/10.1080/13803390500360539>
- Keefe, R. S. E., Poe, M., Walker, T. M., Kang, J. W., & Harvey, P. D. (2006). The Schizophrenia Cognition Rating Scale: An Interview-

- Based Assessment and Its Relationship to Cognition, Real-World Functioning, and Functional Capacity. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 426–432.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.426>
- Keefe, R. S. E., & Reichenberg, A. (2016). Predicting Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 73(5), 441.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0138>
- Kim, S.-J., Kim, J.-M., Shim, J.-C., Seo, B.-J., Jung, S.-S., Ryu, J.-W., ... Jung, D.-U. (2017). The Korean Version of the University of California San Diego Performance-based Skills Assessment: Reliability and Validity. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 15(3), 261–268.
<https://doi.org/10.9758/cpn.2017.15.3.261>
- Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Tarrant, J., ... Jones, P. B. (2006). Heterogeneity in Incidence Rates of Schizophrenia and Other Psychotic Syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 250. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.250>
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 32, pp. 214–219).
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj053>
- Köhler, O., Horsdal, H. T., Baandrup, L., Mors, O., & Gasse, C. (2016). Association between Global Assessment of Functioning scores and indicators of functioning, severity, and prognosis in first-time schizophrenia. *Clinical Epidemiology*, 8, 323–332.
<https://doi.org/10.2147/CLEP.S109036>
- Leifker, F. R., Patterson, T. L., Bowie, C. R., Mausbach, B. T., & Harvey, P. D. (2010). Psychometric properties of performance-based measurements of functional capacity: Test–retest reliability, practice effects, and potential sensitivity to change. *Schizophrenia Research*, 119(1–3), 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.021>
- Leucht, S., Samara, M., Heres, S., & Davis, J. M. (2016). Dose Equivalents for Antipsychotic Drugs: The DDD Method: Table 1. *Schizophrenia Bulletin*, 42(suppl 1), S90–S94. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv167>
- Li, N., Ying, C., & Deng, H. (2012). Cross-sectional assessment of the factors associated with occupational functioning in patients with schizophrenia. *Shanghai Arch Psychiatry*, 24(4), 222–230.

<https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-08329.2012.04.003>

- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery From Schizophrenia: A Concept in Search of Research. *Psychiatric Services*, *56*(6), 735–742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>
- Liu, T., Song, X., Chen, G., Paradis, A. D., & Zheng, X. (2014). Prevalence of schizophrenia disability and associated mortality among Chinese men and women. *Psychiatry Res*, *220*(1–2), 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.042>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, *71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lugnegard, T., Unenge Hallerback, M., Hjarthag, F., & Gillberg, C. (2013). Social cognition impairments in Asperger syndrome and schizophrenia. *Schizophr Res*, *143*(2–3), 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.001>
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2006). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(1), 192–199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- MacDonald, A. W., Goghari, V. M., Hicks, B. M., Flory, J. D., Carter, C. S., & Manuck, S. B. (2005). A Convergent-Divergent Approach to Context Processing, General Intellectual Functioning, and the Genetic Liability to Schizophrenia. *Neuropsychology*, *19*(6), 814–821. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.19.6.814>
- Macpherson, R., Pesola, F., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2015). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.031>
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., & Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv*, *57*(12), 1784–1791. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.12.1784>
- Mantovani, L. M. (2015). *Estudo de Tradução, Adaptação e Validação da*

Versão Brasileira da UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA) em Pacientes com Esquizofrenia. (U. F. de M. Gerais, Ed.), *Dissertação - Mestrado.* Instituto de Ciências Biológicas, Belo Horizonte.

- Mantovani, L. M., Teixeira, A. L., Salgado, J. V., Mantovani, L. M., Teixeira, A. L., & Salgado, J. V. (2015). Functional capacity: a new framework for the assessment of everyday functioning in schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *37*(3), 249–255. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1551>
- Marino, L. A., & Dixon, L. B. (2014). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(3), 210–215. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000058>
- Martinez, E. Z., Louzada-Neto, F., & Pereira, B. D. B. (2003). A Curva ROC para Testes Diagnósticos. *Cadernos Saúde Coletiva*. <https://doi.org/1414-462X>
- Martins, G. de A. (2006). Sobre Confiabilidade e Validade. *RBGN*, *8*(20), 1–12. <https://doi.org/10.7819/rbgn.v8i20.51>
- Mathews, J. R., & Barch, D. M. (2010). Emotion responsivity, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, *119*(1), 50–59. <https://doi.org/10.1037/a0017861>
- Matza, L. S., Buchanan, R., Purdon, S., Brewster-Jordan, J., Zhao, Y., & Revicki, D. A. (2006). Measuring changes in functional status among patients with schizophrenia: the link with cognitive impairment. *Schizophr Bull*, *32*(4), 666–678. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl004>
- Mausbach, B. T., Depp, C. A., Bowie, C. R., Harvey, P. D., McGrath, J. A., Thronquist, M. H., ... Patterson, T. L. (2011). Sensitivity and specificity of the UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA-B) for identifying functional milestones in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *132*(2–3), 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.07.022>
- Mausbach, B. T., Harvey, P. D., Goldman, S. R., Jeste, D. V., & Patterson, T. L. (2006). Development of a Brief Scale of Everyday Functioning in Persons with Serious Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(6), 1364–1372. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm014>
- Mausbach, B. T., Harvey, P. D., Pulver, A. E., Depp, C. A., Wolyniec, P. S., Thronquist, M. H., ... Patterson, T. L. (2010). Relationship of the

- Brief UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA-B) to multiple indicators of functioning in people with schizophrenia and bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12(1), 45–55.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00787.x>
- Mausbach, B. T., Moore, R., Bowie, C., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2009). A Review of instruments for measuring functional recovery in those diagnosed with psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 307–318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn152>
- Mausbach, B. T., Tiznado, D., Cardenas, V., Jeste, D. V., & Patterson, T. L. (2016). Validation of the UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA) in Hispanics with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 244, 388–393.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.027>
- McFarlane, W. R., Levin, B., Travis, L., Lucas, F. L., Lynch, S., Verdi, M., ... Spring, E. (2015). Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophr Bull*, 41(1), 30–43.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbu108>
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., DeRosa, T. J., & Wolfe, R. (2009). Work, Recovery, and Comorbidity in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 319–335. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn182>
- McIntosh, B. J., Zhang, X. Y., Kosten, T., Tan, S. P., Xiu, M. H., Rakofsky, J., & Harvey, P. D. (2011). Performance-based assessment of functional skills in severe mental illness: Results of a large-scale study in China. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1089–1094.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.01.012>
- Melnik, T., & Atallah, A. N. (2011). *Psicologia Baseada em Evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia*. São Paulo: Santos.
- Menendez-Miranda, I., Garcia-Portilla, M. P., Garcia-Alvarez, L., Arrojo, M., Sanchez, P., Sarramea, F., ... Bobes, J. (2015). Predictive factors of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 30(5), 622–627.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.011>
- Messinger, J. W., Trémeau, F., Antonius, D., Mendelsohn, E., Prudent, V., Stanford, A. D., & Malaspina, D. (2011). Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: Implications for

- DSM-5 and schizophrenia research. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.002>
- Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., ... Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 485–515. <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.28>
- Ministério da Fazenda. (2017). *Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade*. Brasília.
- Moore, R. C., Harmell, A. L., Ho, J., Patterson, T. L., Eyler, L. T., Jeste, D. V., & Mausbach, B. T. (2013). Initial validation of a computerized version of the UCSD Performance-Based Skills Assessment (C-UPSA) for assessing functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 144(1–3), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.028>
- Moore, R. C., Viglione, D. J., Rosenfarb, I. S., Patterson, T. L., & Mausbach, B. T. (2013). Rorschach measures of cognition relate to everyday and social functioning in schizophrenia. *Psychological Assessment*, 25(1), 253–263. <https://doi.org/10.1037/a0030546>
- Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Navas-Campaña, D., García-Herrera, J. M., Angona, P., Martín, C., & Rivas, F. (2016). Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(1), 38–48. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000614>
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Jablensky, A., Mackinnon, A., McGrath, J. J., Carr, V., ... Saw, S. (2012). People living with psychotic illness in 2010: The second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(8), 735–752. <https://doi.org/10.1177/0004867412449877>
- Niendam, T. A., Bearden, C. E., Zinberg, J., Johnson, J. K., O'Brien, M., & Cannon, T. D. (2007). The course of neurocognition and social functioning in individuals at ultra high risk for psychosis. *Schizophr Bull*, 33(3), 772–781. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm020>
- Ochoa, S., Salvador-Carulla, L., Villalta-Gil, V., Gilbert, K., & Haro, J. M. (2012). Use of functioning-disability and dependency for case-mix and subtyping of schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 26(1), 5–20.

