UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

TACIANA CRISTINA CARVALHO RAGAZZI

Experiências tipo-psicóticas na população geral: evidências de fidedignidade e validade da
Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (*Community Assessment
Psychic Experiences – CAPE*) e caracterização de amostra brasileira

RIBEIRÃO PRETO

2017

TACIANA CRISTINA CARVALHO RAGAZZI

Experiências tipo-psicóticas na população geral: evidências de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (*Community Assessment Psychic Experiences* – CAPE) e caracterização de amostra brasileira

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben

Ribeirão Preto

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ragazzi, Taciana Cristina Carvalho

Experiências tipo-psicóticas na população geral: Evidências de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (*Community Assessement Psychic Experiences – CAPE*) e caracterização de amostra brasileira. Ribeirão Preto, 2017.

126f

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina (Saúde Mental).

Orientadora: Cristina Marta Del-Ben

1. Experiências tipo-psicóticas; 2. Evidências psicométricas; 3. População geral; 4. Saúde Mental

FOLHA DE APROVAÇÃO

Taciana Cristina Carvalho Ragazzi

Experiências tipo-psicóticas na população geral: Evidências de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (*Community Assessment Psychic Experiences* – CAPE) e caracterização de brasileira.

Dissertação apresentada à Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
(FMRP-USP) para obtenção do título de
Mestre.

Área de concentração: Saúde Mental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, João e Tamara, e ao meu irmão, Guilherme,
por cada olhar cuidadoso e abraço carregado de afeto.
A minha gratidão e o meu amor são imensos!

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Cristina Marta Del Ben por todo o ensinamento e disponibilidade nestes anos de trabalho em conjunto. Obrigada por nos propiciar aprendizado e ser um modelo de profissional.

Ao Profº Drº Antônio Waldo Zuardi, à Profª Drª Flávia de Lima Osório e ao Profº Drº João Mazzoncini de Azevedo Marques pelas considerações feitas a respeito deste trabalho na banca de qualificação, foram de grande valia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP-USP, em especial à Ivana, pela disponibilidade e acessibilidade

À FAPESP e ao Cnpq pela concessão da bolsa de mestrado e apoio financeiro para a realização deste trabalho.

À Drª Silvia Tenan que, entre outras possibilidades, me escolheu para integrar ao grupo de colocadores de pesquisa do STREAM. Serei sempre grata!

Aos meus amigos de laboratório e grupo de pesquisa Camila, Daniela, Elizabeth, Fabiana, Helene, Juliana, Marcos, Rosana e Vinícius por compartilharem aprendizado, abraços, sorrisos, tristezas e amor. Somos a família STREAM!

Aos participantes deste estudo que se disponibilizaram a investir o seu tempo para a coleta de dados. Obrigada pela compreensão e paciência.

À minha querida família e aos amigos do coração por compreenderem a minha ausência na fase de elaboração e conclusão deste trabalho. Obrigada por permanecerem ao meu lado e por confiarem em minha escolha profissional.

Ao Eduardo por escolher estar junto e mostrar-me outros tantos sentidos da vida. Obrigada, meu amor!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

RAGAZZI, T. C. C. **Experiências tipo-psicóticas na população geral: Evidências de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (*Community Assessment Psychic Experiences – CAPE*) e caracterização de amostra brasileira.** 2017. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Existem evidências de que as manifestações psicóticas não são vivenciadas apenas por pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, mas também por pessoas saudáveis da população geral, as denominadas experiências tipo-psicóticas. A Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (CAPE) é um instrumento usado em pesquisas epidemiológicas e foi desenvolvido especificamente para a detecção e avaliação da frequência de experiências tipo-psicóticas na população geral. A CAPE, em sua apresentação original é composta por 42 itens, distribuídos em três dimensões: positiva, negativa e depressiva. O objetivo deste estudo foi verificar as evidências de fidedignidade e validade da CAPE em uma amostra brasileira e investigar a associação de traumas na infância e uso de *cannabis* com a ocorrência de experiências tipo-psicóticas em indivíduos da população geral. A amostra foi composta por 217 pacientes em primeiro episódio psicótico, 104 irmãos de pacientes psicóticos e 319 controles de base populacional, todos residentes na área de cobertura do Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS XIII). Os participantes responderam a instrumentos de avaliação e diagnósticos, incluindo a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV (SCID), o Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ), Questionário de Experiências com Maconha (CEQ), além da CAPE. Os dados clínicos foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS e as evidências psicométricas por meio do software AMOS. Após a retirada de nove itens, a CAPE, com 33 itens, mostrou bons índices de ajustamento [CFI = 0,895; GFI = 0,822; PGFI = 0,761; RMSEA = 0,055 ($p(\text{rmsea} \leq 0,05) = 0,04$] e boa consistência interna ($> 0,70$) em todas as suas dimensões. Nas análises realizadas apenas com a amostra de base populacional, não foram encontradas diferenças significativas entre as pontuações totais da CAPE-33 e das suas três dimensões quanto a intervalos de idade, estado civil e escolaridade. Mulheres apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os homens no escore total ($p < 0,001$) e nas dimensões negativa ($p < 0,001$) e depressiva ($p < 0,001$). A vivência de traumas na infância (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional, negligência física) associou-se com pontuações mais elevadas no escore total da CAPE ($p < 0,001$) e nas suas três dimensões (positiva $p = 0,001$, negativa $p = 0,004$, depressiva $p < 0,001$). Indivíduos que relataram uso de *cannabis* alguma vez na vida apresentaram maiores pontuações na dimensão positiva da CAPE-33, em comparação às pessoas que nunca usaram a substância ($p = 0,016$). A CAPE adaptada para o Brasil (CAPE-33) mostrou bons índices de ajustamento e consistência interna, como encontrado em outras culturas. Presença de trauma precoce e uso de *cannabis* associaram-se à ocorrência de experiências tipo-psicóticas, à semelhança do que os estudos epidemiológicos mostram para a esquizofrenia. Nossos dados corroboram a abordagem dimensional das psicoses, com frequência e gravidade das manifestações se distribuindo num *continuum* na população geral.

Palavras chave: Experiências tipo-psicóticas; Evidências psicométricas, População geral

ABSTRACT

RAGAZZI, T. C. C. **Psychotic-like experiences in general population: Reliability and validity of the Community Assessment Psychic Experiences (CAPE) and description of Brazilian sample.** 2017. 124f. Thesis (Master) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

There is evidence that psychotic manifestation is not experienced only by people diagnosed with mental disorders but also by healthy people in the general population, known as psychotic-like experiences. The Community Assessment Psychic Experiences (CAPE) is an instrument used in epidemiological research and was developed specifically for the detection and evaluation of the frequency of psychotic-like experiences in the general population. The CAPE, in its original submission, is composed of 42 items, distributed in three dimensions: positive, negative and depressive. The objective of this study was to verify the evidence of reliability and validity the CAPE in a Brazilian sample and to investigate the association of childhood traumas and cannabis use with the occurrence of psychotic-like experiences in individuals of the general population. The sample consisted of 217 patients in the first psychotic episode, 104 siblings of psychotic patients and 319 population-based controls, all residents in the coverage area of the São Paulo Regional Health Department (DRS XIII). Participants responded to assessment and diagnostic tools, including the Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Cannabis Experience Questionnaire (CEQ), and CAPE. Clinical data were analyzed using SPSS statistical package and the psychometric evidence using AMOS software. After the removal of nine items, CAPE, with 33 items, showed good adjustment indices [CFI = 0.895; GFI = 0.822; PGFI = 0.761; RMSEA = 0.055 p (rmsea $\leq$ 0.05) = 0.04] and good internal consistency (> 0.70) in all its dimensions. In the analyzes performed only with the population-based sample, no significant differences were found between the CAPE-33 total scores and its three dimensions regarding age, marital status and schooling intervals. Women presented scores significantly higher than men in the total score ($p < 0.001$) and in the negative ($p < 0.001$) and depressive ($p < 0.001$) dimensions. The experience of childhood traumas (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect) was associated with higher scores in the CAPE total score ($p < 0.001$) and its three dimensions (positive $p = 0.001$, negative $p = 0.004$, depressive $p < 0.001$). Individuals who reported cannabis use in their lifetime had higher scores in the positive dimension of the CAPE-33 compared to people who had never used the substance ($p = 0.016$). The CAPE adapted to Brazil (CAPE-33) showed good adjustment indices and internal consistency, as found in other cultures. Presence of early trauma and use of cannabis were associated with the occurrence of psychotic-like experiences, in accordance with what epidemiological studies show for schizophrenia. Our data corroborate the dimensional approach of the psychoses, with frequency and severity of the manifestations being distributed in a *continuum* in the general population.

Keywords: Psychotic-like experiences, Psychometric properties, General Population.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática da distribuição de sintomas psicóticos em psicoses afetivas e não afetivas.....	15
Figura 2 – Representação esquemática da distribuição de vivências psicóticas na população, de acordo com a frequência e a intensidade dos sintomas e prejuízo do funcionamento global.	16
Figura 3 - Representação esquemática da categorização de vivências psicóticas de acordo com frequência, intensidade de sofrimento e prejuízo do funcionamento global.....	17
Figura 4 - Representação esquemática do espectro das psicoses. Figura adaptada de Van Os <i>et al.</i> , 2009.	18
Figura 5 – Exemplos de questões da CAPE. Na coluna A é registrada a frequência da ocorrência das experiências tipo psicóticas. Na coluna B é registrado o grau de sofrimento causado pela experiência.....	25
Figura 6 – Distribuição dos pacientes triados, excluídos e incluídos no estudo.	36
Figura 7 - Distribuição dos irmãos dos pacientes psicóticos que foram incluídos e excluídos do estudo.	36
Figura 8 – Distribuição dos setores censitários sorteados, setores visitados e não visitados.	39
Figura 9 - Processo de tradução e adaptação da CAPE-42 para a versão brasileira.	42
Figura 10 - Histogramas referentes à distribuição dos escore de 1 a 4 da escala a da CAPE -42 nos itens 34, 41 e 42, respectivamente, que demonstram violação à normalidade.	51
Figura 11 - Análise Fatorial Confirmatória do modelo de três dimensões da CAPE com 33 itens em uma amostra brasileira.	55
Figura 12 – Distribuição (dispersão e média) das pontuações nas três dimensões da CAPE-33 relativa à ocorrência de experiências tipo-psicóticas (“Coluna A”) em pacientes, irmãos e controles de base populacional.	58
Figura 13 -Distribuição da pontuação total da CAPE-33 e seus relativa à ocorrência de experiências tipo-psicóticas (“Coluna A”) em pacientes, irmãos e controles de base populacional.	59
Figura 14 - Pontuações (médias e EPM) nas três dimensões da Cape-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com a ocorrência de trauma precoce.....	65
Figura 15 –Pontuações médias (erro padrão da média) das três dimensões da CAPE-33, de acordo com o número de traumas precoces.....	67
Figura 16 – Escores (média e EPM) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com o uso de <i>cannabis</i>	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos estudos que realizaram a validação fatorial e a consistência interna da CAPE.....	28
Tabela 2 - Número estimado de sujeitos para a captação do grupo controle de acordo com o sexo e faixa etária (anos).	37
Tabela 3 - Cidades do DRS XIII selecionadas para a captação do grupo controle, população e densidade populacional dos municípios e número estimado de participantes por cidade..	38
Tabela 4 - Distribuição por cidade da quantidade de voluntários captados na comunidade e duração da coleta em meses.	39
Tabela 5 - Motivos gerais para as tentativas por setor censitário.	40
Tabela 6 - Distribuição dos participantes da amostra do estudo segundo os grupos pacientes, irmãos e controles, idade média, sexo (masculino), estado civil e escolaridade.	48
Tabela 7 - Distribuição dos diagnósticos realizados em 217 pacientes em PEP, duração da psicose não tratada (DUP), distribuição do sexo masculino e idade média de homens por diagnóstico.	49
Tabela 8 - Distribuição das respostas a cada item da escala a da CAPE em função da pontuação da média, desvio-padrão e frequências em uma amostra de pacientes em PEP, irmãos de pacientes e controles.....	50
Tabela 9 - Valores da estatística descritiva avaliada por assimetria (Sk) e achatamento (Ku) discriminado cada item da escala a da CAPE.....	52
Tabela 10 - Carga fatorial dos itens da escala a da CAPE distribuídos por dimensão positiva, negativa e depressiva.	54
Tabela 11 – Consistência interna dos itens da CAPE-33 apresentados por alfa de <i>Cronbach</i>	56
Tabela 12 – Escore (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos à ocorrência de experiências tipo-psicóticas (“Coluna A”) em pacientes, irmãos e controles de base populacional.	57
Tabela 13 - Escore (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos ao sofrimento causado por experiências tipo-psicóticas (“Coluna B”) de pacientes, irmãos e controles de base populacional.	60
Tabela 14 – Distribuição dos escores (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos à ocorrência de experiências tipo-psicóticas, de acordo com variáveis demográficas de pessoas da comunidade. (n = 319).	61

Tabela 15 - Distribuição dos escores (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos ao sofrimento causado por experiências tipo-psicóticas, de acordo com variáveis demográficas de pessoas da comunidade. (n = 319).....	61
Tabela 16 – Coeficiente de Correlação de Pearson (r) entre o escore total e nas dimensões da CAPE-33, com relação à ocorrência e ao sofrimento causado por experiências tipo psicóticas..	63
Tabela 17 - Tipos de traumas precoce discriminados por número de pessoas e sexo.....	64
Tabela 18 – Distribuição do escore nas três dimensões da CAPE-33 [média (desvio padrão)] de acordo com a vivência de traumas precoces.	64
Tabela 19 - Pontuações (médias e desvio-padrão da média) nas três dimensões da Cape-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com o número de trauma precoce	66
Tabela 20 - Escores (média e desvio-padrão da média) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com o uso de <i>cannabis</i>	68
Tabela 21 - Escores (média e desvio-padrão da média) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade com relação ao padrão de uso de <i>cannabis</i>	69
Tabela 22 - Escores (média e desvio-padrão da média) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com a idade de início do uso de <i>cannabis</i>	69
Tabela 23 - Estudos de análise fatorial da CAPE e seus respectivos modelos onde D é a dimensão depressiva, P é a dimensão positiva e N a dimensão negativa do instrumento.....	76
Tabela 24 - Índices de ajustamento da CAPE em suas diferentes validações e as suas respectivas amostras.....	80

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Índices de qualidade de ajustamento e valores de referência segundo Marôco 2014..... 46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Psicose: conceito e classificação diagnóstica	14
1.2 Experiências tipo-psicóticas na população geral: conceito	15
1.3 Experiências tipo-psicóticas na população geral: evidências epidemiológicas	17
1.4 Experiências tipo-psicóticas na população geral: fatores de risco	19
1.4.1 Trauma na infância e experiências tipo-psicóticas	20
1.4.2. Uso de <i>cannabis</i> e experiências tipo-psicóticas	21
1.5 Instrumentos de avaliação para experiências tipo-psicóticas	23
1.5.1 Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (<i>Community Assessment of Psychic Experiences – CAPE</i>)	25
1.5.2 Propriedades psicométricas da CAPE: Validade Fatorial e Fidedignidade	26
1.6 Justificativa do estudo	30
2 OBJETIVOS	33
2.1 Hipóteses	33
3 MÉTODOS	34
3.1 Contextualização do estudo	34
3.2 Critérios para a composição da amostra	34
3.3 Instrumentos de avaliação	41
3.3.1 Entrevista clínica estruturada para o DSM IV – versão clínica (SCID)	41
3.3.2 Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (CAPE)	42
3.3.2.1 – Procedimentos para aplicação da CAPE	43
3.3.3 Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ)	43
3.3.4 Questionário de Experiências com Maconha (<i>Cannabis Experience Questionnaire - CEQ</i>)	44
3.4 Avaliadores	44
3.5 Procedimento para armazenamento dos dados	45
3.6 Análises dos dados	45
3.7 Aspectos éticos	47

4 RESULTADOS	48
4.1 Características sócio demográficas e clínicas dos participantes do estudo.....	48
4.2 Propriedades Psicométricas da CAPE.....	49
4.2.1 Distribuição das experiências tipo-psicóticas na amostra total.....	57
4.3 Caracterização das experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade	60
4.4 Trauma na infância e experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade.....	63
4.5 <i>Cannabis</i> e experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade.....	67
5 DISCUSSÃO	70
6 CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Psicose: conceito e classificação diagnóstica

Os transtornos mentais têm se tornado uma das principais causas de incapacitação, morbidade e mortalidade, tanto em países avançados como em países emergentes. Dentre as principais causas de incapacitação estão a esquizofrenia, o abuso de álcool e drogas e a depressão (Murray *et al.*, 2012). Neste sentido, a esquizofrenia e os outros transtornos psicóticos são considerados um grave problema de saúde pública. Estes transtornos afetam aproximadamente 1% da população e são responsáveis por 25% das internações psiquiátricas, acarretando um alto custo econômico devido às medicações e às constantes reinternações (Stilo e Murray, 2010). As taxas de morbi-mortalidade também são altas nesta população, tendo uma progressão significativa durante as últimas trinta décadas, principalmente devido a suicídio, doenças cardiovasculares e câncer (Bushe *et al.*, 2010).

Por muitos anos, pensava-se que a incidência da psicose seria homogênea e constante entre os países, geográfica e temporalmente. Entretanto, sabe-se hoje que a ocorrência de transtornos psicóticos pode variar de acordo com as diferentes populações, áreas geográficas, grupos minoritários, entre outros (Stilo e Murray, 2010).

Os sintomas psicóticos são divididos em dois grandes grupos: positivos e negativos. Nos sintomas positivos são incluídos delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, e, nos sintomas negativos, embotamento e restrição afetiva, avolia, déficit cognitivo e isolamento social. Estes sintomas podem estar presentes nos transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante e transtorno psicótico breve, mas também nos transtornos de humor, como os transtornos depressivos e o transtorno afetivo bipolar. (Apa, 2013; Loch e Wang, 2015) (Figura 1). Os termos “psicose não afetiva” e “psicose afetiva” também são utilizados para distinguir esses dois grandes grupos de transtornos mentais (transtornos psicóticos e transtornos de humor, respectivamente) que apresentam sintomas psicóticos (Chang *et al.*, 2017; Lenzi *et al.*, 2017).

Figura 1 – Representação esquemática da distribuição de sintomas psicóticos em psicoses afetivas e não afetivas.

O conceito de psicose e as suas características epidemiológicas ainda são motivos de discussão. Em sua última edição, o DSM V considerou que os sintomas psicóticos poderiam ser observados de maneira gradativa e dimensional, tanto em pacientes clínicos como em pessoas da população geral (Apa, 2013; Loch e Wang, 2015).

1.2 Experiências tipo-psicóticas na população geral: conceito

Evidências epidemiológicas sugerem que as vivências psicóticas não são experimentadas apenas por indivíduos diagnosticados com psicose, mas também por pessoas da população geral (Van Os *et al.*, 1999; Verdoux e Van Os, 2002; Morgan *et al.*, 2009; Loch *et al.*, 2011). Estes indícios levaram à hipótese de que manifestações psicóticas não estão limitadas a diagnósticos categóricos e dicotômicos, como apresentado nos atuais manuais de classificação diagnóstica, mas que são parte de uma estrutura subjacente presente em um espectro ou *continuum* (Van Os *et al.*, 1999; Johns e Van Os, 2001; Verdoux e Van Os, 2002; Van Os *et al.*, 2009).

O conceito de espectro da psicose sugere uma continuidade fenomenológica dos sintomas positivos e negativos como um traço quantitativo que se estende das pessoas da

população geral até a população clínica. Dessa maneira, as vivências psicóticas podem variar de acordo com a sua frequência, intrusão, intensidade de sofrimento e a busca de ajuda profissional, até a confirmação diagnóstica de um transtorno mental (Stefanis *et al.*, 2002; Van Os *et al.*, 2009; Linscott e Van Os, 2010) (Figura 2.).

Figura 2 – Representação esquemática da distribuição de vivências psicóticas na população, de acordo com a frequência e a intensidade dos sintomas e prejuízo do funcionamento global.

A continuidade fenomenológica das vivências psicóticas na população geral pode ser descrita em duas perspectivas: a) experiências tipo-psicóticas, em que pessoas da população geral vivenciam fenômenos semelhantes a sintomas psicóticos, mas em diferentes frequências e intensidades, e não relatam sofrimento, prejuízo do funcionamento ou necessidade de buscar tratamento; e b) sintomas psicóticos subclínicos, ou síndrome da psicose atenuada, em que pessoas apresentam os sintomas psicóticos, relatam sofrimento e buscam ajuda, mas não fecham os critérios diagnósticos para algum transtorno mental. O que diferencia as experiências tipo-psicóticas de sintomas psicóticos subclínicos é o grau de sofrimento, impacto no funcionamento global e o comportamento de buscar ajuda, entretanto ambos os fenômenos fazem parte de um mesmo *continuum* (Van Os *et al.*, 2009; Fusar-Poli *et al.*, 2012; Zammit *et al.*, 2013) (Figura 3).

Figura 3 - Representação esquemática da categorização de vivências psicóticas de acordo com frequência, intensidade de sofrimento e prejuízo do funcionamento global

1.3 Experiências tipo-psicóticas na população geral: evidências epidemiológicas

Experiências tipo-psicóticas têm sido estudadas em pesquisas epidemiológicas em diferentes países. Em um estudo holandês denominado *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*, experiências tipo-psicóticas foram relatadas em 17,5% dos indivíduos da população geral, enquanto apenas 2,1% dos indivíduos receberam o diagnóstico de esquizofrenia (Van Os *et al.*, 2000). Na mesma direção, no *Aetiology and Ethnicity of Schizophrenia and Other Psychoses*, estudo realizado no Reino Unido com uma amostra de base populacional, as experiências tipo-psicóticas foram relatadas por 19,0% dos participantes (Morgan *et al.*, 2009). No *Nacional Survey of Mental Health and Well-being*, estudo com uma amostra representativa da população australiana composta por 10.641 indivíduos, 11,7% relataram experiências tipo-psicóticas em algum momento da vida (Scott *et al.*, 2006). Já no Brasil, em um estudo realizado na cidade de São Paulo, a partir de uma amostra de base populacional, o *Epidemiologic Catchment Area Study*, o relato de pelo menos um sintoma psicótico ao longo da vida foi de 38% entre 1.464 participantes. Destes, apenas 1,9% indivíduos foram diagnosticados com algum transtorno psicótico, 5,4% apresentaram

sintomas psicóticos subclínicos e 30,7% dos sujeitos descreveram ter experimentado alguma vivência psicótica, mas sem impacto relevante no cotidiano (Loch *et al.*, 2011).

Em uma estimativa mais conservadora, uma revisão sistemática sugeriu uma prevalência de cerca de 15% de manifestações psicóticas na população distribuídas em experiências tipo-psicóticas com prevalência de 8%, sintomas psicóticos subclínicos de 4% e transtornos psicóticos de 3%, o que evidência um número significativamente alto para experiências tipo psicóticas, incluindo-se o que é formalmente classificado como sintomas psicóticos, na população geral (Van Os *et al.*, 2009) (Figura 4).

Figura 4 - Representação esquemática do espectro das psicoses. Figura adaptada de Van Os *et al.*, 2009.

A alta prevalência de experiências tipo-psicóticas e sintomas psicóticos subclínicos, observada em diferentes estudos, reforça a hipótese da existência de um espectro das psicoses, em que há uma transição gradativa entre estas vivências até a confirmação de um diagnóstico psiquiátrico. Foi com o objetivo de entender e acompanhar esta transição, o

impacto de vivências psicóticas e seus possíveis fatores de risco, que estudos com delineamentos longitudinais foram realizados.

Um estudo de coorte de nascimentos na Nova Zelândia (Poulton *et al.*, 2000) mostrou que crianças de 11 anos que relataram vivências psicóticas apresentaram um risco de 5 a 16 vezes maior de desenvolver um transtorno do espectro da esquizofrenia na idade adulta. Este achado foi replicado em uma amostra australiana (Welham *et al.*, 2009), que evidenciou que o auto-relato de alucinações auditivas esporádicas, aos 14 anos de idade, associou-se com um risco aumentado de transtorno psicótico aos 21 anos. Da mesma forma, na população adulta, em uma amostra holandesa, 8% daqueles que experimentaram experiências tipo-psicóticas foram diagnosticados com transtorno psicótico dois anos mais tarde (Hanssen *et al.*, 2005).

Estes indícios epidemiológicos corroboram, portanto, com a hipótese da continuidade das vivências psicóticas e sugerem que existe uma transitoriedade destas experiências. Desta maneira, pessoas que relatam ou relataram vivenciar experiências tipo-psicóticas podem estar em maior risco para a ocorrência de transtornos psicóticos (Nelson *et al.*, 2012; Honings *et al.*, 2015).

1.4 Experiências tipo-psicóticas na população geral: fatores de risco

Com base nas evidências de um espectro das psicoses na população geral, foi aventada a hipótese de que se as experiências tipo-psicóticas, sintomas subclínicos e transtornos psicóticos são de fato parte de um mesmo espectro, ambas as condições compartilhariam os mesmos fatores de riscos (Linscott e Van Os, 2010). Os estudos conduzidos com a finalidade de responder a essa questão mostraram que os fatores considerados preditivos para os transtornos psicóticos também se associaram às experiências tipo-psicóticas e sintomas psicóticos subclínicos. As evidências sugerem forte relação entre experiências tipo-psicóticas e fatores de risco comumente associados a psicoses, principalmente uso de *cannabis* e experiências traumáticas na infância (Kelleher e Cannon, 2011; Linscott e Van Os, 2013).

1.4.1 Trauma na infância e experiências tipo-psicóticas

A história de trauma na infância é um fator de risco comumente estudado em psicologia e psiquiatria devido a suas consequências físicas e emocionais de curto, médio e longo prazo e, também, devido às possibilidades de intervenções preventivas. O termo engloba situações adversas como maus-tratos físicos, abusos sexuais e emocionais e, também, comportamentos indicativos de negligência parental física e emocional.

Cerca de um terço da população geral relata ou relatou eventos traumáticos na infância. Estes traumas precoces estão associados a condições graves como ideação suicida, comportamentos auto-lesivos, transtornos de personalidade emocionalmente instável, transtornos depressivos e ansiosos e transtornos psicóticos (Varese *et al.*, 2012). Nos últimos anos, o trauma na infância tem sido associado, também, ao relato e a persistência de experiências tipo-psicóticas na população geral (Trotta *et al.*, 2015).

Em um estudo realizado em Londres, adolescentes com idade média de 14 anos que foram vítimas de *bullying* em algum momento da vida relataram experiências tipo-psicóticas persistentes como alucinações auditivas e visuais e crenças delirantes (Mackie *et al.*, 2011). Na Holanda, adolescentes em uma idade entre 11 a 16 anos, expostos a *bullying* nos últimos seis meses, relataram, em uma proporção dose-resposta, alterações da sensopercepção, crenças paranormais e ideias paranoides e grandiosas (Wigman, Van Winkel, Raaijmakers, *et al.*, 2011). Adolescentes irlandeses, de 13 a 16 anos, que sofreram *bullying* ou agressão sexual, também descreveram alterações na sensopercepção e distorções da percepção da realidade. As experiências tipo-psicóticas foram reavaliadas após um ano e os achados foram significativos nos dois momentos de coleta de dados, tanto para os adolescentes que foram vítimas de *bullying*, quanto para os adolescentes que sofreram agressão física. Os autores observaram ainda que quanto maior o relato destes traumas, maior foi o relato de experiências tipo-psicóticas (Kelleher *et al.*, 2013).