- Olsson, A.-K. K., Helldin, L., Hjärthag, F., & Norlander, T. (2012). Psychometric properties of a performance-based measurement of functional capacity, the UCSD Performance-based Skills Assessment - Brief version. *Psychiatry Research*, *197*(3), 290–294. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.002>
- On, Z. X., Cotton, S., Farhall, J., Killackey, E., & Allott, K. (2016). Relationship between duration of untreated psychosis and neurocognition and social cognition in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *176*(2–3), 529–532. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.018>
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa. Retrieved from http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf
- Pasquali, L. (2004). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (2012). *Análise Fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.
- Patel, R., Wilson, R., Jackson, R., Ball, M., Shetty, H., Broadbent, M., ... Bhattacharyya, S. (2016). Association of cannabis use with hospital admission and antipsychotic treatment failure in first episode psychosis: an observational study. *BMJ Open*, *6*(3), e009888. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009888>
- Patterson, T. L., Goldman, S., McKibbin, C. L., Hughs, T., & Jeste, D. V. (2001). UCSD Performance-Based Skills Assessment: Development of a New Measure of Everyday Functioning for Severely Mentally Ill Adults. *Schizophrenia Bulletin*, *27*(2), 235–245. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006870>
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1785–1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease.

Population Health Metrics, 8(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-8-24>

- Pinna, F., Bosia, M., Cavallaro, R., & Carpiniello, B. (2014). Consensus five factor PANSS for evaluation of clinical remission: Effects on functioning and cognitive performances. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(4), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.11.001>
- Pitkanen, A., Valimaki, M., Kuosmanen, L., Katajisto, J., Koivunen, M., Hatonen, H., ... Knapp, M. (2012). Patient education methods to support quality of life and functional ability among patients with schizophrenia: a randomised clinical trial. *Qual Life Res*, 21(2), 247–256. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9944-1>
- Pontes, L. M. M., & Elkis, H. (2013). Treinamento de Atenção e Memória na Esquizofrenia. *Um Manual Prático*. Porto Alegre: Artmed.
- Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Garibaldi, G., Bugariski-Kirola, D., Berardo, C. G., & Kapur, S. (2012). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research*, 137(1–3), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.015>
- Rajji, T. K., Ismail, Z., & Mulsant, B. H. (2009). Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195(4), 286–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060723>
- Ramsay, C. E., Stewart, T., & Compton, M. T. (2012). Unemployment among patients with newly diagnosed first-episode psychosis: prevalence and clinical correlates in a US sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 797–803. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0386-4>
- Reddy, L. F., Llerena, K., & Kern, R. S. (2016). Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophrenia Research*, 176(2–3), 462–466. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.006>
- Reeder, C., Smedley, N., Butt, K., Bogner, D., & Wykes, T. (2006). Cognitive predictors of social functioning improvements following cognitive remediation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 32 Suppl 1, S123-31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl019>
- Reichenberg, A., Feo, C., Prestia, D., Bowie, C. R., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2014). The course and correlates of everyday

- functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, *1*(1), e47–e52. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.03.001>
- Rocha C., N. Q., Aguiar, S., & Marques, A. (2008). Implicações da Neurocognição e da Auto-Eficácia na Predição do Funcionamento Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia. *Análise Psicológica*, *4*(XXVI), 587–600.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, *131*(1–3), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023>
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(2), 325–337. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.325>
- Sabbag, S., Twamley, E. W., Vella, L., Heaton, R. K., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2012). Predictors of the accuracy of self assessment of everyday functioning in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *137*(1–3), 190–195. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.02.002>
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*, *2*(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(3), 475–483. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>
- Sampieri, R. H., Fernández-Collado, C., & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª Edición). México: McGraw-Hill.
- Sánchez-Torres, A. M., Elosúa, M. R., Lorente-Omeñaca, R., Moreno-Izco, L., Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2017). Lifetime psychopathological dimensions, cognitive impairment and functional outcome in psychosis. *Schizophrenia Research*, *179*, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.10.002>
- Santos, W. (2016). Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(10), 3007–3015.

812320152110.15262016

- Savill, M., Orfanos, S., Reininghaus, U., Wykes, T., Bentall, R., & Priebe, S. (2016). The relationship between experiential deficits of negative symptoms and subjective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 176*(2–3), 387–391. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.017>
- Savilla, K., Kettler, L., & Galletly, C. (2008). Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(6), 496–504. <https://doi.org/10.1080/00048670802050512>
- Schennach, R., Musil, R., Moller, H. J., Riedel, M., Möller, H.-J., & Riedel, M. (2012). Functional outcomes in schizophrenia: employment status as a metric of treatment outcome. *Current Psychiatry Reports, 14*(3), 229–236. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0261-3>
- Schindler, V. P., & Sauerwald, C. (2013). Outcomes of a 4-year program with higher education and employment goals for individuals diagnosed with mental illness. *Work, 46*(3), 325–336. <https://doi.org/10.3233/WOR-121548>
- Shi, C., He, Y., Cheung, E. F., Yu, X., & Chan, R. C. (2013). An ecologically valid performance-based social functioning assessment battery for schizophrenia. *Psychiatry Res, 210*(3), 787–793. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.023>
- Shibre, T., Hanlon, C., Medhin, G., Alem, A., Kebede, D., Teferra, S., ... Fekadu, A. (2014). Suicide and suicide attempts in people with severe mental disorders in Butajira, Ethiopia: 10 year follow-up of a population-based cohort. *BMC Psychiatry, 14*(1), 150. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-150>
- Shivashankar, S., Telfer, S., Arunagiriraj, J., McKinnon, M., Jauhar, S., Krishnadas, R., & McCreddie, R. (2013). Has the prevalence, clinical presentation and social functioning of schizophrenia changed over the last 25 years? Nithsdale schizophrenia survey revisited. *Schizophrenia Research, 146*(1–3), 349–356. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.006>
- Silveira, C., Parpinelli, M. A., Pacagnella, R. C., Camargo, R. S., Costa, M. L., Zanardi, D. M., ... Andreucci, C. B. (2013). Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português.

Revista Da Associação Médica Brasileira, 59(3), 234–240.

- Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0578-7>
- Strassnig, M. T., Raykov, T., O’Gorman, C., Bowie, C. R., Sabbag, S., Durand, D., ... Harvey, P. D. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*, 165(1), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.033>
- Sumiyoshi, C., Takaki, M., Okahisa, Y., Patterson, T. L., Harvey, P. D., & Sumiyoshi, T. (2014). Utility of the UCSD Performance-based Skills Assessment-Brief Japanese version: Discriminative ability and relation to neurocognition. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(3), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.08.002>
- Tandberg, M., Sundet, K., Andreassen, O. A., Melle, I., & Ueland, T. (2013). Occupational functioning, symptoms and neurocognition in patients with psychotic disorders: investigating subgroups based on social security status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(6), 863–874. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0598-2>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Mental health outcome measures* (3rd ed.). London: RCPsych Publications.
- Togay, B., Noyan, H., Tasdelen, R., & Ucok, A. (2015). Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 252–256. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.025>
- Ueoka, Y., Tomotake, M., Tanaka, T., Kaneda, Y., Taniguchi, K., Nakataki, M., ... Ohmori, T. (2011). Quality of life and cognitive dysfunction in people with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(1), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.08.018>
- United States. (2005). Factors State Vocational Rehabilitation Agencies Should Consider When Determining Whether a Job Position Within a Community Rehabilitation Program is Deemed to be in an “Integrated Setting” for Purposes of the Vocational Rehabilitation Program . (Department of EDUCATION, Ed.). REHABILITATION SERVICES ADMINISTRATION. Retrieved from

<https://www2.ed.gov/policy/speced/guid/rsa/tac-06-01.pdf>

- Ustun, B., & Kennedy, C. (2009). What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*, 8(2), 82–85. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516924>
- Van Den Oord, E. J. C. G., Rujescu, D., Robles, J. R., Giegling, I., Birrell, C., Bukszár, J., ... Muglia, P. (2006). Factor structure and external validity of the PANSS revisited. *Schizophrenia Research*, 82(2–3), 213–223. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.002>
- Vanasse, A., Courteau, J., Fleury, M.-J., Grégoire, J.-P., Lesage, A., & Moisan, J. (2012). Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: different algorithms, different estimates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 533–543. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0371-y>
- Vaskinn, A., Sundet, K., Simonsen, C., Hellvin, T., Melle, I., & Andreassen, O. A. (2011). Sex differences in neuropsychological performance and social functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropsychology*, 25(4), 499–510. <https://doi.org/10.1037/a0022677>
- Vella, L., Patterson, T. L., Harvey, P. D., McClure, M. M., Mausbach, B. T., Taylor, M. J., & Twamley, E. W. (2017). Exploratory analysis of normative performance on the UCSD Performance-Based Skills Assessment-Brief. *Psychiatry Research*, 256, 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.025>
- Velligan, D. I., Alphas, L., Lancaster, S., Morlock, R., & Mintz, J. (2009). Association between changes on the Negative Symptom Assessment scale (NSA-16) and measures of functional outcome in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 169(2), 97–100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.009>
- Venkatesh, B. K., Thirthalli, J., Naveen, M. N., Kishorekumar, K. V., Arunachala, U., Venkatasubramanian, G., ... Gangadhar, B. N. (2008). Sex difference in age of onset of schizophrenia: findings from a community-based study in India. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(3), 173–6. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00191.x>
- Ventura, J., Wood, R. C., & Hellemann, G. S. (2013). Symptom domains

- and neurocognitive functioning can help differentiate social cognitive processes in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 39(1), 102–111. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr067>
- Voruganti, L. P., Awad, A. G., Parker, G., Forrest, C., Usmani, Y., Fernando, M. L., & Senthilal, S. (2007). Cognition, functioning and quality of life in schizophrenia treatment: results of a one-year randomized controlled trial of olanzapine and quetiapine. *Schizophr Res*, 96(1–3), 146–155. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.08.002>
- Wallace, C. J. (1984). Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 233–257.
- Wciórka, J., Świtaj, P., & Anczewska, M. (2015). The stages of recovery in relation to the other subjective and objective aspects of psychosis. *Psychiatry Research*, 225(3), 613–618. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.036>
- World Health Organization. (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. *International Classification*, 1149, 1–22. <https://doi.org/WHO/EIP/GPE/CAS/01.3>
- World Health Organization. (2008). The Global Burden of Disease: 2004 update. *2004 Update*, 146. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.85>
- World Health Organization. (2010a). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Retrieved from http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2010b). Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: theory and practice*. London ; New York: Routledge.
- Xiang, Y. T., Ma, X., Cai, Z. J., Li, S. R., Xiang, Y. Q., Guo, H. L., ... Ungvari, G. S. (2008). Prevalence and socio-demographic correlates of schizophrenia in Beijing, China. *Schizophrenia Research*, 102(1–3), 270–277. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.009>

- Zawadzki, J. A., Girard, T. A., Foussias, G., Rodrigues, A., Siddiqui, I., Lerch, J. P., ... Wong, A. H. (2013). Simulating real world functioning in schizophrenia using a naturalistic city environment and single-trial, goal-directed navigation. *Front Behav Neurosci*, 7, 180. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00180>
- Zhang, H., Mi, W., Li, L., Shi, Y., & Xiao, J. (2015). High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1161. <https://doi.org/10.2147/NDT.S72367>
- Zimmer, M., Duncan, A. V., Laitano, D., Ferreira, E. E., & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 140–147.

Apêndices

Apêndice A – Parecer Consubstanciado do CEP

<p>FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ DE SANTA CATARINA</p> 										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: Variáveis sócio demográficas e clínicas associadas ao prognóstico dos pacientes com esquizofrenia e outras psicoses, atendidos pelo Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (PRMP-IPqSC/SES)										
Pesquisador: Rodrigo Pirard Basso										
Área Temática:										
Versão: 2										
CAAE: 47848115.0.0000.5357										
Instituição Proponente: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 1.432.157										
Apresentação do Projeto: O projeto apresenta uma breve introdução sobre o tema, objetivos e metodologia. Não apresenta uma revisão do estado da arte, deixando uma lacuna no que se refere ao debate mais amplo e também específico sobre o tema a ser pesquisado.										
Objetivo da Pesquisa: Objetivos claros e concisos.										
Avaliação dos Riscos e Benefícios: O termo de consentimento indica que não há riscos na pesquisa por se tratar de entrevista. Não aponta benefícios de fora a esclarecer os sujeitos de pesquisa.										
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O projeto apresenta caráter relevante, entretanto, não problematiza as questões centrais que pretende aprofundar, como importância das características sócio-demográficas e em que medida tais características podem estar associadas à funcionalidade dos pacientes a serem estudados.										
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos estão de acordo com as normas esperadas.										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Endereço: Rua Laudelino Souza Filho S/N</td> <td>CEP: 88.117-001</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Barreiros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SC</td> <td>Município: SAO JOSE</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (49)3381-8000</td> <td>Fax: (49)3381-8041</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: csp.estaciooc@hotmail.com</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Laudelino Souza Filho S/N	CEP: 88.117-001	Bairro: Barreiros		UF: SC	Município: SAO JOSE	Telefone: (49)3381-8000	Fax: (49)3381-8041		E-mail: csp.estaciooc@hotmail.com
Endereço: Rua Laudelino Souza Filho S/N	CEP: 88.117-001									
Bairro: Barreiros										
UF: SC	Município: SAO JOSE									
Telefone: (49)3381-8000	Fax: (49)3381-8041									
	E-mail: csp.estaciooc@hotmail.com									

FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ
DE SANTA CATARINA



Continuação do Parecer: 1.432.157

Recomendações:

Recomenda-se revisão do estado da arte dos temas centrais da pesquisa, bem como levantamento de pesquisas a fim (também em outras áreas) que possam já ter apontado para a mesma problemática.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomenda-se revisão do estado da arte dos temas centrais da pesquisa, bem como levantamento de pesquisas a fim (também em outras áreas) que possam já ter apontado para a mesma problemática.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_527759.pdf	28/09/2015 08:25:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	25/09/2015 14:22:14	Rodrigo Pirard Basso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	selb-bd32_004326.pdf	19/06/2015 15:01:02		Aceito
Folha de Rosto	rodrigo.pdf	16/06/2015 11:45:02		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE, 01 de Março de 2016

Assinado por:
patricia sobierajski barreto
(Coordenador)

Endereço: Rua Laudelino Souza Filho S/N
Bairro: Barreiros **CEP:** 88.117-001
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3381-8000 **Fax:** (48)3381-8041 **E-mail:** cep.estacios@hotmail.com

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Variáveis sócio demográficas e clínicas associadas ao prognóstico dos pacientes com esquizofrenia e outras psicoses, atendidos pelo Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (PRMP-IPqSC/SES).

Eu, _____, _____ anos, concordo em participar da Pesquisa conduzida pelos médicos Guder Grohs, Eduardo Millyus Pimentel, Alexandre Paim Diaz, Fabiani Bogorni Lenz, Rodrigo Pirard Basso, e psicólogos Luciana Amorim e Roberto Moraes Cruz. Tem como objetivo avaliar fatores sociodemográficos e clínicos associados à capacidade funcional dos pacientes do ambulatório de esquizofrenia e outras psicoses do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Procedimento a ser seguido:

Serão feitas perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física e mental, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente do seu tratamento e em nada influenciará neste, caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Se por algum motivo o(a) senhor(a) se sentir desconfortável, a qualquer momento poderá desistir da pesquisa. A divulgação das informações será anônima, em meio científico e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la a qualquer momento.

Riscos e desconfortos: A avaliação trata-se de uma entrevista, portanto não há riscos. Como a avaliação será realizada a partir de aplicação de questionários, poderá demandar algum tempo (em média 1 hora), e poderá ser necessário mais de uma fase de aplicação, ou seja, aplicação de questionários em diferentes dias. Isso demandará tempo do participante, podendo ser desconfortável para alguns pacientes.

Benefícios: Um benefício direto será a revisão sistemática do diagnóstico e das comorbidades de todos que participarem; e indiretos, um melhor conhecimento das variáveis associadas ao desempenho funcional dos pacientes.

Custo: Não haverá custo para os pacientes que participarem deste projeto de pesquisa.