Ainda a respeito dos maus tratos físicos em adolescentes, na Grécia foi realizado um estudo longitudinal com a coleta de dados feita em dois momentos: a) aos 7 anos, quando foram coletadas informações sobre punições físicas por meio de um questionário parental com questões referentes à frequência de comportamentos como “dar palmadas” ou “gritar com os seus filhos; e b) aos 19 anos, quando os próprios participantes do estudo responderam

um questionário a respeito da frequência de experiências tipo-psicóticas. Os resultados apontaram para uma tendência linear e associou maus tratos físicos na infância com experiências tipo-psicóticas (Konings *et al.*, 2012).

Estudos populacionais com amostras de adultos que associaram traumas na infância com experiências tipo-psicóticas são mais escassos. Mulheres belgas com idade média de 27,3 (desvio-padrão, $dp=7,5$) anos que vivenciaram algum tipo de abuso ou negligência emocional e física na infância descreveram vivenciar experiências persistentes de alterações de sensopercepção e ideação paranoide quando adultas (Wigman, Van Winkel, Jacobs, *et al.*, 2011). Em relação ao abuso e à negligência sexual na infância, um estudo conduzido nos Estados Unidos com uma amostra da população geral, de idade média de 44,3 ($dp=17,2$) anos, mostrou controvérsias. Enquanto o estupro contribuiu para uma maior frequência de experiências tipo-psicóticas, outras formas de agressão sexual não se configuraram como um fator de risco para experiências tipo-psicóticas (Murphy *et al.*, 2013).

1.4.2. Uso de *cannabis* e experiências tipo-psicóticas

A *cannabis* é uma das drogas mais utilizadas em diversos países e, por muitos anos, tem sido relacionada como um fator de risco para as psicoses (Van Os *et al.*, 2002; Zuardi *et al.*, 2006; Murray *et al.*, 2007; Large *et al.*, 2011). Na última década, os estudos têm também associado o uso de *cannabis* com experiências tipo-psicóticas na população geral (Verdoux *et al.*, 2003; Stefanis *et al.*, 2004).

O relato de experiências tipo-psicóticas em pessoas que usam *cannabis* parece estar associado a diversos fatores, como a frequência e a quantidade de uso da substância. Na França, mulheres jovens e que faziam uso regular de maconha, mais do que uma vez por mês, em comparação com mulheres que faziam uso esporádico de maconha, relataram maior ocorrência de experiências tipo-psicóticas positivas, como ouvir vozes ou sentir-se perseguida, e negativas, como isolamento social (Verdoux *et al.*, 2003). Na Irlanda, estudantes universitários que fizeram uso de *cannabis* em qualquer momento de vida, independente da frequência de uso, também relataram vivenciar experiências tipo-psicóticas mais frequentemente do que não usuários de *cannabis* (Skinner *et al.*, 2011). Um resultado parecido foi encontrado entre estudantes gregos. O uso da substância em qualquer momento

da vida foi associado a experiências tipo-psicóticas positivas e negativas com um efeito dose-resposta: quanto maior foi uso, maior foi o relato de experiências tipo-psicóticas (Verdoux *et al.*, 2003; Stefanis *et al.*, 2004).

Um outro fator que pode influenciar a recorrência de relatos de experiências tipo-psicóticas em usuários de *cannabis* é a idade de primeiro uso da substância. Em Trindad Tobago, estudantes que fumavam maconha com frequência e que tiveram o início do uso da substância antes dos 14 anos de idade relataram vivenciar alterações na sensopercepção, o que não foi observado em não usuários ou em indivíduos que iniciaram o uso de *cannabis* mais tardiamente (Konings *et al.*, 2008). Um resultado parecido foi encontrado na Holanda. O consumo corrente da maconha e o início de uso precoce da substância, antes dos 15 anos de idade, foi mais frequentemente associado a experiências tipo-psicóticas positivas e negativas, do que em pessoas que iniciaram o uso de maconha após os 15 anos (Schubart, Van Gastel, *et al.*, 2011). O uso de *cannabis* por estudantes australianos também associou-se a relatos de experiências psicóticas positivas, como ouvir vozes ou ver vultos (Hides *et al.*, 2009).

Outro fator considerado de risco para o aumento do relato de experiências tipo-psicóticas em usuários de *cannabis* é a quantidade de tetrahydrocannabinol (THC) e canabidiol (CBD) presente no cigarro fumado. Ambos são substratos presentes na planta *cannabis* e, enquanto o THC é considerado um agente psicoativo que influencia nos sintomas psicóticos, o CBD é considerado um agente terapêutico (Deiana, 2013). Estudos experimentais realizados com animais (Zuardi *et al.*, 1995; Moreira e Guimarães, 2005) e com humanos (Krystal *et al.*, 1994; Leweke F *et al.*, 2007) reforçaram os efeitos distintos destes dois componentes da maconha. Entretanto, em estudos populacionais este tipo de medida têm limitações pela dificuldade de controle sobre o tipo de planta ou preparação consumida. Na Holanda, onde o uso de *cannabis* é legalizado e há maior disponibilidade de informações sobre o tipo de maconha consumida, Schubart e seus colaboradores verificaram se o relato das experiências tipo-psicóticas se relacionavam com a quantidade de CBD contido no tipo de cigarro de maconha mais frequentemente consumido pelos participantes do estudo. O resultado corroborou os dados provenientes de estudos experimentais e clínicos; quanto menor foi a proporção de CBD no tipo de maconha consumida, maior foi o relato de experiências tipo-psicóticas (Schubart, Sommer, *et al.*, 2011).

1.5 Instrumentos de avaliação para experiências tipo-psicóticas

Até o presente momento, não existem marcadores biológicos que permitam uma mensuração objetiva para a confirmação do diagnóstico de transtornos mentais, sendo o diagnóstico psiquiátrico feito por meio do relato, observação e categorização dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Nos anos de 1960 e 1970, estudos apontaram enormes variações diagnósticas, que ocorriam quando diferentes psiquiatras avaliavam um mesmo grupo de indivíduos, principalmente devido às diferenças nos critérios adotados por estes (Menezes, 1998). Por essa razão, a partir daquele período houve o desenvolvimento de critérios diagnósticos operacionais, sistemas de classificação diagnóstica, entrevistas psiquiátricas padronizadas e escala para a avaliação de gravidade de sintomas, com o objetivo de aumentar a concordância entre observações e observadores e possibilitar comparações de resultados. A utilização desses instrumentos, nos dias atuais, tornou-se fundamental em qualquer pesquisa e prática em saúde mental.

Para avaliar as experiências tipo-psicóticas na comunidade, ao longo do desenvolvimento do conceito, diferentes recursos foram usados. A seguir, serão destacados os principais instrumentos de avaliação utilizados até o momento (Lee *et al.*, 2015).

Alguns estudos que avaliaram as experiências tipo-psicóticas usaram uma escala que foi desenvolvida especificamente para a avaliação de comportamentos alucinatórios denominada *Launay-Slade Hallucinations Scale* (LSHS) (Launay e Slade, 1981). A LSHS é uma escala de auto-relato, composta por 12 itens distribuídos em três fatores: eventos mentais vívidos, alucinações com temas religiosos, e experiências de alucinações auditivas e visuais. As suas questões são mensuradas de maneira dicotômica entre verdadeiro ou falso.

Um outro instrumento desenvolvido com objetivo de examinar vivências psicóticas é a *Magical Ideation Scale* (MIS) (Eckblad e Chapman, 1983). Este instrumento busca prever possíveis manifestações psicóticas na população de adolescentes e, especificamente, investigar o pensamento mágico. A escala contém 30 itens que são cotados em verdadeiro e falso e, no caso de resposta positiva, em uma pontuação que varia entre 1 a 5, sendo que quando mais altas as pontuações, maior o relato de pensamento mágico.

Uma outra recurso utilizado para a avaliação de experiências tipo-psicóticas é a mensuração de traços e comportamentos esquizotípicos. A *Schizotypal Personality Scale* (SPQ) (Raine, 1991) é uma escala de auto-relato baseada nos critérios do DSM-III-R para o transtorno

de personalidade esquizotípica. Este instrumento contém 74 itens distribuídos em nove subescalas: ideias de referência, ansiedade social excessiva, crenças bizarras ou pensamento mágico, experiências de percepções incomuns, comportamento bizarro ou excêntrico, ausência de amigos próximos, fala bizarra, afeto restrito e comportamento supersticioso. Como na LSHS, a avaliação de cada item da escala é categorial (presente ou ausente).

Outro instrumento que avalia esquizotipia é o *Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences* (O-LIFE) (Mason *et al.*, 1995). Este inventário foi desenvolvido com o objetivo de identificar diferentes comportamentos esquizotípicos na população geral. O instrumento contém quatro subescalas: experiências incomuns (30 itens), distorção cognitiva (24 itens), anedonia (27 itens), e comportamento impulsivo (23 itens). Cada item é avaliado como presente ou ausente.

O *Peters et al.*, *Delusion Inventory* (PDI) (Peters *et al.*, 1999) foi desenvolvido para avaliar especificamente conteúdo do pensamento, com o objetivo de identificar experiências tipo-psicóticas e comportamentos esquizotípicos na população geral. Este instrumento, que possui duas versões, uma de 21 e outra de 40 itens, foi baseado diretamente nas características de delírios observados em pacientes psicóticos. Para a sua construção, foram usadas questões de uma entrevista estruturada voltada para o diagnóstico de transtornos mentais, o *Present State Examination* (PSE) (Luria e Mchugh, 1974), incorporando-se a expressão “como se” às questões. A inclusão desta expressão foi uma maneira de assegurar o acesso e aceitabilidade da população entrevistada, já que o instrumento se destina a indivíduos da população geral. As respostas também são cotadas de forma dicotômica (sim ou não), mas também são mensurados, em caso de resposta positiva, o grau de convicção, a preocupação e o sofrimento causado pela ideia delirante.

A principal limitação dos instrumentos descritos acima é que eles foram desenvolvidos para avaliar primordialmente populações clínicas ou pré-clínicas, além de mesurarem as experiências tipo-psicóticas de maneira dicotômica, limitando-as como vividas ou não, como nos manuais diagnósticos, o que pode dar uma ideia distorcida das experiências tipo-psicóticas. Com a finalidade de contornar essa lacuna na literatura, foi desenvolvida uma escala especificamente voltada para o estudo de manifestações tipo-psicóticas na população geral, a *Community Assessment of Psychic Experiences* (CAPE) (Stefanis *et al.*, 2002).

1.5.1 Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (*Community Assessment of Psychic Experiences – CAPE*)

A CAPE é uma escala de auto-relato, desenvolvida com o objetivo de avaliar especificamente a ocorrência, frequência e impacto de experiências tipo-psicóticas na população geral, em qualquer momento da história de vida do indivíduo.

A CAPE é uma escala estruturada composta por 42 itens. Cada item é avaliado quanto à frequência de ocorrência da experiência tipo-psicótica descrita em cada item, com quatro possibilidades de resposta: nunca (1), algumas vezes (2), frequentemente (3) e quase sempre (4) (“Coluna A”), e quanto ao grau de sofrimento causado pelas experiências tipo-psicóticas descritas em no item, caso elas tenham ocorrido, também com quatro respostas possíveis: nenhum (1), pouco (2), moderado (3) e muito (4) (“Coluna B”) (ANEXO A; Figura 5) (Stefanis *et al.*, 2002).

Durante sua vida, com que frequência você experimentou certos sentimentos, pensamentos ou experiências mentais?					Por favor, indique seu grau de sofrimento naquela ocasião, em função da experiência			
COLUNA A					COLUNA B			
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre	Nenhum	Um pouco	Moderado	Muito
1. Alguma vez, você se sentiu triste?	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
2. Alguma vez, você achou que as pessoas pareciam fazer insinuações sobre você ou dizer coisas com duplo sentido?	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
3. Alguma vez, você achou que não era uma pessoa muito animada?	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4

Figura 5 – Exemplos de questões da CAPE. Na coluna A é registrada a frequência da ocorrência das experiências tipo psicóticas. Na coluna B é registrado o grau de sofrimento causado pela experiência.

A CAPE foi elaborada em uma abordagem tridimensional. A opção por construir uma escala em três dimensões deve-se ao fato de a psicose ser um fenômeno complexo composto por sintomas independentes e distintos, que se estendem de maneira quantitativa para a população geral em termos de frequência, intensidade e intrusão e, estes sintomas não ocasionariam, invariavelmente, o transtorno psicótico, por não causarem, necessariamente, prejuízo ou sofrimento (Stefanis *et al.*, 2002; Van Os *et al.*, 2009).

As três dimensões propostas pela CAPE são: a) positiva, composta por 20 itens, para avaliar experiências que se assemelham aos sintomas positivos das psicoses, como delírios e alucinações; b) negativa, composta por 14 itens, que avaliam experiências que se assemelham aos sintomas negativos das psicoses, como embotamento afetivo e isolamento social; e c) depressiva, composta por 8 itens, que avaliam experiências relacionadas a sintomas depressivos, como tristeza, pessimismo e choro frequente (Stefanis *et al.*, 2002).

O desenvolvimento da CAPE foi pautado por outros instrumentos de avaliação. A dimensão positiva foi baseada no PDI (Peters *et al.*, 1999). Para a sua construção, itens que tinham uma conotação religiosa foram retirados para evitar confundimento com outras áreas de estudo. Itens a respeito de alucinações auditivas e visuais foram acrescentados e itens que pudessem sugerir ambiguidade e dificuldade de compreensão do entrevistado foram reformulados (Stefanis *et al.*, 2002; Hanssen *et al.*, 2003).

Para a dimensão negativa, as questões foram derivadas do *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* – SANS (Andreasen, 1989) uma escala que avalia sintomas negativos da psicose, e de outro instrumento que mensura a experiência subjetiva dos sintomas negativos, o *Scale for the Experience of Negative Symptoms* (Selten *et al.*, 1998).

A dimensão depressiva foi acrescentada ao modelo com questões que são específicas para a depressão como o pessimismo, a falta de esperança e o sentimento de culpa. A escolha para a inclusão desta dimensão que avalia experiências denominadas afetivas, além da hipótese que estes sintomas estão presentes na psicose, ocorreu devido a outros dois fatores: primeiro, devido à dificuldade em discriminar sintomas negativos e depressivos, o que poderia causar confusão ou sobreposição destas experiências; e, segundo, por que as experiências positivas de alteração de sensopercepção podem causar tristeza, choro frequente e outros comportamentos expressos na depressão (Kibel *et al.*, 1993; Stefanis *et al.*, 2002; Hanssen *et al.*, 2003).

1.5.2 Propriedades psicométricas da CAPE: Validade Fatorial e Fidedignidade

Para que um instrumento seja utilizado como uma ferramenta confiável e segura é necessário que evidências de suas propriedades psicométricas sejam avaliadas. Tais

procedimentos são descritos de diferentes formas por autores brasileiros e estrangeiros e, de uma maneira geral, são especificados como adaptação cultural, validade e fidedignidade.

A validade é a capacidade que o instrumento tem de medir aquilo que pretende medir, ou seja, ser capaz de avaliar verdadeiramente o conceito que pretende avaliar. Uma maneira de validação muito usada é a validade de construto (Pasquali, 2011).

A validade de constructo refere-se à demonstração de que o instrumento realmente mede aquilo que ele se propõe medir (Da Silva e Ribeiro-Filho, 2006). A análise fatorial, uma das técnicas mais usadas para avaliar o constructo, investiga o grau em que as questões individuais de uma escala se agrupam verdadeiramente em torno de uma ou mais dimensões. Pode ser realizada de duas maneiras: análise fatorial exploratória, quando o instrumento é pouco conhecido e é necessário explorá-lo, e análise fatorial confirmatória, quando o instrumento é conhecido e usado em outras culturas (Marôco, 2014).

Estudos de validação fatorial da CAPE foram conduzidos em diferentes países, por meio de análise fatorial exploratória e confirmatória (Konings *et al.*, 2006; Brenner *et al.*, 2007; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos estudos que realizaram a validação fatorial e a consistência interna da CAPE.

Estudos	País	Amostra	Tamanho amostral	Sexo (% homens)	Idade (em anos) ^a	Número de fatores	Alfa de Cronbach			Total
							Positiva	Negativa	Depressiva	
Stefanis et al (2002)	Grécia	Serviço militar	932	100	18 – 24	3				
Verdoux et al (2003)	França	Estudantes	571	0	19,8 (18 - 51)	3				
Brenner et al (2007)	Canadá	População geral	2275	49,5	26,0 (18 - 59)	3 ^d	0,82	0,80	0,79	-
Daneluzzo et al (2008)	Itália	Estudantes	1323	39,8%	19,3 (3,4)	3	0,86	0,86	0,78	-
Fonseca-Pedrero et al (2012)	Espanha	Estudantes	660	29,5	20,3 (19 - 30)	3 ^e	0,83	0,82	0,78	0,89
		Pacientes psicóticos	97	70,1	35,4 (14 - 66)		0,90	0,88	0,84	0,93
Vleeschouwer et al (2014)	Holanda	População geral	796 ^b	38,6	44,3 (18 - 70)	3				
			21590 ^c	50,6	23,4 (10 - 60)					
Schiler et al (2015)	Alemanha	População geral	934	31,7	26,1 (9,0)	3 ^f	0,88	0,81	0,85	-
		Pacientes psicóticos	112	58,1	42,6 (12,9)					

^amédia (dp) ou faixa etária; ^bversão papel; ^cversão *online*; ^d19 itens deletados; ^ecom itens realocados; ^fsubfatores alocados

A validade fatorial confirmatória da CAPE foi avaliada pela primeira vez na Grécia, em uma amostra de 932 homens, inscritos para o serviço militar obrigatório. A hipótese era que os sintomas positivos, negativos e depressivos, encontrados na população clínica com transtorno psicótico, seriam observados também nesta amostra, mas em menor frequência e intensidade. Os resultados corroboraram a hipótese de um modelo tridimensional, dimensões correlacionadas e distintas, e da existência de experiências tipo-psicóticas na população não clínica (Stefanis *et al.*, 2002). O mesmo grupo de pesquisa, posteriormente, realizou outro estudo de validação, desta vez uma análise fatorial exploratória, com uma amostra de 571 mulheres francesas. Esta avaliação confirmou a existência de três fatores dimensionais, mantendo-se os 42 itens propostos originalmente (Verdoux *et al.*, 2003).

No Canadá, a estrutura fatorial da CAPE foi analisada em uma amostra da população geral composta por 2.275 pessoas, sendo parte com domínio da língua francesa (1.743 pessoas) e parte da língua inglesa (532 pessoas). Os achados indicaram um modelo de três fatores das experiências tipo-psicóticas, como no original, porém com uma redução da escala de 42 para 23 itens (Brenner *et al.*, 2007).

Na versão italiana da CAPE, avaliada em uma amostra de 1.323 estudantes, a estrutura fatorial manteve as características psicométricas da versão original no modelo das três dimensões. Contudo os autores ressaltaram que o instrumento obteve índices de ajustes razoáveis, mas menores quando comparados ao modelo original, que incluiu apenas homens, o que poderia estar relacionado a esta diferença da amostras (Daneluzzo, Enrico *et al.*, 2008).

Para a versão espanhola foi usada uma amostra de 660 estudantes universitários e 97 pacientes psicóticos. Inicialmente, a análise fatorial confirmatória não mostrou um bom ajuste para o modelo de três fatores dimensionais e, por isso, foi realizada a análise fatorial exploratória. Nesta segunda análise, o modelo de três fatores com 42 itens foi confirmado após a realocação de 19 itens (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012).

Na Holanda, a análise fatorial confirmatória da CAPE foi testada de duas maneiras: na versão papel e caneta, como na versão original, e na versão *online*, realizada por meio de internet. Na versão papel e caneta, foi usada uma amostra de 796 pessoas da população geral. Já na versão *online*, participaram 21.590 pessoas da população geral. Os resultados apontaram para uma menor carga fatorial e menores índices de ajuste dos itens na versão *online* quando

comparada com a versão papel e caneta. No entanto, as 3 dimensões e os 42 itens da CAPE foram confirmados para ambas aplicações e amostras (Vleeschouwer *et al.*, 2014).

Na Alemanha o instrumento foi testado em uma amostra de 1.046 participantes, sendo 934 pessoas da população geral e 112 pacientes psicóticos. Na análise fatorial confirmatória, o modelo de 3 fatores foi confirmado, contudo os autores propuseram, para um melhor ajuste dos índices, uma subdivisão da dimensão positiva em alucinações, experiências bizarras, paranoia, grandiosidade e pensamento mágico, e da dimensão negativa em avolição, retraimento emocional e embotamento afetivo (Schlier *et al.*, 2015).

Já a fidedignidade diz respeito à confiabilidade do instrumento e, quando usada no contexto de testes e medidas, baseia-se na consistência e precisão dos resultados. Medidas de fidedignidade buscam a qualidade dos escores/itens dos testes e indicam se estes são suficientemente consistentes com a teoria e livres de erro de mensuração (Pasquali, 2011).

Há diferentes maneiras de buscar evidências de fidedignidade e uma delas é a consistência interna. A consistência interna é caracterizada por procedimentos estatísticos que têm a finalidade de avaliar a extensão da inconsistência entre os itens de um instrumento. A medida estatística usada para este procedimento é o Alfa de *Cronbach* (Urbina, 2007).

Nos estudos que fizeram a validação da estrutura fatorial da CAPE, quatro analisaram a consistência interna do instrumento em sete amostras diferentes (Tabela 1). Alguns autores sugerem que o valor mínimo para considerar uma boa consistência interna do instrumento seja um alfa de 0,60 (Pasquali, 2011) e outros autores sugerem o valor de 0,70 (Marôco, 2014).

A consistência interna da CAPE variou entre o alfa de *Cronbach* de 0,77 para a dimensão depressiva e de 0,90 para a dimensão positiva. Apenas um estudo fez a avaliação da dimensão total em duas amostras diferentes: com estudantes, com o alfa de 0,89, e em pacientes psicóticos que foi de 0,93 (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012). De qualquer maneira, em todos estes estudos a consistência interna do instrumento foi considerada muito boa.

1.6 Justificativa do estudo

Mundialmente, a esquizofrenia e os outros transtornos mentais com manifestações psicóticas representam uma das principais causas de incapacitação e são considerados um grave problema de saúde pública, devido às internações psiquiátricas constantes e alto custo

econômico (Murray *et al.*, 2012). Apesar da gravidade relacionada a estes diagnósticos a variabilidade da incidência, que pode diferir de acordo com as características populacionais, dificulta os estudos que buscam fatores determinantes relacionados à etiologia das psicoses (Stilo e Murray, 2010).

No Brasil, em um estudo epidemiológico realizado na cidade de São Paulo (Menezes *et al.*, 2007), entre Julho de 2002 e Dezembro de 2004, a incidência dos transtornos psicóticos, em primeiro contato com o serviço de saúde foi de 15.8 por 100 000 habitantes, valor este menor do que é observado em grandes centros urbanos (Kirkbride *et al.*, 2006). Por outro lado, em outro estudo brasileiro, também realizado na cidade de São Paulo (Loch *et al.*, 2011), as vivências psicóticas na população geral tiveram uma prevalência de 38%, taxa bem mais alta do que aquelas descritas em outros estudos que objetivaram avaliar experiências tipo-psicóticas na população geral (Verdoux e Van Os, 2002; Scott *et al.*, 2006; Morgan *et al.*, 2009).

Os resultados discrepantes observados na cidade de São Paulo com relação a outros grandes centros urbanos, podem ser decorrentes de diversos fatores (Menezes *et al.*, 2007); (Loch *et al.*, 2011). Um deles é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental. As pessoas com vivências psicóticas estariam em sofrimento significativo e com prejuízo do funcionamento global, mas não tiveram acesso à ajuda especializada e, por isso, a baixa incidência de casos em primeiro episódio psicótico e alta prevalência de experiências tipo-psicóticas na população geral. Outra hipótese é de que a população brasileira seja mais tolerante com os comportamentos que se distanciam do padrão social e esteja inclinada a justificar tais comportamentos como manifestações religiosas ou espirituais, por exemplo, e, por isso, não buscam auxílio de um profissional. Uma outra possibilidade é a de que, no Brasil haja outros fatores protetivos, ambientais e/ou genéticos, que impedem ou dificultam a manifestação da psicose franca. Finalmente, os resultados discrepantes podem ser decorrentes de questões metodológicas, já que o estudo que apontou para uma alta prevalência de experiências tipo-psicóticas na população brasileira (Loch *et al.*, 2011) não usou um instrumento validado para avaliar especificamente as experiências tipo-psicóticas em população não-clínica.

Neste contexto, a validação, no âmbito populacional brasileiro, de um instrumento construído especificamente para avaliar as experiências tipo-psicóticas na comunidade é fundamental para um aprofundamento da compreensão a respeito das diferenças

epidemiológicas do *continuum* das psicoses, dependendo de área geográfica e grupo étnico, pois possibilitará uma comparação mais homogênea dos resultados obtidos em diferentes países.

Além disso, a abordagem dimensional e de *continuum* das manifestações psicóticas na população geral abre um novo caminho de investigação de fatores etiológicos das psicoses em diferentes partes do mundo. As experiências tipo-psicóticas tem mostrado ser mais prevalente que os transtornos psicóticos e, com isso, podem representar um caminho intermediário para o estudo de fatores de risco para as psicoses (Linscott e Van Os, 2013; Honings *et al.*, 2015).

Os estudos epidemiológicos sugerem que as experiências tipo-psicóticas estão sujeitas a fatores de risco associados as psicoses. No entanto, embora existam evidências de que experiências traumáticas na infância possam estar associadas a relatos de experiências tipo-psicóticas, algumas inconsistências com relação a tipo, frequência e intensidade de estresse precoce sofrido ainda persistem. O mesmo pode ser observado com relação à idade de início e ao padrão de consumo de *cannabis*. Além disso, a vasta maioria dos estudos foi conduzida em países desenvolvidos localizados no hemisfério norte e poucos estudos foram realizados com populações adultas. Portanto, uma análise exploratória da ocorrência de eventuais associações entre fatores de risco e experiências tipo-psicóticas em um país emergente do hemisfério sul pode trazer contribuições relevantes para esse o campo de conhecimento.