Sigilo: Toda informação obtida não será fornecida a pessoas não envolvidas neste projeto de pesquisa sem consentimento. Seu nome jamais será utilizado em qualquer situação, mesmo em trabalhos científicos ou apresentações em congressos/simpósios, ou seja, fica assegurado o anonimato da identidade.

Liberdade do paciente: A participação neste projeto de pesquisa é voluntária e os participantes não receberão nenhuma remuneração. O participante poderá recusar-se a participar ou retirar-se do projeto em qualquer momento sem penalidades.

Consentimento pós esclarecimento:

Declaro que _____ me esclareceu sobre todos os itens acima. Eu livremente concordo em participar deste projeto de pesquisa e declaro que recebi uma cópia deste consentimento. Caso eu necessite de qualquer informação adicional sobre a minha participação neste projeto eu poderei contatar o Centro de Estudos do Instituto Psiquiatria de Santa Catarina/SC, pelo telefone (48) 3954.2011.

Data: ____/____/____

Paciente Voluntário (nome, assinatura e data)

Pesquisador Responsável (nome, assinatura e data)

Testemunha da assinatura voluntária do paciente

Familiar ou Responsável Legal do paciente – se necessário. (nome, assinatura e data)

Entrevistador

Apêndice C – Questionário Sociodemográfico

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

PACIENTE:

PRONTUÁRIO HU:

UBS DE REFERÊNCIA:

SUB GRUPO (1º EPISÓDIO/ ESTABILIZAÇÃO/CLOZAPINA/DEPÓSITO):

SEXO:

DATA NASCIMENTO:

ALTURA:

PESO:

HDA (IDADE INÍCIO DA DOENÇA):

DUP (DURAÇÃO DA PSICOSE NÃO TRATADA):

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PRÉVIAS (SPAs) À HDA:

NÚMERO TENTATIVAS SUICÍDIO:

NÚMERO HOSPITALIZAÇÕES:

DIAGNÓSTICO INICIAL (PRINCIPAL):

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

NÚMERO DE FAMILIARES COM MUITO PROVÁVEL PROBLEMA COM ETÍLICOS:

NÚMERO DE FAMILIARES COM MUITO PROVÁVEL PROBLEMA COM SPAs:

NÚMERO DE FAMILIARES COM MUITO PROVÁVEL F2X (PSICOSE):

NÚMERO DE FAMILIARES COM MUITO PROVÁVEL TRANSTORNO BIPOLAR:

NÚMERO DE FAMILIARES COM MUITO PROVÁVEL DEPRESSÃO MAIOR:

NÚMERO DE FAMILIARES COM MUITO PROVÁVEL – OUTROS DESAJUSTES FUNCIONAIS SEVEROS:

RENDA MENSAL PACIENTE:

RENDA MENSAL FAMÍLIA:

SITUAÇÃO CONJUGAL/CONVIVAS:

NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO (APROVADO OU NÃO):

GRAU DE INSTRUÇÃO:

TRABALHO/OCUPAÇÃO ATUAL:

GRAU INSTRUÇÃO DOS PAIS:

TEMPO TRABALHO AO LONGO DA VIDA:

MEDICAÇÃO ATUAL:

ENDEREÇO/CIDADE:

Apêndice D – *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20,296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30,296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20,296.26 Único	F32.x
			296.30,296.36 Recorrente	F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
	Risco <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00,296.06	F30.x
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80,296.89	F31.x
F31.8/F31.9	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01.
F41.0	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ALCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F41.0x
ABUSO DE ALCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00,304.05,30.90	F11.0-F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00,304.05,20.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3/F31.2	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA: TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA/PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

Apêndice E – *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus*

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière - Paris



Tradução para o português (Brasil): Patrícia Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem *solicitar** uma versão do M.I.N.I. (*mediante cadastro*), para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

UM TREINAMENTO PREVIÓ* É OBRIGATÓRIO, PARA QUALQUER UTILIZAÇÃO DO M.I.N.I.

* *versões brasileiras do M.I.N.I. - cadastro, cópias e treinamentos:* pat.amorinha@gmail.com.br

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Julho, 2002)

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Data de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Data de fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM) TRANSBORSO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL TRANSBORSO DO HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCOLÍCAS	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Usio	F52.x
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F53.X
	Atual	<input type="checkbox"/>	293.81	F06.xx
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.81	F06.xx
	Atual	<input type="checkbox"/>	29x.xx	notum
	Passado	<input type="checkbox"/>	29x.xx	notum
	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single	F52.x
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recurrent	F53.x
	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F54.1
	Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F54.1
B. TRANSTORNO DISTÍMICO C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	notum	notum
D. EPISÓDIO MANÍACO EPISÓDIO HIPOMANÍACO EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x F31.9
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x F31.9
	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.09	F31.8-F31.9E31.0
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.09	F31.8-F31.9E31.0
	Atual	<input type="checkbox"/>	293.81	F06.30
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.81	F06.30
	Atual	<input type="checkbox"/>	293.81	notum
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.81	notum
	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	notum
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	notum
E. TRANSTORNO DE PÂNICO TRANSTORNO ANEDÔNICO ATÁQUICO DE PÂNICO TRANSTORNO ANEDÔNICO ATÁQUICO DE PÂNICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA F. AGORAFOBIA G. FOBIA SOCIAL H. FOBIA ESPECÍFICA I. TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC) TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL TOC INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO K. DEPENDÊNCIA DE ALCOOL DEPENDÊNCIA DE ALCOOL ABUSO DE ALCOOL L. DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS ESQUIZOFRENIA TRANSTORNO ESQUIZOFÊNICO TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01-300.21 F40.01-F41.0	F41.0
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01-300.21 F40.01-F41.0	F41.0
	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	notum
	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
	Atual	<input type="checkbox"/>	300.28	F40.2
	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	notum	
Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1	
Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	
Atual	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	
Atual	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1	
Atual	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1	
Atual (Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-304.05 20-30	F11.0-F11.1	
Atual (Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-304.05 20-30	F11.0-F11.1	
Atual (Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-304.05 20-30	F11.0-F11.1	
Atual (Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	295.10-295.80 20-31	F20.xx-F29	
Atual	<input type="checkbox"/>	297.32 951.81 293.82		
Atual	<input type="checkbox"/>	293.89/298.82 298.9		
Atual	<input type="checkbox"/>	296.24	F52.30-F53.2	
Atual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx	
Atual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx	
Atual	<input type="checkbox"/>	295.70	F53.x	
Atual	<input type="checkbox"/>	295.70	F53.x	
Atual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8	
Atual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8	
Atual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81	
Atual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81	

TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	<input type="checkbox"/>	291.1	F22.0
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.1	F22.0
TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	291.3x	F06.0-F06.2
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.3x	F06.0-F06.2
TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	neither
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	neither
TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS PLASMÓRFICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR SOE	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.80	F39
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24	F31.3X1
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.3X1
TRANSTORNO BIPOLAR I COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.2X31.X3
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.2X31.X3
TRANSTORNO BIPOLAR II	Atual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
N ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRIATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	291.89	F06.4
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	neither
Q TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
	Atual	<input type="checkbox"/>		
S HIPOCONDRIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U TRANSTORNO DOLOROSO CORPORAL	Atual	<input type="checkbox"/>	300.80-307.8	F45.4
V TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.8
X TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	<input type="checkbox"/>	309.3x	F43.3x
Y TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	<input type="checkbox"/>		
Z TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSIVO	Atual	<input type="checkbox"/>		

ALERTA

MEMSO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM CLARO FATOR ESTRESSANTE AGRAVANDO A SINTOMATOLOGIA, EXPLORE INICIALMENTE OS DIAGNÓSTICOS DE "A - W" ACIMA. NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO EXPLORADO DE "A - W" FOREM PREENCHIDOS.