2 OBJETIVOS

O presente estudo contém dois objetivos principais, a saber:

Objetivo 1: Verificar as evidências psicométricas de fidedignidade e validade da escala a da CAPE adaptada para o Português “brasileiro”. Especificamente, objetivou-se:

1. Verificar a validade fatorial da CAPE;
2. Verificar a fidedignidade, por meio da consistência interna, da CAPE

Objetivo 2: Caracterizar as experiências tipo-psicóticas em uma amostra representativa da população brasileira e verificar a ocorrência de associações com fatores de risco previamente estabelecidos para esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Especificamente, objetivou-se:

1. Identificar as experiências tipo-psicóticas em uma amostra de base populacional;
2. Investigar se as experiências tipo-psicóticas identificadas em pessoas da população geral estão associadas com traumas na infância e/ou uso de *cannabis*.

2.1 Hipóteses

1. A CAPE apresentará evidências psicométricas para avaliar experiências tipo-psicóticas na população brasileira, à semelhança do que é observado em outras países.
2. As experiências tipo-psicóticas serão relatadas por pessoas não diagnosticadas com qualquer transtorno psicótico;
3. Existirá uma associação entre experiências tipo-psicóticas e situações traumáticas na infância e/ou uso de *cannabis* em indivíduos da comunidade.

3 MÉTODOS

3.1 Contextualização do estudo

O presente estudo faz parte do projeto temático: “Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos: determinantes sociais e biológicos – STREAM *Schizophrenia and other psychosis Translational Research: Environment and Molecular Biology*” (FAPESP, 2012/05178-0), que teve como objetivo estimar a incidência de esquizofrenia e outras psicoses (EOP) na região de Ribeirão Preto – SP e investigar possíveis interações entre fatores ambientais e biológicos na ocorrência destes transtornos mentais. Este, por sua vez, integra o projeto multicêntrico *European Network o National Schizophrenia Networks Studyng Gene-Environment Interactions* (EU-GEI; <http://www.eu-gei.eu/>), consórcio internacional para investigar etiologia, mecanismos e prognóstico da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

A coleta de dados foi realizada na região do décimo-terceiro Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo - sede Ribeirão Preto (DRS XIII), com área territorial de 9.300 Km², composta por 26 municípios, com uma população aproximada de 1.300.000 habitantes. A coleta sistematizada de dados teve duração de três anos, início em 01 de abril de 2012 e término em 31 de março de 2015, e foi caracterizada por extensa sequência de instrumentos e procedimentos padronizados visando avaliação diagnóstica, avaliação psicossocial, avaliação neurocognitiva, coleta de material biológico e exame de ressonância magnética do cérebro.

3.2 Critérios para a composição da amostra

A amostra foi composta por pacientes em primeiro episódio psicótico (PEP), irmãos saudáveis de pacientes psicóticos e controles provenientes da comunidade. Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, com idade entre 16 e 64 anos e residentes no território abrangido pelo DRS XIII, que inclui os seguintes municípios: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho.

Pacientes: O grupo de pacientes foi composto por indivíduos que fizeram um primeiro contato com um serviço de saúde mental devido à manifestação de sintomas psicóticos e que preencheram critérios diagnósticos para transtornos psicóticos afetivos ou não afetivos. Foram excluídos os casos que fizeram tratamento para sintomas psicóticos anterior ao início do estudo STREAM (Abril de 2012), aqueles que apresentaram sintomas psicóticos apenas na vigência do uso de substância psicoativa ou devido a outra condição médica, e participantes que manifestaram psicose em outra região, que não a área compreendida pelo DRS XIII.

A captação de pacientes foi realizada por meio de contato telefônico e visitas regulares aos serviços de saúde mental da área de cobertura do DRS XIII. Uma vez identificados os possíveis casos de PEP, aplicavam-se os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Em seguida, para os casos confirmados de PEP, era feito um contato inicial para agendamento de encontros para a coleta de dados, nos serviços de saúde ou no domicílio, de acordo com a conveniência do participante.

No período de três anos foram triados 492 pacientes com um possível diagnóstico de PEP. Destes, 172 foram excluídos e 320 foram diagnosticados com PEP e 217 foram incluídos no estudo. As razões de não inclusão no estudo estão detalhadas na Figura 6.

Irmãos: O grupo de irmãos foi constituído após anuência verbal do paciente a respeito da inclusão do familiar no estudo. A inclusão de um grupo de alto risco foi considerada importante para investigar variáveis genéticas e ambientais em comparação entre pacientes e pessoas da comunidade. Foram excluídos irmãos com história prévia de psicose.

Dos 217 pacientes em PEP, 19 eram filhos únicos. De 198 irmãos de pacientes psicóticos, 104 concordaram em participar do estudo (Figura 7). A coleta de dados foi feita por meio de visitas domiciliares, de acordo com a disponibilidade do participante.

Figura 6 – Distribuição dos pacientes triados, excluídos e incluídos no estudo.

Figura 7 - Distribuição dos irmãos dos pacientes psicóticos que foram incluídos e excluídos do estudo.

Controles: O grupo controle foi composto por uma amostra representativa da população residente no território do DRS XIII, constituída de pessoas que nunca apresentaram sintomas psicóticos.

A definição dos municípios do DRS XIII que seriam visitados para a composição do grupo controle foi baseada no tamanho populacional e perfil socioeconômico das cidades da região. Os dados foram coletados na cidade sede (Ribeirão Preto) e em oito cidades do DRS XIII.

Para garantir a representatividade populacional, a amostra foi planejada com base no eleitorado em 2010 (maiores de 16 anos), conforme definido pelo IBGE (www.ibge.gov.br), de acordo com a distribuição por sexo e faixa etária da população da área de cobertura do DRS XIII. Tendo-se em vista a maior incidência das psicoses em indivíduos mais jovens, foram atribuídos pesos diferentes para as proporções de indivíduos em cada faixa etária: 16 a 24 anos - peso 1,0; 25 a 34 anos - peso 1,5; acima de 35 anos - peso 0,5. Os municípios foram divididos em dois grupos: Ribeirão Preto e demais municípios da região, tendo-se em vista que metade da população do DRS XIII vive na cidade-sede. As frequências ponderadas em cada faixa etária por sexo e por município (Ribeirão Preto vs. demais municípios) extraídas dos dados do IBGE foram reproduzidas dentro de uma amostra estimada de 300 participantes. A estimativa da distribuição amostral está apresentada nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Número estimado de sujeitos para a captação do grupo controle de acordo com o sexo e faixa etária (anos).

Sexo	Cidade	Faixa etária			Total
		16 a 24	25 a 34	≥ 35	
Mulher	Ribeirão Preto	15	34	16	65
	Demais cidades	17	44	22	83
Homem	Ribeirão Preto	16	40	16	72
	Demais cidades	18	41	21	80
Total					300

Para a busca ativa dos controles foram usados setores censitários definidos pelo IBGE, sorteados de maneira aleatória, e visitas domiciliares foram realizadas em diferentes períodos do dia e da semana, incluindo-se finais de semana, para garantir maior representatividade e validade interna do estudo. A captação se iniciava no primeiro endereço descrito no setor até

que fosse encontrado um voluntário que se encaixasse nos critérios de inclusão e exclusão e que concordava em participar do estudo. Foi prevista a captação de um participante por setor censitário.

Tabela 3 - Cidades do DRS XIII selecionadas para a captação do grupo controle, população e densidade populacional dos municípios e número estimado de participantes por cidade.

Cidade	População 2014	Densidade Populacional (Habitantes/Km2)	Estimativa de Participantes
Barrinha	30.051	196.66	20
Brodowski	22.349	75.51	12
Cravinhos	32.818	101.84	20
Guatapar	7.155	16.86	4
Jaboticabal	72.796	101.42	30
Pradópolis	18.887	103.73	14
Santo Antônio da Alegria	6.441	20.31	4
Sertãozinho	115.419	273.43	59
Ribeirão Preto	638.796	928.46	137
Total			300

No total, foram sorteados 368 setores censitários distribuídos entre os oito municípios da área de cobertura do DRS XIII (n = 206) e a cidade-sede (n = 162). Foram visitados 342 setores e em 26 deles não houve necessidade de visitação, pois a quantidade prevista de participantes deste grupo já havia sido alcançada. Ao fim, foram usados 306 setores para a composição da amostra (Figura 8).

Apesar de ter sido previsto, no projeto STREAM, a captação de um voluntário por setor censitário, alguns participantes se recusaram a realizar a coleta de sangue, que  parte do protocolo da pesquisa em que este projeto está inserido. Por isso, 13 destes setores tiveram a participação de um voluntário a mais do que foi estimado. Quando o participante se recusava a coletar o sangue era dada a continuidade nas tentativas de captação no mesmo setor, até que fosse encontrado outro voluntário disponível a participar do. Dos 306 setores

censitários, foram captados 319 pessoas da comunidade, com tempo de duração de coleta de dados de 52 meses (Tabela 4).

Figura 8 – Distribuição dos setores censitários sorteados, setores visitados e não visitados.

Tabela 4 - Distribuição por cidade da quantidade de voluntários captados na comunidade e duração da coleta em meses.

Cidade	Voluntários Captados	Duração da coleta (meses)
Barrinha	21	3
Brodowski	12	3
Cravinhos	21	3
Guatapar	5	2
Jaboticabal	34	5
Pradópolis	14	1
Santo Antônio da Alegria	4	1
Sertãozinho	62	7
Ribeirão Preto	146	27
Total	319	52

A captação dos participantes provenientes da comunidade teve início em Ribeirão Preto no mês de Fevereiro de 2013. Nas cidades de Cravinhos, Jaboticabal, Guatapar, Barrinha, Sertãozinho, Pradópolis, Santo Antônio da Alegria e Brodowski (apresentados em

ordem de captação) tiveram início em Fevereiro de 2014. As ordens para o início da captação foram aleatórias e em algumas cidades aconteceram concomitantemente.

Para a captação dos 319 controles, foram realizadas um total de 9.208 tentativas, com mediana de 15,0 (variância 1 - 334) tentativas por setor censitário, até que fosse encontrado um voluntário disponível a participar do estudo.

Na Tabela 5 são apresentados os motivos que justificaram as tentativas por setor. As pessoas que não atenderam ao chamado dos pesquisadores predominou ($n = 3.732$), seguido de pessoas que se disponibilizaram a participar do estudo, mas que estavam fora dos critérios de inclusão anteriormente estabelecidos ($n = 2.246$). Dentre estas, 2.131 estavam fora do intervalo da idade, 95 eram do sexo oposto ao necessário no momento da captação, 18 pessoas foram excluídas por terem realizado tratamento prévio para sintomas psicóticos e duas pessoas não residiam na área de cobertura.

Tabela 5 - Motivos gerais para as tentativas por setor censitário.

Motivos para não participação	N	%
Recusa	913	10,2
Ninguém atendeu	3.732	41,9
Comércio	1.333	14,9
Imóvel para aluguel ou venda	415	4,6
Condomínio	7	0,0
Número inexistente/terreno	243	2,7
Fora do intervalo de idade	2131	23,9
Sexo oposto	95	1,0
Transtorno psicótico prévio	18	0,2
Residência fora do DRS XIII	2	0,0
Total	8.889	100%

As cidades que tiveram maiores tentativas por setor censitário até que fosse encontrado um voluntário foram Brodowski (mediana = 16; intervalo = 14 - 334), Pradópolis (mediana= 15; intervalo = 1 - 211) e Santo Antônio da Alegria (mediana = 16; intervalo = 19 - 142). Nestas mesmas cidades predominou a distribuição de participantes captados do sexo masculino (Brodowski: $n = 12$, 100,0%, Santo Antônio da Alegria: $n = 4$, 100,0% e Pradópolis: $n = 13$, 92,8%).

As cidades que tiveram menores tentativas por setor censitário até que fosse encontrado um participante disponível, foram Cravinhos (mediana =16; intervalo = 1 - 48),

Barrinha (mediana = 16; intervalo = 1 -44) e Jaboticabal (mediana = 15,5; intervalo = 1 - 100). Duas destas cidades tiveram menor predomínio de participantes do sexo masculino Cravinhos: n = 2; 9,5 % e Barrinha: n = 8; 38,0%).

3.3 Instrumentos de avaliação

Conforme previsto no projeto original, em um primeiro momento os participantes (pacientes, irmãos e controles) foram informados dos principais aspectos da pesquisa e seus objetivos e, ao concordarem em participar do estudo, foi solicitada a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS B e C). Em seguida, foi aplicada, a bateria de instrumentos de avaliação prevista no projeto original. Para este estudo, foram utilizados os dados obtidos com a aplicação dos instrumentos descritos a seguir:

3.3.1 Entrevista clínica estruturada para o DSM IV – versão clínica (SCID)

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) (First Mb *et al.*, 1997) é uma entrevista semiestruturada que tem como objetivo realizar o diagnóstico psiquiátrico de acordo com os critérios diagnósticos propostos pela quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 4th edition* (Apa, 1994). A primeira parte da SCID é uma revisão geral onde são identificados dados demográficos, história escolar, história ocupacional, início e evolução da doença, história de tratamento e o contexto ambiental. A segunda parte é composta por módulos, de acordo com as categorias diagnósticas do Eixo 1 do DSM-IV. Cada módulo contém perguntas relacionadas aos critérios e são pontuadas de acordo com o julgamento clínico do entrevistador e de outras fontes de informações como prontuário médico, profissional de saúde e familiares.

Neste estudo foi utilizada a SCID versão clínica (SCID-CV), que em estudo brasileiro obteve um Kappa ponderado para o diagnóstico principal de 0,83, sendo tal valor considerado excelente, indicando ser um instrumento com bom índice de confiabilidade (Del Ben *et al.*, 2001).

3.3.2 Escala de Avaliação das Experiências Psíquicas na Comunidade (CAPE)

Conforme descrito anteriormente, a CAPE (Stefanis *et al.*, 2002) é uma escala que avalia a frequência de experiências tipo-psicóticas, em qualquer momento da história de vida do indivíduo, permitindo o registro da frequência de ocorrência de experiências tipo-psicóticas em quatro níveis (nunca, algumas vezes, frequentemente e quase sempre) e do grau de sofrimento causado pelas experiências tipo-psicóticas (nenhum, pouco, moderado e muito) (Anexo A). A CAPE fornece uma pontuação global total e uma pontuação para cada uma das suas três dimensões: positiva (20 itens), negativa (14 itens) e depressiva (8 itens).

O processo de tradução e adaptação da CAPE para a versão brasileira foi realizado pelo grupo de pesquisa do projeto temático “Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos – STREAM”, para a utilização deste instrumento no estudo citado. A retrotradução foi feita por pesquisadora bilíngue vinculada ao consórcio EU-GEI. A tradução foi realizada de maneira independente por dois doutores em saúde mental e a versão final de consenso contou com a participação de terceiro especialista na área (Figura 9).

Figura 9 - Processo de tradução e adaptação da CAPE-42 para a versão brasileira.

Para o processo de validação da versão brasileira do instrumento foi concedida a autorização de seus criadores (Apêndice A).

3.3.2.1 – Procedimentos para aplicação da CAPE

A CAPE foi auto-aplicada, mas de maneira assistida. Os auxiliares de pesquisa liam a questão para o participante e as respostas possíveis. Inicialmente eram lidas as seguintes instruções iniciais:

“A CAPE é desenvolvida para medir certos sentimentos, pensamentos e experiências mentais. Acreditamos que esses sentimentos, pensamentos e experiências mentais sejam mais comuns na população geral do que se acreditava anteriormente, e que a maioria das pessoas realmente experimentaram sentimentos, pensamentos e/ou experiências semelhantes a esses, em algum momento de suas vidas.

As páginas seguintes estão divididas em colunas A e B. Na coluna A você pode indicar com que frequência você experimentou certo sentimento, pensamento ou experiência mental durante sua vida. Não há respostas certas ou erradas.

No caso de haver períodos nos quais você apresentou certos sentimentos, pensamentos ou experiências mentais, por favor, responda às perguntas sobre o pior período de sua vida. Se você assinalar nunca, vá para a próxima pergunta. Se você assinalar “algumas vezes”, “frequentemente” ou “quase sempre”, por favor, indique na coluna B seu grau de sofrimento em função da experiência, na pergunta correspondente”.

3.3.3 Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ)

O CTQ foi traduzido e validado para uso no Brasil (Bernstein *et al.*, 2003; Grassi-Oliveira *et al.*, 2006). Trata-se de uma escala auto-aplicável que investiga cinco componentes traumáticos na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. O instrumento visa produzir escores para cada um dos cinco tipos de trauma precoce, assim como um escore total, a partir de uma escala tipo Likert de cinco pontos (ANEXO D). Para cotar esta pontuação é usado um crivo de correção (ANEXO E) e uma tabela normativa que identifica a gravidade do evento estressor de quatro maneiras: nenhuma-mínima, baixa-moderada, moderada-grave e grave extrema (ANEXO F). Para ser considerado um trauma na infância, o evento estressor precisa estar entre as gravidades moderada a extrema.

3.3.4 Questionário de Experiências com Maconha (*Cannabis* Experience Questionnaire - CEQ)

O CEQ é um instrumento de avaliação composto por 16 questões que visam detalhar o padrão do uso da maconha e outras substâncias psicoativas, incluindo data de início, frequência, gastos, além de sintomas relacionados ao seu consumo (Di Forti *et al.*, 2009; Nelson *et al.*, 2012) (ANEXO G).

Este instrumento foi traduzido e adaptado para o português pelos autores do projeto temático e submetido à retrotradução. Os processos envolvidos na retrotradução são semelhantes aos descritos para a CAPE.

Neste estudo foram usadas as informações a respeito das experiências dos participantes com o uso de *cannabis* que foram mensuradas da seguinte maneira: a) uso de *cannabis* alguma vez na vida (Você já fumou maconha alguma vez na vida?), com a possibilidade de resposta sim ou não; b) a idade de primeiro uso (Quantos anos você tinha quando experimentou pela primeira vez?), e c) a frequência do uso (Com que frequência você usa/usou maconha?) sendo considerado o uso leve/moderado, quando as respostas eram 1 - apenas uma ou duas vezes na vida; 2 - poucas vezes ao ano; ou 3 - poucas vezes ao mês; e uso pesado, quando as respostas eram 4 - mais que uma vez na semana ou 5 - todos os dias.

3.4 Avaliadores

A equipe de pesquisa foi composta por 14 psicólogas e duas enfermeiras que coletavam os dados, sempre em duplas, de segunda a sábado, no período de três anos. Todos os colaboradores de pesquisa do projeto STREAM fizeram treinamento dos instrumentos aplicados no estudo.

Com o consórcio internacional EU-GEI, foram realizados treinamentos *online*, por meio de vídeos de entrevistas realizadas com pacientes psicóticos. Os pesquisadores envolvidos na coleta de dados foram registrados na plataforma do EU-GEI e instruídos a registrar, eletronicamente e de forma independente, as suas respostas para os itens componentes dos instrumentos incluídos no projeto original. O treinamento foi realizado até que houvesse um nível de concordância considerado satisfatório pelos coordenadores do projeto multicêntrico.

Adicionalmente, durante todo o período de três coleta de dados, foram realizadas supervisões semanais com profissionais de saúde mental experientes visando a manutenção dos níveis de concordância entre os colaboradores de pesquisa obtidos com o treinamento inicial e correção de possíveis inconsistências.

3.5 Procedimento para armazenamento dos dados

Os dados coletados no projeto STREAM foram armazenados na plataforma *online* do consórcio internacional EU-GEI. A digitação dos dados de todos os instrumentos passaram por uma dupla checagem para busca de eventuais inconsistências. Após a completude da digitação dos dados, arquivos em planilha Excel foram enviados para cada centro participante do consórcio para nova checagem da consistência dos dados.

3.6 Análises dos dados

O programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS Inc) versão 20 foi utilizado para as análises relativas à caracterização demográfica e clínica da amostra. Os dados foram explorados pela média (M), desvio padrão (Dp), mediana e frequências, conforme apropriado. O teste de Qui-quadrado (χ^2) foi usado para avaliar as variáveis de natureza qualitativa. A distribuição da normalidade da amostra foi examinada pelo teste *Kolmogorov Smirnov*. Variáveis ordinais foram analisadas por meio de ANOVA de uma via, com teste *post hoc* de Bonferroni para as comparações de mais de dois grupos. No caso de ausência de normalidade de distribuição da amostra, pelos testes de *Kruskal-Wallis* ou *Mann-Whitney*.

As correlações foram analisadas por meio do coeficiente de Pearson (r).

As análises das qualidades psicométricas da CAPE foram realizadas por um psicometrista vinculado à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e ao Centro de Psicologia da Universidade do Porto de Portugal. Foi usado o *software Analysis of Moments Structures* (AMOS).

Para as evidências de fidedignidade e validade da escala a da CAPE foi avaliada a distribuição normal dos itens pela assimetria (Sk), achatamento (Ku) e pela frequência, com

valores considerados bons quando o item apresentou assimetria $\leq 3,00$ e achatamento $< 10,00$ (Marôco, 2014).

Para a validade fatorial do instrumento foram usados os seguintes índices e seus valores de referência (Quadro 1).

A análise de consistência interna foi avaliada por meio do Alfa de *Cronbach*, com valor $\geq 0,70$ sendo considerado bom (Marôco, 2014).

Foi considerado significativo o valor de $p < 0,05$. Nas comparações não paramétricas entre os três grupos diagnósticos, o valor de p foi corrigido para comparações múltiplas e o critério atribuído foi de valores de $p < 0,02$.

Quadro 1 - Índices de qualidade de ajustamento e valores de referência (Marôco 2014)

Índices	Valores de Referência
Comparative Fit Index (CFI) Goodness of Fit Index (GFI)	$< 0,80$ - Ajustamento ruim [0,80;0,90] – Ajustamento sofrível [0,90;0,95] – Ajustamento bom $\geq 0,95$ – Ajustamento muito bom
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	$< 0,60$ – Ajustamento ruim [0,60;0,80] – Ajustamento bom $\geq 0,80$ – Ajustamento muito bom
Mean Square Error of Approximation (RMSEA) (I.C. 90%) e <i>p-value</i> (H_0 : $rmsea \leq 0,05$)	$> 0,10$ – Ajustamento inaceitável [0,05;0,10] – Ajustamento aceitável $\leq 0,05$ – Ajustamento muito bom <i>p-value</i> $\geq 0,05$

3.7 Aspectos éticos

O projeto principal, do qual este subprojeto faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas - FMRP/USP, processo HCRP nº 12606/2012, em sua 357ª Reunião Ordinária realizada em 03/12/2012 (ANEXO H).

Aos participantes que concordaram em colaborar da pesquisa foi garantido o sigilo de suas informações e a possibilidade de se retirar do estudo no momento em que desejassem, não acarretando nenhuma forma de prejuízo. Todos os participantes assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versões caso e controle), que possuem todas as informações relevantes sobre a pesquisa e telefones para contato.

4 RESULTADOS

4.1 Características sócio demográficas e clínicas dos participantes do estudo

A amostra do presente estudo foi composta por um total de 640 participantes. Destes, 217 são pacientes em PEP, 104 irmãos de pacientes psicóticos e 319 controles, todos residentes na região de cobertura do DRS XIII.

Conforme pode ser observado na Tabela 6, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação às idades dos participantes. Houve uma maior proporção de pacientes sem vínculos afetivos. Em relação aos anos de escolaridade, estes foram menores no grupo dos pacientes, quando comparado aos irmãos e controles. A porcentagem de voluntários homens foi maior no grupo dos pacientes e nos controles, quando comparada ao grupo dos irmãos.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes da amostra do estudo segundo os grupos pacientes, irmãos e controles, idade média, sexo (masculino), estado civil e escolaridade.

^a: Anova de uma via; ^b: teste de Qui-quadrado *diferença significativa com relação aos demais grupos, $p < 0.05$

Características	Pacientes (n=217)	Irmãos (n=104)	Controles (n=319)	Teste estatístico	p
Idade média (DP)	30,7 (12,0)	30,9 (11,1)	33,0 (12,5)	$F(2,637)=2,7^a$	0,067
Sem vínculo n (%)	158 (72,8)*	48 (46,2)	145 (45,5)	$\chi^2=42,81$; $gl=2^b$	<0,001
≤ nove anos de estudos -n (%)	119 (54,8)*	35 (33,7)	78 (24,5)	$\chi^2=51,97$; $gl=2^b$	<0,001
Homens - n (%)	128 (59,0)	29 (27,9)*	153 (48,0)	$\chi^2=27,29$; $gl=2^b$	<0,001

Pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia, que incluiu diagnósticos de esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno psicótico breve e transtorno delirante, predominaram com relação aos diagnósticos de transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos e transtorno afetivo bipolar. Estes casos foram, em maioria, participantes do sexo masculino (65,6%) com diferença estatística significativa (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos diagnósticos realizados em 217 pacientes em PEP, duração da psicose não tratada (DUP), distribuição do sexo masculino e idade média de homens por diagnóstico.

Características	Transtornos do espectro da esquizofrenia (n=99)	Transtorno Afetivo Bipolar (n=67)	Transtorno Depressivo (n=51)	Teste estatístico	p
DUP ¹ Mediana	18,9**	5,9	7,1	$\chi^2=26,61$; gl=2 ^a	<0.001
Sexo Masculino (%)	65,60%*	56,70%	49,00%	$\chi^2=19,52$; gl=2 ^a	<0.001
Idade Média (DP)	26,9 (9,9)	24,7 (8,2)	39,2 (13,9)*	F (2,214)=9,40 ^b	<0.001

1 = *duration of untreated psychosis* (duração de psicose não tratada), ^a teste de *Mann-Whitney* ^b Anova de uma via *diferença significativa com relação aos demais grupos, p<0.001 **diferença significativa com relação aos demais grupos, p<0.02 corrigido para comparações múltiplas

Também foram encontradas diferenças significativas na duração da psicose não tratada (*duration of untreated psychosis*, DUP) entre os grupos. Os pacientes diagnosticados com transtornos do espectro da esquizofrenia tiveram maior DUP quando comparados aos grupos diagnósticos de transtorno afetivo bipolar (U = 1763,5; p<0.001) e o transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos (U = 1712,0; p<0.002). Não foi encontrada diferença significativa na DUP de pacientes com transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos comparados com pacientes com transtorno afetivo bipolar (U = 1435,0; p = 137).

4.2 Propriedades Psicométricas da CAPE

Para a análise psicométrica foram consideradas apenas as pontuações relativas à frequência de ocorrência de experiências tipo-psicóticas ("Coluna A"). Foi realizada a análise estatística descritiva da CAPE a partir da amostra total (n = 640) com o objetivo de avaliar a distribuição normal dos itens por meio de suas frequências e da assimetria (Sk) e achatamento (Ku).

a) Frequência dos itens:

A frequência da pontuação de cada item do instrumento foi calculada por sua pontuação média, desvio-padrão e porcentagem de cada escore da escala: 1 (nunca), 2 (algumas vezes), 3 (frequentemente) e 4 (quase sempre) (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das respostas a cada item da escala a da CAPE em função da pontuação da média, desvio-padrão e frequências em uma amostra de pacientes em PEP, irmãos de pacientes e controles.

Itens da CAPE	Média (Dp)	Nunca (%)	Algumas vezes (%)	Frequente-mente (%)	Quase sempre (%)
1. Tristeza	2,42 (0,86)	6	65	10	19
2. Duplo sentido	1,68 (0,85)	50	38	5	7
3. Falta de entusiasmo	1,88 (0,98)	42	40	6	12
4. Pouco falante	1,91 (1,06)	46	32	7	15
5. Mensagens pela TV	1,39 (0,66)	68	27	2	3
6. Falsa aparência	2,18 (0,84)	17	59	13	11
7. Ser persecutório	1,49 (0,83)	67	22	5	6
8. Sem emoção	1,51 (0,78)	62	30	3	5
9. Pessimismo	1,73 (0,90)	50	35	7	8
10. Conspiração	1,41 (0,78)	72	20	3	5
11. Ser importante	1,59 (0,90)	62	25	5	8
12. Sem futuro	1,58 (0,89)	62	26	4	8
13. Ser especial	1,44 (0,85)	73	17	3	7
14. Não vale a pena viver	1,64 (0,92)	57	29	5	9
15. Telepatia	1,31 (0,68)	79	15	3	3
16. Sem interesse nos outros	1,74 (0,87)	47	40	5	8
17. Influenciado por eletrônicos	1,32 (0,74)	81	11	3	5
18. Falta de motivação	1,81 (0,87)	41	45	6	8
19. Choro frequente	1,64 (0,94)	60	24	7	9
20. <i>Voodoo</i>	1,56 (0,92)	65	22	4	9
21. Sem energia	1,77 (0,87)	44	42	6	8
22. Olhares estranhos	1,63 (0,89)	58	29	6	7
23. Mente vazia	1,52 (0,85)	65	24	5	6
24. Retirada de pensamento	1,23 (0,66)	86	8	2	4
25. Falta de atividades	1,65 (0,91)	57	29	6	8
26. Inserção de pensamento	1,28 (0,67)	81	13	3	3
27. Sentimentos sem intensidade	1,36 (0,72)	75	18	3	4
28. Radiodifusão do pensamento	1,35 (0,72)	76	17	3	4
29. Falta de espontaneidade	1,48 (0,76)	64	28	3	5
30. Eco do pensamento	1,32 (0,70)	78	16	2	4
31. Controle externo	1,31 (0,71)	80	13	3	4
32. Sentiu-se embotado	1,69 (0,92)	54	32	5	9
33. Ouvir vozes	1,48 (0,83)	68	22	4	6
34. Vozes conversando	1,23 (0,65)	87	8	2	3
35. Falta de higiene	1,42 (0,77)	71	20	4	5
36. Incapaz de terminar tarefas	1,66 (0,85)	52	36	5	7
37. Falta de <i>hobby</i>	1,58 (0,85)	60	29	4	7
38. Culpado	1,77 (0,85)	44	42	7	7
39. Fracasso	1,62 (0,90)	59	28	5	8
40. Sentiu-se tenso	2,15 (0,94)	24	51	11	14
41. Sósia	1,11 (0,42)	93	6	0	1
42. Ver vultos	1,24 (0,63)	84	11	2	3

DP = desvio padrão; % porcentagem

As pontuações médias variaram de 1,11 a 2,42. As maiores médias de pontuação foram para os itens 1, 6 e 40, sendo comumente mais pontuados como “algumas vezes”. Os itens 34, 41 e 42 tiveram as menores médias, sendo comumente mais pontuados como “nunca”, e demonstraram violações à normalidade da amostra (Figura 10).

Figura 10 - Histogramas referentes à distribuição dos escore de 1 a 4 da escala a da CAPE -42 nos itens 34, 41 e 42, respectivamente, que demonstram violação à normalidade.

b) Assimetria (Sk) e achatamento (Ku)

Ainda com o objetivo de fazer uma análise descritiva dos itens da CAPE e avaliar a distribuição normal na amostra total ($n = 640$), verificou-se a assimetria (Sk) e o achatamento (Ku) (Tabela 9).

Tabela 9 - Valores da estatística descritiva avaliada por assimetria (Sk) e achatamento (Ku) discriminado cada item da escala a da CAPE.

Itens	Sk	Ku
1. Tristeza	0,86	-0,34
2. Duplo sentido	1,31	1,24
3. Falta de entusiasmo	1,03	0,095
4. Pouco falante	0,94	-0,39
5. Mensagens pela TV	2,03	4,66
6. Falsa aparência	0,77	0,22
7. Ser persecutório	1,8	2,5
8. Sem emoção	1,77	2,86
9. Pessimismo	1,22	0,73
10. Conspiração	2,09	3,82
11. Ser importante	1,56	1,49
12. Sem futuro	1,58	1,63
13. Ser especial	2,01	3,07
14. Não vale a pena viver	1,44	1,15
15. Telepatia	2,55	6,34
16. Sem interesse nos outros	1,22	0,94
17. Influenciado por eletrônicos	2,54	5,69
18. Falta de motivação	1,13	0,78
19. Choro frequente	1,39	0,82
20. <i>Voodoo</i>	1,67	1,74
21. Sem energia	1,18	0,86
22. Olhares estranhos	1,44	1,24
23. Mente vazia	1,71	2,16
24. Retirada de pensamento	3,00	9,24
25. Falta de atividades	1,39	1,01
26. Inserção de pensamento	2,67	6,9
27. Sentimentos sem intensidade	2,28	4,9
28. Radiodifusão do pensamento	2,28	4,84
29. Falta de espontaneidade	1,78	2,92
30. Eco do pensamento	2,52	6,13
31. Controle externo	2,57	6,13
32. Sentiu-se embotado	1,33	0,89
33. Ouvir vozes	1,85	2,65
34. Vozes conversando	3,19*	9,67
35. Falta de higiene	2,03	3,61
36. Incapaz de terminar tarefas	1,38	1,42
37. Falta de <i>hobby</i>	1,57	1,81
38. Culpado	1,12	0,81
39. Fracasso	1,5	1,35
40. Sentiu-se tenso	0,71	-0,27
41. Sósia	5,20*	30,03*
42. Ver vultos	3,08*	9,55

*valores de Sk e Ku fora do valor médio esperado

A análise apontou que os itens 34 ($Sk = 3,19$), 41 ($Sk = 5,20$; $Ku = 30,03$) e 42 ($Sk = 3,08$) não obtiveram pontuações esperadas.

c) Avaliação da validade fatorial

Inicialmente, o modelo de três fatores, positivo, negativo e depressivo da CAPE, ajustado para a amostra total ($n = 640$) de pacientes, irmãos e controles, foi testado e apresentou uma qualidade de ajustamento sofrível/aceitável.

Uma vez que a validade fatorial da CAPE apresentou valores de ajustamento sofríveis, foi realizado o refinamento do modelo original do instrumento, de acordo com os índices de modificação obtidos com o *software* AMOS. Nesta fase, foram eliminados nove itens que não obtiveram carga fatorial $> 0,50$. Dos itens eliminados, sete eram referentes à dimensão positiva: itens 5 (Mensagens pela TV), 6 (Falsa aparência), 11 (Ser importante), 13 (Ser especial), 17 (Influenciado por eletrônicos), 20 (*Voodoo*) e 41 (Sósia), e dois itens referentes à dimensão negativa: itens 4 (Pouco falante) e 8 (Sem emoção). As cargas fatoriais dos itens da escala a da CAPE, após a retirada das questões, estão apresentadas na Tabela 10.

Após a retirada dos nove itens descritos acima, o novo modelo tridimensional, dimensões positiva, negativa e depressiva, agora com 33 itens, apresentou uma qualidade de ajustamento aceitável/bom com os seguintes índices de ajustamento, CFI = 0,895; GFI = 0,822; PGFI = 0,761; RMSEA = 0,055 p [$rmsea \leq 0,05$] = 0,04 (Figura 11).

Tabela 10 - Carga fatorial dos itens da escala a da CAPE distribuídos por dimensão positiva, negativa e depressiva.

Itens	Dimensões		
	Positiva	Negativa	Depressiva
1. Tristeza			0,69
2. Duplo sentido	0,53		
3. Falta de entusiasmo		0,60	
7. Ser persecutório	0,60		
9. Pessimismo			0,57
10. Conspiração	0,56		
12. Sem futuro			0,63
14. Não vale a pena viver			0,75
15. Telepatia	0,55		
16. Sem interesse nos outros		0,61	
18. Falta de motivação		0,70	
19. Choro frequente			0,64
21. Sem energia		0,68	
22. Olhares estranhos	0,56		
23. Mente vazia		0,64	
24. Retirada de pensamento	0,58		
25. Falta de atividades		0,63	
26. Inserção de pensamento	0,65		
27. Sentimentos sem intensidade		0,62	
28. Radiodifusão do pensamento	0,60		
29. Falta de espontaneidade		0,57	
30. Eco do pensamento	0,62		
31. Controle externo	0,66		
32. Sentiu-se embotado		0,68	
33. Ouvir vozes	0,71		
34. Vozes conversando	0,55		
35. Falta de higiene		0,57	
36. Incapaz de terminar tarefas		0,65	
37. Falta de <i>hobby</i>		0,58	
38. Culpado			0,57
39. Fracasso			0,75
40. Sentiu-se tenso			0,66
42. Ver vultos	0,61

Figura 11 - Análise Fatorial Confirmatória do modelo de três dimensões da CAPE com 33 itens em uma amostra brasileira.

d) Validade Discriminante

A validade discriminante, obtida por meio da correlação dos fatores, apontou que as três dimensões estão fortemente correlacionadas entre si. A dimensão positiva está correlacionada com as dimensões depressiva ($r^2 = 0,71$; $p < 0,001$) e negativa ($r^2 = 0,78$; $p < 0,001$), assim como a dimensão negativa e depressiva ($r^2 = 0,92$; $p < 0,001$).

e) Consistência Interna

As três dimensões da CAPE-33 obtiveram ótimos índices de consistência interna: dimensão positiva ($\alpha = 0,88$), dimensão negativa ($\alpha = 0,89$) e dimensão depressiva ($\alpha = 0,86$). A escala CAPE-33, em sua totalidade, apresentou um α de 0,94. O alfa de *Cronbach* (α) discriminado por item está descrito na tabela 11.

Tabela 11 – Consistência interna dos itens da CAPE-33 apresentados por alfa de *Cronbach*

Itens	Dimensões		
	Positiva	Negativa	Depressiva
1. Tristeza			0,64
2. Duplo sentido	0,53		
3. Falta de entusiasmo		0,55	
7. Ser persecutório	0,61		
9. Pessimismo			0,51
10. Conspiração	0,55		
12. Sem futuro			0,57
14. Não vale a pena viver			0,69
15. Telepatia	0,54		
16. Sem interesse nos outros		0,61	
18. Falta de motivação		0,69	
19. Choro frequente			0,58
21. Sem energia		0,65	
22. Olhares estranhos	0,55		
23. Mente vazia		0,57	
24. Retirada de pensamento	0,60		
25. Falta de atividades		0,56	
26. Inserção de pensamento	0,59		
27. Sentimentos sem intensidade		0,59	
28. Radiodifusão do pensamento	0,58		
29. Falta de espontaneidade		0,54	
30. Eco do pensamento	0,55		
31. Controle externo	0,60		
32. Sentiu-se embotado		0,61	
33. Ouvir vozes	0,67		
34. Vozes conversando	0,55		
35. Falta de higiene		0,53	
36. Incapaz de terminar tarefas		0,60	
37. Falta de <i>hobby</i>		0,56	
38. Culpado			0,50
39. Fracasso			0,69
40. Sentiu-se tenso			0,60
42. Ver vultos	0,55		

4.2.1 Distribuição das experiências tipo-psicóticas na amostra total

Foi realizada a comparação das médias (DP) entre os grupos de participantes (pacientes, controles e irmãos) com a pontuação total e nas dimensões positiva, negativa e depressiva com relação à frequência de ocorrência de experiências tipo-psicóticas (“Coluna A”, Tabela 12, Figuras 12 e 13) e ao sofrimento causado pelas experiências tipo-psicóticas (“Coluna B”, Tabela 13).

Conforme esperado, o grupo de pacientes apresentou pontuações significativamente maiores em todas as dimensões da escala a e b da CAPE-33 em relação aos demais grupos. Não foram encontradas diferenças estaticamente significantes entre irmãos e controles.

A distribuição das experiências tipo-psicóticas na amostra do estudo está demonstrada nas Figuras 12 e 13. Na figura 12 as pontuações são apresentadas por dimensões positiva, negativa e depressiva relativas a escala a da CAPE-33. Na figura 13 é apresentada a pontuação total da escala a da CAPE-33 com os seus referentes percentis.

Tabela 12 – Escore (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos à ocorrência de experiências tipo-psicóticas (“Coluna A”) em pacientes, irmãos e controles de base populacional.

CAPE-33 Dimensões	Pacientes (n=217)	Irmãos (n=104)	Controles (n=319)	Anova de uma via	p
Positiva					
Média (Dp)	22,8 (7,9)*	15,6 (3,7)	15,4 (2,7)	F(2,637) = 144,58	<0,001
95% IC	21,8 – 23,9	14,9 – 16,4	15,1 – 15,7		
Mediana (intervalo)	21 (13 – 51)	14 (13 – 33)	14 (13 – 30)		
Negativa					
Média (Dp)	23,5 (8,0)*	18,0 (6,5)	17,4 (4,7)	F(2,637) = 64,86	<0,001
95% IC	22,4 – 24,5	16,7 – 19,2	16,9 – 17,9		
Mediana (intervalo)	22 (12 – 48)	16 (12 – 41)	17 (12 – 38)		
Depressiva					
Média (Dp)	16,8 (5,9)*	13,7 (4,8)	13,3 (4,0)	F(2,637) = 36,35	<0,001
95% IC	16,6 – 17,0	12,7 – 14,6	12,9 – 13,0		
Mediana (intervalo)	16 (8 – 31)	12 (8 – 30)	12 (8 – 32)		
Total					
Média (Dp)	63,1 (19,0)*	47,3 (14,1)	46,0 (10,0)	F(2,637) = 98,45	<0,001
95% IC	60,5 – 65,6	44,6 – 50,1	44,9 – 47,1		
Mediana (intervalo)	59 (33 – 128)	43 (33 – 100)	44 (33 – 92)		

IC = Intervalo de confiança; *diferença significativa em relação aos demais grupos, $p \leq 0,001$

Figura 12 – Distribuição das pontuações nas dimensões positiva (mínima 13 – máxima 52), negativa (mínima 12 – máxima 48) e depressiva (mínima 8 – máxima 32) da CAPE-

33 relativa à ocorrência de experiências tipo-psicóticas (“Coluna A”) em pacientes, irmãos e controles de base populacional.

Figura 13 -Distribuição do escore total da CAPE-33 (mínima 33 – máxima 132) quanto à ocorrência de experiências tipo-psicóticas (“Coluna A”) em pacientes, irmãos e controles de base populacional.

Tabela 13 - Escore (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos ao sofrimento causado por experiências tipo-psicóticas ("Coluna B") de pacientes, irmãos e controles de base populacional.

CAPE-33 Dimensões	Pacientes (n=217)	Irmãos (n=104)	Controles (n=319)	Anova de uma via	p
Positiva					
Média (DP)	17,3 (11,5)*	7,7 (7,2)	5,6 (4,4)	F(2,494) = 102,24	<0,001
95% IC	15,6 – 18,9	5,8 – 9,5	5,0 – 6,2		
Mediana (Intervalo)	15 (1 – 52)	5 (1 – 37)	4 (1 – 23)		
Negativa					
Média (DP)	23,5 (8,0)*	18,0 (6,5)	17,4 (4,7)	F(2,577) = 52,20	<0,001
95% IC	22,4 – 24,5	16,7 – 19,2	16,9 – 17,9		
Mediana (Intervalo)	22 (12 – 48)	16 (12 – 41)	17 (12 – 38)		
Depressiva					
Média (DP)	16,1 (8,4)*	13,2 (7,7)	11,2(7,1)	F(2,616) =28,89	<0,001
95% IC	14,9 – 17,3	11,6 – 15,2	11,0 – 12,9		
Mediana (Intervalo)	15 (1 – 32)	12 (1 – 32)	11 (1 – 32)		
Total					
Média (DP)	53,2 (28,2)*	34,2 (22,3)	28,9 (17,9)	F(2,627) = 90,45	<0,001
95% IC	49,2 – 57,2	28,5 – 39,9	26,5 – 31,4		
Mediana (Intervalo)	51 (3 – 130)	28 (4 – 102)	25 (5 – 83)		

IC = Intervalo de confiança; *diferença significativa em relação aos demais grupos, $p \leq 0,001$

4.3 Caracterização das experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade

As médias na pontuação total e nas três dimensões da CAPE-33, com relação à ocorrência de experiências tipo-psicóticas e o sofrimento causado por essas experiências em indivíduos da comunidade e segundo características demográficas, estão descritas, respectivamente, nas Tabelas 14 e 15.

Com relação à ocorrência de experiências tipo-psicóticas, mulheres, em comparação com os homens, tiveram pontuações significativamente mais elevadas na pontuação total ($F(1,317)=12,70$; $p<0,001$) e nas dimensões negativa ($F(1,317)=10,80$; $p=0,001$) e depressiva ($F(1,317)=19,29$; $p<0,001$), mas não para a dimensão positiva ($F(1,317)=1,21$; $p=0,272$) da CAPE-33. Mulheres reportaram mais sofrimento causado pelas experiências tipo-psicóticas, em comparação aos homens, no escore total ($F(1,312)=12,02$; $p=0,001$) e nas dimensões negativa ($F(1,317)=13,17$; $p<0,001$), depressiva ($F(1,307)=13,32$; $p<0,001$) e positiva ($F(1,219)=5,77$; $p=0,017$).

Tabela 14 – Distribuição dos escores (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos à ocorrência de experiências tipo-psicóticas, de acordo com variáveis demográficas de pessoas da comunidade. (n = 319).

demográficas de pessoas da comunidade. (n = 515).					
		CAPE - 33			
		Positiva	Negativa	Depressiva	Total
	N	Média (Dp)	Média (Dp)	Média (Dp)	Média (Dp)
Sexo					
Feminino	166	15,5 (3,0)	18,2 (5,1)*	14,2 (4,4)*	47,9 (11,4)*
Masculino	153	15,2 (2,4)	16,5 (4,0)	12,3 (3,2)	44,0 (8,4)
Intervalos de idade					
16 a 24 anos	72	15,3 (2,4)	17,8 (4,3)	13,3 (3,8)	46,5 (9,6)
25 a 34 anos	162	15,3 (2,7)	16,9 (4,3)	13,0 (3,7)	45,3 (9,7)
35 a 64 anos	85	15,3 (3,0)	17,8 (5,4)	13,6 (4,5)	46,9(11,1)
Situação conjugal					
Sem vínculo	174	15,2(2,6)	17,2(4,5)	13,3(4,0)	46,2 (10,2)
Com vínculo	145	15,5(2,8)	17,5(4,7)	13,1(3,8)	45,9 (9,9)
Escolaridade					
> nove anos de estudo	241	15,2 (2,4)	17,4 (4,6)	13,2 (3,8)	45,9 (9,7)
≤ nove anos de estudos	78	15,7 (3,4)	17,2 (4,8)	13,3 (4,3)	46,3 (11,1)

*diferença significativa em relação aos demais grupos, $p \leq 0,05$ para ANOVA de uma via

Tabela 15 - Distribuição dos escores (média, dp) total e nas três dimensões da CAPE-33 relativos ao sofrimento causado por experiências tipo-psicóticas, de acordo com variáveis demográficas de pessoas da comunidade. (n = 319).

		CAPE - 33			
	N	Positiva Média (Dp)	Negativa Média (Dp)	Depressiva Média (Dp)	Total Média (Dp)
Sexo					
Feminino	166	6,1 (4,8)*	11,7 (8,7)*	11,6 (7,1)*	26,1 (18,7)*
Masculino	153	4,6 (4,1)	8,2 (7,4)	8,7 (7,0)	19,2 (16,6)
Intervalos de idade					
16 a 24 anos	72	4,7 (3,5)	9,4 (6,8)	9,7 (6,7)	21,9 (16,0)
25 a 34 anos	162	5,4 (4,5)	9,4 (8,0)	9,5 (6,8)	21,3 (17,8)
35 a 64 anos	85	6,2 (5,3)	11,8 (9,7)	11,9 (7,8)*	26,5 (19,8)
Situação conjugal					
Sem vínculo	174	5,4 (4,6)	10,5 (6,9)	9,9 (7,3)	22,6 (18,6)
Com vínculo	145	5,4 (4,4)	9,8 (8,2)	10,5 (6,9)	23,0 (17,6)
Escolaridade					
> nove anos de estudo	241	5,1 (4,3)	10,1 (8,2)	10,2 (7,2)	22,8 (18,0)
≤ nove anos de estudos	78	6,3 (5,1)	9,9 (8,4)	10,0 (6,9)	22,9 (18,1)

*diferença significativa em relação aos demais grupos, $p \leq 0,05$ para ANOVA de uma via

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as pontuações médias da CAPE-33 com relação aos intervalos de idade no escore total ($F(2,316)=0,70$; $p=0,499$) e nas dimensões positiva ($F(2,316)=0,01$; $p=0,994$), negativa ($F(2,316)=1,41$; $p=0,244$) e depressiva ($F(2,316)=0,68$; $p=0,510$). Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes com relação ao sofrimento causado pelas experiências tipo-psicóticas, entre os intervalos de idade, quanto ao escore total ($F(2,311)=2,40$; $p=0,092$) e às dimensões positiva ($F(2,218)=1,43$; $p=0,242$) e negativa ($F(2,276)=2,27$; $p=0,16$). No entanto, houve uma diferença estatisticamente significativa na dimensão depressiva ($F(2,306)=3,10$; $p=0,047$). Especificamente, pessoas no intervalo de idade de 35 a 64 anos relataram maior sofrimento na dimensão depressiva do que pessoas com 25 a 34 anos ($p=0,049$).

Quanto ao estado civil dos participantes, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes com relação à ocorrência de experiências psicóticas [escore total ($F(2,317)=0,06$; $p=0,801$); dimensões positiva ($F(2,317)=0,53$; $p=0,466$), negativa ($F(2,317)=0,22$; $p=0,641$) e depressiva ($F(2,317)=0,17$; $p=0,678$)] ou ao sofrimento causado pelas experiências [escore total ($F(2,312)=0,022$; $p=0,883$); dimensões positiva ($F(2,219)=0,01$; $p=0,97$), negativa ($F(2,277)=0,30$; $p=0,58$) e depressiva ($F(2,307)=0,49$; $p=0,483$)].

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação à escolaridade dos participantes; quanto à ocorrência de experiências tipo-psicóticas [escore total $F(2,317)=0,12$; $p=0,730$; dimensões positiva $F(2,317)=1,62$; $p=0,204$; negativa $F(2,317)=0,06$; $p=0,805$; e depressiva: $F(2,317)=0,08$; $p=0,776$], ou ao sofrimento causado por tais experiências [escore total $F(2,312)=0,00$; $p=0,948$; e dimensões positiva $F(2,219)=2,50$; $p=0,111$; negativa $F(2,277)=0,25$; $p=0,875$; e depressiva: $F(2,307)=0,65$; $p=0,799$].

Os relatos de ocorrência de experiências tipo-psicóticas na escala a da CAPE-33 foram correlacionados positivamente ao sofrimento por elas causados, no escore total ($r=0,897$; $p \leq 0,001$) e nas dimensões positiva ($r=0,831$; $p \leq 0,001$), negativa ($r=0,867$; $p \leq 0,001$) e depressiva ($r=0,857$; $p \leq 0,001$) (Tabela 16).

Tabela 16 – Coeficiente de Correlação de Pearson (r) entre o escore total e nas dimensões da CAPE-33, com relação à ocorrência e ao sofrimento causado por experiências tipo psicóticas.

	Ocorrência				Sofrimento		
	Total	Positiva	Negativa	Depressiva	Total	Positiva	Negativa
Ocorrência							
Positiva	0,759*						
Negativa	0,928*	0,570*					
Depressiva	0,908*	0,554*	0,774*				
Sofrimento							
Total	0,897*	0,633*	0,845*	0,826*			
Positiva	0,724*	0,831*	0,548*	0,583*	0,768*		
Negativa	0,807*	0,459*	0,867*	0,685*	0,935*	0,608*	
Depressiva	0,790*	0,443*	0,701*	0,857*	0,919*	0,599*	0,775*

* $p \leq 0,001$

4.4 Trauma na infância e experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade

Dos 319 participantes provenientes da população local, 70 (21,9%) relataram ter vivenciado trauma precoce (TP), sendo 45 mulheres e 25 homens. Destes, 38 vivenciaram apenas um dos cinco tipos de trauma [abuso emocional (AE), abuso físico (AF), abuso sexual (AS), negligência emocional (NE) e negligência física (NF)] e 32 relataram dois ou mais tipo de traumas, conforme detalhado na Tabela 17.

Pessoas que vivenciaram pelo menos um trauma precoce obtiveram médias significativamente mais elevadas em todas as dimensões da CAPE-33 (Tabela 18 e Figura 14).

Tabela 17 - Tipos de traumas precoce discriminados por número de pessoas e sexo.

Tipos de Traumas	Total n (%)	Sexo	
		Feminino n (%)	Masculino n (%)
AE	13 (18,6)	7 (15,6)	6 (24,0)
AF	7 (10,0)	3 (6,7)	4 (16,0)
AS	4 (5,7)	3 (6,7)	1 (4,0)
NE	9 (12,9)	3 (6,7)	6 (24,0)
NF	5 (7,1)	3 (6,7)	2 (8,0)
AE + AF	1 (1,4)	1 (2,2)	0 (0,0)
AE + NE	3 (4,3)	3 (6,7)	0 (0,0)
AF + AS	2 (2,9)	2 (4,4)	0 (0,0)
AF + NF	2 (2,9)	1 (2,2)	1 (4,0)
AS + NE	1 (1,4)	1 (2,2)	0 (0,0)
AS + NF	1 (1,4)	1 (2,2)	0 (0,0)
NE + NF	5 (7,1)	4 (8,9)	1 (4,0)
AE + AF + NF	4 (5,7)	3 (6,7)	1 (4,0)
AE + NE + NF	4 (5,7)	3 (6,7)	1 (4,0)
AE + AF + AS + NE	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (4,0)
AE + AF + NE + NF	6 (8,6)	5 (11,1)	1 (4,0)
AE + AF + AS + NE + NF	2 (2,9)	2 (4,3)	0 (0,0)
TP	70 (100,0)	45 (64,3)	25 (36,7)

AE = abuso emocional; AF = abuso físico; AS = abuso sexual; NE = negligência emocional; NF = negligência física; TP = trauma precoce

Tabela 18 – Distribuição do escore nas três dimensões da CAPE-33 [média (desvio padrão)] de acordo com a vivência de traumas precoces.

Dimensões da CAPE-33	Com trauma	Sem trauma	Anova de uma via	p
	Precoce (n=70)	precoce (n = 249)		
Positiva	16,6 (3,7)	15,0 (2,2)	F (1,317) = 21,1	<0,001
Negativa	19,0 (5,3)	16,9 (4,3)	F (1,317) = 12,1	0,001
Depressiva	15,2 (5,0)	12,6 (3,4)	F (1,317) = 4,5	<0,001

Figura 14 - Pontuações (médias e EPM) nas três dimensões da Cape-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com a ocorrência de trauma precoce.