Apêndice F – Positive and Negative Syndrome Scale

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-BR)

Escala Positiva						
P1 – Delírios	1	2	3	4	5	6 7
P2 – Desorganização conceitual	1	2	3	4	5	6 7
P3 – Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6 7
P4 – Excitação	1	2	3	4	5	6 7
P5 – Grandeza	1	2	3	4	5	6 7
P6 – Desconfiança	1	2	3	4	5	6 7
P7 – Hostilidade	1	2	3	4	5	6 7
Escore escala positiva	_____					
Número de sintomas avaliados >3	_____					
Escala Negativa						
N1 – Afetividade embotada	1	2	3	4	5	6 7
N2 – Retraimento emocional	1	2	3	4	5	6 7
N3 – Contato pobre	1	2	3	4	5	6 7
N4 – Retraimento social passivo/apático	1	2	3	4	5	6 7
N5 – Dificuldade pensamento abstrato	1	2	3	4	5	6 7
N6 – Falta de espontaneidade e fluência	1	2	3	4	5	6 7
N7 – Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6 7
Escore escala negativa	_____					
Número de sintomas avaliados >3	_____					
Escala de Psicopatologia Geral						
G1 – Preocupação somática	1	2	3	4	5	6 7
G2 – Ansiedade	1	2	3	4	5	6 7
G3 – Culpa	1	2	3	4	5	6 7
G4 – Tensão	1	2	3	4	5	6 7
G5 – Maneirismo/postura	1	2	3	4	5	6 7
G6 – Depressão	1	2	3	4	5	6 7
G7 – Retardo motor	1	2	3	4	5	6 7
G8 – Falta de cooperação	1	2	3	4	5	6 7
G9 – Conteúdo incomum pensamento	1	2	3	4	5	6 7
G10 – Desorientação	1	2	3	4	5	6 7
G11 – Déficit atenção	1	2	3	4	5	6 7
G12 – Juízo e crítica	1	2	3	4	5	6 7
G13 – Distúrbio volição	1	2	3	4	5	6 7
G14 – Mau controle impulso	1	2	3	4	5	6 7
G15 – Preocupação	1	2	3	4	5	6 7
G16 – Esquiva social ativa	1	2	3	4	5	6 7
Escola de Psicopatologia Geral	_____					

Tipo sintomatológico:

Positivo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala positiva e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala negativa);

Negativo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala negativa e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala positiva);

Misto (3 ou mais sintomas com escore > ou = em ambas as escalas);

Nenhum tipo (quando não se aplicam os critérios anteriores).

Apêndice G – Schizophrenia Cognition Rating Scale

Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS-BR)

Iniciais do paciente: _____ Número do prontuário: _____
 Data da entrevista com o paciente: _____ Data da entrevista com informante: _____
 Relação do informante com o paciente: _____ # de horas com o paciente por semana: _____
 Escolaridade do pai: _____ Escolaridade da mãe: _____

O propósito deste questionário é avaliar problemas na atenção, memória, habilidades motoras, fala, e solução de problemas. As questões são projetadas para medir a gravidade da dificuldade cognitiva nas últimas duas semanas. Há um total de 20 questões para serem feitas para o paciente e, em seguida, para o informante em entrevistas separadas. Como entrevistador, você determinará a pontuação baseando-se nas entrevistas de ambos, do paciente e do informante. Por favor, circule o número apropriado para cada questão.

Grau de gravidade

N/A = Pontuação não aplicável 1 = Nenhum 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Grave

Você/O paciente tem dificuldade...

1. Em lembrar-se de nomes das pessoas que você conhece ou de pessoas que encontra?

Exemplo: Colega de quarto, enfermeira, médico, familiares e amigos
 Leve: Lembra-se da maioria dos nomes das pessoas que ele/ela conhece, mas não de todas as pessoas que ele/ela acabou de conhecer
 Moderado: Esquece-se de muitos nomes de pessoas que ele/ela conhece e de todas as pessoas que ele/ela acabou de conhecer
 Grave: Esquece-se de todos ou quase todos os nomes das pessoas que ele/ela conhece e que encontra

Paciente	Informante				Entrevistador									
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

2. Em lembrar-se de como chegar a lugares?

Exemplo: Banheiro, próprio quarto, casa de amigo
 Leve: Esquece-se raramente
 Moderado: Só é capaz de ir a locais frequentados comumente
 Grave: Incapaz de ir a qualquer lugar sem assistência devido dificuldades com a memória

Paciente	Informante				Entrevistador									
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

3. Acompanhar um programa de televisão?

Exemplo: Show favorito, noticiário
 Leve: Consegue acompanhar apenas a um filme curto ou noticiário
 Moderado: Consegue acompanhar apenas um programa leve de 30 minutos (por exemplo, um seriado cômico)
 Grave: Incapaz de acompanhar um programa de TV por qualquer período de tempo

Paciente	Informante				Entrevistador									
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

4. Em lembrar-se de onde colocou as coisas?

Exemplo: Roupas, jornal, cigarros
 Leve: Raras situações de esquecimento
 Moderado: Frequentes situações de esquecimento
 Grave: Situações muito frequentes de esquecimentos ou esquecimento de itens de grande importância

Paciente	Informante				Entrevistador									
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

Apêndice H – Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Esquizofrenia

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: QLS-BR¹

Instruções de aplicação

Para a aplicação da escala QLS-BR, uma situação de privacidade deve ser buscada. O paciente não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou amigo.

O paciente deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. Em uma situação de pesquisa, uma vez que o paciente concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Deve ser enfatizado que o questionário se refere às três últimas semanas da vida do paciente, independente do local onde o indivíduo se encontra. O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro.

Cada item da escala QLS inclui três partes. Primeiro há uma breve exposição sobre o item, para ajudar o entrevistador a compreender o parâmetro a ser avaliado. Em seguida, algumas perguntas são fornecidas, para que o entrevistador as utilize na entrevista, buscando avaliar o item. Por último, há uma grade de cotação com 7 pontos, que o entrevistador deve utilizar para fazer o seu julgamento sobre o item avaliado. Alguns destes pontos contêm descrições, outros não. O entrevistador deve assinalar o número escolhido nesta grade de 7 pontos, para cada um dos 21 itens da escala.

Todos os itens da escala devem ser avaliados. Cada item deve ser explorado tanto quanto necessário, para permitir ao entrevistador a oportunidade de fazer um bom julgamento clínico. Para isto, ele poderá complementar a pergunta sugerida, ou mesmo fazer perguntas adicionais, além daquelas incluídas na escala. Adaptações devem ser feitas pelo avaliador, quando fatores extrínsecos estiverem claramente envolvidos (por exemplo, contato social diminuído devido à doença física grave).

A escala QLS-BR deve ser aplicada em uma entrevista semiestruturada por um profissional de saúde previamente treinado. O tempo de aplicação dura aproximadamente 45 minutos.

¹ **Referência da escala original:** Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, v.10, p. 388-398, 1984

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____ Avaliador: _____
 Data da avaliação: __/__/____ Início da aplicação: __h__min

21 ITENS

1 – Relações familiares	0	1	2	3	4	5	6	9	<input type="checkbox"/>
2 – Amigos íntimos	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
3 – Relações com colegas	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
4 – Atividade social	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
5 – Rede social	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
6 – Iniciativa social	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
7 – Afastamento social	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
8 – Relações afetivo-sexuais	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
9 – Funcionamento ocupacional	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
10 – Nível de realização	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
11 – Subemprego	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
12 – Satisfação ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	9	<input type="checkbox"/>
13 – Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
14 – Motivação	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
15 – Curiosidade	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
16 – Aneдонia	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
17 – Utilização do tempo	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
18 – Objetos comuns	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
19 – Atividades comuns	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
20 – Empatia	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>
21 – Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	6		<input type="checkbox"/>

Subescalas:**Fator 1:** Rede social (itens 1-7)**Fator 2:** Nível Ocupacional (itens 9 -12 e 17)**Fator 3:** Funções intrapsíquicas e Relações Interpessoais (itens 8,13,15,18-21)**Escala Global:** (itens 1-21)

Término da aplicação: __h__min

Apêndice I – Escala de Avaliação Global do Funcionamento

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código(Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, p.ex., 45,68,72)

- 100** Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais
 | jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.
91 Não apresenta sintomas.
- 90** Assintomático Sintomas ausentes ou mínimos (p.ex., leve ansiedade antes de um exame),
 | bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa
81 de atividades, socialmente eficiente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas
 ou preocupações cotidianas (p.ex., uma discussão ocasional com membros da família).
- 80** Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações
 | previsíveis a estressores psicossociais (p. ex., dificuldade para concentrar-se após
 | discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional
71 ou escolar (p. ex., apresenta declínio temporário na escola).
- 70** Alguns sintomas leves (p. ex., humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no
 | funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., faltas injustificadas à escola
 | ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui
61 alguns relacionamentos interpessoais significativos.
- 60** Sintomas moderados (p. ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais)
 | OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., poucos
51 amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
- 50** Sintomas sérios (p. ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) OU
 | qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., nenhum
41 amigo, incapaz manter um emprego).

Apêndice J – Versão brasileira da “UCSD Performance-based Skills Assessment: Brief version” (UPSA-B-BR)

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES BASEADA EM INTERPRETAÇÃO DE SITUAÇÕES (UPSA-1-BR)

MANUAL DE APLICAÇÃO E PONTUAÇÃO

Tradução e Adaptação: Março de 2012

Lucas Machado Mantovani, M.D.
Instituto Raul Soares, FHEMIG
Av. do Contorno, 3017 – Sta. Efigênia
Belo Horizonte, MG 30110-080
Telefone (31) 85217868

E-mail: lmantovani@gmail.com

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA SEGUINTE ESCALA ORIGINAL:

THE UCSD PERFORMANCE-BASED SKILLS ASSESSMENT (UPSA-1)

Revisão: Dezembro de 2009

Thomas L. Patterson, Ph.D.
University of California, San Diego
Department of Psychiatry (0680)
9500 Gilman Drive
La Jolla, CA 92093-0680
Telephone (858) 534-2354
Fax: (858) 534-7723
E-mail: tpatterson@ucsd.edu

Nota de Direitos Autorais: Este documento é distribuído gratuitamente, sob demanda, para pesquisadores e instituições sem fins lucrativos. Os usuários poderão modificar ou adaptar este instrumento de acordo com suas necessidades ou traduzi-lo para outros idiomas, desde que devidamente autorizados pelo autor e de acordo em fornecer cópias das versões adaptadas ou traduzidas. O uso comercial em ensaios clínicos deverá ser precedido pelo preenchimento de um acordo de licenciamento, solicitado pelo Dr. Patterson; as condições para adaptação e tradução estão contidas no acordo. O autor mantém direitos autorais em todas as traduções e modificações e tem direito de distribuição destas versões para terceiros.

Copyright © 2001, Thomas L. Patterson, Ph.D.

Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações - UPSA-1-BR

INTRODUÇÃO

A Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações – UPSA-1-BR é um teste baseado em interpretação de situações, desenvolvido para medir a capacidade funcional de uma pessoa em cinco áreas selecionadas das habilidades básicas do dia-a-dia. Estas áreas compreendem Entendimento e Planejamento, Finanças, Comunicação, Mobilidade e Tarefas Domésticas. Os indivíduos testados fazem uso de acessórios para demonstrar como executam as atividades do dia-a-dia e são avaliadas com base neste funcionamento prático.

A UPSA-1-BR é frequentemente aplicada como parte de uma bateria que inclui a Avaliação da Habilidade para Administração de Medicamentos (MMAA-BR) – escala também traduzida e adaptada para o Brasil (para mais informações sobre a versão traduzida e adaptada, escreva para rmantovan@gmail.com). Nestes casos, a primeira parte da MMAA-BR, na qual o esquema imaginário de medicamentos é descrito, é apresentada ao paciente antes da aplicação da UPSA-1-BR, daí, quando for concluída a aplicação da UPSA-1-BR, o examinador passa para a parte de testes da MMAA-BR. O objetivo deste intervalo é a simulação do período de tempo, que ocorre na vida real, entre as instruções clínicas sobre o uso dos medicamentos e a execução destas instruções em casa. Para mais informações sobre a MMAA, por favor entre em contato com o autor.

Na UPSA-1-BR, os pacientes são inicialmente testados na área de **Entendimento e Planejamento**, através da leitura de duas histórias. A primeira descreve uma ida ao clube num dia quente e ensolarado, e a segunda relata um passeio no zoológico para a observação das fêmeas de Gorila num dia frio e chuvoso. Após a leitura das histórias, algumas perguntas são formuladas aos pacientes, a fim de se avaliar a capacidade de entendimento. Em seguida, solicita-se a elaboração de uma lista contendo cinco itens, para usar ou levar, necessários para passar o dia no clube ou no zoológico. Atribuem-se pontos às respostas consideradas adequadas (por exemplo, traje de banho, toalha, lanche, filtro solar, etc. para o clube; e guarda-chuva, cascão-chuva, máquina fotográfica, dinheiro, sapato confortável, etc. para o zoológico). Esta parte da avaliação dura aproximadamente oito minutos e compreende uma pontuação entre 0 e 27.

A área das **Finanças** testa as habilidades de uma pessoa no cálculo de troco e no preenchimento de cheques. Na primeira parte deste teste, fornece-se dinheiro de verdade (notas e moedas) aos pacientes, solicitando-os que calculem quantias específicas (por exemplo, R\$14,40; R\$7,50; R\$2,15) e o troco para dez reais. A segunda parte deste teste compreende o preenchimento de um cheque para o pagamento de uma conta. Os pacientes são apresentados a uma fatura de verdade de uma concessionária (por exemplo Cemig) e solicitados a preencherem um cheque. A pontuação é somada considerando cada elemento correto fornecido (por exemplo, o cheque é nominal à Cemig, a quantia escrita por extenso corresponde ao valor total da conta, o cheque está assinado, etc). Estas tarefas levam cerca de oito minutos e compreendem pontuação entre 0 e 10.

A próxima área testada é a **Comunicação**. Um telefone desligado é fornecido aos pacientes, solicitando-os que interpretem algumas situações. Inicialmente, solicita-se que

eles mostrem ao examinador para qual número telefonariam em caso de emergência. A resposta correta é 1-3-0 ou 1-9-2 ou 1-9-3. A segunda tarefa envolve um telefonema para um Serviço de Informações e a solicitação de um número específico, para o qual se deve discar 'de cabeça'. A seguir, após a leitura de um Lembrete de Consulta Médica, os indivíduos testados devem simular um telefonema para o hospital para remarcar o compromisso. Além disto, eles têm que descrever como o lembrete lhes orientam a se prepararem para a consulta (por exemplo, jejum para colher sangue) e que duas coisas eles precisam levar para o médico (por exemplo, cartão de marcação de consulta e a lista dos medicamentos atualmente em uso). Estas 9 tarefas de comunicação levam cerca de 5 minutos para serem realizadas e compreendem pontuação entre 0 e 9.

A área de **Transporte** compreende o uso do transporte público. Informações sobre os itinerários dos ônibus de Belo Horizonte são fornecidas aos pacientes, para se perguntar o seguinte: o valor da passagem, o número do telefone para informações sobre os horários, em qual ônibus embarcar para ir a um local específico, onde eles devem sair para embarcar em outro ônibus e a localização das estações de metrô no mapa. Esta tarefa demanda cerca de 5 minutos para ser executada e compreende pontuação entre 0 e 6.

A última tarefa quantifica as habilidades para **Tarefas Domésticas**. Uma receita de arroz doce é apresentada aos pacientes, a fim de que preparem uma lista de compras por escrito. A seguir, apresentam-se também uma série de 29 itens comumente encontrados numa dispensa (por exemplo, massas, geleia, cereal, sopa, arroz, atum enlatado, pasta de dente, vegetais enlatados, biscoitos, etc.). Os pacientes devem ler a receita, verificar a dispensa, e então preparar uma lista com os itens que precisam comprar para o preparo do arroz doce. Cada item correto na lista de compras corresponde a um ponto. Esta tarefa é cronometrada em 5 minutos e compreende uma pontuação entre 0 e 4.

A Avaliação de Habilidades Baseada em Interpretação de Situações (UPSA-1-BR) demanda aproximadamente 30 minutos para ser aplicada e pontuada.

OUTRAS VERSÕES

Desde que a UPSA foi criada, duas outras versões do instrumento foram desenvolvidas. Elas estão descritas brevemente abaixo. Ambas as versões são disponibilizadas em formato eletrônico pelo autor original. Para uma tabela de comparação detalhada entre as 3 escalas, veja o **Apêndice M**.

UPSA-2. Esta versão (2.2) foi desenvolvida em 2006, em parceria com o programa MATRICS (Pesquisa de Quantificação e Tratamento para o Aprimoramento da Cognição em Esquizofrenia), financiado pelo NIMH, que tem como objetivo identificar obstáculos para o desenvolvimento e para a avaliação clínica de tratamento farmacológicos para o aprimoramento da cognição em Esquizofrenia. As principais mudanças, em comparação com a UPSA-1, foram: (1) torná-la mais desafiadora, para eliminar certos efeitos de teto que foram observados nos testes; (2) reduzir o módulo 1 de duas para uma história; e (3) integrar a Medication Management Ability Assessment (MMA) diretamente à UPSA, por motivos de pontuação. Para informações sobre a versão mais recente da UPSA-2, por favor entre em contato com o autor original ou escreva para upsa@ucsd.edu.