Em relação ao número de traumas, verificou-se que a vivência de dois ou mais traumas na infância foi significativamente associada a maiores pontuações médias, em todas as dimensões da CAPE-33, em comparação com a ausência de estresse precoce (dimensões positiva $p < 0,001$; negativa $p = 0,004$; e depressiva $p < 0,001$). Participantes com vivência de dois ou mais traumas, quando comparados a participantes com vivência de um único trauma, apresentaram pontuação significativamente mais altas nas dimensões positiva ($p = 0,010$) e depressiva ($p = 0,035$), mas não na dimensão negativa ($p = 0,874$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as pontuações médias de pessoas que nunca vivenciaram trauma precoce e a ocorrência de um único trauma (dimensões positiva $p = 0,241$; negativa $p = 0,125$; e depressiva $p = 0,069$) (Tabela 19 e Figura 15).

Tabela 19 - Pontuações (médias e desvio-padrão da média) nas três dimensões da Cape-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com o número de trauma precoce

Dimensões da CAPE-33	Sem trauma precoce (n = 249)	Um trauma Precoce (n = 38)	Dois ou mais traumas precoces (n = 32)	Anova de uma via	p
Positiva	15,0 (2,3)	15,8 (3,1)	17,6 (4,3)	F (2,316) = 15,1	<0,001
Negativa	16,9 (4,3)	18,5 (5,1)	19,6 (5,5)	F (2,316) = 6,6	0,001
Depressiva	12,6 (3,4)	14,2 (4,7)	16,5 (5,1)	F (2,316) = 15,7	0,001

Cape - 33 Positiva

Cape-33 Negativa

Figura 15 –Pontuações médias (erro padrão da média) das três dimensões da CAPE-33, de acordo com o número de traumas precoces.

Todas as dimensões da CAPE-33 foram correlacionadas positivamente com o escore total do CTQ: positiva ($r = 0,415$; $p \leq 0,001$), negativa ($r = 0,295$; $p \leq 0,001$) e depressiva ($r = 0,380$; $p \leq 0,001$).

4.5 *Cannabis* e experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade

Dos 319 participantes provenientes da comunidade, 59 (18,5%) relataram ter feito uso de *cannabis* alguma vez na vida. Destes, 30 pessoas (9,4%) relaram fazer uso leve/moderado (apenas uma vez na vida/poucas vezes ao ano/poucas vezes ao mês) e 29 (9,1%) uso pesado (mais que uma vez por semana/todos os dias). A idade de primeiro uso variou entre 10 a 33 anos com concentração maior na idade de 16 anos ($n = 11$).

Usuários de *cannabis*, em qualquer momento da vida, apresentaram médias mais elevadas, estatisticamente significantes, na dimensão positiva da CAPE-33, em comparação com os indivíduos que nunca usaram maconha. Não foram encontradas diferenças significantes para as dimensões negativa e depressiva (Figura 16 e Tabela 20).

Tabela 20 - Escores (média e desvio-padrão da média) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com o uso de *cannabis*.

Dimensões da CAPE-33	Usuários de <i>Cannabis</i> (n = 59)	Nunca usou <i>Cannabis</i> (n= 260)	Anova de uma via	P
Positiva	16,2 (3,2)	15,1 (2,5)	F (1,317) = 8,1	0,005
Negativa	17,8 (4,5)	17,2 (4,6)	F (1,317) = 0,6	0,419
Depressiva	13,6 (4,2)	13,1 (3,9)	F (1,317) = 0,8	0,354

Figura 16 – Escores (média e EPM) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com o uso de *cannabis*.

Para a frequência do uso de *cannabis*, verificou-se que o uso pesado da substância foi significativamente associado à maior pontuação média na dimensão positiva ($p=0,002$) quando comparada aos não usuários. Neste mesmo grupo de comparação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para a dimensão negativa ($p=1,000$) e depressiva ($p=1,000$) (Tabela 21).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas pontuações médias entre os usuários pesados quando comparados aos usuários leve/moderado (dimensões positiva $p=0,182$; negativa $p=1,000$; e depressiva $p=1,000$) e entre os usuários

leve/moderado quando comparados aos não usuários (dimensões positiva $p=1,000$; negativa $p=1,000$; e depressiva $p=1,000$).

Tabela 21 - Escores (média e desvio-padrão da média) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade com relação ao padrão de uso de *cannabis*.

Dimensões da CAPE-33	Nunca usou <i>Cannabis</i> (n= 260)	Uso Leve/Moderado (n = 30)	Uso Pesado (n = 29)	Anova de uma via	P
Positiva	15,1 (2,5)	15,6 (3,3)	16,9 (3,0)*	F (2,316) = 5,8	0,003
Negativa	17,2 (4,6)	17,7 (4,9)	17,8 (4,2)	F (2,316) = 0,3	0,738
Depressiva	13,1 (3,9)	13,4 (4,8)	13,7 (3,7)	F (2,316) = 0,32	0,724

*diferença significativa em relação aos demais grupos, $p \leq 0,05$

Para os intervalos de idade de início de uso de *cannabis*, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas médias da CAPE-33 em todas as dimensões positiva, negativa e depressiva (Tabela 22).

Tabela 22 - Escores (média e desvio-padrão da média) das três dimensões da CAPE-33 em indivíduos da comunidade, de acordo com a idade de início do uso de *cannabis*.

Dimensões da CAPE-33	Início de uso 10 a 17 (n =34)	Início de uso 18 a 33 (n = 25)	Anova de uma via	p
Positiva	16,5 (3,4)	16,0 (3,0)	F (1,57) = 0,3	0,566
Negativa	17,1 (5,0)	18,6 (3,8)	F (1,57) = 1,5	0,218
Depressiva	13,2 (4,5)	14,3 (3,7)	F (1,57) = 0,9	0,339

Não foi encontrada correlação significativa entre a idade de primeiro uso de *cannabis* e os escores nas dimensões positiva ($r = 0,044$; $p = 0,735$), negativa ($r = 0,180$; $p = 0,165$) e depressiva ($r = 0,16$; $p = 0,94$) da CAPE-33.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivos buscar evidências de fidedignidade e validade fatorial da CAPE, em uma amostra brasileira, e caracterizar as experiências tipo-psicóticas em amostra representativa da comunidade, sem diagnóstico de transtorno psicótico. A CAPE traduzida e adaptada para o Português brasileiro teve boas evidências psicométricas, após a retirada de 9 itens, sendo mantida a distribuição fatorial proposta no instrumento original em três dimensões: positiva, negativa e depressiva. Experiências tipo-psicóticas foram detectadas em indivíduos provenientes da comunidade e associaram-se significativamente com a ocorrência de trauma precoce e o uso de *cannabis*.

Características da amostra

A amostra de pacientes em PEP foi constituída predominantemente por indivíduos com diagnóstico de transtornos do espectro da esquizofrenia, do sexo masculino com idade média de 26,9 anos, sem vínculos afetivos e menos anos de escolaridade. Esses dados são semelhantes ao que é descrito em outros estudos (Bushe *et al.*, 2010; Stilo e Murray, 2010).

A duração da psicose não tratada em pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia foi maior do que a encontrada em pacientes com transtorno depressivo maior e com o transtorno afetivo bipolar. Isso pode ser explicado devido à gravidade dos sintomas psicóticos em pessoas com diagnóstico de psicoses afetivas, o que aumenta a chance de procura por serviços de saúde. O episódio depressivo com sintomas psicóticos pode estar associado a um maior risco de suicídio, devido às alucinações auditivas com vozes de comando. Já os episódios maníacos, devido a delírios de grandeza, perda da necessidade de sono e agitação psicomotora, podem estar associados a um maior prejuízo funcional e social (Chang *et al.*, 2017; Lenzi *et al.*, 2017).

A prevalência de mulheres no grupo de irmãos pode ser justificada, em parte, pelo fato de a grande maioria dos cuidadores dos pacientes serem do sexo feminino. Deste modo, aceitaram participar do estudo as irmãs de pacientes em PEP que estavam envolvidas nos cuidados de seus irmãos adoecidos.

O grupo controle foi constituído por uma amostra de base populacional, composta por residentes na área de abrangência do DRS XIII, mesmo local de captação dos casos. Este tipo de delineamento é usado em estudos epidemiológicos por sua maneira de garantir uma maior representatividade da população não clínica (Matijasevich e Menezes, 2009). Uma amostra de base populacional assegura a representação da variabilidade da população geral, baseada em indivíduos que são expostos aos mesmos fatores de risco e de proteção ambientais que pacientes (Menezes *et al.*, 2007), no caso do presente estudo, em PEP. Para a investigação das experiências tipo-psicóticas e a “validação etiológica” (Van Os *et al.*, 2009) da continuidade da psicose na comunidade, este tipo de delineamento amostral é importante por permitir o estudo de pessoas que nunca apresentaram um transtorno psicótico, conforme confirmado por entrevista considerada padrão-ouro (SCID) para o diagnóstico em psiquiatria, mas que possivelmente vivenciaram fatores de risco semelhantes àqueles observados na amostra clínica.

Aspectos que envolvem as características da amostra também são de fundamental importância para a avaliação das qualidades psicométricas de instrumentos (Marôco, 2014). Tendo em vista que a CAPE mensura uma experiência que é manifestada em pessoas da comunidade, uma amostra representativa da população geral possibilita uma maior generalização dos dados. Outros estudos de validação deste instrumento também foram conduzidos com amostras da população geral (Brenner *et al.*, 2007; Vleeschouwer *et al.*, 2014; Schlier *et al.*, 2015), embora não representativa como no presente estudo.

Procedimento de validação

O número total de participantes incluídos no estudo de validação (n=640) está de acordo com que é proposto para a busca de evidências de validade por análise fatorial confirmatória. Uma quantidade de 10 sujeitos para cada item do instrumento é recomendada e já seria considerada muito boa uma amostra contendo 500 participantes (Laros, 2012; Marôco, 2014).

Na análise das frequências dos itens, as questões 1 (Alguma vez você se sentiu triste?), 6 (Alguma vez você achou que algumas pessoas não eram o que pareciam ser?) e 40 (Alguma vez você se sentiu tenso?) obtiveram as maiores médias. Referente à questão 1, é possível

associar a maior frequência de resposta neste item ao fato de que a tristeza é um relato comum sendo que a depressão apresenta uma alta incidência na população geral (Murray *et al.*, 2012). Da mesma maneira, no item 40, a tensão ou o sentir-se tenso é um comportamento que pode estar associado a irritabilidade e aos sintomas ansiosos também altamente prevalentes na população não clínica (Santos e Siqueira, 2010; Coutinho *et al.*, 2014). Já a questão 6, pode sugerir maior frequência de traços persecutórios na população estudada o que corrobora com a perspectiva do espectro da psicose quanto a ocorrência de conteúdos relacionados aos sintomas positivos na população clínica e que se estenda para a população não-clínica (Stip e Letourneau, 2009)

Por outro lado, as questões 34 (Alguma vez você ouviu vozes conversando entre si quando estava só?), 41 (Alguma vez você achou que um sócio tivesse tomado o lugar de um membro da família, de um amigo ou de algum conhecido?) e 42 (Alguma vez você viu objetos, pessoas, ou animais que outras pessoas não podiam ver?) obtiveram as menores médias. Este resultado, inclusive, influenciou na distribuição normal destes itens na amostra total e estas questões apresentaram, também, desvios na assimetria (Sk) e no achatamento (Ku).

Uma possível explicação para as baixas pontuações nos itens acima citados, são possíveis dificuldades de compreensão dos termos empregados na elaboração das questões. Apesar de uma parcela significativa da amostra total deste estudo apresentar uma escolaridade maior ou igual a nove anos de estudo, de acordo com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (http://provabrasil.inep.gov.br/artigo//asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/id/553499), apesar de uma evolução, os níveis de ensino no Brasil ainda estão aquém do que seria esperado para um país considerado emergente. Neste sentido, termos como “sócio” e “voodoo”, por exemplo, podem ter causado estranhamento e dúvida no que diz respeito ao seu significado e, com isso, a alta frequência de resposta “nunca”.

Outra possível explicação para a baixa frequência de resposta em alguns itens pode ser o efeito da sequência em que as questões foram apresentadas, uma vez que, a ordem das perguntas pode influenciar na taxa de frequência de respostas (Pasquali, 2011; Marôco, 2014). O item 34, foi precedido por uma questão (Alguma vez você ouviu vozes quando estava só?), que também avalia alteração na percepção auditiva, mas que se mostrou dentro da

normalidade. O mesmo pode ter acontecido com o item 41, que foi precedido por uma questão que também não obteve bons índices de validade.

Validação Fatorial da escala

Neste estudo, o modelo original da CAPE, composto por 42 itens foi testado, mas não foram obtidos bons índices de ajustes. Em função disso, foi realizada uma análise exploratória dos itens, por meio da carga fatorial de cada item.

A carga fatorial busca descrever, estatisticamente, o quanto do construto ou da teoria do fenômeno está explicado em cada item de determinada ferramenta de avaliação. Especificamente, busca a correlação existente entre as variáveis descritas nas questões e os fatores presentes no instrumento (Laros, 2012; Marôco, 2014). No caso da CAPE, por exemplo, esse construto avaliaria o quanto as questões do instrumento estão correlacionadas com as dimensões positiva, negativa ou depressiva, em acordo com as hipóteses que corroboram a ocorrência de experiências tipo-psicóticas na população geral.

A partir da análise fatorial exploratória, nove dos 42 itens da CAPE não obtiveram carga fatorial maior do que 0,50. Esse valor de referência para a exploração fatorial é considerado bastante criterioso (Brenner *et al.*, 2007; Marôco, 2014). Em geral, estudos consideram uma carga fatorial maior do que 0,30 como um valor aceitável (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012) e maior do que 0,40 como um valor bom/recomendável (Verdoux *et al.*, 2003).

Com o intuito de refinar o questionário e validá-lo para a população brasileira, os itens foram retirados da escala após uma análise cuidadosa do impacto das questões sob a teoria do construto no qual o instrumento foi embasado. Este passo é considerado muito importante porque é preciso analisar o quanto e o que cada questão está explicando da teoria do construto e se a sua retirada influenciará no registro do fenômeno estudado (Laros, 2012; Marôco, 2014).

Na dimensão positiva, que avalia experiências que se assemelham aos sintomas psicóticos positivos, as questões 5 (Alguma vez você achou que coisas nas revistas e na TV foram escritas especialmente para você?), 6 (Alguma vez você achou que algumas pessoas não eram o que pareciam ser?), 11 (Alguma vez você achou que o seu destino era ser alguém muito importante?), 13 (Alguma vez você achou que era uma pessoa muito especial ou fora

do comum?), 17 (Alguma vez você achou que equipamentos eletrônicos, como computadores, influenciavam a sua maneira de pensar?), 20 (Alguma vez você acreditou no poder da feitiçaria, *voodoo* ou em coisas ocultas) e 41 (Alguma vez você achou que um sócia tivesse tomado o lugar de um membro da família, de um amigo ou de algum conhecido?) apresentaram carga fatorial menor do que 0,50. De maneira comum, estas questões avaliam falsas ideias baseadas em uma inferência errada da realidade externa, ou seja alterações do conteúdo do pensamento relacionadas a grandiosidade (itens 5, 11 e 13), ideias de referência (itens 6 e 41), inserção de pensamento (item 17) e religiosidade (item 20).

Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar a baixa carga fatorial destes itens. Uma delas, já aventada anteriormente, é o uso de termos de difícil compreensão para a amostra em estudo, como sócia e *voodoo* (itens 20 e 41, respectivamente). Outra hipótese é de que esses itens descrevam ideias e comportamentos culturalmente pouco aceitos pela amostra avaliada, particularmente relacionados a conteúdos religiosos ou místicos. De acordo com os dados censitários do Instituto brasileiro de geografia e estatística (http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religio_d_eficiencia/default_caracteristicas_religio_deficiencia.shtm) de 2010, o Brasil é um país em sua maioria cristão, com uma grande quantidade de cidadãos católicos (64,6%) e evangélicos (22,2%). Portanto, é possível pensar que, por algumas dessas questões fazerem menção a comportamentos pouco habituais, pode haver uma inferência culturalmente não aceita relacionada a aspectos religiosos, o que pode ter levado a inconsistências nas respostas.

A questão 6 (Falsa aparência), especificamente, pode ter sugerido duplo sentido e, com isso, não ter explicado o que pretendia explicar da teoria do construto em questão. Na versão espanhola, por exemplo, este mesmo item não obteve uma boa carga fatorial e foi realocado para a dimensão depressiva (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012). De fato, uma pessoa com comportamento depressivo pode ter uma leitura negativa do ambiente e inferir que “algumas pessoas não eram o que pareciam ser”.

Da mesma maneira, na dimensão negativa, as questões 4 (Alguma vez você achou que era pouco falante quando conversava com outra pessoa?) e 8 (Alguma vez você achou que experimentava pouca ou nenhuma emoção em eventos importantes?) também apresentaram baixa carga fatorial possivelmente por serem pouco precisas e com isso não conseguiram retratar, de maneira específica, as experiências propostas pelas questões. Na versão alemã,

por exemplo, os itens 4 e 8 foram alocados em subfatores dentro da dimensão negativa (retraimento emocional e embotamento afetivo, respectivamente) para obterem melhores cargas fatoriais e bons índices de ajustes (Schlier *et al.*, 2015). A clareza na formulação da questão para a sua compreensão é bem importante para a qualidade do instrumento, tanto para a sua fidedignidade quanto para a sua validade (Pasquali, 2011; Marôco, 2014).

Tendo-se em vista as limitações descritas acima para os itens com baixa carga fatorial, optou-se pela proposição de exclusão dos mesmos na versão brasileira da CAPE. Após a retirada dos nove itens, a análise fatorial confirmatória da CAPE-33 obteve bons índices de ajustamento. Os índices de ajustes foram considerados como bons/aceitáveis, sendo as 33 questões distribuídas em três dimensões: 13 na positiva, 12 na negativa e oito na depressiva. Em outros estudos da validação da CAPE, itens também foram retirados, realocados ou alocados em subfatores com o objetivo de melhorar a qualidade do instrumento, conforme detalhado na Tabela 23.

Na versão canadense da CAPE, 19 questões foram retiradas (Brenner *et al.*, 2007). Os itens eliminados foram aqueles que não obtiveram boas cargas fatoriais e, por isso, não foram considerados como adequados à teoria e ao modelo proposto de experiências tipo-psicóticas na população estudada. Destas questões, foram retirados um item da dimensão depressiva (19), oito itens da dimensão positiva (2, 7, 10, 15, 17, 20, 22 e 42) e 10 itens da dimensão negativa (3, 4, 16, 23, 25, 29, 32, 35, 36 e 37). De maneira comum, na versão brasileira, foram excluídas as questões 17 e 20, referentes à dimensão positiva, e a questão 4, referente à dimensão negativa.

Tabela 23 - Estudos de análise fatorial da CAPE e seus respectivos modelos onde D é a dimensão depressiva, P é a dimensão positiva e N a dimensão negativa do instrumento.

ESTUDOS	Stefanis et al (2002)	Verdoux et al (2003)	Brenner et al (2007)	Daneluzzo et al (2008)	Fonseca-Pedrero et al (2012)	Vleeschouwer et al (2014)	Schlier et al (2015)
País	Grécia	França	Canadá	Itália	Espanha	Holanda	Alemanha
QUESTÕES/MOLDELO	3 fatores correlacionados	3 fatores correlacionados	3 fatores correlacionados 19 itens deletados	3 fatores correlacionados	3 fatores correlacionados	3 fatores correlacionados	3 fatores com subfatores alocados
1. Tristeza	D	D	D	D	D	D	D
2. Duplo sentido	P	P	—	P	D	P	Paranóia
3. Falta de entusiasmo	N	N	—	N	D	N	Retraimento social
4. Pouco falante	N	N	—	N	N	N	Retraimento social
5. Mensagens pela TV	P	P	P	P	P	P	Experiência bizarra
6. Falsa aparência	P	P	P	P	D	P	Paranóia
7. Ser persecutório	P	P	—	P	P	P	Paranóia
8. Sem emoção	N	N	N	N	N	N	Embotamento afetivo
9. Pessimismo	D	D	D	D	D	D	D
10. Conspiração	P	P	—	P	P	P	Paranóia
11. Ser importante	P	P	P	P	P	P	Grandiosidade
12. Sem futuro	D	D	D	D	D	D	D
13. Ser especial	P	P	P	P	N	P	Grandiosidade
14. Não vale a pena viver	D	D	D	D	P	D	D
15. Telepatia	P	P	—	P	D	P	Pensamento Mágico
16. Sem interesse nos outros	N	N	—	N	N	N	Retraimento social
17. Influenciado por eletrônicos	P	P	—	P	P	P	Experiência bizarra
18. Falta de motivação	N	N	N	N	D	N	Avolição
19. Choro frequente	D	D	—	D	D	D	D
20. <i>Voodoo</i>	P	P	—	P	P	P	Pensamento Mágico

Continua: Estudos de análise fatorial da CAPE e seus respectivos modelos onde D é a dimensão depressiva, P é a dimensão positiva e N a dimensão negativa do instrumento.

21. Sem energia	N	N	N	N	D	N	Avolição
22. Olhares estranhos	P	P	—	P	D	P	Paranóia
23. Mente vazia	N	N	—	N	P	N	Avolição
24. Retirada de pensamento	P	P	P	P	P	P	Experiência bizarra
25. Falta de atividades	N	N	—	N	N	N	Avolição
26. Inserção de pensamento	P	P	P	P	P	P	Experiência bizarra
27. Sentimentos sem intensidade	N	N	N	N	N	N	Embotamento afetivo
28. Radiodifusão do pensamento	P	P	P	P	P	P	Experiência bizarra
29. Falta de espontaneidade	N	N	—	N	D	N	Retraimento social
30. Eco do pensamento	P	P	P	P	P	P	Experiência bizarra
31. Controle externo	P	P	P	P	P	P	Experiência bizarra
32. Sentiu-se embotado	N	N	—	N	N	N	Embotamento afetivo
33. Ouvir vozes	P	P	P	P	P	P	Alucinação
34. Vozes conversando	P	P	P	P	P	P	Alucinação
35. Falta de higiene	N	N	—	N	D	N	Avolição
36. Incapaz de terminar tarefas	N	N	—	N	D	N	Avolição
37. Falta de <i>hobby</i>	N	N	—	N	D	N	Avolição
38. Culpado	D	D	D	D	D	D	D
39. Fracasso	D	D	D	D	D	D	D
40. Sentiu-se tenso	D	D	D	D	D	D	D
41. Sósia	P	P	P	P	P	P	Alucinação
42. Ver vultos	P	P	—	P	P	P	Alucinação

Na versão espanhola, os itens foram realocados para outra dimensão, na qual obtiveram melhores cargas fatoriais (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012). Ao todo, foram realocados 19 questões da seguinte maneira: cinco itens da dimensão depressiva foram ajustados para a dimensão negativa (itens 1, 2, 19, 38 e 39); sete itens da dimensão negativa foram alocados para a dimensão depressiva (itens 4, 8, 13, 16, 28, 30 e 32); cinco itens da dimensão positiva foram reajustados para a dimensão negativa (itens 6, 9, 12, 15 e 25); um item da dimensão negativa para a positiva (item 26) e um item da dimensão depressiva para a positiva (item 14). Desta maneira, a CAPE espanhola tem 42 itens distribuídos em: sete para a dimensão depressiva, 17 na dimensão positiva e 18 na dimensão negativa. A realocação do item significa que determinada questão não estava correlacionada positivamente com a dimensão específica a qual foi atribuída e, por isso, foi ajustada para uma outra dimensão mais adequada. Entretanto, para este procedimento é necessário, além de respeitar a teoria do construto, compreender as características específicas da amostra estudada (Marôco, 2014).

Na versão alemã, o modelo de três fatores foi confirmado (Schlier *et al.*, 2015). Contudo os autores propuseram, para um melhor ajuste das cargas fatoriais, uma subdivisão dentro das dimensões positiva e negativa. Desta maneira, itens foram alocados nos seguintes subfatores: dimensão positiva em alucinações (itens 33, 34, 41 e 42), experiências bizarras (itens 5, 17, 24, 26, 28, 30, 31), paranoia (itens 2, 6, 7, 10 e 22), grandiosidade (itens 11 e 13) e pensamento mágico (itens 15 e 20); e da dimensão negativa em: avolição (itens 18, 21, 23, 25, 35, 36 e 37), retraimento emocional (itens 3, 4, 16 e 29) e embotamento afetivo (itens 8, 27 e 32). A dimensão depressiva continuou com um único fator.

Todo instrumento é construído baseado em uma teoria de um construto e precisa ser adequado para uma determinada população. Na análise fatorial confirmatória, os índices avaliam a qualidade do ajustamento do modelo em relação a teoria do constructo na população estudada, ou seja, o quão bem o modelo teórico foi capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas na amostra em estudo (Laros, 2012; Marôco, 2014). Segundo Marôco (2014), para se verificar a qualidade do ajustamento de um determinado modelo são usados, com frequência, pelo menos um destes índices: absoluto, relativo, de parcimônia e discrepância populacional. Cada índice tem a sua função específica, mostradas a seguir:

1) Os índices absolutos são os que avaliam a qualidade do modelo por si, sem comparação com outros modelos. Os índices mais usados são o *Goodness of Fit Index* (GFI) e o *Root Mean Square Residual* (RMSR). O modelo é testado para verificar a sua qualidade, ou seja, se ele foi construído devidamente a partir da teoria do construto e se está representado na amostra do estudo;

2) Os índices relativos avaliam a qualidade do modelo a partir de duas possíveis representações: a primeira testa o modelo com pior ajustamento possível, o que significaria que nenhuma das variáveis estariam relacionadas, e a segunda testa o modelo com o melhor ajustamento possível, o que significaria que todas as variáveis se relacionam entre si. O objetivo desse processo é avaliar o modelo original seguindo a hipótese de que qualquer modelo não explicaria completamente a teoria do construto, por isso é necessário chegar ao mais próximo possível do fenômeno estudado. Para os testes estatísticos, podem ser utilizados os índices *Normed Fit Index* (NFI), *Comparative Fit Index* (CFI), *Relative Fit Index* (RFI) ou *Tucker-Lewis Index* (TLI);

3) Os índices de parcimônia são obtidos corrigindo os índices relativos e o objetivo é compensar a melhoria do modelo “artificial”. Para isso são usados os índices de *Parsimony Comparative Fit Index* (PCFI), *Parsimony Goodness of Fit Index* (PGFI) ou *Parsimony Normed Fit Index* (PNFI);

4) Os índices de discrepância populacional são aqueles que comparam o ajustamento do modelo obtido com os momentos amostrais. É uma maneira de verificar se o modelo teórico está adequado aos dados amostrais. O índice mais usado é o *Root Mean Error of Approximation* (RMSEA) (Marôco, 2014).