UPSA-B-BR. Esta versão abreviada é composta de dois dos cinco módulos originais da UPSA (Finanças e Comunicação). Ela é igualmente válida e mais rápida e fácil de aplicar. Veja Wuwacsi et al. (2007) na bibliografia parcial, abaixo.

APLICAÇÃO E PONTUAÇÃO

Instruções Gerais

1. As instruções para cada tarefa devem ser dadas apenas uma vez, até que se diga o contrário. As instruções devem ser repetidas apenas quando ficar claro que o paciente não as escutou corretamente ou não as entendeu.
2. Se uma tarefa foi executada incorretamente, ela é pontuada como incorreta. O examinador não deve fornecer nova oportunidade para a tarefa.
3. Uma resposta incorreta espontânea após uma resposta correta é pontuada como incorreta para a tarefa.
4. O examinador deve avançar de tarefa em tarefa ao longo da avaliação, sem fornecer ao paciente qualquer retorno sobre a correção ou incorreção de suas respostas.
5. Neste manual, toda informação escrita em **negrito** nas caixas de texto são instruções ou perguntas que devem ser lidas para o paciente. Informações escritas em texto comum são instruções para o examinador, e informações em **italico** são respostas para as perguntas que, portanto, não devem ser lidas pelos indivíduos testados. Somente informações escritas em **negrito** devem ser lidas para os pacientes.

O examinador deve introduzir a Avaliação ao paciente lendo o seguinte:

Estas tarefas que agora eu vou lhe passar dizem respeito a vários tipos de atividades do dia-a-dia. Eu vou lhe dizer o que fazer e, a seguir, eu gostaria que você me demonstrasse como você faria na vida real, usando estes acessórios que eu vou lhe dar.

Material

- ✓ **Fichas de Interpretação** (Ida ao Clube, Passeio no Zoológico, Conta de Luz, Lembrete de Consulta Médica, Receita de Arroz Doce)
- ✓ **Cronômetro**
- ✓ **Dinheiro** (1 nota de dez reais, 1 nota de 5 reais, 2 notas de 2 reais, 1 moeda de um real, 1 moeda de cinquenta centavos, 2 moedas de vinte e cinco centavos, 1 moeda de dez centavos e 2 moedas de cinco centavos). É possível a substituição do dinheiro de verdade por cópia do dinheiro, desde que tenha a mesma cor e que se trate de uma boa cópia do dinheiro verdadeiro. **Use apenas moedas verdadeiras.**
- ✓ **Cópia de Cheque**
- ✓ **Telefone com Teclado** – (1) telefone com base e teclado grande, que não receba chamadas, e, se possível, (2) um modelo de telefone no qual seja necessária a retirada do telefone da base para se ter acesso ao teclado.
- ✓ **Itinerário dos Ônibus** para as linhas 3503A, 1510, SC04A
- ✓ **29 Itens de Dispensa** & Diagrama de Disposição
- ✓ **Lista de Compras**
- ✓ **Formulário de Pontuação da UPSA-1-BR** (veja o Apêndice N para copiar o modelo)

2A. HABILIDADES FINANCEIRAS: CÁLCULO DE TROCO

Acessórios

- ✓ 1 nota de dez reais*
- ✓ 2 notas de dois reais*
- ✓ 1 nota de cinco reais*
- ✓ 1 moeda de um real
- ✓ 1 moeda de cinquenta centavos
- ✓ 2 moedas de vinte e cinco centavos
- ✓ 1 moeda de dez centavos
- ✓ 2 moedas de cinco centavos

* Pode ser substituído por cópia de dinheiro, desde que se trate de uma boa cópia do dinheiro de verdade. Use apenas moedas verdadeiras.

Procedimento

1. Coloque o dinheiro numa superfície na frente do paciente, da direita para a esquerda do examinador, como relacionado acima. Após o término de cada etapa desta tarefa, o dinheiro precisa ser recolocado em sua posição original.
2. Dê ao paciente as seguintes instruções (se necessário, as instruções poderão ser repetidas, mas somente 2 vezes):

- a. **Mostre dois reais e quinze centavos, apenas em moedas.** (Se o paciente num primeiro momento contar R\$2,15 usando uma nota de dois reais, o examinador deverá repetir as instruções para que ele use SOMENTE moedas. Se o paciente contar R\$2,15 novamente usando uma nota de dois reais, a resposta estará errada)
- b. **Mostre sete reais e noventa centavos. R\$7,90**
- c. **Mostre catorze reais e quarenta centavos. R\$14,40**
- d. **Imagine que você tenha comprado alguns produtos numa loja e tenha me dado, o caixa, dez reais para pagar. (o examinador pega a nota de dez reais do dinheiro apresentado ao paciente). Os produtos custaram R\$6,20. Mostre quanto de troco que eu tenho que lhe dar para R\$10,00. R\$3,80**

Pontuação e Tempo

Para as três primeiras perguntas (a-c), atribuem-se um ponto para cada resposta correta e 0 ponto para respostas incorretas. Atribuem-se dois pontos para uma resposta correta para a quarta pergunta (d) e 0 pontos para uma resposta incorreta. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 5 e deve levar cerca de dois minutos para ser executada.

2B. HABILIDADES FINANCEIRAS: PREENCHIMENTO DE CHEQUE**Acessórios**

- ✓ **Ficha de Interpretação #3** – Conta de Luz
- ✓ **Cópia de Cheque** para saque de conta corrente (veja Apêndice D para copiar o modelo)

Procedimento

1. Mostre ao paciente a conta de luz da companhia local (Ficha de Interpretação #3)
2. Dê ao paciente a cópia do cheque e diga,

Imagine que você recebeu esta conta pelo correio. Por favor, preencha esta cheque para pagar a conta. Use a data de hoje.

Não retire a conta até que o paciente tenha terminado o preenchimento do cheque.

Pontuação e Tempo

A pontuação é baseada nas seis etapas de preenchimento do cheque, que devem estar completas e corretas. Isto inclui se a data correta (**mês / dia / ano do teste**) no local correto, se está nominal para a companhia correta (**Cemig**), se a quantia por extenso (**cento e onze reais e cinquenta e três centavos**) e a quantia numérica (**R\$111,53**) estão no lugar correto e correspondem à quantia informada na conta, se o cheque está assinado (**nome do paciente**). Atribuem-se um ponto para cada resposta correta no local correto e 0 ponto para respostas incorretas ou posicionadas incorretamente. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 5 e deve levar cerca de três minutos para ser executada.

3. HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO: TELEFONE

Accessórios

- ✓ **Ficha de Interpretação #4 – Lembrete de Consulta Médica** (veja Apêndice E para copiar o modelo). Copie a carta em papel limbrado, com as informações médicas no cabeçalho, e com a data da consulta para os próximos 1 a 2 meses, tendo como base a data da aplicação da UPSA-1-BR. *Esta data precisará ser regularmente alterada.*
- ✓ **Telefone com teclado** (desligado). Certifique-se de que o teclado esteja localizado na base, e **NÃO** no telefone. Tente escolher um modelo de telefone, se possível, que necessite da retirada do gancho para se ter acesso ao teclado.

Nesta tarefa o paciente deverá demonstrar que ele ou ela sabe como usar um telefone. Isto inclui retirar o telefone da base, pressionar os números do teclado, e falar no bocal do aparelho. O paciente deve recolocar o telefone na base e repetir esta sequência para cada tarefa descrita abaixo. Exceto para a parte em que se discar "de cabeça", as instruções devem ser dadas apenas uma vez.

Procedimento

1. Posicione o telefone em frente ao paciente e lhe dê as seguintes instruções:

Mostre para qual número você discaria, para obter ajuda, em caso de emergência.

Resposta: 190 ou 192 ou 193

2. Peça ao paciente para fazer o seguinte:

Por favor, telefone para o Serviço de Informações (Auxílio à Lista) e peça o número de telefone de João Silva, morador de Santa Luzia (ou outra área, centro da localidade do paciente).

Resposta: 102 – João Silva & Santa Luzia (ou a cidade alternativa mencionada pelo examinador)

3. Peça ao paciente para fazer o seguinte:

Escute com atenção este número e disque para ele "de cabeça":
3996-6996

É preciso que o número seja discado "de cabeça", mas ele pode ser repetido sob demanda do paciente. Se o paciente começar a discá-lo e solicitar a repetição do número, o examinador pode apresentar o número inteiro de novo. O paciente pode discar o restante dos algarismos na ordem, ou pode desligar e discar o número todo de novo. Se o paciente solicitar a repetição número uma segunda vez, o examinador deve orientar o paciente a discar qualquer número que ele ou ela se lembrar.

4. Peça ao paciente para ler a Ficha de Interpretação #4 (Lembrete de Consulta Médica) em voz alta.

5. Peça ao paciente para fazer o seguinte:

Telefone para o hospital e remarque a sua consulta médica para o dia seguinte, no mesmo horário.

O paciente precisa encontrar no lembrete o número do telefone para remarcação das consultas, (31) 3230-6934, discar para o número correto, informar seu nome, a data atual de sua consulta, e solicitar a remarcação da consulta para o dia seguinte, no mesmo horário.

6. Retire ou esconda a ficha de interpretação e pergunte o seguinte:

Que duas coisas descritas no lembrete você precisa levar para a consulta?

Resposta: Cartão de Marcação de Consultas e lista de medicamentos atualmente em uso.

7. Pergunte o seguinte:


O que mais o lembrete lhe pede para você fazer como preparo para a consulta?

Resposta: Não alimentar (sólidos e líquidos, exceto água), nas 12 horas anteriores à consulta.

Pontuação e Tempo

Atribua-se um ponto para cada resposta correta e 0 ponto para cada resposta incorreta. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 9 e deve levar cerca de cinco minutos para ser executada.

APÊNDICE C



www.cemig.com.br/atendimento
Fale com a Cemig 118

Cemig Distribuição S.A. CNPJ nº 06.908.210/0001-90 - Rua Francisco de Sá, 100 - Vila Leopoldina - São Paulo - SP - CEP 05508-900

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SEME (C/OP) INTERMIO - PTA Nº 020011007770

Classificação	Receita	Tipo de Serviço	Código de Local Fiscal
020011007770	020011007770	020011007770	020011007770

Nº DA INSTALAÇÃO: 3006496061

Tipo de Serviço Energia	Letras do Nome 020011	Informações Técnicas Letras do Nome 020011	Código de Instalação 3006496061
----------------------------	--------------------------	--	------------------------------------

Informações Gerais

Para obter maiores detalhes consulte o site www.cemig.com.br

Este faturamento refere-se ao período de 01/04/2012 a 30/04/2012.

Este faturamento refere-se ao período de 01/04/2012 a 30/04/2012.

Para saber mais detalhes consulte o site www.cemig.com.br

Este faturamento refere-se ao período de 01/04/2012 a 30/04/2012.

Valores Futuros

Consumo	Valor	Valor
Energia 0,0000000000	100	0,0000000000
Energia - Cobrança		0,00
Taxas aplicadas (sem Impostos)		0,0000000000
Energia 0,0000000000		0,0000000000

Informações de Contas de Faturamento			
Mês	Consumo	Valor	Valor
01/2012	0,00	0,00	0,00
02/2012	0,00	0,00	0,00
03/2012	0,00	0,00	0,00
04/2012	0,00	0,00	0,00
05/2012	0,00	0,00	0,00
06/2012	0,00	0,00	0,00
07/2012	0,00	0,00	0,00
08/2012	0,00	0,00	0,00
09/2012	0,00	0,00	0,00
10/2012	0,00	0,00	0,00
11/2012	0,00	0,00	0,00
12/2012	0,00	0,00	0,00

Informações de Pagamentos			
Mês	Consumo	Valor	Valor
01/2012	0,00	0,00	0,00
02/2012	0,00	0,00	0,00
03/2012	0,00	0,00	0,00
04/2012	0,00	0,00	0,00
05/2012	0,00	0,00	0,00
06/2012	0,00	0,00	0,00
07/2012	0,00	0,00	0,00
08/2012	0,00	0,00	0,00
09/2012	0,00	0,00	0,00
10/2012	0,00	0,00	0,00
11/2012	0,00	0,00	0,00
12/2012	0,00	0,00	0,00

DEBITO AUTOMÁTICO	VALOR A PAGAR
06/04/2012	R\$ 111,53


2390.7566.2207.4451.2067.DOC8.8550.BFB2

Mês	Consumo	Valor	Valor
01/2012	0,00	0,00	0,00
02/2012	0,00	0,00	0,00
03/2012	0,00	0,00	0,00
04/2012	0,00	0,00	0,00
05/2012	0,00	0,00	0,00
06/2012	0,00	0,00	0,00
07/2012	0,00	0,00	0,00
08/2012	0,00	0,00	0,00
09/2012	0,00	0,00	0,00
10/2012	0,00	0,00	0,00
11/2012	0,00	0,00	0,00
12/2012	0,00	0,00	0,00

CEMIG Unidade de Letra: 0001412 Conta Corrente: 0000000000 Movimento: 06/04/2012 Total a Pagar: R\$ 111,53

DÉBITO AUTOMÁTICO

INFORMAÇÃO DE INTERESSE DO CONSUMIDOR Nº 0000000000



APÊNDICE D

* Causo Banco Agência DV CI Carta CC Saldo Cheque H.V. C3

Pague por este
cheque o valor de _____ e centavo acima

_____ no à sua ordem

de _____ de _____

BANCO DO BRASIL

18

APÊNDICE E



Instituto Raul Soares
Av. do Contorno 3017 Sta. Eligênia
Belo Horizonte, MG 30110-080

Prezado Paciente:

Este é um lembrete da sua próxima consulta:

SEGUNDA-FEIRA, *[insira uma data futura]* às 8h da manhã – Dr. Salgado,
Psiquiatria

LOCAL: Instituto Raul Soares, Entrada da Urgência, Corredor do Ambulatório

Se você desejar remarcar, cancelar, ou tiver quaisquer dúvidas sobre a
marcação acima, por favor entre em contato conosco no (31) 3239-9934.
Obrigado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Nesta consulta você também fará um exame de sangue.

**Não se alimente ou beba líquidos (exceto água) nas 12 horas anteriores
à consulta.****Por favor, lembre-se de levar o cartão de marcação de consultas e sua
lista de medicamentos atualmente em uso.**

Atenciosamente,

Secretaria do Ambulatório

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

DATA:

APLICADOR:

Formulário de Pontuação da UPSA-B-BR em Branco

(deve ser usado juntamente com o Formulário de Resumo de Pontuação, Apêndice O,
para o cálculo da Pontuação Total da UPSA-B-BR)

<u>Módulo e Detalhes da Tarefa</u>	<u>Pontuação:</u>	<u>Observações:</u>
------------------------------------	-------------------	---------------------

Módulo e Detalhes da Tarefa	Pontuação:	Observações
2^A. HABILIDADES FINANCEIRAS: Calcular o Troco	<i>Correto = 1 ponto Incorreto = 0 ponto</i>	
R\$2,15 (em moedas)	_____	_____
R\$7,90	_____	_____
R\$14,40	_____	_____
	<i>Correto = 2 pontos Incorreto = 0 ponto</i>	
Troco R\$10,00	_____	_____
2B. HABILIDADES FINANCEIRAS: Preencher o Cheque	<i>Correto = 1 ponto Incorreto = 0 ponto</i>	
Data	_____	_____
Nominal a	_____	_____
Quantia escrita	_____	_____
Quantia em numeral	_____	_____
Assinatura	_____	_____

Módulo e Detalhes da Tarefa	Pontuação:	Observações
3. COMUNICAÇÃO	<i>Correto = 1 ponto</i> <i>Incorreto = 0 ponto</i>	
Discar número da emergência	_____	_____
Discar número de informações	_____	_____
Solicitação de informações	_____	_____
Discar número "de cabeça"	_____	_____
Discar número indicado no lembrete	_____	_____
Remarcar a consulta	_____	_____
Cartão de marcação de consulta	_____	_____
Lista de medicamentos	_____	_____
Jejum para o exame de sangue	_____	_____

Planilha de Resumo de Pontuação da UPSA-BBR

1.	2.	3.	4.	5.	6.
Domínio	Pontuação Bruta	+ Pont. Possível	= % Acertos	x 50	Pontuação Parcial
Finanças	_____	+ 10	= _____	x 50	= _____
Comunicação	_____	+ 9	= _____	x 50	= _____

Pont. Total UPSA-B
(Intervalo = 0-100) _____