Os índices absoluto (CFI = 0,895) e relativo (GFI = 0,822) da versão brasileira da CAPE (CAPE-33) foram bem próximos ao valor de qualidade considerado bom (0,9). Na avaliação de parcimônia, o instrumento obteve um índice de ajuste bom (PGFI = 0,761) e, na discrepância populacional, o ajustamento foi aceitável (RMSEA = 0,055), próximo, também, ao valor de referência considerado bom ($\leq 0,05$).

No estudo original de validação da CAPE, a avaliação fatorial do instrumento foi considerado muito boa, apesar de ter sido examinado apenas um dos índices para avaliar a qualidade do modelo (RMSEA para discrepância populacional) (Tabela 24) (Stefanis *et al.*, 2002). Na versão italiana, que também usou o mesmo índice para a avaliação, obteve-se um

ajustamento considerado aceitável (Daneluzzo, E. *et al.*, 2008). Esta diferença pode ser explicada, em parte, pelas características das amostras em análise. O estudo original é composto por uma amostra restrita a pessoas do sexo masculino e a versão italiana por pessoas de ambos os sexos. É sabido que a avaliação da qualidade dos índices de ajustamento pode ser influenciada por características da população estudada, como sexo, idade, tamanho amostral, aspectos sociais e culturais entre outros (Marôco, 2014).

Tabela 24 - Índices de ajustamento da CAPE em suas diferentes validações e as suas respectivas amostras.

Estudos	Amostra	GFI	CFI	TLI	RMSEA	AGFI	RMR
Stefanis (2002)	jovens homens	—	—	—	0.045	—	—
Brenner (2007)	população geral inglesa	0.803	0.703	—	—	0.793	0.075
	população geral francesa	0.860	0.741	—	—	0.853	0.062
	inglesa e francesa	0.862	0.739	—	—	0.855	0.062
Daneluzzo (2008)	estudantes	—	—	—	0.060	—	—
Fonseca-Pedrero (2012)	estudantes	—	0.825	0.885	0.079	—	—
Vleeschouwer (2014)	população geral ¹	—	0.860	0.950	0.050	—	—
	população geral ²	—	0.800	0.940	0.050	—	—
	população geral	—	0.810	—	0.041	—	0.061
Schlier (2015)	população geral e pacientes	—	0.791	—	0.041	—	0.062

¹ amostra por papel e caneta ² amostra por internet

Na Espanha, o estudo de validação da CAPE também obteve valores próximos aos considerados como bons (0,90) para os índices relativos (CFI e TLI) e valor aceitável para a discrepância populacional (RMSEA) (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012).

Na validação da CAPE na Alemanha (Schlier *et al.*, 2015), na análise fatorial confirmatória da amostra total, o índice relativo (CFI) obteve um ajuste com valor ruim, mas o índice de discrepância populacional foi considerado muito bom (RMSEA). Neste mesmo estudo, os valores de ajustamento foram testados apenas na amostra da comunidade e o índice relativo obteve um aumento pouco significativo, com valor de referência sofrível, e o RMSEA continuou com um valor muito bom.

No estudo canadense (Brenner *et al.*, 2007), o modelo foi considerado aceitável/muito bom. Apesar do índice absoluto ter obtido um valor ruim e o índice relativo um valor sofrível, nos índices de parcimônia (AGFI) e residual de discrepância populacional (RMR) foram obtidos valores considerados, respectivamente, muito bom e aceitável. Neste caso, o tamanho

amostral pode ter garantido uma diversificação da população em estudo e ter influenciado no resultado.

No estudo holandês (Vleeschouwer *et al.*, 2014), os índices de ajustes fatoriais foram considerados bons. Nos índices relativos os ajustes foram sofrível (CFI) e bom (TLI) e na discrepância populacional (RMR) os valor de referência foi muito bom.

Em relação à fidedignidade, a avaliação da consistência interna da CAPE-33 em amostra brasileira obteve valores de alfa de *Cronbach* nas três dimensões classificados como ótimo (Marôco, 2014). Na versão brasileira, a dimensão negativa foi a que obteve o maior valor de consistência interna ($\alpha = 0,89$), próximo ao valor encontrado no estudo espanhol (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2012), na avaliação com pacientes psicóticos ($\alpha = 0,88$), e no estudo italiano (Daneluzzo, E. *et al.*, 2008), realizado com uma amostra de estudantes ($\alpha = 0,86$).

A versão alemã da CAPE obteve o mesmo valor de consistência interna encontrada na dimensão positiva da CAPE-33 ($\alpha = 0,88$) e um valor muito próximo na dimensão depressiva ($\alpha = 0,85$ para versão alemã e $\alpha = 0,86$ para a versão brasileira) (Schlier *et al.*, 2015). Este resultado pode ser devido às características das amostras, já que ambos os estudos incluíram pessoas da população geral e pacientes psicóticos.

Tomados em conjunto, esses dados mostram que em comparação com estudos desenvolvidos em outros países, a versão brasileira da CAPE (CAPE-33) apresentou boas evidencias psicométricas de fidedignidade e validade para avaliar experiências tipo-psicóticas na população geral.

Experiências tipo-psicóticas na amostra brasileira

Para a caracterização da ocorrência de experiências tipo-psicóticas, foram avaliadas as pontuações médias da CAPE-33, em todas as suas dimensões, na amostra total do estudo ($n=640$). Como esperado, o grupo de paciente relatou vivenciar experiências psicóticas mais frequentemente do que o grupo de irmãos e de controles da comunidade. Entretanto, notou-se que, em todas as dimensões da CAPE-33, houve participantes provenientes dos grupos de irmãos e de controles com pontuações altas, semelhantes àsquelas observadas no grupo de pacientes. Esses participantes que se distanciaram do valor esperado de seu grupo são

denominados, em termos estatísticos, de *outliers*, ou seja, valores atípicos que estão distantes do que é considerado um valor padrão para determinada amostra (Martinez, 2015).

A presença de valores atípicos nas pontuações das dimensões da CAPE-33 entre indivíduos sem o diagnóstico de um transtorno psicótico corrobora com a hipótese de uma continuidade das vivências psicóticas na população geral e reforça a proposição de que a psicose não está limitada aos diagnósticos categoriais e dicotômicos, como descritos nos manuais diagnósticos como o DSM V (Apa, 2013; Loch e Wang, 2015). Importante realçar que todos os participantes dos grupos de irmãos e de controles de base populacional foram avaliados por meio de um instrumento diagnóstico considerado como padrão-ouro em Psiquiatria, a SCID, para exclusão de diagnósticos de transtornos mentais com manifestações psicóticas. Estes indícios, apesar de descritivos e apenas exploratórios, apontam para a mesma direção de estudos epidemiológicos a respeito da existência de um espectro da psicose, realizados em diferentes países (Van Os *et al.*, 1999; Van Os *et al.*, 2000; Verdoux e Van Os, 2002; Scott *et al.*, 2006; Morgan *et al.*, 2009; Van Os *et al.*, 2009; Linscott e Van Os, 2010; Kelleher e Cannon, 2011; Loch *et al.*, 2011; Linscott e Van Os, 2013).

Caracterização das experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade

Os resultados obtidos neste estudo apontam para a ocorrência de experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade no Brasil (n = 319) e reforça a hipótese do espectro da psicose, conforme dados obtidos em outras culturas (Van Os *et al.*, 1999; Van Os *et al.*, 2000; Verdoux e Van Os, 2002; Scott *et al.*, 2006; Morgan *et al.*, 2009; Van Os *et al.*, 2009; Linscott e Van Os, 2010; Kelleher e Cannon, 2011; Loch *et al.*, 2011; Linscott e Van Os, 2013).

O relato de experiências tipo-psicóticas na dimensão negativa e depressiva foi maior em pessoas do sexo feminino. Mulheres relataram maior sofrimento, em todas as dimensões da CAPE-33, quando comparadas com o grupo de homens. Uma possível explicação para este resultado pode estar associada à prevalência de sintomas depressivos na população geral em pessoas do sexo feminino e com isso a predisposição para o relato de experiências negativas e depressivas (Murray *et al.*, 2012). Além disso, alguns estudos sugerem que, em comparação aos homens, mulheres teriam maiores habilidades na percepção de emoções faciais e no processamento de memória afetiva (Arnold *et al.*, 2004; Cahill, 2006). Desta maneira, os

maiores relatos de experiências depressivas e negativas em mulheres poderia ser decorrente de maior capacidade para identificar experiências emocionais. No estudo italiano (Daneluzzo, E. *et al.*, 2008), por exemplo, apesar dos autores indicarem que não foram encontradas diferenças substanciais entre os sexos, as pontuações médias da escala a da CAPE foram maiores em todas as dimensões para o sexo feminino.

Neste estudo, não foram encontradas associações entre os relatos de experiências tipo-psicóticas e o intervalo de idade, o estado civil e a escolaridade. Este resultado parece ir em direção contrária a estudos anteriores que sugerem que as experiências tipo-psicóticas seriam mais comuns em pessoas jovens, com menor escolaridade e sem vínculo (Linscott e Van Os, 2010; 2013). Uma possível explicação para esse resultado pode estar associada ao fato de que os estudos que correlacionaram as experiências tipo-psicóticas com os fatores acima citados foram realizados predominantemente em amostras comunitárias da população geral de países desenvolvidos (Mcgrath *et al.*, 2015). Isso pode ser um indicativo de que as experiências tipo-psicóticas em países emergentes apresentam uma caracterização diferente da que é encontrada em países com maior renda.

Na amostra estudada houve uma correlação positiva entre ocorrência de experiências tipo-psicóticas e o sofrimento causado por essas experiências nas três dimensões da CAPE-33. Este resultado confirma resultados prévios de que experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade são acompanhadas de sofrimento. No estudo italiano, o sofrimento foi altamente correlacionado com a ocorrência de experiências tipo psicóticas nas três dimensões da CAPE (Daneluzzo, E. *et al.*, 2008). Já no estudo original, a associação foi testada apenas para a dimensão positiva que também obteve uma correlação positiva entre ocorrência de experiências tipo-psicóticas e sofrimento (Stefanis *et al.*, 2002).

Apesar de pouco explorada pelos estudos anteriores, a mensuração do grau de sofrimento que a experiência tipo-psicótica causou ou causa, pode contribuir para uma melhor compreensão da continuidade fenomenológica das manifestações psicóticas na população geral. Por definição, as vivências psicóticas podem variar de acordo com a sua frequência, intrusão, intensidade de sofrimento e a busca de ajuda profissional, até a confirmação do transtorno. O que diferencia as experiências tipo-psicóticas dos transtornos psicóticos é o justamente o grau de sofrimento e o comportamento de buscar ajuda (Van Os *et al.*, 2009; Fusar-Poli *et al.*, 2012; Zammit *et al.*, 2013).

Trauma na infância e experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade

Na amostra brasileira de pessoas da comunidade, a vivência de qualquer trauma na infância, como abuso físico, emocional ou sexual, e negligência física ou emocional, esteve associada e correlacionada positivamente ao relato de experiências tipo-psicóticas em todas as dimensões da CAPE-33. Este resultado confirma o que foi encontrado em estudos anteriores realizados com amostras de pessoas da população não clínica (Varese *et al.*, 2012; Trotta *et al.*, 2015).

Apesar da escassez de estudos na área, as experiências tipo-psicóticas positivas, como ouvir vozes e sensação de estar sendo perseguido, associaram-se às vivências de abusos e situações traumáticas na infância (Janssen *et al.*, 2004; Mackie *et al.*, 2011; Kelleher *et al.*, 2013). Em amostras de adolescentes, o relato de alterações na sensopercepção, como alucinações auditivas e visuais, distorções da percepção da realidade e crenças delirantes, como a sensação de estar sendo espionado, foi associado à vivência de *bullying* na infância em países como a Irlanda (Kelleher *et al.*, 2013), Inglaterra (Mackie *et al.*, 2011) e Holanda (Wigman, Van Winkel, Raaijmakers, *et al.*, 2011). Na população adulta, as experiências tipo-psicóticas positivas também foram associadas ao relato de abuso sexual na infância (Murphy *et al.*, 2013).

Um achado importante do presente estudo foi a associação de vivência de dois ou mais traumas, abusos ou negligências, com maiores relatos de experiências tipo-psicóticas em todas as dimensões da CAPE-33. Compreende-se que este resultado pode estar relacionado à associação entre maiores frequência, persistência e intensidade da exposição ao estresse precoce com um pior desfecho na saúde mental do indivíduo. Este é um resultado que corrobora com a literatura que aponta que quanto maior for o trauma infantil maior é o risco de desenvolver um transtorno mental (Varese *et al.*, 2012). Na mesma direção, existem evidências de que quanto maior o relato de maus tratos na infância, maior foi a vivência das experiências tipo-psicóticas em adolescentes (Konings *et al.*, 2012) e adultos (Wigman, Van Winkel, Jacobs, *et al.*, 2011).

Cannabis e experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade

Nessa amostra brasileira de pessoas da comunidade, o uso de *cannabis* em qualquer momento da vida também foi associado com maiores relatos de experiências tipo-psicóticas, em consonância com os achados de estudos anteriores (Verdoux *et al.*, 2003; Stefanis *et al.*, 2004; Skinner *et al.*, 2011; Van Gastel *et al.*, 2012; Van Gastel *et al.*, 2013).

Neste estudo, especificamente, a associação entre uso de *cannabis* e relato de experiências tipo-psicóticas foi significativa na dimensão positiva à semelhança de estudos realizados em outros países também com amostras de população não-clínica (Verdoux *et al.*, 2003; Stefanis *et al.*, 2004; Skinner *et al.*, 2011; Van Gastel *et al.*, 2012; Van Gastel *et al.*, 2013). No entanto, outros estudos encontraram associação entre uso de *cannabis* e as pontuações nas dimensões negativa e depressiva (Verdoux *et al.*, 2003; Stefanis *et al.*, 2004; Skinner *et al.*, 2011), o que não foi observado neste estudo e em estudo conduzido na Holanda, que encontrou associação entre o uso da substância em qualquer momento da vida com as experiências tipo-psicóticas na dimensão positiva, mas não para as dimensões negativa e depressiva (Van Gastel *et al.*, 2013). Uma hipótese que pode explicar este resultado está relacionada às especificidades da amostra dos estudos em questão. Desta maneira, o grupo de jovens que fizeram uso da substância foram mais propensos em relatar experiências tipo-psicóticas positivas, negativas e depressivas (Verdoux *et al.*, 2003; Stefanis *et al.*, 2004; Skinner *et al.*, 2011), enquanto nos usuários na população geral, com uma idade média maior, estas experiências permaneceram apenas na dimensão positiva (Van Gastel *et al.*, 2013). Outra possibilidade para essas inconsistências pode ser o efeito do THC presente no cigarro de maconha em diferentes amostras e países (Schubart, Sommer, *et al.*, 2011).

Neste estudo, foi encontrada associação entre as maiores médias de experiências tipo-psicóticas e a frequência do uso de *cannabis* para os usuários pesados, em comparação aos não usuários, para a dimensão positiva. Este achado corrobora com evidências que sugerem que a frequência do uso de *cannabis* tem influência no relato das vivências psicóticas positivas na população geral e para um efeito dose-resposta desta relação, ou seja, quanto maior foi o uso da substância maior foi o relato de experiências tipo-psicóticas na população estudada (Stefanis *et al.*, 2004; Hides *et al.*, 2009; Schubart, Van Gastel, *et al.*, 2011; Skinner *et al.*, 2011; Van Gastel *et al.*, 2012; Van Gastel *et al.*, 2014).

Não foi encontrada associação entre a idade de início do uso de *cannabis* e o relato das experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade. Um possível explicação para este

resultado seria o tamanho da amostra do presente estudo quando separada por intervalos de idade de início do uso de substância, o que pode ter limitado a análise estatística. Na Holanda, por exemplo, para a investigação da relação entre a idade de primeiro uso de substância e as experiências tipo-psicóticas foi usada uma amostra de 1877 usuários de *cannabis* (Schubart, Van Gastel, *et al.*, 2011).

É importante ressaltar que, embora a relação entre o consumo de *cannabis* e as manifestações psicóticas seja reconhecida, as diferentes propriedades farmacológicas presentes na substância, o THC e o CBD, já relatadas anteriormente, podem causar discordâncias (Van Os *et al.*, 2002; Murray *et al.*, 2007; Large *et al.*, 2011). Uma hipótese apresentada na literatura, conhecida como causalidade reversa, aponta para a possibilidade do fator de exposição, no caso deste estudo a *cannabis*, tornar um desfecho clínico. Isto é, as pessoas que são susceptíveis em vivenciar experiências tipo-psicóticas podem usar a substância como uma tentativa de auto-medicação, presente no CBD (Schubart, Sommer, *et al.*, 2011)

Limitações e forças do estudo

Algumas limitações neste estudo precisam ser consideradas. Em primeiro lugar, destaca-se a falta de um estudo piloto inicial que testasse a qualidade semântica das questões do instrumento. Este tipo de evidência auxiliaria previamente na reformulação de questões com termos ou sentenças consideradas de baixa compreensão.

Em segundo lugar, devido à pequena quantidade de participantes quando separados por subtipos de traumas na infância, como proposto pelo instrumento utilizado para estresse precoce (CTQ), a análise estatística que avaliaria os abusos e as negligências específicas tornou-se inviável. O mesmo pode ter ocorrido na avaliação das experiências tipo-psicóticas e a idade de início de uso de *cannabis*. Neste aspecto, outro ponto que deve ser considerado é que o uso de *cannabis* no Brasil é ilícito. Portanto, torna-se oportuno pensar que, apesar do respaldo que a pesquisa científica oferece ao seu participante, sendo garantido o sigilo de seus dados, é possível que se tenha dados omissos.

Por fim, uma outra limitação, em função da redução do número de itens do instrumento, não foi possível fazer comparações com resultados obtidos em outras culturas.

No entanto, este estudo tem os seus pontos fortes. Em primeiro lugar, o grupo controle composto por uma amostra de base populacional garantiu maior representatividade da população geral estudada e fortaleceu a busca de evidências psicométricas do instrumento, assim como a caracterização de manifestações do espectro da psicose na população geral. Em segundo lugar, o uso de um instrumento padronizado para a confirmação de diagnóstico psiquiátrico (SCID para DSM IV) garantiu a exclusão de participantes com transtornos psicóticos provenientes da população geral. E, por fim, as reuniões e supervisões semanais entre os avaliadores e especialistas em saúde mental assegurou que fossem debatidas possíveis inconsistências e discordâncias durante o processo de coleta de dados.

6 CONCLUSÃO

A CAPE traduzida para o Português e adaptada à cultura brasileira com a exclusão de nove itens apresentou boas evidências psicométricas para avaliar experiências tipo-psicóticas, à semelhança do que é observado em outros países. O instrumento pode auxiliar em pesquisas epidemiológicas, com o objetivo de compor um corpo mais robusto de evidências do espectro da psicose no Brasil e no mundo.

As experiências tipo-psicóticas foram relatadas por pessoas não diagnosticadas com qualquer transtorno psicótico provenientes de uma amostra de base populacional. Da mesma maneira, as experiências tipo-psicóticas associaram-se com experiências traumáticas na infância e também com o uso de *cannabis* em indivíduos da comunidade, à semelhança do que é descrito em outros países e culturas.

Embora descritivo e exploratório, os achados do presente estudo reforçam a hipótese da ocorrência de experiências tipo-psicóticas em pessoas da comunidade, o que está em consonância com a proposição de um *continuum* do espectro da psicose.

Tendo-se em vista que experiências tipo-psicóticas são mais prevalentes do que os transtornos psicóticos propriamente ditos, esse fenômeno pode representar um passo intermediário para uma melhor compreensão das psicoses. Estudos futuros que busquem associações de experiências tipo-psicóticas com outros fatores de risco sociais e biológicos podem contribuir para um aprofundamento do conhecimento a respeito da etiologia e fisiopatogenia das psicoses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREASEN, N. C. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *British Journal of Psychiatry* p. 960–5371., 1989.

APA. **DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 1994.

_____. **Diagnostic and statistic manual of mental disorders: DSM - 5.** 5. Washington: 2013.

ARNOLD, A. P. et al. Minireview: Sex chromosomes and brain sexual differentiation. *Endocrinology*, v. 145, n. 3, p. 1057-62, Mar 2004. ISSN 0013-7227. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14670983> >.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, v. 27, n. 2, p. 169-90, Feb 2003. ISSN 0145-2134. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12615092> >.

BRENNER, K. et al. Validation of the English and French versions of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) with a Montreal community sample. *Schizophr Res*, v. 95, n. 1-3, p. 86-95, Sep 2007. ISSN 0920-9964. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17693059> >.

BUSHE, C. J.; TAYLOR, M.; HAUKKA, J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *J Psychopharmacol*, v. 24, n. 4 Suppl, p. 17-25, Nov 2010. ISSN 1461-7285. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20923917> >.

CAHILL, L. Why sex matters for neuroscience. *Nat Rev Neurosci.*, v. 7, n. 6, p. 477-484, 2006.

CHANG, W. C. et al. Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia-Spectrum, Affective, and Other Non-affective Psychotic Disorders in the Chinese Adult Population. *Schizophr Bull*, Jun 2017. ISSN 1745-1701. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28586480> >.

COUTINHO, L. M. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH) Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 30(9), p.:1875-1883 2014.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e Mensuração da dor.** 2006.

DANELUZZO, E. et al. The Community Assessment Psychic Experience (CAPE): evaluation study of the Italian version. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale-an International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 17, n. 3, p. 242-247, Jul-Sep 2008. ISSN 1121-189X. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000259297400013 >.

_____. [The Community Assessment Psychic Experience (CAPE): evaluation study of the Italian version]. *Epidemiol Psichiatr Soc*, v. 17, n. 3, p. 242-7, 2008 Jul-Sep 2008. ISSN 1121-189X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18924564> >.

DEIANA, S. Medical use of cannabis. Cannabidiol: a new light for schizophrenia? *Drug Test Anal*, v. 5, n. 1, p. 46-51, Jan 2013. ISSN 1942-7611. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23109356> >.

DEL BEN, C. M. et al. Confiabilidade da entrevista clínica estruturada para o DSM IV: versão clínica traduzida para o português. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 156-159, 2001.

DI FORTI; MARCOS.; ET AL. High-potency cannabis and the risk of psychosis. **Br J Psychiatry**, v. 195, p. 488-91, 2009.

ECKBLAD, M.; CHAPMAN, J. Magical ideation as an indicator of schizotypy. **J Consult Clin Psychol**, v. 51, p. 215 - 225, 1983.

FIRST MB et al. **Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)**. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1997.

FONSECA-PEDRERO, E. et al. Validation of the Community Assessment Psychic Experiences -42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis. **Actas Esp Psiquiatr**, v. 40, n. 4, p. 169-76, 2012 Jul-Aug 2012. ISSN 1578-2735. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22851477> >.

FUSAR-POLI, P. et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. **Arch Gen Psychiatry**, v. 69, n. 3, p. 220-9, Mar 2012. ISSN 1538-3636. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22393215> >.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L.; PEZZI, J. C. Translation and content validation of the Childhood trauma Questionnaire in to Portuguese language. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 249-255, 2006.

GUAPO, V. G. **Investigação de fatores implicados na diferença entre os sexos no reconhecimento de expressões faciais: emoção despertada e fases do ciclo menstrual**. 2013. 115 (Doutor). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

HANSSEN, M. et al. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. **Br J Clin Psychol**, v. 44, n. Pt 2, p. 181-91, Jun 2005. ISSN 0144-6657. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16004653> >.

_____. How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 38, n. 3, p. 149-54, Mar 2003. ISSN 0933-7954. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12616313> >.

HIDES, L. et al. The association between early cannabis use and psychotic-like experiences in a community adolescent sample. **Schizophr Res**, v. 112, n. 1-3, p. 130-5, Jul 2009. ISSN 1573-2509. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19428219> >.

HONINGS, S. et al. Psychotic experiences and risk of self-injurious behaviour in the general population: a systematic review and meta-analysis. **Psychol Med**, p. 1-15, Sep 2015. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26419206> >.

JANSSEN, I. et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. **Acta Psychiatr Scand**, v. 109, n. 1, p. 38-45, Jan 2004. ISSN 0001-690X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674957> >.

JOHNS, L. C.; VAN OS, J. The continuity of psychotic experiences in the general population. **Clin Psychol Rev**, v. 21, n. 8, p. 1125-41, Nov 2001. ISSN 0272-7358. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702510> >.

KELLEHER, I.; CANNON, M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. **Psychol Med**, v. 41, n. 1, p. 1-6, Jan 2011. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20624328> >.

KELLEHER, I. et al. Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. **Am J Psychiatry**, v. 170, n. 7, p. 734-41, Jul 2013. ISSN 1535-7228. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23599019> >.

KIBEL, D. A.; LAFFONT, I.; LIDDLE, P. F. The composition of the negative syndrome of chronic schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** v. 162, p. 744 - 750, 1993.

KIRKBRIDE, J. B. et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. **Arch Gen Psychiatry**, v. 63, n. 3, p. 250-8, Mar 2006. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520429> >.

KONINGS, M. et al. Validity and reliability of the CAPE: a self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. **Acta Psychiatr Scand**, v. 114, n. 1, p. 55-61, Jul 2006. ISSN 0001-690X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16774662> >.

_____. Early exposure to cannabis and risk for psychosis in young adolescents in Trinidad. **Acta Psychiatr Scand**, v. 118, n. 3, p. 209-13, Sep 2008. ISSN 1600-0447. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18452569> >.

_____. Replication in two independent population-based samples that childhood maltreatment and cannabis use synergistically impact on psychosis risk. **Psychol Med**, v. 42, n. 1, p. 149-59, Jan 2012. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21676285> >.

KRYSTAL, J. H. et al. Subanesthetic effects of the noncompetitive NMDA antagonist, ketamine, in humans. Psychotomimetic, perceptual, cognitive, and neuroendocrine responses. **Arch Gen Psychiatry**, v. 51, n. 3, p. 199-214, Mar 1994. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8122957> >.

LARGE, M. et al. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. **Arch Gen Psychiatry**, v. 68, n. 6, p. 555-61, Jun 2011. ISSN 1538-3636. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300939> >.

LAROS, J. A. **O uso da Análise Fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores**. 1. Brasília: 2012.

LAUNAY, G.; SLADE, P. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. **Personality and Individual Differences**, v. 2, p. 221 - 234, 1981.

LEE, K. W. et al. A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences. **Early Interv Psychiatry**, Mar 2015. ISSN 1751-7893. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25772746> >.

LENZI, J. et al. Predictors of 9-month hospitalization in patients with first-episode affective and non-affective psychosis. Results from the GET UP pragmatic cluster randomized controlled trial. **Schizophr**

Res, Mar 2017. ISSN 1573-2509. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28347569> >.

LEWEKE F; KOETHE D; GERTH CW. Double blind, controlled clinical trial of cannabidiol monotherapy versus amisulpiride in the treatment of acutely psychotic schizophrenia patients. **Schizophr Bull**, v. 33, n. 2, 2007.

LINSCOTT, R. J.; VAN OS, J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 6, p. 391-419, 2010. ISSN 1548-5951. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192792> >.

_____. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. **Psychol Med**, v. 43, n. 6, p. 1133-49, Jun 2013. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22850401> >.

LOCH, A. A.; WANG, Y.-P. Epidemiologia e custos da esquizofrenia. In: ARTMED (Ed.). **Esquizofrenia teoria e prática**. Porto Alegre, v.1, 2015. p.260.

LOCH, A. A. et al. The psychosis continuum in the general population: findings from the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v. 261, n. 7, p. 519-27, Oct 2011. ISSN 1433-8491. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21409420> >.

LURIA, R. E.; MCHUGH, P. R. Reliability and clinical utility of the "Wing" Present State examination. **Arch Gen Psychiatry**, v. 30, n. 6, p. 866-71, Jun 1974. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4832191> >.

MACKIE, C. J.; CASTELLANOS-RYAN, N.; CONROD, P. J. Developmental trajectories of psychotic-like experiences across adolescence: impact of victimization and substance use. **Psychol Med**, v. 41, n. 1, p. 47-58, Jan 2011. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20346196> >.

MARTINEZ, E. Z. **Bioestatística**. PAULO., F. D. M. D. R. P. D. U. D. S.: 149 p. 2015.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações**. 2. Portugal: 2014.

MASON, O.; CLARIDGE, G.; JACKSON, M. New scales for the assessment of schizotypy. **Personality and Individual Differences**, v. 18, p. 7-13., 1995.

MATIJASEVISCH, A.; MENEZES, P. R. Princípios de epidemiologia. In: (Ed.). **Clínica Médica**. Barueri: Manole, v.1, 2009. p.374-383.

MCGRATH, J. J. et al. Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 7, p. 697-705, Jul 2015. ISSN 2168-6238. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26018466> >.

MENEZES, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, 1998.

MENEZES, P. R. et al. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. **Br J Psychiatry Suppl**, v. 51, p. s102-6, Dec 2007. ISSN 0960-5371. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18055924> >.

MOREIRA, F. A.; GUIMARÃES, F. S. Cannabidiol inhibits the hyperlocomotion induced by psychotomimetic drugs in mice. **Eur J Pharmacol**, v. 512, n. 2-3, p. 199-205, Apr 2005. ISSN 0014-2999. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15840405> >.

MORGAN, C. et al. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. **Acta Psychiatr Scand**, v. 119, n. 3, p. 226-35, Mar 2009. ISSN 1600-0447. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19053965> >.

MURPHY, J. et al. Childhood sexual trauma, cannabis use and psychosis: statistically controlling for pre-trauma psychosis and psychopathology. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n. 6, p. 853-61, Jun 2013. ISSN 1433-9285. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23052424> >.

MURRAY, C. J. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2197-223, Dec 2012. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245608> >.

MURRAY, R. M. et al. Cannabis, the mind and society: the hash realities. **Nat Rev Neurosci**, v. 8, n. 11, p. 885-95, Nov 2007. ISSN 1471-0048. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17925811> >.

NELSON, B.; FUSAR-POLI, P.; YUNG, A. R. Can we detect psychotic-like experiences in the general population? **Curr Pharm Des**, v. 18, n. 4, p. 376-85, 2012. ISSN 1873-4286. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22239568> >.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: 2011.

PETERS, E. R.; JOSEPH, S. A.; GARETY, P. A. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). **Schizophr Bull**, v. 25, n. 3, p. 553-76, 1999. ISSN 0586-7614. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10478789> >.

POULTON, R. et al. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. **Arch Gen Psychiatry**, v. 57, n. 11, p. 1053-8, Nov 2000. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11074871> >.

RAINE, A. The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. **Schizophr Bull**, v. 17, n. 4, p. 555-64, 1991. ISSN 0586-7614. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1805349> >.

SANTOS, É. G. D.; SIQUEIRA, M. M. D. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr.**, v. 59(3), p.:238-246, 2010.

SCHLIER, B. et al. The Community Assessment of Psychic Experiences measures nine clusters of psychosis-like experiences: A validation of the German version of the CAPE. **Schizophr Res**, v. 169, n. 1-3, p. 274-9, Dec 2015. ISSN 1573-2509. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26545299> >.

SCHUBART, C. D. et al. Cannabis with high cannabidiol content is associated with fewer psychotic experiences. **Schizophr Res**, v. 130, n. 1-3, p. 216-21, Aug 2011. ISSN 1573-2509. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592732> >.

_____. Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences. **Psychol Med**, v. 41, n. 6, p. 1301-10, Jun 2011. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20925969> >.

SCOTT, J. et al. Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. **Psychol Med**, v. 36, n. 2, p. 231-8, Feb 2006. ISSN 0033-2917. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16303059> >.

SELTEN, J. P. et al. Experience of negative symptoms: comparison of schizophrenic patients to patients with a depressive disorder and to normal subjects. **American Journal of Psychiatry** v. 155, p. 350-354, 1998.

SKINNER, R. et al. Cannabis use and non-clinical dimensions of psychosis in university students presenting to primary care. **Acta Psychiatr Scand**, v. 123, n. 1, p. 21-7, Jan 2011. ISSN 1600-0447. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20199489> >.

STEFANIS, N. C. et al. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. **Addiction**, v. 99, n. 10, p. 1333-41, Oct 2004. ISSN 0965-2140. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369572> >.

_____. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. **Psychol Med**, v. 32, n. 2, p. 347-58, Feb 2002. ISSN 0033-2917. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866327> >.

STILO, S. A.; MURRAY, R. M. The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 12, n. 3, p. 305-15, 2010. ISSN 1294-8322. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20954427> >.

STIP, E.; LETOURNEAU, G. Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology. **Can J Psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 140-51, Mar 2009. ISSN 0706-7437. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19321018> >.

TROTTA, A.; MURRAY, R. M.; FISHER, H. L. The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. **Psychol Med**, v. 45, n. 12, p. 2481-98, 2015. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25903153> >.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. São Paulo: 2007.

VAN GASTEL, W. A. et al. Cigarette smoking and cannabis use are equally strongly associated with psychotic-like experiences: a cross-sectional study in 1929 young adults. **Psychol Med**, v. 43, n. 11, p. 2393-401, Nov 2013. ISSN 1469-8978. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414608> >.

_____. Change in cannabis use in the general population: A longitudinal study on the impact on psychotic experiences. **Schizophrenia Research**, v. 157, n. 1-3, p. 266-270, Aug 2014. ISSN 0920-9964. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000341314100041 >.

_____. Cannabis use and subclinical positive psychotic experiences in early adolescence: findings from a Dutch survey. **Addiction**, v. 107, n. 2, p. 381-7, Feb 2012. ISSN 1360-0443. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21851445> >.

VAN OS, J. et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. **Am J Epidemiol**, v. 156, n. 4, p. 319-27, Aug 2002. ISSN 0002-9262. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12181101> >.

_____. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? **Schizophr Res**, v. 45, n. 1-2, p. 11-20, Sep 2000. ISSN 0920-9964. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10978868> >.

_____. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. **Psychol Med**, v. 39, n. 2, p. 179-95, Feb 2009. ISSN 0033-2917. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18606047> >.

_____. Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 34, n. 9, p. 459-63, Sep 1999. ISSN 0933-7954. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10541665> >.

VARESE, F. et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. **Schizophr Bull**, v. 38, n. 4, p. 661-71, Jun 2012. ISSN 1745-1701. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22461484> >.

VERDOUX, H. et al. Cannabis use and dimensions of psychosis in a nonclinical population of female subjects. **Schizophr Res**, v. 59, n. 1, p. 77-84, Jan 2003. ISSN 0920-9964. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12413646> >.

VERDOUX, H.; VAN OS, J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. **Schizophr Res**, v. 54, n. 1-2, p. 59-65, Mar 2002. ISSN 0920-9964. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11853979> >.

VLEESCHOUWER, M. et al. Does Assessment Type Matter? A Measurement Invariance Analysis of Online and Paper and Pencil Assessment of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). **Plos One**, v. 9, n. 1, Jan 22 2014. ISSN 1932-6203. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000330283100010 >.

WELHAM, J. et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. **Psychol Med**, v. 39, n. 4, p. 625-34, Apr 2009. ISSN 0033-2917. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18606046> >.

WIGMAN et al. A twin study of genetic and environmental determinants of abnormal persistence of psychotic experiences in young adulthood. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, v. 156B, n. 5, p. 546-52, Jul 2011. ISSN 1552-485X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21480500> >.

_____. Evidence for a persistent, environment-dependent and deteriorating subtype of subclinical psychotic experiences: A 6-year longitudinal general population study. **Psychological Medicine**, United Kingdom, v. 41, n. 11, p. 2317-2329, 2011. ISSN 1469-8978(Electronic);0033-2917(Print).

ZAMMIT, S. et al. Psychotic experiences and psychotic disorders at age 18 in relation to psychotic experiences at age 12 in a longitudinal population-based cohort study. **Am J Psychiatry**, v. 170, n. 7, p. 742-50, Jul 2013. ISSN 1535-7228. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639948> >.

ZUARDI, A. W. et al. Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an antipsychotic drug. **Braz J Med Biol Res**, v. 39, n. 4, p. 421-9, Apr 2006. ISSN 0100-879X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16612464> >.

_____. Antipsychotic effect of cannabidiol. **J Clin Psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 485-6, Oct 1995. ISSN 0160-6689. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7559378> >.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Autorização para a Validação da CAPE na versão Brasileira.

Authorization request - Professor Van Os

Entrada x

Taciana Ragazzi <taciana.ragazzi@gmail.com>

16/01/14 ☆

para w.beuken, Sílvia, Rosana, delben, pmenezes ▾

Dear Wendy

I am a Brazilian psychologist, candidate for master program at the Department of Neurosciences and Behavior, School of Medicine, Sao Paulo University, Ribeirao Preto City.

As you are aware, our research team (coordinated by professors Paulo Menezes and Cristina Del-Ben) is member of the EU-GEI and I became very interested in the investigation of the psychotic-like experience in our research sample.

We would appreciate very much if you were as kind as to ask professor Jin Van Os to express agreement with the validation of the instrument "Community Assessment of Psychic Experience – CAPE 42" to the Brazilian portuguese. I should attach this document to my application to the master program.

Thanking you in advance. Sincerely,

Taciana Ragazzi.

Jim van Os <vanosj@gmail.com>

16/01/14 ☆

para Os, eugei, Beuken, mim ▾

inglês ▾

português ▾

[Traduzir mensagem](#)

[Desativar para: inglês x](#)

Hi Taciana,

CAPE is freeware so go ahead!

bw Jim

On 16/01/2014 16:43, Beuken W (PN) wrote:

Hoi Jim,

See below, kun jij haar antwoorden svp?

Thanks,

Gr. Wendy

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quasesem- pre	Nenhum	Um pouco	Moderado	Muito
8. Alguma vez, você achou que experimentava pouca ou nenhuma emoção em eventos importantes?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
9. Alguma vez, você se sentiu pessimista em relação à tudo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
10. Alguma vez, você achou que havia uma conspiração contra você?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
11. Alguma vez, você achou que o seu destino era ser alguém muito importante?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
12. Alguma vez, você achou que não havia futuro para você?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
13. Alguma vez, você achou que era uma pessoa muito especial ou fora do comum?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
14. Alguma vez, você sentiu que não queria mais viver?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
15. Alguma vez, você achou que as pessoas podiam se comunicar por telepatia?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
16. Alguma vez, você sentiu que não tinha interesse em estar com outras pessoas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
17. Alguma vez, você achou que equipamentos eletrônicos como computadores podiam influenciar sua maneira de pensar?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
18. Alguma vez, você sentiu que não tinha motivação para fazer coisas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre	Nenhum	Um pouco	Moderado	Muito
19. Alguma vez, você chorava por nada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
20. Alguma vez, você acreditou no poder da feitiçaria, do vodu ou em coisas ocultas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
21. Alguma vez, você se sentiu sem energia?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
22. Alguma vez, você achou que as pessoas olhavam para você de maneira estranha por causa de sua aparência?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
23. Alguma vez, você sentiu que sua mente estava vazia?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
24. Alguma vez, você achou que os pensamentos de sua mente estivessem sendo roubados?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
25. Alguma vez, você achou que estava passando todos os seus dias sem fazer nada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
26. Alguma vez, você achou que os pensamentos em sua mente não fossem seus?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
27. Alguma vez, você achou que seus sentimentos não tinham intensidade?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
28. Alguma vez, seus pensamentos já foram tão vívidos a ponto de você se preocupar se as outras pessoas os estão ouvindo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
29. Alguma vez, você achou que lhe faltava espontaneidade?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre	Nenhum	Um pouco	Moderado	Muito
30. Alguma vez, você ouviu seus próprios pensamentos retornarem a você, como um eco?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
31. Alguma vez, você achou que estivesse sob o controle de alguma força ou poder outro que não você?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
32. Alguma vez, você sentiu que suas emoções estão embotadas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
33. Alguma vez, você ouviu vozes quando estava só?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
34. Alguma vez, você ouviu vozes conversando entre si quando estava só?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
35. Alguma vez, você achou que estava negligenciando sua aparência ou sua higiene pessoal?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
36. Alguma vez, você achou que nunca conseguia fazer o que tem que ser feito?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
37. Alguma vez, você achou que tinha poucos hobbies e interesses?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
38. Alguma vez, você se sentiu culpado?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
39. Alguma vez, você achou que era um fracasso?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
40. Alguma vez, você se sentiu tenso?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
41. Alguma vez, você achou que um sócio tivesse tomado o lugar de um membro da família, de um amigo ou de algum conhecido?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
42. Alguma vez, você viu objetos, pessoas ou animais que outras pessoas não podiam ver?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Caso**Projeto de pesquisa****ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS: DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CASOS**

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo chamado “Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos: determinantes sociais e biológicos”. Antes de você decidir sobre a sua participação é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada e do que ela trata. Por favor, leia as seguintes informações com cuidado e fique à vontade para fazer perguntas, caso haja algo que não esteja claro para você ou se você precisar de mais detalhes.

Obrigado pelo seu interesse em nosso projeto.

Qual o objetivo deste estudo?

Nós estamos interessados em descobrir se o risco de desenvolver um transtorno psicótico, cuja principal característica são alterações do pensamento e da percepção dos estímulos da realidade, caracterizadas pela crença em situações que não existem (delírios) e por ver e/ou ouvir coisas que outras pessoas não estão vendo ou ouvindo (alucinações). É determinado por fatores biológicos (como a organização dos genes, alterações no sistema de proteção de seu organismo e alterações cerebrais) e por fatores ambientais (como pobreza, discriminação, isolamento social, uso de drogas e a ocorrência de eventos negativos durante a infância, como divórcio dos pais, humilhação ou abuso). Particularmente, estamos interessados em compreender se os efeitos destes fatores sociais no risco de psicose são diferentes, de acordo com os diferentes tipos de genes que as pessoas possuem.

Assim, pretendemos investigar a existência de variações nos casos novos de transtornos psicóticos considerando-se

- a) a associação entre fatores de risco da própria pessoa, de seus familiares e das características da região onde o participante vive;
- b) a existência de alterações no cérebro de pessoas com transtornos psicóticos, comparados com pessoas sem o mesmo diagnóstico (controles da comunidade e irmãos), através de um exame de Ressonância Nuclear Magnética;
- c) a ocorrência de alterações na organização dos genes e no sistema de proteção do organismo em pessoas com transtornos psicóticos que apresentam alucinações e/ou delírios, comparando-as com pessoas sem o mesmo diagnóstico (controles da comunidade e irmãos).

Por que eu fui convidado?

Você foi convidado para participar do estudo porque você apresentou um primeiro episódio psicótico com a presença de alucinações e/ou delírios que desorganizaram seu comportamento e vive em uma das cidades pertencentes ao Décimo Terceiro Departamento Regional da Secretaria Estadual de Saúde (DRS XIII), cuja sede é Ribeirão Preto, onde nós estamos conduzindo o estudo.

Nós pretendemos convidar, em um período de três anos, 300 pessoas que apresentaram um primeiro episódio psicótico para participar do estudo, assim como 150 irmãos ou irmãs destes participantes e 300 pessoas que nunca tiveram episódio psicótico. O estudo faz parte de um grande estudo europeu que está sendo realizado em 15 centros europeus de 5 países. Você deve ter idade entre 16 e 64 anos para participar. Caso você tenha menos de 18 anos, seus pais ou outro responsável legal deverão concordar com a sua participação no estudo.

Eu sou obrigado a participar?

Esta é uma escolha sua. Antes que você concorde em participar, nós descreveremos o estudo ao longo desse termo de informação. Nós então pediremos que você assine um termo de consentimento para demonstrar que você concordou em participar. Você é livre para se retirar do estudo a qualquer momento, sem dar explicações. Essa escolha não irá afetar os cuidados de saúde que você recebe.

O que me pedirão para fazer?

Inicialmente, nós pediremos que você responda alguns questionários sobre o seu passado, sobre as suas condições de saúde atuais e circunstâncias sociais. Perguntaremos também sobre os seus sintomas e solicitaremos a sua permissão para ler o seu prontuário.

Nós precisaremos colher amostras de sangue em três ocasiões (20 ml ao todo – equivalente a duas colheres de sopa) para que nós possamos estudar a interação de genes e da capacidade de proteção de seu organismo com fatores sociais e experiências durante a vida. O sangue será colhido utilizando material descartável e este procedimento será realizado por profissionais experientes [médico(a) ou enfermeiro(a)]. É importante lembrar que você poderá sentir dor durante a retirada do sangue e que pode ocorrer o aparecimento de manchas roxas no local.

Você também será convidado a realizar de um exame de Ressonância Magnética. Esse exame será usado para investigarmos se existem diferenças no tamanho e nos níveis de algumas substâncias de algumas áreas do cérebro entre pacientes e controles.

Pediremos também a sua permissão para convidar seus irmãos e irmãs para participar do estudo.

Quanto tempo irá durar a coleta de dados?

Nós estimamos que precisaremos de cerca de 6 horas para completarmos todos os questionários e realizarmos as coletas de sangue. Esperamos completar todas as tarefas em 3 encontros, mas, se você preferir, podemos fazer outros arranjos. Você é livre para fazer pausas em qualquer momento que desejar ou pode escolher outro horário para retornar em outra ocasião para terminar a coleta caso se sinta cansado ou indisposto.

O exame de ressonância magnética será realizado em um dia previamente agendado e deve durar cerca de 40 minutos.

Eu receberei algum pagamento?

Nós iremos ressarcir seus gastos com transporte e alimentação.

Onde o estudo será realizado?

O estudo será realizado no Ambulatório do Hospital das Clínicas (HCFMRP-USP), nos dias em que você tiver retorno com seu médico. Se você preferir, nós poderemos ir até a sua casa para realizarmos as entrevistas, porém nós teremos que pedir que você vá até o Hospital das Clínicas para coletarmos a amostra de sangue e para a realização do exame de ressonância magnética.

O que acontecerá se eu optar por sair do estudo?

A participação no estudo é absolutamente voluntária. Se você optar por não participar, essa decisão não irá interferir no seu tratamento, ou no seu relacionamento com o seu médico ou outros profissionais de saúde. Você é livre para mudar de ideia a qualquer momento. Todas as informações pessoais serão destruídas. Esta situação também se aplica no caso de você se sentir indisposto para continuar participando do estudo.

Quais são os possíveis riscos e benefícios da participação?

Nós faremos perguntas sobre circunstâncias pessoais e do passado, o que algumas pessoas podem considerar angustiante. Todos os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados são psicólogos treinados e experientes e oferecerão suporte se você precisar. Você também poderá achar o dia cansativo e então você poderá fazer uma pausa ou retornar em outra ocasião para completar as tarefas. Você não tem obrigação de responder nenhuma questão e você pode sair do estudo a qualquer momento. Um outro inconveniente pode ser um leve desconforto ao coletar a amostra de sangue e ao realizar o exame de Ressonância Magnética.

As entrevistas, assim como os exames de imagem e a coleta de sangue serão realizadas por profissionais treinados com os procedimentos e com experiência no manejo de problemas emocionais.

O exame de Ressonância Magnética de crânio é um exame seguro, não doloroso, não invasivo, sem emissão de radiação, e não será administrada anestesia ou contraste, portanto, não há risco de reações alérgicas. Você ficará deitado acordado enquanto o aparelho faz imagens do seu cérebro. Algumas pessoas podem se sentir desconfortáveis por ficarem deitadas em local estreito ou incomodadas com o barulho forte que a máquina de ressonância faz quando está funcionando. O exame será interrompido imediatamente, e você poderá sair do aparelho, se desejar, podendo fazer o exame em outro momento. Você usará protetores de ouvido durante o exame para diminuir o desconforto do barulho. Terá também à mão uma campainha, que poderá acionar se precisar falar com o técnico que estará operando o aparelho. Um dos pesquisadores deste projeto estará presente durante todo o exame de Ressonância Magnética.

Ao participar do estudo você irá nos ajudar a entender mais sobre as diferenças entre pessoas com e sem psicose (presença de alucinações e delírios), o que pode ajudar a prevenir que outras pessoas venham a desenvolver transtornos psicóticos no futuro.

O que acontecerá com as minhas informações?

Sua confidencialidade será mantida em todos os momentos e as amostras de sangue, papéis e dados eletrônicos seguirão as práticas éticas e legais. Todas as informações sobre você serão manejadas com estrita confidencialidade. Você será identificado por um número, que será utilizado no lugar dos seus dados pessoais. Isso significa que toda informação que você nos der será efetivamente anônima. Informações identificáveis (como o seu nome) serão registradas em uma base de dados separada e protegida por senha, sendo acessível somente pelo coordenador do estudo. Nós só iremos passar informações suas em situações extremas como quando nós tivermos o dever de informar os seus cuidadores se nós acreditarmos que você está em risco de machucar a si ou a outras pessoas.

No final do estudo suas informações serão mantidas seguras por no mínimo 20 anos de acordo com as boas práticas de pesquisa e não serão utilizados com nenhum outro propósito além dos descritos no estudo. Se você decidir se retirar do estudo nós iremos destruir toda informação pessoal

que nós temos de você, mas nós poderemos manter seus dados anonimamente para nossa pesquisa. Os resultados deste estudo serão publicados em jornais científicos em um nível grupal e não individual. Nós não iremos nunca revelar informações pessoais sobre você.

Como a quantidade de indivíduos que serão examinados neste estudo é muito grande, não será possível realizar todos os exames laboratoriais ao mesmo tempo. Para isso o material terá que ser estocado por algum tempo até a realização dos exames. Pedimos a você permissão para que o sangue seja guardado por tempo indeterminado, visto que este estudo e outros que têm sido feitos podem trazer novos conhecimentos sobre o assunto podendo haver necessidade de realização de novos testes com o material guardado. No entanto, novos testes somente serão realizados após aprovação de um novo projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP e você deverá ser novamente consultado para autorizar os novos testes. Você deverá assinar um outro termo de consentimento a respeito do armazenamento de amostras de sangue.

Também pedimos sua autorização para enviar parte do sangue coletado para um laboratório na Inglaterra, para que as informações que estamos colhendo aqui no Brasil possam ser comparadas com as informações colhidas na Europa. É importante lembrar que você poderá solicitar o acesso aos resultados de seus exames de sangue caso tenha interesse. Se seu exame de sangue apresentar alterações que necessitam de intervenção seu médico o orientará sobre o que fazer e em caso de necessidade será feito acompanhamento clínico e/ou aconselhamento genético sem que isto lhe traga qualquer custo.

O que acontecerá se eu tiver algum dano em função do estudo?

Caso você tenha algum dano em relação a sua saúde em função da realização do estudo, lhe será oferecido acompanhamento clínico no Hospital das Clínicas com direito à assistência integral e a indenização, se for o caso.

Onde eu posso conseguir mais informação sobre o estudo?

Você pode entrar em contato com os responsáveis pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver. Os contatos estão detalhados abaixo.

Onde eu posso fazer reclamações e/ou esclarecimentos sobre o estudo?

Se você está descontente ou precisar de esclarecimentos sobre como este estudo você pode fazer contato, a qualquer momento, com os responsáveis pelo estudo e com o Comitê de Ética em Pesquisa que garante as boas práticas de pesquisa além de zelar pelo cumprimento do é descrito neste termo de consentimento livre e esclarecido.

Caso seja necessário os contatos estão abaixo.

Contatos	Página do estudo: www.eu-gei.eu	Comitê de Ética em Pesquisa-HCRP
Coordenadora ProfaDra Cristina Marta Del-Ben CREMESP: 63638 Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP Avenida Bandeirantes, 3900 CEP: 14049-900 Fone: 16 3602-2607	Pesquisadora responsável Silvia Helena Gallo Tenan CRP: 06/49802-2 Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP Avenida Bandeirantes, 3900 CEP: 14049-900 Fone: 16 3602-1296 Email: stream@fmrp.usp.br	Avenida dos Bandeirantes, 3900 CEP: 14049-900 Fone: 16 3602-2228 E-mail: cep@hcrp.usp.br Horário de funcionamento: Segunda à sexta das 8h às 17h.

Projeto de pesquisa

ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS: DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS

Coordenadora: Cristina Marta Del-Ben (CREMESP: 63638)

Pesquisadora responsável: Silvia Helena Gallo Tenan (CRP: 06/49802-2)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CASOS

Antes de você concordar em participar deste estudo, é importante que você tenha lido e entendido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é elaborado em duas vias sendo uma de propriedade do pesquisador e outra do participante. Todas as páginas, das duas vias do termo de consentimento deverão ser rubricadas pelo participante e pelo coordenador do estudo e estes deverão assiná-lo ao seu término. O termo de consentimento contém informações importantes sobre a pesquisa e sobre o que será pedido para você fazer. Se você se sentir inseguro sobre o projeto ou tiver alguma dúvida, você pode fazer perguntas para qualquer membro da equipe de pesquisa. As declarações abaixo contém informações importantes sobre a sua participação no estudo. Por favor, leia estas declarações e coloque as iniciais do seu nome no espaço apropriado.

	iniciais
Eu li e entendi o termo de consentimento livre e esclarecido e todas as minhas dúvidas foram respondidas satisfatoriamente.	
Eu entendo que a minha participação no estudo é voluntária e que eu posso mudar de ideia a qualquer momento, sem motivo ou qualquer prejuízo, e que isso não irá afetar meu tratamento atual e futuro ou meus direitos legais.	
Eu entendo que as minhas informações serão armazenadas confidencialmente e anonimamente e que não serão repassadas a terceiros ou usadas de outra forma a não ser para responder questões relevantes para os objetivos do estudo, exceto quando os pesquisadores tiverem obrigação de informar aos meus cuidadores se eu estiver em risco de causar danos a mim ou a outras pessoas.	
Eu entendo que as minhas informações podem ser utilizadas anonimamente, contribuindo para apresentações e artigos científicos.	
Eu entendo que será pedido que eu dê uma amostra de sangue, com a finalidade de análises genéticas e imunológicas.	
Eu entendo que serei convidado para a realização de exame de ressonância nuclear magnética do cérebro	

Eu dei permissão para que os pesquisadores envolvidos neste estudo acessem meu prontuário médico para finalidades da pesquisa.	
--	--

Por meio desta, concordo em participar do estudo EU-GEI e entendo que a minha participação é totalmente voluntária e que eu posso retirar o meu consentimento em qualquer momento, sem ter penalidades ou razões.

_____ Nome e documento de identificação do participante	_____ Assinatura	_____ Data
_____ Nome e documento de identificação da testemunha imparcial	_____ Assinatura	_____ Data
_____ Nome e documento de identificação do responsável legal	_____ Assinatura	_____ Data
_____ Nome do pesquisador	_____ Assinatura	_____ Data

ANEXO C– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Controle**Projeto de pesquisa****ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS: DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CONTROLES**

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo chamado “Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos: determinantes sociais e biológicos”. Antes de você decidir sobre a sua participação é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada e do que ela trata. Por favor, leia as seguintes informações com cuidado e fique à vontade para fazer perguntas, caso haja algo que não esteja claro para você ou se você precisar de mais detalhes.

Obrigado pelo seu interesse em nosso projeto.

Qual o objetivo deste estudo?

Nós estamos interessados em descobrir se o risco de desenvolver um transtorno psicótico, cuja principal característica são alterações do pensamento e da percepção dos estímulos da realidade caracterizadas pela crença em situações que não existem (delírios) e por ver e/ou ouvir coisas que outras pessoas não estão vendo ou ouvindo (alucinações), é determinado por fatores biológicos (como a organização dos genes, alterações no sistema de proteção do seu organismo e alterações cerebrais) e por fatores ambientais (como pobreza, discriminação, isolamento social, uso de drogas e a ocorrência de eventos negativos durante a infância, como divórcio dos pais, humilhação ou abuso). Particularmente, estamos interessados em compreender se os efeitos destes fatores sociais no risco de psicose são diferentes, de acordo com os diferentes tipos de genes que as pessoas possuem.

Assim, pretendemos investigar a existência de variações nos casos novos de transtornos psicóticos considerando-se:

- a) a associação entre fatores de risco da própria pessoa, de seus familiares e das características da região onde o participante vive;
- b) a existência de alterações no cérebro de pessoas com transtornos psicóticos, comparados com pessoas sem o mesmo diagnóstico (controles da comunidade e irmãos), através de exames de Ressonância Nuclear Magnética
- c) a ocorrência de alterações na organização dos genes e no sistema de proteção do organismo em pessoas com transtornos psicóticos, comparando-as com pessoas sem o mesmo diagnóstico (controles da comunidade e irmãos).

Por que eu fui convidado?

Você foi convidado para participar do estudo porque você nunca apresentou um episódio psicótico com a presença de alucinações e/ou delírios que desorganizaram seu comportamento e vive em uma das cidades pertencentes ao Décimo Terceiro Departamento Regional da Secretaria Estadual de Saúde (DRS XIII), cuja sede é Ribeirão Preto, onde nós estamos conduzindo o estudo.

Nós pretendemos convidar, em um período de três anos, 300 pessoas que apresentaram um primeiro episódio psicótico para participar do estudo (casos), assim como 150 irmãos ou irmãs destes participantes e 300 pessoas que como você nunca tiveram episódio psicótico e que chamamos de controles. O estudo faz parte de um grande estudo europeu que está sendo realizado em 15 centros europeus de 5 países. Você deve ter idade entre 16 e 64 anos para participar. Caso você tenha menos de 18 anos, seus pais ou outro responsável legal deverão concordar com a sua participação no estudo.

Eu sou obrigado a participar?

Esta é uma escolha sua. Antes que você concorde em participar, nós descreveremos o estudo ao longo desse termo de informação. Nós então pediremos que você assine um termo de consentimento para demonstrar que você concordou em participar. Você é livre para se retirar do estudo a qualquer momento, sem dar explicações. Essa escolha não irá afetar os cuidados de saúde que poderá a vir receber no Hospital das Clínicas FMRP-USP.

O que me pedirão para fazer?

Inicialmente, nós pediremos que você responda alguns questionários sobre o seu passado, sobre as suas condições de saúde atuais e circunstâncias sociais. Perguntaremos também sintomas psiquiátricos para caracterizar se você já experimentou manifestações relacionadas à alguma doença mental.

Nós precisaremos colher amostras de sangue em três ocasiões (20 ml ao todo – equivalente a duas colheres de sopa) para que nós possamos estudar a interação de genes e da capacidade de proteção de seu organismo como fatores sociais e experiências durante a vida. O sangue será colhido utilizando material descartável e este procedimento será realizado por profissionais experientes [médico(a) ou enfermeiro(a)]. É importante lembrar que você poderá sentir dor durante a retirada do sangue e que pode ocorrer o aparecimento de manchas roxas no local.

Você também será convidado a realizar de um exame de Ressonância Magnética. . Esse exame será usado para investigarmos se existem diferenças no tamanho e nos níveis de algumas substâncias de algumas áreas do cérebro entre pacientes e controles como você.

Quanto tempo irá durar a coleta de dados?

Nós estimamos que precisaremos de cerca de 6 horas para completarmos todos os questionários e realizarmos as coletas de sangue. Esperamos completar todas as tarefas em 3 encontros, mas, se você preferir, podemos fazer outros arranjos. Você é livre para fazer pausas em qualquer momento que desejar ou pode escolher outro horário para retornar em outra ocasião para terminar a coleta caso se sinta cansado ou indisposto.

O exame de ressonância magnética será realizado em um dia previamente agendado e deve durar cerca de 40 minutos.

Eu receberei algum pagamento?

Nós iremos ressarcir-lo por gastos com transporte e alimentação.

Onde o estudo será realizado?

O estudo será realizado no Ambulatório do Hospital das Clínicas (HCFMRP-USP), nos dias em que você tiver disponibilidade para comparecer ao hospital. Se você preferir, nós poderemos ir até a sua casa para realizarmos as entrevistas, porém nós teremos que pedir que você vá até o Hospital das Clínicas para coletarmos a amostra de sangue e para a realização do exame de ressonância magnética.

O que acontecerá se eu optar por sair do estudo?

A participação no estudo é absolutamente voluntária. Você é livre para mudar de ideia a qualquer momento. Todas as informações pessoais serão destruídas. Esta situação também se aplica no caso de você se sentir indisposto para continuar participando do estudo.

Quais são os possíveis riscos e benefícios da participação?

Nós faremos perguntas sobre circunstâncias pessoais e do passado, o que algumas pessoas podem considerar angustiante. Todos os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados são psicólogos treinados e experientes e oferecerão suporte se você precisar. Você também poderá achar o dia cansativo e então você poderá fazer uma pausa ou retornar em outra ocasião para completar as tarefas. Você não tem obrigação de responder nenhuma questão e você pode sair do estudo a qualquer momento. Um outro inconveniente pode ser um leve desconforto ao coletar a amostra de sangue e ao realizar o exame de Ressonância Magnética.

As entrevistas, assim como os exames de imagem e a coleta de sangue serão realizadas por profissionais treinados com os procedimentos e com experiência no manejo de problemas emocionais.

O exame de Ressonância Magnética de crânio é um exame seguro, não doloroso, não invasivo, sem emissão de radiação, e não será administrada anestesia ou contraste, portanto, não há risco de reações alérgicas. Você ficará deitado acordado enquanto o aparelho faz imagens do seu cérebro. Algumas pessoas podem se sentir desconfortáveis por ficarem deitadas em local estreito ou incomodadas com o barulho forte que a máquina de ressonância faz quando está funcionando. O exame será interrompido imediatamente, e você poderá sair do aparelho, se desejar, podendo fazer o exame em outro momento. Você usará protetores de ouvido durante o exame para diminuir o desconforto do barulho. Terá também à mão uma campainha, que poderá acionar se precisar falar com o técnico que estará operando o aparelho. Um dos pesquisadores deste projeto estará presente durante todo o exame de Ressonância Magnética.

Ao participar do estudo você irá nos ajudar a entender mais sobre as diferenças entre pessoas com e sem psicose (presença de alucinações e delírios), o que pode ajudar a prevenir que outras pessoas venham a desenvolver transtornos psicóticos no futuro.

O que acontecerá com as minhas informações?

Sua confidencialidade será mantida em todos os momentos e as amostras de sangue, papéis e dados eletrônicos seguirão as práticas éticas e legais. Todas as informações sobre você serão manejadas com estrita confidencialidade. Você será identificado por um número, que será utilizado no lugar dos seus dados pessoais. Isso significa que toda informação que você nos der será efetivamente anônima. Informações identificáveis (como o seu nome) serão registradas em uma base de dados separada e protegida por senha, sendo acessível somente pelo coordenador do estudo.

No final do estudo suas informações serão mantidas seguras por no mínimo 20 anos de acordo com as boas práticas de pesquisa e não serão utilizados com nenhum outro propósito além dos descritos no estudo. Se você decidir se retirar do estudo nós iremos destruir toda informação pessoal que nós temos de você, mas nós poderemos manter seus dados anonimamente para nossa pesquisa. Os resultados deste estudo serão publicados em jornais científicos em um nível grupal e não individual. Nós não iremos nunca revelar informações pessoais sobre você.

Como a quantidade de indivíduos que serão examinados neste estudo é muito grande, não será possível realizar todos os exames laboratoriais ao mesmo tempo. Para isso o material terá que ser estocado por algum tempo até a realização dos exames. Pedimos a você permissão para que o sangue seja guardado por tempo indeterminado, visto que este estudo e outros que têm sido feitos podem trazer novos conhecimentos sobre o assunto podendo haver necessidade de realização de novos testes com o material guardado. No entanto, novos testes somente serão realizados após aprovação de um novo projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP e você deverá ser novamente consultado para autorizar os novos testes. Você deverá assinar um outro termo de consentimento a respeito do armazenamento de amostras de sangue.

Também pedimos sua autorização para enviar parte do sangue coletado para um laboratório na Inglaterra, para que as informações que estamos colhendo aqui no Brasil possam ser comparadas com as informações colhidas na Europa. É importante lembrar que você poderá solicitar o acesso aos resultados de seus exames de sangue caso tenha interesse. Se seu exame de sangue apresentar alterações que necessitam de intervenção seu médico o orientará sobre o que fazer e em caso de necessidade será feito acompanhamento clínico e/ou aconselhamento genético sem que isto lhe traga qualquer custo.

O que acontecerá se eu tiver algum dano em função do estudo?

Caso você tenha algum dano em relação a sua saúde em função da realização do estudo, lhe será oferecido acompanhamento clínico no Hospital das Clínicas com direito à assistência integral e a indenização, se for o caso.

Onde eu posso conseguir mais informação sobre o estudo?

Você pode entrar em contato com os responsáveis pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver. Os contatos estão detalhados abaixo.

Onde eu posso fazer reclamações e/ou esclarecimentos sobre o estudo?

Se você está descontente ou precisar de esclarecimentos sobre como este estudo você pode fazer contato, a qualquer momento, com os responsáveis pelo estudo e com o Comitê de Ética em Pesquisa que garante as boas práticas de pesquisa além de zelar pelo cumprimento do é descrito neste termo de consentimento livre e esclarecido.

Caso seja necessário os contatos estão abaixo.

Contatos	Página do estudo: www.eu-gei.eu	Comitê de Ética em Pesquisa-HCRP
Coordenadora Profa Dra Cristina Marta Del-Ben CREMESP: 63638 Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP Avenida Bandeirantes, 3900 CEP: 14049-900 Fone: 16 3602-2607	Pesquisadora responsável Silvia Helena Gallo Tenan CRP: 06/49802-2 Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP Avenida Bandeirantes, 3900 CEP: 14049-900 Fone: 16 3602-1296 Email: stream@fmrp.usp.br	Avenida dos Bandeirantes, 3900 CEP: 14049-900 Fone: 16 3602-2228 E-mail: cep@hcrp.usp.br Horário de funcionamento: Segunda à sexta das 8h às 17h.

Projeto de pesquisa

ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS: DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS

Coordenadora: Cristina Marta Del-Ben (CREMESP: 63638)

Pesquisadora responsável: Silvia Helena Gallo Tenan (CRP: 06/49802-2)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CONTROLES

Antes de você concordar em participar deste estudo, é importante que você tenha lido e entendido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é elaborado em duas vias sendo uma de propriedade do pesquisador e outra do participante. Todas as páginas, das duas vias do termo de consentimento deverão ser rubricadas pelo participante e pelo coordenador do estudo e estes deverão assiná-lo ao seu término. O termo de consentimento contém informações importantes sobre a pesquisa e sobre o que será pedido para você fazer. Se você se sentir inseguro sobre o projeto ou tiver alguma dúvida, você pode fazer perguntas para qualquer membro da equipe de pesquisa. As declarações abaixo contém informações importantes sobre a sua participação no estudo. Por favor, leia estas declarações e coloque as iniciais do seu nome no espaço apropriado.

	iniciais
Eu li e entendi o termo de consentimento livre e esclarecido e todas as minhas dúvidas foram respondidas satisfatoriamente.	
Eu entendo que a minha participação no estudo é voluntária e que eu posso mudar de ideia a qualquer momento, sem motivo ou qualquer prejuízo, e que isso não irá afetar meu tratamento atual e futuro ou meus direitos legais.	
Eu entendo que as minhas informações serão armazenadas confidencialmente e anonimamente e que não serão repassadas a terceiros ou usadas de outra forma a não ser para responder questões relevantes para os objetivos do estudo, exceto quando os pesquisadores tiverem obrigação de informar aos meus cuidadores se eu estiver em risco de causar danos a mim ou a outras pessoas.	
Eu entendo que as minhas informações podem ser utilizadas anonimamente, contribuindo para apresentações e artigos científicos.	
Eu entendo que será pedido que eu dê uma amostra de sangue, com a finalidade de análises genéticas e imunológicas.	
Eu entendo que serei convidado para a realização de exame de ressonância nuclear	

magnética do cérebro	
Eu dei permissão para que os pesquisadores envolvidos neste estudo acessem meu prontuário médico para finalidades da pesquisa.	

Por meio desta, concordo em participar do estudo EU-GEI e entendo que a minha participação é totalmente voluntária e que eu posso retirar o meu consentimento em qualquer momento, sem ter penalidades ou razões.

Nome e documento de identificação do participante	Assinatura	Data
Nome e documento de identificação da testemunha imparcial	Assinatura	Data
Nome e documento de identificação do responsável legal	Assinatura	Data
Nome do pesquisador	Assinatura	Data

ANEXO D – Questionário sobre traumas na infância (CTQ)

Antes dos 17 anos:	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	O1	O2	O3	O4	O5
2. Eu sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.	O1	O2	O3	O4	O5
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas como do tipo "estúpido(a)", "preguiçoso(a)", ou "feio(a)".	O1	O2	O3	O4	O5
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	O1	O2	O3	O4	O5
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial e importante.	O1	O2	O3	O4	O5
6. Eu tive que usar roupas sujas.	O1	O2	O3	O4	O5
7. Eu me senti amado(a).	O1	O2	O3	O4	O5
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	O1	O2	O3	O4	O5
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	O1	O2	O3	O4	O5
10. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	O1	O2	O3	O4	O5
11. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	O1	O2	O3	O4	O5
12. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	O1	O2	O3	O4	O5
	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
13. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	O1	O2	O3	O4	O5
14. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	O1	O2	O3	O4	O5
15. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	O1	O2	O3	O4	O5
16. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	O1	O2	O3	O4	O5
17. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	O1	O2	O3	O4	O5
18. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	O1	O2	O3	O4	O5
19. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	O1	O2	O3	O4	O5

20. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	01	02	03	04	05
Antes dos 17 anos:	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
21. Alguém me molestou.	01	02	03	04	05
22. Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	01	02	03	04	05
23. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	01	02	03	04	05
24. Eu acredito que fui abusado(a) sexualmente.	01	02	03	04	05
25. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	01	02	03	04	05

ANEXO E - Crivo de correção do CTQ

CTQ Name: _____ Sex: _____
Age: _____

Ready Score
A PERSONAL EXPERIMENT

Scales					Item Response Scores						Total Score (Sum of all item scores)
Emotional Abuse	Physical Abuse	Sexual Abuse	Emotional Neglect	Physical Neglect	Never True	Rarely True	Sometimes True	Often True	Very Often True		
					1	2	3	4	5	Total Score (Sum of all item scores)	
					2	3	4	3	2		1
					3	1	2	3	4		5
					4	1	2	3	4		5
					5	5	4	3	2		1
					6	1	2	3	4		5
					7	5	4	3	2		1
					8	1	2	3	4		5
					9	1	2	3	4		5
					10	1	2	3	4		5
					11	1	2	3	4		5
					12	1	3	3	4		5
					13	5	4	3	2		1
					14	1	2	3	4		5
					15	1	2	3	4		5
					16	1	2	3	4		5
					17	1	2	3	4		5
					18	1	2	3	4		5
					19	5	4	3	2		1
					20	1	2	3	4		5
					21	1	2	3	4		5
					22	1	2	3	4		5
					23	1	2	3	4		5
					24	1	2	3	4		5
					25	1	2	3	4		5
					26	5	4	3	2		1
					27	1	2	3	4		5
					28	5	4	3	2		1

Classification: _____

_____ % _____ % _____ % _____ % _____ % Percentile Rank (Reference Group: _____)

Emotional Abuse Scale Total Score (0-25)
Physical Abuse Scale Total Score (0-25)
Sexual Abuse Scale Total Score (0-25)
Emotional Neglect Scale Total Score (0-25)
Physical Neglect Scale Total Score (0-25)

Minimum Score: 0-5

ANEXO F – Tabela normativa do CTQ para a população brasileira

Tabela 2. Índice de gravidade do CTQ.

CTQ	AE	AF	AS	NE	NF	Total
Gravidade						
Nenhuma-Mínima	≤8	≤7	≤5	≤9	≤7	≤36
Baixa-Moderada	≥9 e ≤12	≥8 e ≤9	≥6 e ≤7	≥10 e ≤15	≥8 e ≤9	≥37 e ≤51
Moderada-Grave	≥13 e ≤15	≥10 e ≤12	≥8 e ≤12	≥16 e ≤17	≥10 e ≤12	≥52 e ≤68
Grave-Extrema	≥16	≥13	≥13	≥18	≥13	≥69

Nota. AE= abuso emocional, AF= abuso físico, AS= abuso sexual, NE= negligência emocional, NF= negligência física.

ANEXO G – Questionário de Experiências com Maconha (Cannabis Experience Questionnaire - CEQ)

15.1 Você já fumou/usou maconha alguma vez na vida?

O1 Sim O0 Não

*Se a resposta for **NÃO**, vá para 15.17*

15.2 Quantos anos você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

--	--

Anos

15.3 Por que você experimentou maconha pela primeira vez? (Você pode marcar mais de um item):

a) Os meus amigos usavam.	O1 Sim	O0 Não
b) Os meus familiares usavam.	O1 Sim	O0 Não
c) Para me sentir melhor (para obter alívio de algum desconforto físico ou psicológico)	O1 Sim	O0 Não
d) Outro motivo (por favor, explique) (a explicação não vai constar do banco de dados)	O1 Sim	O0 Não

Instruções para o pesquisador: Por favor, considere como usuário atual todos os participantes que relataram usar/fumar maconha com alguma frequência (incluindo pacientes que não fumaram enquanto estiveram internados ou presos ou pacientes que relataram uso ocasional mesmo que seja apenas uma vez a cada dois anos, etc):

15.4 Você usa maconha atualmente?

O1 Sim O0 Não

*Se **Sim**, por favor, responda b, se **Não**, por favor responda c, e então vá para 15.7*

b. Se SIM, por que você continua a usar maconha? (Você pode

marcar mais de um item):

a) Eu gosto do efeito, dá-me um “barato”	O1 Sim	O0 Não
b) Faz com que eu me sinta relaxado(a)	O1 Sim	O0 Não
c) Faz com que eu me sinta menos nervoso(a) e ansioso(a)	O1 Sim	O0 Não
d) Faz com que eu me sinta mais sociável.	O1 Sim	O0 Não
e) Outro motivo (por favor, explique)	O1 Sim	O0 Não

15.5 Você gostaria de parar de usar maconha algum dia?

O1 Sim O0 Não

b. Se sim, por favor explique (*resposta não vai constar no banco de dados*):

15.6 A maconha afeta ou já afetou a sua saúde de alguma maneira? O1 Sim O0 Não

b. Se sim, por favor explique (*resposta não vai constar no banco de dados*): _____

15.7 Se atualmente você não é um usuário, há quanto tempo parou de _____ meses

b. Por que você parou de usar? (*a resposta não vai constar do banco de dados*):

15.8 Como usa/usava a maconha na maioria das vezes?

O1 Eu fumo/fumava misturado com cigarro comum com tabaco

O2 Eu fumo/fumava um baseado sem tabaco

O3 Eu fumo/fumava usando um cachimbo

O4 Ingerindo na comida ou bebida

O5 Outro (por favor, explique): _____

1.9 Com que frequência você usa/usava maconha?

O1 Diariamente/Todos os dias

O2 (Mais do que) uma vez por semana

O3 Poucas vezes por mês

O4 Poucas vezes por ano

O5 Apenas uma ou duas vezes na vida

15.10 Em qual período você mais usa/usava maconha?

O1 Durante o dia

O2 Durante a noite

O3 Durante o dia e à noite (dia todo)

O4 Aos finais de semana

O5 Aos finais de semana e dias da semana

15.11 Na maioria das vezes, você usa/usava maconha:

O1 Socialmente (com amigos)

O2 Sozinho(a)

15.12 Em média, quanto você gasta/gastava com maconha por semana?

- O1 Menos de R\$10.00
 O2 R\$10.00 – R\$15.00
 O3 R\$16.00 – R\$30.00
 O4 R\$31 – R\$50.00
 O5 R\$51.00 – R\$70.00
 O6 Acima de R\$70.00

15.13 Qual o tipo de maconha que você mais usa/usava?

- O1 Haxixe (resina da cannabis)
 O2 Erva (maconha comum)
 O3 Sensimila (sem semente, planta fêmea plantada em casa; erva mais forte, com maior teor de THC)
 O4 Skank
 O5 Outro (por favor, especifique): _____

15.14. Por que você escolheu usar o tipo acima _____

15.15. Com que frequência você teve as seguintes experiências ao fumar maconha? *Por favor, assinale se a experiência foi boa, ruim ou neutra. Se você nunca ou raramente teve determinada experiência, ignore as três últimas colunas (boa, ruim ou neutra) e vá para a experiência seguinte.*

	Nunca ou raramente	Esporadi camente	às vezes	Mais vezes sim do que não	Quase sempre	Boa	Ruim	Neutra
a) Sensação de medo	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
b) Sensação de estar ficando louco	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
c) Nervosismo	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
d) Sensação de ficar desconfiado	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
e) Sensação de felicidade	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
f) Sensação de estar cheio de planos/ideias	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
g) Ouvir vozes	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0

h) Capaz de entender melhor o mundo	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0
i) Ter visões	O0	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O0

15.16 Questionário sobre história de uso de Maconha ao longo da vida

Instruções para o pesquisador: Por favor, peça ao participante para completar esta seção. Explique-lhe como esta parte deve ser preenchida, usando como exemplo: *Se você fumasse maconha quando tinha 15 anos, você fumava 2-3 baseados por dia em média, fumava geralmente haxixe e você só fumava sozinho.*

a) FAIXA DE IDADE: 0-11

i. Você usou maconha entre os 0 e 11 anos de idade?	O1 Sim	O0 Não
ii. Frequência	O1 Todo dia/diariamente
O2 Mais do que uma vez por semana
O3 Uma vez por semana
O4 Uma ou duas vezes por mês
O5 Algumas vezes por ano
O6 Uma vez por ano
O7 Só usei maconha uma ou duas vezes na vida	
iii. Quantidade (média de uso por dia)	O1 1 baseado
O2 2 ou 3 baseados
O3 4 ou mais baseados	
iv. Na maioria das vezes, os baseados eram compartilhados/divididos com outras pessoas?	O1 Sim	O0 Não
v. Tipo	O1 Haxixe (resina da cannabis)
O2 Erva (maconha comum)
O3 Sensimila (sem semente, planta fêmea plantada em casa; erva mais forte, com maior teor de THC)
O4 Skank	

		O5 Outro (<i>por favor, especifique</i>):_____
vi. Circunstância de uso		O1 Socialmente (com amigos) O2 Sozinho(a) O3 Ambos (às vezes socialmente, às vezes sozinho(a))
b) FAIXA DE IDADE: 12-16		
i. Você usou maconha entre os 12 e 16 anos de idade?	O1 Sim	O0 Não
ii. Frequência	O1 Todo dia/diariamente O2 Mais do que uma vez por O3 Uma vez por semana O4 Uma ou duas vezes por O5 Algumas vezes por ano O6 Uma vez por ano O7 Só usei maconha uma ou	
iii. Quantidade (<i>média de uso por dia</i>)	O1 1 baseado O2 2 ou 3 baseados O3 4 ou mais baseados	
iv. Na maioria das vezes, os baseados eram compartilhados/divididos com outras pessoas?	O1 Sim	O0 Não
v. Tipo	O1 Haxixe (resina da cannabis) O2 Erva (maconha comum) O3 Sensimila (sem semente, planta fêmea plantada em casa; erva mais forte, com maior teor de THC) O4 Skank O5 Outro (<i>por favor, especifique</i>):_____	
vi. Circunstância de uso	O1 Socialmente (com amigos) O2 Sozinho(a) O3 Ambos (às vezes socialmente, às vezes	

sozinho(a)

c) FAIXA DE IDADE: ACIMA DE 17 ANOS

- i. **Você usou maconha com 17 anos de idade ou mais?** O1 Sim O0 Não
- ii. **Frequência**
 O1 Todo dia/diariamente
 O2 Mais do que uma vez por semana
 O3 Uma vez por semana
 O4 Uma ou duas vezes por mês
 O5 Algumas vezes por ano
 O6 Uma vez por ano
 O7 Só usei maconha uma ou duas
- iii. **Quantidade (média de uso por dia)**
 O1 1 baseado
 O2 2 ou 3 baseados
 O3 4 ou mais baseados
- iv. **Na maioria das vezes, os baseados eram compartilhados/divididos com outras pessoas** O1 Sim O0 Não
- v. **Tipo**
 O1 Haxixe (resina da cannabis)
 O2 Erva (maconha comum)
 O3 Sensimila (sem semente, planta fêmea plantada em casa; erva mais forte, com maior teor de THC)
 O4 Skank
 O5 Outro (*por favor, especifique*): _____
- vi. **Circunstância de uso**
 O1 Socialmente (com amigos)
 O2 Sozinho(a)
 O3 Ambos (às vezes socialmente, às vezes sozinho(a))

ANEXO H – Aprovação do comitê de ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 05 de dezembro de 2012

Ofício nº 4287/2012
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS – DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 357ª Reunião Ordinária realizada em 03/12/2012 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Casos)** - versão 2, de 29/10/2012 e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Controles)** - versão 2, de 29/10/2012, de acordo o Processo HCRP nº 12606/2012.

Entretanto, deve-se aguardar a manifestação da CONEP, pois o projeto será encaminhado para apreciação e aprovação.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
SILVIA HELENA GALLO TENAN
PROFª. DRª. CRISTINA MARTA DEL BEN
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento