UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ARIANA ELITE DOS SANTOS

**Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de
esquizofrenia**

Ribeirão Preto
2012

ARIANA ELITE DOS SANTOS

**Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de
esquizofrenia**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o
doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Ribeirão Preto
2012

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.

Santos, Ariana Elite

Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Ribeirão Preto, 2012.

120 f. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Pedrão, Luiz Jorge.

1. Comunicação	2. Esquizofrenia	3. Saúde Mental	4.
Fonoaudiologia			

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ariana Elite dos Santos

Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*A cada passo que eu der, em cada pequena conquista, suas palavras, seu carinho e seu amor estarão sempre presentes. Por isso dedico este trabalho à senhora, **Mãe**, por ser minha melhor professora e por me ensinar as leis da vida com tamanha propriedade.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por permitir cada conquista em minha vida e por me carregar em seus braços nos momentos difíceis dessa trajetória.

À minha querida mãe **Litinha**, por todo o apoio, incentivo e dedicação durante a minha formação. Te amo!

À minha família linda, que mesmo distante, é meu maior alicerce, especialmente ao meu irmão **Wilson**, por ser meu grande mestre, e à sua esposa, **Raquel**, sempre disposta a me ouvir; à minha irmã **Elaine** pela torcida mais eufórica e aos meus sobrinhos **Vitória e Gustavo** por serem o meu referencial de doçura e alegria.

Ao meu namorado, **Leonardo**, por encorajar o início deste trabalho, pela parceria pessoal e acadêmica e pelo carinho dedicado.

Ao **Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão**, por me acolher, orientar, acreditar no meu trabalho e por ser mais do que um grande mestre, por ser um amigo.

À **Profª Drª Nelma Ellen Zamberlan Amorim**, por todo o apoio durante o desenvolvimento deste trabalho e por ser um exemplo de pessoa e profissional, com a qual eu espero aprender.

À **Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho**, pelo apoio e acolhimento durante a trajetória do mestrado.

À equipe do **Núcleo de Saúde Mental**, pelo espaço e atenção disponibilizados e pela colaboração na coleta de dados.

À Enfermeira **Miyeko Hayashida**, pelo apoio estatístico.

À **Liga de Psiquiatria da EERP-USP** por me apresentar à saúde mental e por proporcionar novos aprendizados e novas amizades.

À **Angélica**, pela presença, cuidado e acolhimento em muitos momentos desta fase.

Aos **meus amigos** presentes nesta trajetória, especialmente à **Ciça**, pelo companheirismo diário e pela colaboração na finalização deste trabalho, ao casal **Regiane e Ricardo** pelo importante apoio nos momentos finais desta dissertação e pela nova amizade e à **Alessandra**, que dividiu comigo as alegrias e aflições deste período.

Aos **participantes desta pesquisa** que colaboraram para a realização deste trabalho, doando seu tempo e sua história.

A todos que, de alguma maneira, com um apoio, uma palavra ou um gesto, contribuíram para a conclusão deste processo.

***“Acima de todas as liberdades, dê-me a de saber,
de me expressar, de debater com autonomia,
de acordo com minha consciência.”***

John Milton

RESUMO

SANTOS, A. E. **Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia**. 2012. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Poucos são os dados epidemiológicos sobre as alterações da comunicação em serviços de saúde mental. Porém, através de experiências clínicas e de estudos realizados em instituições psiquiátricas, foram observadas em indivíduos com diagnóstico de transtornos mentais, principalmente de esquizofrenia, variações dos aspectos comunicativos, sendo a linguagem o componente mais afetado. Nestes indivíduos, o relacionamento e a vida em sociedade estão prejudicados, e essas questões estão intimamente ligadas aos processos de comunicação. Então, conhecer e avaliar seus comportamentos comunicativos permite desenvolver metodologias assistenciais adequadas, principalmente para os que utilizam serviços de saúde mental, na busca da reabilitação psicossocial. O tipo de estudo é descritivo exploratório, realizado em um Núcleo de Saúde Mental (NSM) localizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil, e teve como principal objetivo descrever o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. A amostra foi constituída por 50 indivíduos com o referido diagnóstico, usuários do NSM, com faixa etária entre 19 e 75 anos e com, no mínimo, dois anos de escolaridade. Primeiramente, foi realizado um levantamento nos prontuários desses indivíduos no NSM, extraindo-se os dados pessoais e o subtipo de esquizofrenia. Posteriormente, para a avaliação, foi utilizada a Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC, constituída por 14 tarefas que avaliam os aspectos discursivo, pragmático-inferencial, léxico-semântico e prosódico da linguagem. A análise foi realizada por meio de estatística simples descritiva utilizando-se o Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0, e, relacionou-se também, as informações extraídas dos prontuários relativas aos dados pessoais dos participantes, possibilitando, desta forma, uma relação entre os dados obtidos através da Bateria MAC e as características dos usuários. Os resultados mostraram que a maior parte da amostra era do sexo masculino, com baixa escolaridade, praticante do catolicismo e com esquizofrenia do subtipo paranoide. Todas as tarefas avaliadas apresentaram uma porcentagem considerável de alterações, porém, as maiores alterações, ocorreram nas tarefas de evocação lexical com critério semântico, atos de fala indiretos, discurso conversacional e discurso narrativo, e, as menores alterações, ocorreram nos componentes prosódicos no nível de compreensão, destacando-se que, o nível da produção nos aspectos lingüísticos e emocionais da prosódia, também apresentou alteração considerável, permitindo a conclusão de que o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia é desviante em todos os aspectos da linguagem. Os aspectos mais prejudicados foram o discurso e a pragmática, que não devem ser relacionados unicamente aos aspectos lingüísticos, mas também às características de alteração do pensamento e da cognição, além do embotamento afetivo e das questões sociais envolvidas nesse transtorno. Através deste estudo foi possível compreender que não existem características únicas para descrever o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, sendo importante valorizar o contexto social, cultural e econômico destes indivíduos. Criar possibilidades comunicativas para envolvê-los na sociedade certamente contribui de maneira significativa na sua assistência e na formulação de programas de intervenção, tarefa esta, própria do fonoaudiólogo.

Palavras-chave: Comunicação. Esquizofrenia. Saúde Mental. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

SANTOS, A. E. **Communicative behavior of individuals with a diagnosis of schizophrenia.** 2012. 120 f. Thesis (Master's degree) – Nursing College of Ribeirão Preto, University São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The epidemiological database regarding changes in the communicative behavior available in mental health systems is really low. However, by means of clinical experiments and studies conducted in psychiatric institutions, it was noted that individuals with a diagnosis of mental disorder, mainly schizophrenia, had disturbances regarding their communicative skills, in which the language was the most affected subject. Those individuals had their social life and relationships damaged, this is closely related to the communicative process. Therefore, knowing and evaluating their communicative behavior allows the development of better suited treatment methods, mostly towards the ones who rely on the mental health system seeking psychosocial rehabilitation. The kind of study is exploratory-descriptive and it's conducted in a Mental Health Service (MHS) located in a city in the countryside of São Paulo, Brazil, and its main objective was to describe the communicative behavior of individuals with a diagnosis of schizophrenia. The sample was made up of 50 individuals with the aforementioned diagnosis, patients of the MHS, aged 19-75 and with at least 2 years of school. First off, a research was conducted on their medical records in the MHS in search of their personal background and the subtype of their schizophrenia. Afterwards, the Montreal Communication Evaluation Battery – MCE Battery- was used for evaluation. It is made up of 14 tasks that evaluate the speech, the inferential pragmatic, the lexical-semantic and the prosodic aspects of the language. The research was made by means of simple descriptive statistics using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 program and it also included the databases acquired from the medical records regarding the patients personal background. This way the research made it possible to establish a relation between the MCE battery and the personal background of each patient. The results show that most of the subjects are males, with poor education, practitioner of catholicism and affected by the paranoid subtype of schizophrenia. All the tasks evaluated showed a significant percentage of disturbances, however, most disturbances took place upon the tasks of lexical evocation with semantic criteria, acts of indirect speech, conversational speech and narrative speech, while only a few disturbances were related to the prosodic components in the comprehensive level, it should be highlighted that the productive level in the prosodic emotional and linguistic aspects suffered significant disturbances, allowing us to conclude that the communicative behavior in individuals with a diagnosis of schizophrenia is abnormal in all aspects of the language. The most damaged aspects were the speech and the pragmatics, which should not be entirely related to the linguistic aspects, but also to the disturbance related to their thoughts and cognition, and also the affective dullness and the social matters related to this disease. Throughout this study it was possible to understand that there are no special aspects to describe the communicative behavior of individuals with a diagnosis of schizophrenia, as it is important to take into account the social, the cultural and the economic context of those individuals. Coming up with communicative possibilities to involve those individuals in society certainly contributes in a significative way in aiding them and in the creation of intervention programs. This task belongs to Speech Therapists.

Key-words: Communication. Schizophrenia. Mental health. Speech, Language and Hearing Sciences.

RESUMEN

SANTOS, A. E. **Conducta comunicativa de los individuos con esquizofrenia**. 2012. 120 f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Existen pocos datos epidemiológicos sobre los cambios en la comunicación en los servicios de salud mental. Sin embargo, a través de ensayos clínicos y estudios en las instituciones psiquiátricas, se observaron en las personas diagnosticadas con trastornos mentales, especialmente esquizofrenia, las variaciones de los aspectos comunicativos, el lenguaje es el componente más afectado. En estos individuos, las relaciones y la vida en la sociedad se ven afectados, y estos temas están estrechamente vinculados a los procesos de comunicación. Por lo tanto, comprender y evaluar sus comportamientos comunicativos permite desarrollar metodologías adecuadas, especialmente para aquellos que utilizan servicios de salud mental en la búsqueda de la rehabilitación psicosocial. El tipo de estudio es descriptivo y exploratorio, realizado en una unidad de salud mental (USM), ubicada en una ciudad en el estado de São Paulo, Brasil, y tuvo como objetivo describir la conducta comunicativa de los individuos con esquizofrenia. La muestra consistió en 50 individuos con este diagnóstico, los usuarios de USM, con edades comprendidas entre 19 y 75 años y con al menos dos años de escolaridad. En primer lugar, se realizó una encuesta en las historias clínicas de estas personas en el NSM, la extracción de los datos personales y el subtipo de la esquizofrenia. Más tarde, para la evaluación, se utilizó la Batería Montreal de Evaluación de la Comunicación – Batería MEC, que consta de 14 tareas que evalúan aspectos discursivos, pragmáticos inferencial, léxico-semántico y el lenguaje prosódico. El análisis se realizó mediante estadísticas descriptivas sencillas utilizando el Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0, y se relaciona también, la información extraída de los registros médicos relacionados con los datos personales de los participantes, permitiendo así una relación entre los datos obtenidos a través de la Batería MEC y características de los usuarios. Los resultados mostraron que la mayoría de la muestra eran hombres, con bajo nivel de educación, practicante del catolicismo y el subtipo de esquizofrenia paranoide. Todas las tareas evaluadas mostraron un número significativo de cambios, sin embargo, los cambios importantes ocurridos en la tarea de recuerdo para poner a prueba los actos semánticos, léxicos de habla indirectos, la conversación y el discurso narrativo, y los más pequeños cambios ocurridos en la prosodia a nivel de componentes la comprensión, señalando que el nivel de producción en los aspectos lingüísticos y emocionales de la prosodia, también mostró un cambio considerable, lo que permite la conclusión de que la conducta comunicativa de los individuos con esquizofrenia es desviada en todos los aspectos del lenguaje. Los más afectados fueron el discurso y la pragmática, que no debe estar relacionado únicamente a los aspectos lingüísticos, sino que también cambian las características del pensamiento y la cognición, así como embotamiento de factores que afectan y sociales implicados en este trastorno. A través de este estudio fue posible comprender que no son características únicas para describir la conducta comunicativa de los individuos con esquizofrenia, es importante para mejorar el desarrollo social, cultural y económico de estas personas. La creación de oportunidades de comunicación para que participen en la sociedad sin duda contribuye de manera significativa en su cuidado y la formulación de programas de intervención, una tarea adecuada para el fonoaudiólogo.

Palabras clave: Comunicación. Esquizofrenia. Salud Mental. Fonoaudiología.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da amostra	46
TABELA 2: Questionário parcial de consciência das dificuldades	47
TABELA 3: Discurso conversacional	48
TABELA 4: Interpretação de metáforas – Prova de explicação	48
TABELA 5: Evocação lexical livre	49
TABELA 6: Prosódia lingüística - compreensão	49
TABELA 7: Prosódia lingüística - repetição	50
TABELA 8: Reconto parcial da história	51
TABELA 9: Reconto integral da história	51
TABELA 10: Compreensão do texto	52
TABELA 11: Evocação lexical com critério ortográfico	52
TABELA 12: Prosódia emocional - compreensão	53
TABELA 13: Prosódia emocional - repetição	53
TABELA 14: Interpretação de atos de fala indiretos	54
TABELA 15: Evocação lexical com critério semântico	54
TABELA 16: Prosódia emocional - produção	55
TABELA 17: Julgamento semântico - identificações	56
TABELA 18: Julgamento semântico – explicações	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Objetivos dos subtestes da Bateria MAC	40
Quadro 2: Descrição das 14 tarefas da Bateria MAC	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama da distribuição das 14 tarefas da Bateria MAC por processamento comunicativo	39
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia quanto aos aspectos discursivo, pragmático, léxico-semântico e prosódico	57
---	----

SUMÁRIO

Apresentação	12
1 Introdução	15
1.1 Interfaces da Fonoaudiologia na Comunicação entre Saúde Mental e Saúde Pública	16
1.2 Alterações da Comunicação nos Transtornos Mentais	19
1.3 Esquizofrenia: Considerações Gerais e Comportamento Comunicativo	20
1.3.1 Epidemiologia	21
1.3.2 Etiologia	21
1.3.3 Subtipos da Esquizofrenia	21
1.3.4 Sintomatologia	23
1.3.5 Modalidades de tratamento	23
1.3.6 Comportamento comunicativo na esquizofrenia	25
2 Justificativa	32
3 Objetivos	34
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 Metodologia	36
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Sujeitos e caracterização do local	37
4.3 Considerações éticas	38
4.4 Instrumento de coleta de dados	38
4.5 Procedimento	42
4.6 Análise dos dados	43
5 Resultados	44
5.1 Caracterização da amostra	45
5.2 Avaliação com a Bateria MAC	46
5.2.1 Questionário sobre a consciência das dificuldades	46
5.2.2 Discurso conversacional	47
5.2.3 Interpretação de metáforas	48
5.2.4 Evocação lexical livre	49
5.2.5 Prosódia lingüística – compreensão	49
5.2.6 Prosódia lingüística – repetição	50
5.2.7 Discurso narrativo	50
5.2.8 Evocação lexical com critério ortográfico	52
5.2.9 Prosódia emocional – compreensão	52
5.2.10 Prosódia emocional – repetição	53
5.2.11 Interpretação de atos de fala indiretos	53
5.2.12 Evocação lexical com critério semântico	54
5.2.13 Prosódia emocional – produção	55
5.2.14 Julgamento semântico	55
6 Discussão	58
6.1 Caracterização da amostra	61
6.2 Aspectos discursivos	63
6.3 Aspectos pragmáticos	66
6.4 Aspectos léxico-semânticos	69
6.5 Aspectos prosódicos	71

6.6 Limitações	73
7 Considerações Finais	75
8 Referências Bibliográficas.....	78
Apêndice	86
Anexos	88

A construção desta investigação se deu ao longo de um trajeto de formação profissional em fonoaudiologia, perpassados pela inserção em grupos multiprofissionais de saúde. Desde o primeiro ano de graduação, senti a necessidade de buscar por outros caminhos, caminhos estes, além dos percorridos na grade curricular do curso de fonoaudiologia. Percebi que me identificava com pessoas e me interessava na melhor maneira de me relacionar com elas, assim, decidi procurar outras experiências a fim de construir a forma mais adequada de me relacionar com meus futuros pacientes/clientes. A fonoaudiologia enquanto ciência que estuda a comunicação tornou-se a principal ferramenta para este objetivo, e dessa maneira, o percurso da minha formação deu-se através de diversas vivências. Vi na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto a possibilidade de vivenciar estas diferentes experiências, e foi lá que comecei a realizar outras atividades, desde a participação em grupos de humanização hospitalar até o início da participação na Liga de Psiquiatria, em 2007, por meio da qual tive a oportunidade de realizar trabalhos de extensão, dentre eles, o projeto “Psiquiatria em Sintonia”, que me inseriu na saúde mental.

O Projeto Psiquiatria em Sintonia, coordenado pelo Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão e realizado pela Liga de Psiquiatria da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, realiza atividades e dinâmicas de entretenimento e interação utilizando a música como principal instrumento na Unidade Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O contato com os indivíduos diagnosticados com transtornos mentais internados durante essas atividades, inicialmente era apenas uma simples experiência extracurricular, muito diferente do que se via nos estágios curriculares do curso de fonoaudiologia. Porém, a observação destes indivíduos unida à discussão dos casos, despertou em mim um importante interesse nesta área.

Dessa forma, passei a inquietar-me com a posição que o indivíduo com diagnóstico de transtorno mental tem na sociedade, posição esta cheia de estigmas e ainda muito distante dos considerados “normais”. E comecei a refletir a respeito dos reais motivos que dificultam as interações sociais destas pessoas, principalmente dos indivíduos com esquizofrenia, sendo essas interações tão importantes na manutenção da vida em sociedade. Como resposta, utilizei dos meus conhecimentos em comunicação, do que é considerado distúrbio e dos padrões de normalidade, e passei a observar como funcionava a comunicação destes indivíduos e que esta poderia ser uma importante ferramenta para a reabilitação psicossocial dos mesmos.

Assim, decidi por realizar um estudo que descrevesse os aspectos comunicativos dos indivíduos com esquizofrenia, uma vez que, em quatro anos de atuação em saúde mental,

esses foram os que mais apresentaram alterações comunicativas e dificuldades de interação social, o que se confirmou na literatura, através da revisão bibliográfica realizada.

Porém, por não haverem estudos anteriores específicos que tratassem desta temática na fonoaudiologia, tivemos como desafio a busca por outros estudos para embasar este trabalho.

O primeiro grande desafio foi quanto ao instrumento que seria utilizado para essa avaliação, já que são escassos os estudos que avaliam todos os aspectos comunicativos em indivíduos com esquizofrenia de uma única vez. Desta maneira, optou-se por utilizar a Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC (FONSECA, 2008) que, mesmo tendo sido desenvolvida principalmente para avaliação da comunicação de indivíduos com lesão do hemisfério cerebral direito, foi citada pela autora na avaliação de pessoas com quaisquer alterações neuropsicológicas e neuropsiquiátricas, entre elas, a esquizofrenia, além de se mostrar o instrumento mais completo da língua portuguesa para avaliação dos aspectos lingüísticos desses indivíduos.

Quanto aos participantes desta pesquisa, mesmo tendo contato já há algum tempo com as pessoas internadas da Unidade de Psiquiatria de Hospital Geral, decidi realizar este estudo, já que ele se apresenta pioneiro na área da fonoaudiologia, primeiramente com os indivíduos já em processo de reabilitação psicossocial, usuários de um Núcleo de Saúde Mental, pensando em avaliar a comunicação sem interferências excessivas de medicamentos e de todas as intervenções de uma internação.

Enfim, penso neste estudo como um precursor da fonoaudiologia na área da saúde mental e espero que outros estudos sejam realizados com o objetivo principal de ampliar as diversas possibilidades de atuação do profissional fonoaudiólogo, e também como um colaborador na equipe de atuação em saúde mental, objetivando a reabilitação psicossocial do indivíduo com diagnóstico de transtorno mental, em especial, a esquizofrenia.

1 Introdução

1.1 Interfaces da Fonoaudiologia na Comunicação entre Saúde Mental e Saúde Pública

A partir da interlocução entre os saberes e práticas dos campos da ciência em fonoaudiologia, saúde mental e saúde pública, a comunicação exerce um papel importante de interface nestas áreas de produção de conhecimento. Neste trabalho, a comunicação não será simplesmente abordada mecanicamente como define o dicionário como ato ou efeito de transmitir e receber mensagens. A comunicação a ser tratada aqui interpreta comunicação como capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, de compreender o outro, de convivência, de interação social, de comunicação verbal ou não verbal.

Neste estudo apesar de usar um instrumento objetivo para caracterizar o desempenho comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (será descrito mais a diante), a fonoaudiologia entende, particularmente nesta pesquisa, que alterações orgânicas, psíquicas e/ou cognitivas podem interferir na linguagem podendo comprometer seriamente as relações sociais e causando exclusão, por outro lado o desenvolvimento da linguagem, compreendida como processo de significação contínua do mundo na relação com os outros, fica comprometido quando o indivíduo é privado da interação social (VYGOTSKY, 1991).

Em vista dessa concepção, cabe aos profissionais de saúde compreender a complexidade dos processos comunicativos, já que a comunicação é inseparável da própria estrutura sociocultural. E no caso deste objeto de estudo, cabe também pensar na saúde, ou melhor, na mente saudável como um direito à cidadania e melhores condições de vida.

Uma das ciências da saúde que tem como objeto de estudo a comunicação humana é a fonoaudiologia (DUARTE; CRENITTE; LOPES-HERRERA, 2009) que, além da comunicação, estuda ainda os processos que a torna possível como a linguagem, a cognição, a fala, a audição e também suas variações e desordens (SYLVIA; RAMÍREZ; MATIZ, 2009). Alterações na comunicação humana estão associadas a diversas patologias, porém, poucos são os dados epidemiológicos sobre as alterações da comunicação em muitas populações e serviços de saúde do Brasil, principalmente na área da saúde mental.

Apesar de ser uma ciência recente, o campo de atuação da fonoaudiologia cresce a cada dia. Entre as décadas de 70 e 80, os fonoaudiólogos, deram início às atividades no sistema público de saúde e educação, ocorrendo a sua inclusão em creches, escolas, berçários, postos, centros e unidades de saúde (CÉSAR; MAKSDUD, 2007). Pesquisas no campo da fonoaudiologia comunitária tornam-se relevantes, com o objetivo de oferecer contribuição para definir melhor o papel e lugar do fonoaudiólogo junto à promoção da saúde da população

de maneira reflexiva, consciente e atuante (PEREIRA, 1999; PENTEADO; SERVILHA, 2004). Com isso, a fonoaudiologia vem expandindo seu domínio de atuação, havendo um aumento da inserção desses profissionais na saúde pública, buscando reorganizar seus serviços que antes eram direcionados apenas à prática clínica individual em ambulatórios, consultórios e clínicas, e desenvolver novas maneiras de atuação, contemplando as necessidades do serviço público (GONÇALVES; TOCHETTO; PRIMO, 2005).

Ainda são poucos os relatos literários de atuação direta da fonoaudiologia em serviços de atendimento público ambulatorial a indivíduos com diagnóstico de transtornos mentais, o que constitui um desafio atual para os fonoaudiólogos, sendo citada apenas a presença obrigatória do profissional fonoaudiólogo na equipe mínima dos Centros de Assistência Psicossocial Infantil (CAPS-I), mas não em Núcleos de Saúde Mental ou nos outros CAPS, por exemplo, onde o público alvo é de adultos.

Se, por um lado, os ambulatórios de saúde mental foram uma importante porta de entrada para o fonoaudiólogo no sistema público de saúde, por outro, em tempos de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sua presença nas equipes ainda não está consolidada. Em 20 anos de SUS e sob a égide dos avanços da Reforma Psiquiátrica é preciso tornar consistentes também as práticas que tangem o campo da linguagem, como potencia de reabilitação psicossocial e inclusão de crianças, adolescentes e adultos acometidos por transtornos psiquiátricos de maior complexidade.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apoiada na lei 10.216/02, tem como objetivo consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Ou seja, garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pelas comunidades, e oferecer cuidados baseados nos recursos oferecidos pelas mesmas. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III) fazem parte de uma rede de serviços baseada neste modelo (BRASIL, 2001).

Outra proposta da PNSM é garantir a participação de todas as categorias profissionais envolvidas no trabalho interdisciplinar de saúde, quando do provimento do cargo de direção das unidades de saúde (BRASIL, 2001).

O campo da saúde mental é um dos mais enigmáticos do universo de intervenções em saúde, porque é o que mais evidencia as alterações no processo de comunicação (ARANHA; SILVA et al., 2000), aqui entendida como o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos (símbolos ou sinais) (SILVA, 2007).

Para inserir o fonoaudiólogo no serviço de saúde mental, é necessário verificar a prevalência de alterações fonoaudiológicas presentes nos usuários desses serviços. O trabalho em saúde mental, formulado segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, se constitui como uma ação inclusiva, e se coloca para além de qualquer especificidade técnica do profissional envolvido. Trata-se de uma tarefa descrita explicitamente como social (BRASIL, 2006), que só pode ser realizada conjuntamente. A inserção do fonoaudiólogo na saúde mental requer um profissional comprometido com os princípios de humanização, acolhimento, vínculo e responsabilidade pelo território em que atua e pela comunidade que nele vive (BERNARDI, 2007).

Tais princípios perpassam as discussões científicas e políticas atuais no campo da saúde mental, mas não garantem mudanças nas práticas de saúde e tampouco da sociedade como um todo.

Cabe lembrar que o tema carrega o desconhecimento e o preconceito que originalmente mantiveram as pessoas com comprometimento da saúde mental segregadas do convívio social em instituições de cunho assistencialista. Aos poucos esta realidade está sofrendo avanços e pode representar futuramente uma potência de mudança oferecendo mais autonomia para o cidadão-usuário do serviço de saúde.

Os objetivos gerais do fonoaudiólogo na área de saúde mental são: promover e manter a comunicação funcional do indivíduo com patologia psiquiátrica; (re) habilitar o usuário em seus aspectos comunicativos e cognitivos para que possa integrar-se a ambientes sociais, familiares, acadêmicos e profissionais; reduzir o impacto social da psicopatologia psiquiátrica nas interações do indivíduo; permitir a inclusão social por meio do estabelecimento de um bem estar comunicativo; criar com o usuário uma empatia que ajude no processo terapêutico e oferecer um serviço de alta qualidade (GUTIÉRREZ; PIETRO; SANTOS, 2007).

Além disso, de maneira mais específica, o fonoaudiólogo atuante no serviço de saúde mental deve realizar procedimentos de detecção, avaliação, intervenção e seguimento dos indivíduos que apresentam desordens no processo cognitivo-comunicativo; desenvolver a intenção comunicativa do usuário; reorganizar os processos cognitivos e comunicativos que se tenham deteriorados; modificar e inibir comportamentos comunicativos anormais; orientar quanto à importância e funcionalidade da saúde comunicativa como elemento fundamental na manutenção da saúde mental; criar estratégias que promovam a comunicação do usuário por meio de diferentes modalidades comunicativas (audição, fala, leitura, escrita, por meio de formas lingüísticas e não lingüísticas e sinais convencionais e não convencionais); dar

estratégias de comunicação efetiva ao usuário e cuidadores que estimulem o processo de reabilitação; apoiar os processos terapêuticos multidisciplinares e ampliar possibilidades de interação por meio de modificações do ambiente do usuário (GUTIÉRREZ; PIETRO; SANTOS, 2007).

Acredita-se, neste estudo, no papel do fonoaudiólogo como construtor da interlocução que resgata o outro como sujeito efetivo de linguagem. Nesse sentido a escuta de sintomas fonoaudiológicos se amplia para a percepção de possibilidades singulares quando se estabelece um diálogo efetivo e saudável, oferecendo a oportunidade de interação social.

1.2 Alterações da Comunicação nos Transtornos Mentais

Há evidências teóricas a respeito de doenças na área de saúde mental que correlacionam com alterações nas habilidades cognitivas, comunicativas e lingüísticas, sendo escassa a informação sobre um trabalho fonoaudiológico interdisciplinar que possibilite avaliar, melhorar, manter ou reabilitar as habilidades destes indivíduos (SYLVIA; RAMÍREZ; MATIZ, 2009).

As alterações em questão, conhecidas como desordens cognitivo-comunicativas se definem como “dificuldades para assegurar condições necessárias para poder manejar informações no cérebro e para a manipulação dessa informação que será compreendida ou formulada” (CUERVO, 1999), que implicam dificuldades para desempenhar atividades laborais, acadêmicas e sociais. Em alguns casos, também são chamadas de desordens cognitivo-lingüísticas, devido ao fato de as dificuldades na capacidade de processamento e interpretação da informação (cognição) afetarem a linguagem em qualquer uma de suas modalidades (oral, escrita, leitura, audição, não verbal) e componentes (fonológico, morfológico, sintático, semântico e pragmático) (SYLVIA; RAMÍREZ; MATIZ, 2009).

Ainda segundo Sylvia, Ramírez e Matiz (2009), as desordens cognitivo-comunicativas, segundo sua origem, podem ser evolutivas, ambientais e adquiridas. Quando o indivíduo com diagnóstico de transtorno mental sofre de uma enfermidade mental que altera a sua comunicação, esta desordem cognitivo-comunicativa é competência do fonoaudiólogo, especialista em comunicação humana e em suas desordens, que a avalia e intervém quando o psiquiatra considera o encaminhamento necessário. Nesse momento, o fonoaudiólogo passa a ser integrante dentro da equipe multidisciplinar que atua no processo de reabilitação a nível cognitivo-comunicativo.

A partir do conhecimento de experiências profissionais fonoaudiológicas realizadas com indivíduos com alterações psiquiátricas e do estudo realizado em uma instituição psiquiátrica (GUTIÉRREZ; PIETRO; SANTOS, 2007), pôde-se estabelecer que nas diferentes patologias psiquiátricas estudadas, havia variações específicas dos subcomponentes linguísticos e comunicativos, observando a integridade nas funções auditivas, da fala e função orofaríngea, sendo a linguagem o componente mais afetado, especialmente nos subcomponentes semânticos e pragmáticos.

Alterações comumente observadas na prática clínica com pessoas com transtornos mentais podem envolver principalmente quatro processamentos comunicativos: discursivo, pragmático, léxico-semântico e prosódico, nos níveis compreensivo e expressivo. As alterações de produção discursiva incluem ausência de coerência, diminuição de conteúdo informativo e dificuldade com mudanças de temas, caracterizando um discurso tangencial e pouco claro (FONSECA et al., 2008a).

Dificuldade em seguir regras conversacionais, como troca de turnos comunicativos e compartilhamento de informações, em considerar adequadamente pistas contextuais para a compreensão de emissões não literais, tais como atos de fala indiretos, metáforas, humor ou sarcasmo, são algumas das alterações das habilidades pragmático-inferenciais (FONSECA et al., 2008a). Quanto aos distúrbios do processamento léxico-semântico, a autora afirma que a compreensão e a produção de palavras podem estar alteradas, principalmente quanto menor for sua frequência e concretude. Por fim, os distúrbios do processamento prosódico englobam déficits na compreensão e na produção de entonações emocionais, por exemplo, fala com entonação diminuída ou ausente ou a não distinção adequada das entonações linguísticas (FONSECA et al., 2008a).

Das alterações de comunicação observadas nos transtornos mentais na prática clínica, as que mais chamam a atenção ocorrem geralmente em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Para compreender a doença eleita como objeto de investigação deste estudo será discutido brevemente a partir de agora o conceito de esquizofrenia, prevalência e comportamento comunicativo e na sociedade.

1.3 Esquizofrenia: Considerações Gerais e Comportamento Comunicativo

A esquizofrenia é um transtorno mental grave caracterizado classicamente por alucinações e delírios, transtornos de pensamento, alterações na fala, perturbação das emoções

e do afeto, déficits cognitivos e avolição (SILVA, 2006). O termo “esquizofrenia” (esquizo=divisão, phrenia=mente) foi criado por Bleuler (1857-1939) que substituiu o termo demência precoce na literatura adotado por Kraepelin (1856-1926).

1.3.1 Epidemiologia

A esquizofrenia é considerada uma doença que acomete, em sua maioria, adultos jovens (MATOS et al., 2003). A prevalência relatada da esquizofrenia é variável, uma vez que diversos estudos têm usado diferentes métodos de determinação. As pesquisas epidemiológicas deste transtorno não permitem avaliar a incidência em consequência da reduzida taxa anual de morbidade, pois os estudos são em menor número por serem mais trabalhosos (ROCHA, 2007), porém estima-se um número entre 0,1 e 0,7 por mil habitantes a cada ano (SILVA, 2006). Quanto à prevalência, o número de estudos é mais elevado, com a taxa de prevalência da esquizofrenia ao redor de 0,9-11 por mil habitantes (SILVA, 2006). A idade de início da doença nos homens parece ser mais precoce do que nas mulheres, podendo manifestar-se aproximadamente 3 a 5 anos antes do que na mulher, com idades de pico de surgimento da doença entre 15 e 35 anos (ROCHA, 2007). Além disso, as mulheres apresentam um prognóstico melhor do que os homens, com uma tendência para manifestação dos sintomas positivos, enquanto os homens apresentam os sintomas negativos mais freqüentemente (D’AMATO; ROCHET, 2001, apud ROCHA, 2007).

1.3.2 Etiologia

As causas da esquizofrenia ainda não foram desvendadas, porém há uma anuência em relacionar as alterações presentes no quadro do indivíduo esquizofrênico com componentes genéticos e biopsicossociais (SILVA, 2006; ROCHA, 2007; TIZÓN et al., 2010; AGUILAR-VALLES, 2011). Além disso, alterações anatômicas e fisiológicas cerebrais e influência de fatores pré e perinatais também podem influenciar no desenvolvimento do transtorno (ROCHA, 2007; AGUILAR-VALLES, 2011).

1.3.3 Subtipos da Esquizofrenia

Para fins deste estudo, será considerada a classificação do DSM-IV-TR, que busca descrever de maneira mais específica, as diferenciações da esquizofrenia que podem ser encontradas na prática clínica. Os subtipos da esquizofrenia são definidos pelos sintomas

predominantes no momento da avaliação e pela história clínica do indivíduo. São eles: paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual.

A seguir serão apresentadas as características que completam o quadro nosológico dos subtipos, de acordo com a terminologia usada pela American Psychiatric Association (2002):

O subtipo F20.0 – Paranoide é manifestado pela presença de delírios ou alucinações auditivas com relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. Os delírios são, em geral, de grandeza ou persecutórios, podem ser múltiplos, mas geralmente apresentam um único tema coerente, assim como as alucinações. A violência e o comportamento suicida podem estar presentes devido à presença de delírios persecutórios e da união destes à raiva. Além disso, a ansiedade, o afastamento e a tendência a discussões são comportamentos freqüentes. O prognóstico pode ser consideravelmente melhor do que para os outros tipos de esquizofrenia, principalmente no funcionamento ocupacional e na capacidade de vida independente (APA, 2002).

O subtipo F20.1 – Desorganizado ou Hebefrênico apresenta discurso e comportamento desorganizados e afeto embotado ou inadequado. No discurso, é comum observar risos fora do contexto e a desorganização do comportamento pode levar a alteração da capacidade de executar as atividades de vida diária. Os sintomas psicóticos, caso presentes, são fragmentados e desorganizados em temas variados. São aspectos geralmente presentes os trejeitos faciais, maneirismos, descuido da aparência, entre outros, além de prejuízos neuropsicológicos e cognitivos (KAPLAN; SADOCK, 1990; APA, 2002).

No subtipo F20.2 – Catatônico, além dos critérios para esquizofrenia, ocorre uma perturbação psicomotora acentuada, que pode ser caracterizada por imobilidade (cataplexia) ou excesso de atividade motora (desprovida de sentido e sem influência externa) e peculiaridades dos movimentos voluntários e ecopraxia, além de ecolalia e até mutismo.

O subtipo F20.3 – Indiferenciado ocorre quando é manifestado o sintoma principal para a caracterização da esquizofrenia, porém com ausência de todos os critérios necessários para caracterizar qualquer um dos outros subtipos (paranoide, desorganizado e catatônico) (APA, 2002). Neste caso, estão enquadrados alguns indivíduos com esquizofrenia em fase aguda e alguns inertes e crônicos (KAPLAN; SADOCK, 1990; FRANCES; ROSS, 2001; APA, 2002).

Já o subtipo F20.5 – Residual é descrito quando tiver ocorrido pelo menos um episódio de esquizofrenia, mas o quadro clínico atual apresenta, com maior proeminência, os sintomas negativos (embotamento afetivo, pobreza no discurso ou avolição), sendo mais raros

os sintomas de delírio, alucinação e discurso ou comportamento desorganizados (APA, 2002). O curso deste tipo é crônico ou subcrônico (KAPLAN; SADOCK, 1990).

1.3.4 Sintomatologia

Os sintomas da esquizofrenia se caracterizam por um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais, incluindo a percepção, o pensamento, a comunicação, o comportamento, o afeto, a vontade e a produção do pensamento e do discurso, porém qualquer um desses sintomas, se observado isoladamente, não assegura a presença do transtorno (ROCHA, 2007).

A classificação da esquizofrenia definida por Crow (1980) é talvez a mais conhecida. O autor propôs uma categorização da esquizofrenia em subtipos I e II ou positivo/negativo. Segundo ele, os dois tipos podem refletir dois processos patológicos etiológica e prognosticamente distintos. Os principais sintomas da síndrome positiva são alucinações e delírios e da síndrome negativa são o embotamento afetivo e a pobreza do discurso (SILVA, 2006).

Apesar dos sintomas negativos serem considerados menos excêntricos que os positivos, eles são a causa primária dos problemas relacionados com o funcionamento social e a comunicação (NOLAN-HOKSEMA, 1998). Os sintomas negativos incluem a apatia, a desmotivação, a redução do nível de atividade, o retardamento psicomotor, a pobreza do discurso, o descuido com a aparência, os problemas de atenção e concentração, a redução da consciência social, entre outros (KAPLAN; SADOCK, 1990; SNOWDEN; MOLDEN; DUDLEY, 2002; SILVA, 2006). Indivíduos com predomínio dos sintomas negativos têm menos aquisições acadêmicas, menor sucesso na obtenção de emprego, menor desempenho em tarefas cognitivas e têm pior prognóstico do que aqueles que apresentam maior sintomatologia dos sintomas positivos (ANDREASEN et al., 1990 apud ROCHA, 2007).

Assim, as perturbações no processo de socialização do indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia estão mais destacadas na sintomatologia negativa da doença e, considerando-se que a comunicação é resultado de um processo de socialização do ser humano, pode-se prever que esta estará mais prejudicada nos indivíduos com manifestação desses sintomas.

1.3.5 Modalidades de tratamento

Há diversas modalidades terapêuticas disponíveis no tratamento das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Para definir o melhor tratamento é importante considerar que o

planejamento terapêutico deve ser moldado segundo as necessidades específicas de cada pessoa (KAPLAN, 1997; DALGALARRONDO, 2000).

A esquizofrenia, por ser um transtorno mental complexo, exige um tratamento completo, que apresente enfoque terapêutico nas diversas vertentes existentes, sendo os principais os tratamentos somáticos e os psicossociais. Assim, como agentes farmacológicos devem ser usados para tratar de possíveis alterações químicas ocasionadas pelo transtorno, estratégias não-farmacológicas devem abordar questões não-biológicas (KAPLAN, 1997).

Os tipos de tratamento psicológicos incluem: psicoterapia individual e terapia de grupo, entre outros (TOWNSEND, 2002). Porém, para a maior parte dos indivíduos, o tratamento contínuo deve ser realizado na comunidade e não no hospital, pois muitos desses indivíduos apresentam prejuízo moderado a grave no funcionamento social e necessitam de intervenções enquanto estão na comunidade (APA, 2002). Deste modo, a reabilitação também pode ser realizada por meio do treinamento das habilidades sociais, que é definido pela utilização de técnicas comportamentais que permitem adquirir habilidades importantes para a satisfação de demandas interpessoais, de autocuidados e de enfrentamento da vida em comunidade (APA, 2002).

Entretanto, neste trabalho dar-se-á enfoque à psicofarmacologia, pois se trata da modalidade terapêutica mais abordada no local do estudo.

Dentre as medicações utilizadas no tratamento destes indivíduos, possuem maior importância para este estudo, os antipsicóticos, que, por conta de possíveis efeitos colaterais, podem ocasionar consequências negativas para a comunicação dos mesmos.

As drogas antipsicóticas, também denominadas neurolépticos ou tranquilizantes maiores, são eficazes no tratamento das manifestações agudas e crônicas da esquizofrenia, assim como no controle dos sintomas esquizofrênicos (TOWNSEND, 2002). São vários os efeitos colaterais dessas drogas, sendo desagradáveis e até mesmo perigosos. Os efeitos colaterais mais comuns incluem manifestações anticolinérgicas (boca seca, vista turva, constipação intestinal, retenção urinária), náuseas, sedação, sintomas extrapiramidais (pseudoparkinsonismo, acinesia, acatisia, distonias), discinesia tardia, entre outros (TOWNSEND, 2002).

Deve-se considerar que os efeitos colaterais das medicações utilizadas no tratamento da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, podem incluir fatores que dificultam a sua comunicação.

Os antipsicóticos típicos, por exemplo, como o haldol, podem causar efeitos motores indesejáveis, claramente ligados à mobilidade oromiofacial, podendo causar alterações na expressão verbal do indivíduo (MACHADO et al., 2010). Embora os antipsicóticos atípicos também possam apresentar reações adversas que prejudiquem a comunicação adequada do indivíduo, como por exemplo a clozapina, que também pode ocasionar alterações na mobilidade oromiofacial em decorrência de hipotonia muscular (DURÃO, 2004). A risperidona é outro antipsicótico que pode trazer efeitos indesejáveis relacionados à expressão verbal, como por exemplo, a rigidez muscular em alguns casos (FOLQUITTO et al., 2010).

Os benzodiazepínicos também são psicofármacos muito utilizados na terapêutica do indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia. As pessoas que fazem uso dessas medicações, por exemplo, podem apresentar sintomas relacionados à depressão do sistema nervoso, entre eles a diminuição da atividade psicomotora, prejuízo na memória e hipotonia muscular (AUCHEWSKI, 2004). Estes são sintomas diretamente relacionados ao armazenamento e à produção da informação lingüística.

1.3.6 Comportamento comunicativo na esquizofrenia

Como já apresentado neste trabalho, a esquizofrenia é um transtorno mental que se manifesta por alterações no pensamento e dificuldades de relacionamento, entre outros sintomas, e estes estão diretamente ligados a linguagem e a comunicação. Distúrbios de pensamento e linguagem são tão intimamente relacionados que muitos aspectos do pensamento desordenado são refletidos em verbalizações inadequadas (WEINER, 1997).

Há argumentos de que pessoas institucionalizadas são mais prejudicadas quanto à sua comunicação, pois o longo tempo de institucionalização pode ser o facilitador dos déficits cognitivos nesses indivíduos devido ao ambiente pouco estimulante, ao excesso de medicação e a outros fatores que são encontrados nesses locais (HARVEY et al., 1997). No entanto há uma surpreendente estabilidade no comprometimento cognitivo de pessoas com esquizofrenia nas várias culturas e diferentes ambientes de tratamento, tornando esses dados generalizáveis para todos e não apenas para os institucionalizados (DE LEON et al., 1998).

A capacidade de comunicarmos com sucesso está relacionada, sobretudo, a capacidade de usar a linguagem para interagir com os outros, transmitindo mensagens apropriadas ao contexto da troca comunicativa (ROCHA, 2007). Além disso, também está envolvida a capacidade de relacionar o nosso modo de usar a linguagem com a forma peculiar de cada um a utilizar, pois tanto o sentido conotativo quanto o denotativo de uma mensagem estão

associados à capacidade de percepção de cada pessoa, com o objetivo de participar efetivamente numa conversação (ROCHA, 2007; SILVA, 2007).

Kasanin (1939) afirma que as peculiaridades da conduta de linguagem no indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia se originam de sua grande necessidade de um sentimento de segurança pessoal. Durante toda a existência do ser humano, a linguagem e a fala são instrumentos para obter o que se quer e isso é, de maneira geral, assegurar a satisfação do indivíduo, evitar o que não é desejável é a preservação do sentimento de segurança pessoal (KASANIN, 1939).

Segundo estudiosos, a linguagem permite ao indivíduo simbolizar o seu pensamento e decodificar o pensamento do outro (CHOMSKY, 1970; VIGOTSKY, 1979). Bloch (2003) afirma que o comportamento lingüístico é social e que as dificuldades de comunicação muitas vezes são geradas pela dificuldade de relacionamento. Assim, a linguagem é resultado de um processo de socialização do ser humano em todos os momentos em que ele é estimulado pelo meio em que vive. Nesse processo ocorrem diferentes associações e, através da linguagem, a troca de experiências e conhecimentos é facilitada, interferindo na percepção da realidade. Por esta percepção estar alterada na esquizofrenia, pode-se observar também uma alteração nos aspectos da linguagem e da comunicação dos indivíduos com esse diagnóstico, ou seja, a dificuldade de socialização pode ser um dos fatores de predisposição das alterações no comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia.

O esquizo dispõe de modos de marcação que lhe são próprios, porque dispõe primeiramente de um código de registro particular que não coincide com o código social, ou que só coincide para fazer sua paródia. O código delirante, ou desejante, apresenta uma extraordinária fluidez (DELEUZE; GUATTARI, 1976, p. 31).

Chomsky (1970) afirmava que linguagem e pensamento estão diretamente relacionados e que o estudo da linguagem contribui consideravelmente para a compreensão do raciocínio humano. Neste contexto, Vigotsky (1979) chama a atenção para a importância de se compreender a inter-relação entre o pensamento e a palavra, considerando este um processo vivo e dinâmico. Ele afirma que o discurso dá forma à consciência, e que cada palavra não remete a um único objeto, mas sim que é uma generalização e dessa maneira torna-se um pensamento (VIGOTSKY, 1979). Assim, os significados das palavras são construídos, eles não são independentes do pensamento e pertencem ao campo mental e sócio-cultural (VIGOTSKY, 1979).

Há evidências significativas de que a esquizofrenia envolve uma ruptura primária da linguagem, apesar de serem pouco claros os processos que possibilitam dissociar as perturbações da linguagem das perturbações do pensamento (WALDER et al., 2006). Essa idéia ocorreu por meio de estudos a respeito de alterações na lateralização da linguagem, sugerindo que a esquizofrenia está associada a uma redução da lateralização da linguagem para o hemisfério esquerdo, e também por estudos que indicam variações estruturais e funcionais do cérebro em regiões relacionadas com funções da linguagem (MITCHELL; CROW, 2005; WALDER et al., 2006).

É relativamente comum encontrar disfunções verbais na esquizofrenia (LIBERMAN, 1991), sendo que, na prática clínica, as inferências sobre o pensamento estão primordialmente baseadas no discurso do sujeito (ROCHA, 2007). O discurso no indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia é de tal importância, que a desorganização do discurso é critério com valor diagnóstico, de acordo com a classificação do DSM-IV-TR (APA, 2002; COELHO; PALHA, 2006). Dessa maneira, muitos fatores relacionados ao diagnóstico de esquizofrenia são expressos através da linguagem (MITCHELL; CROW, 2005).

Picardi (1997) aponta que lingüistas como Schwartz (1982), Dascal (1988), Boller (1982), tomam como modelo a linguagem ‘normal’ e passam a buscar no que eles denominam de linguagem ‘esquifzofrênica’ tudo aquilo que seja um desvio do padrão de normalidade estabelecido com o objetivo de provar que existe um déficit lingüístico e cognitivo na linguagem esquifzofrênica.

Picardi (1997) refere que nos estudos psiquiátricos, alguns indivíduos apresentam uma fala “normal” até o primeiro surto e que após o primeiro episódio, nunca mais falam “normalmente”, mas manifestam uma “fala esquifzofrênica”. Os médicos identificaram rótulos na fala do indivíduo com esquizofrenia como linguagem patológica, uma vez que a linguagem, enquanto instrumento de expressão, é tida como mal usada por esses indivíduos, na medida em que se verificam alterações no pensamento e na cognição (BRITO; CAVALCANTE, 2012).

É a dificuldade de apontar causas orgânicas que justifiquem a sintomatologia esquifzofrênica (diferentemente dos sintomas da afasia, em que é possível verificar lesões) que leva à solicitação de um possível “déficit cognitivo” que estaria localizado no processamento de informação e de conteúdo, conseqüentemente, na apresentação do discurso (BRITO; CAVALCANTE, 2012).

No déficit lingüístico, a alteração estaria localizada na forma, ou seja, as sentenças seriam malformadas, truncadas e faltariam elos coesivos; já no déficit cognitivo, o problema seria no conteúdo, o qual seria incoerente e confuso (BRITO; CAVALCANTE, 2012).

Bowie e Harvey (2008) afirmam que as dificuldades de comunicação na esquizofrenia assumem diversas formas, que poderiam ser associadas às duas categorias de transtornos de pensamento citadas anteriormente: positivo e negativo. O primeiro é caracterizado por discurso desorganizado, no qual ocorre a redução do conteúdo expresso em palavras ou frases, respostas inadequadas a perguntas e desconexão com a realidade, e no segundo, ocorre redução da produção verbal. Os estudos de Bowie e Harley (2008) quanto aos distúrbios da comunicação em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia crônica indicaram que a redução da produção verbal e o discurso desorganizado foram persistentes e funcionalmente incapacitantes, na medida em que prejudicaram a sociabilidade desses indivíduos.

Em um estudo de revisão, Silva (2006) refere características de alterações de linguagem e fala presentes em indivíduos com esquizofrenia: a linguagem e o discurso desordenados descarrilamento, tangencialidade, neologismos, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, pressão da fala, fuga de idéias e fala retardada ou até mesmo o mutismo. Ainda segundo a autora, pessoas com esquizofrenia demonstram um déficit cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles normais em uma variedade de testes cognitivos, apresentam múltiplos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais, sendo mais proeminentes os déficits em atenção, memória e resolução de problemas.

De maneira mais específica, muitos estudos afirmam que freqüentemente as pesquisas de linguagem na esquizofrenia têm sido referenciadas principalmente nos aspectos morfossintáticos da fala (FERREIRA, 2010; KUPERBERG; CAPLAN, 2003; MANSCHRECK et al., 1984).

A pesquisa de Covington et al. (2005), afirma que nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, em geral, a fonética está alterada com presença de entonação monótona e alterações da qualidade vocal, embora os aspectos da estrutura fonológica, morfológica e sintática se mantenham normais ou quase normais (COVINGTON et al., 2005).

Outros autores afirmaram ter encontrado alterações também nesses aspectos citados acima. Em relação à componente semântica e sintática da linguagem, Kraepelin em 1913 já referia dificuldades na construção de frases na descrição clínica da esquizofrenia. O autor

observou que a fala destes indivíduos apresentava em geral um estilo telegráfico e muitas vezes uma ausência da construção das orações, resultando em incoerência (KRAEPELIN, 1913). Alguns estudos indicam que há maior simplificação sintática em pessoas que apresentam mais sintomas negativos do que positivos, e outros mostram que a complexidade sintática diminui com a deterioração crônica do indivíduo (COVINGTON et al., 2005).

Quanto ao léxico, este está claramente afetado, sendo freqüente a ocorrência de neologismos e parafasias (KUPERBERG; CAPLAN, 2003). Existem estudos que mostram que as pessoas com esquizofrenia tendem a usar um vocabulário mais restrito, resultando em pobreza do discurso (MANSCHRECK et al., 1984).

Na componente prosódia, também estão publicados alguns estudos que discutem o embotamento afetivo característico da sintomatologia da esquizofrenia como causador da diminuição da expressão das emoções o que pode trazer alterações também na prosódia.

As alterações prosódicas na comunicação dos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia manifestam-se com o aumento das pausas e hesitações (COVINGTON et al., 2005), com entonações vocais monótonas, fraca qualidade vocal, e por uma fala lentificada, que se repercute negativamente no relacionamento interpessoal (ROCHA, 2007). Embora exista referência que indica que em relação ao ritmo do discurso falado do esquizofrênico, pode-se verificar uma inibição até ao mais completo mutismo em alguns casos, assim como um discurso abundante com ritmo acelerado (MATOS et al., 2003).

Esses achados vão ao encontro do ponto de vista clínico, no qual, no nível expressivo, observa-se uma entonação monótona nos indivíduos, devido a um achatamento de curva prosódica. Essa população tende a produzir padrões de entonação emocional caracterizados por uma importante redução das variações de tonalidade além de pausas inadequadas entre as palavras. Por essa dificuldade em modular a tonalidade, eles podem apresentar déficits na transmissão de mensagens lingüísticas (PELL, 1999). Já no nível receptivo, os indivíduos podem apresentar dificuldades em compreender a intenção comunicativa transmitida pela prosódia do interlocutor. Estudos avaliaram o nível receptivo da prosódia em um processo no qual, quando os indivíduos com esquizofrenia foram submetidos a uma tarefa de compreensão da prosódia emocional, a identificação do sentimento transmitido parecia ser inadequada se a frase ouvida tivesse um conteúdo lingüístico neutro (TOMPKINS; MATEER, 1985; WALKER; DAIGLE, 2000). Os déficits prosódicos englobam a prosódia emocional de maneira mais acentuada, mas o prejuízo também é notado no processamento da prosódia lingüística (ROCHA, 2007).

No que se refere aos componentes pragmáticos, um estudo de Insúa, Grijalvo e Huici (2001) mostra que as pessoas com esquizofrenia utilizam em geral a linguagem de uma forma adequada, embora, de uma maneira não muito prática, ou seja, constroem mensagens que não sustentam de forma adequada as necessidades comunicativas de seus interlocutores (apresentam referências ambíguas ou implícitas que deveriam ser explícitas, não respeitam a ordem lógica de apresentação das informações solicitadas pelos ouvintes e são menos coesos que o necessário). Assim, esses autores concluem que os indivíduos com esquizofrenia fazem um mau uso das regras lingüísticas da codificação textual, produzindo textos anômalos justo do tipo de indicadores lingüísticos que fazem referencia a competência pragmática.

Uma das dimensões discursivas do déficit pragmático nos indivíduos com esquizofrenia é a falta de eficiência comunicativa, que, unida aos prejuízos progressivos das atividades da neurocognição e da vida afetiva presentes nas pessoas com esse diagnóstico, configuram os maiores problemas que geram esse sofrimento em suas diversas etapas (ROCHA, 2007). Estas são razões pelas quais há a necessidade de incluir o contexto comunicativo nas avaliações do quadro dessas pessoas, já que somente assim o desempenho lingüístico pode ser devidamente analisado.

Nos indivíduos com esquizofrenia ocorre um déficit na competência pragmática da linguagem, possivelmente devido ao déficit do processamento controlado da informação (ANDREASEN, 1979). Nos estudos de Durán e Figueroa (2009), pode-se comprovar a existência de maior alteração nas funções pragmáticas dos indivíduos com manifestação crônica do que nos de primeiro surto. Os crônicos podem comunicar-se de um modo ineficaz devido a não considerarem seus interlocutores e as necessidades informativas deles (ANDREASEN; GROVE, 1986). Os indivíduos esquizofrênicos de primeiro surto tem um melhor desempenho comunicativo, contudo, o discurso é pobre, sem espontaneidade, tendendo a utilização de estruturas sintáticas extremamente concisas (AUSTIN, 1982).

Acredita-se que os esquizofrênicos crônicos apresentam maiores problemas pragmáticos nas tarefas comunicativas que requerem maior atenção. A utilização de estruturas gramaticais de maior complexidade impede que eles centrem sua atenção nas necessidades informativas do interlocutor, e não considerem o contexto (BELINCHÓN, 2003). O desempenho do indivíduo com esquizofrenia crônica ou de primeiro surto, torna-se ineficaz quando o número de elementos verbais aumenta.

Avaliar a presença ou não de alterações comunicativas em indivíduos com diagnóstico de transtornos mentais, principalmente de esquizofrenia, torna-se importante porque a

dinâmica comunicativa do sujeito decorre de interações com o outro e da experiência social vinculada pela linguagem, pois o relacionamento interpessoal está intimamente ligado aos processos de comunicação (LEÃO; FLUSSER, 2008). Nesse cenário, emerge a importância da comunicação na manutenção da vida em sociedade para os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Na articulação com a clínica, a comunicação evidencia-se como o componente central na saúde mental: é pela comunicação com os demais que as perturbações podem ser percebidas e o tratamento psiquiátrico deve ter como objetivo central o restabelecimento da comunicação efetiva (ARANHA; SILVA et al., 2000).

Sendo assim, pretende-se contribuir com esse estudo para um melhor direcionamento quanto ao tipo de assistência fonoaudiológica que pode ser prestada e oferecer também, uma contribuição para futuras pesquisas em fonoaudiologia no âmbito da saúde mental, especialmente relacionada a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Dada a escassa investigação desenvolvida no Brasil sobre este tema, e considerando-se a crescente projeção do mesmo, decidiu-se investigar o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial.

2 Justificativa

Este estudo se justifica por tratar de um aspecto extremamente importante na assistência aos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, que é sua comunicação. O comportamento comunicativo adequado torna-se um facilitador da interação, possibilitando melhores resultados no relacionamento interpessoal, que, como já se sabe, geralmente está muito prejudicado nesses indivíduos.

Então, conhecer e avaliar seus comportamentos comunicativos permite desenvolver metodologias assistenciais adequadas, principalmente para os que utilizam serviços de saúde mental, na busca da reabilitação psicossocial.

O trabalho contribui para a área da psiquiatria e da saúde mental, pois fortalece a participação da fonoaudiologia nessas áreas, participação esta ainda pequena, portanto, o avanço se dará, acredita-se, a partir de trabalhos desta natureza, avaliando-se as possíveis alterações nos aspectos comunicativos de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, abrindo possibilidades para intervenções inéditas, certamente trazendo benefícios para sua reabilitação psicossocial e criando novas oportunidades de atuação fonoaudiológica.

3.1 Objetivo geral

Descrever o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial.

3.2 Objetivos específicos

Descrever o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, quanto aos aspetos discursivos, pragmáticos, léxico-semânticos e prosódicos.

Correlacionar os possíveis déficits de cada aspecto comunicativo descrito com as características pessoais dos referidos indivíduos.

4.1 Tipo de estudo

Estudo de caráter quantitativo descritivo exploratório, onde se propõe coletar descrições detalhadas de variáveis existentes e usar os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde. Este desenho é usado por investigadores para buscar informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou, ainda, sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Sujeitos e caracterização do local

Participaram do presente estudo 50 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, de ambos os sexos, sendo 59% do sexo masculino e 41% do sexo feminino, com faixa etária entre 19 e 75 anos, com, no mínimo, dois anos de escolaridade, usuários de um Núcleo de Saúde Mental (NSM).

O NSM foi fundado no ano de 2000 e é vinculado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – CSE/FMRP-USP. Pertence ao Sistema Único de Saúde – SUS, que prioriza exclusivamente a assistência, o ensino e a pesquisa. É um Núcleo especializado em atendimento ambulatorial, com sua equipe de atendimento composta por três médicos, um enfermeiro, dois médicos residentes na área de psiquiatria, um auxiliar de enfermagem, um psicólogo e uma auxiliar de limpeza, que oferecem assistência em saúde mental gratuita à população da Região Oeste do município de Ribeirão Preto.

Os serviços prestados pelo NSM se constituem em consultas médicas agendadas e eventuais, consultas de psicoterapia, consultas de enfermagem, medicação supervisionada para alguns usuários com dificuldades na adesão do tratamento medicamentoso e também visitas domiciliares realizadas por alunos estagiários de graduação em enfermagem e alunos de pós-graduação quando de interesse, relacionado à pesquisa que desenvolve.

Atualmente o NSM tem cadastrado 1281 usuários, com diferentes diagnósticos de transtornos mentais, que chegam referenciados da atenção básica, contra-referenciados da atenção terciária, ou ainda transferidos dos outros serviços também de nível secundário em saúde mental, quando passa a residir na área de abrangência do Núcleo.

Atualmente, o serviço é oferecido em uma casa com salas de atendimento adequadas, inclusive para o desenvolvimento do presente estudo. Além disso, elas também são utilizadas para o desenvolvimento de atividades e/ou grupos com os usuários.

O NSM foi escolhido como local do estudo por se constituir no único núcleo de prestação de serviços de saúde mental com essas características do município, por estar localizado na região mais populosa do mesmo (cerca de 170 mil habitantes, correspondendo a 25% da população total), e, também, por constituir campo de ensino aos alunos de graduação e pós-graduação de Unidades de ensino da Universidade de São Paulo, incluindo a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

4.3 Considerações éticas

O projeto do presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Protocolo nº 1438/2011, atendendo às normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 2).

Não eram esperados riscos provenientes de todo o procedimento deste estudo. Quanto aos benefícios, esta pesquisa buscou alertar os usuários participantes a se atentarem à importância da comunicação no favorecimento da socialização bem como para o resgate de sua auto-estima e de seus familiares. Buscou também mostrar a importância da atuação fonoaudiológica nos serviços de saúde mental, no sentido de oferecimento de um atendimento mais completo e humanizado ao usuário desses serviços, auxiliando, ainda, a equipe multiprofissional nas questões de esclarecimentos diagnósticos, contribuindo, assim, na elaboração de condutas gerais mais adequadas.

Relativo às alterações no comportamento comunicativo, aos usuários que apresentaram tais alterações foi realizada uma orientação individual, tanto ao usuário, propriamente, quanto ao seu familiar, de acordo com os aspectos lingüísticos alterados, de possíveis estratégias simples facilitadoras, para otimização de sua comunicação, tais como: orientações de leituras e audição de música, narração de histórias, ingresso em grupos na comunidade objetivando interações sociais, entre outras.

4.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta dos dados para a avaliação da comunicação foi realizada utilizando-se a Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC, versão do Protocolo MEC (JOANETTE; SKA; CÔTÉ, 2004) adaptado ao português brasileiro por Fonseca et al.

(2008a). A Bateria MAC é composta por Manual de Aplicação e Pontuação, Livro de Estímulos e o Protocolo de Registros, único em anexo neste estudo (ANEXO 1).

A Bateria MAC foi elaborada com o objetivo de avaliar quatro processamentos comunicativos: discursivo; pragmático-inferencial; léxico-semântico e prosódico. Este instrumento foi desenvolvido principalmente para indivíduos com lesão no hemisfério direito, porém, pode também auxiliar na investigação de seqüelas na comunicação em quadros de traumatismo crânio-encefálico, demência, lesões frontais bilaterais, lesões de hemisfério esquerdo, psicopatologias como a esquizofrenia, entre outros.

Considerou-se que a Bateria MAC se fez um instrumento útil para atingir o objetivo deste estudo, visto que avalia aspectos comunicativos que, segundo a prática clínica, são comumente alterados em portadores de transtornos mentais, como por exemplo, a pragmática. Além disso, é um instrumento normatizado, validado e sua fidedignidade foi confirmada. Portanto, esta Bateria é o instrumento validado em Língua Portuguesa que contém os testes que mais contemplaram o objetivo proposto.

A Bateria MAC é composta por 14 tarefas: questionário sobre a consciência das dificuldades; discurso conversacional; interpretação de metáforas; evocação lexical livre; prosódia lingüística compreensão; prosódia lingüística repetição; discurso narrativo; evocação lexical com critério ortográfico; prosódia emocional compreensão; prosódia emocional repetição; interpretação de atos de fala indiretos; evocação lexical com critério semântico; prosódia emocional produção; julgamento semântico. Na Figura 1, observa-se a distribuição das tarefas conforme os processamentos que avaliam. O objetivo de cada subteste é descrito no Quadro 1 e as tarefas da Bateria MAC encontram-se descritas brevemente no Quadro 2.

Figura 1: Diagrama da distribuição das 14 tarefas da Bateria MAC por processamento comunicativo

Tarefas	Objetivos
Questionário sobre a consciência das dificuldades	Investigar a consciência dos distúrbios de linguagem e o seu impacto na vida cotidiana dos indivíduos com lesão neurológica, ou seja, a presença de anosognosia (quadro em que o paciente não reconhece ou reconhece parcialmente suas sequelas).
Discurso conversacional	Examinar o comportamento verbal e não-verbal em situação de conversação.
Interpretação de metáforas	Verificar a compreensão da linguagem não-literal em sentenças.
Evocação lexical	Avaliar a produção de vocábulos livre, ortográfica e semanticamente.
Prosódia lingüística	Investigar a compreensão e reprodução repetida de afirmação, interrogação e ordem.
Prosódia emocional	Avaliar a compreensão e reprodução repetida e espontânea das emoções raiva, alegria e tristeza.
Discurso narrativo	Examinar o reconto e a compreensão de uma narrativa.
Interpretação de atos de fala indiretos	Averiguar a compreensão não-literal da intenção de interlocutores em situações comunicativas.
Julgamento semântico	Analisar a habilidade de identificar e explicar relações semânticas entre duas palavras.

Quadro 1: Objetivos dos subtestes da Bateria MAC

Processamento comunicativo	Tarefa	Descrição
Prosódico	Prosódia linguística	Compreensão (/12) 12 sentenças pré-registradas em áudio. O paciente identifica a entonação com apoio em três Figuras: afirmação, pergunta e ordem.
		Repetição (/12) Mesmos estímulos da anterior. Repetem-se as sentenças.
	Prosódia emocional	Compreensão (/12) 12 sentenças pré-registradas em áudio. O paciente identifica a entonação com apoio em três faces indicando: raiva, tristeza e alegria.
		Repetição (/12) Mesmos estímulos da anterior. Repetem-se as sentenças. Produção (/18) 9 curtos textos com situações comunicativas induzindo a uma emoção (3 situações – alegria, tristeza e raiva, com 3 sentenças-alvo). O paciente produz oralmente a sentença alvo com a entonação apropriada.
Léxico-semântico	Livre	O paciente diz o máximo possível de palavras em dois minutos e meio.
	Evocação lexical	Com critério ortográfico O paciente diz o máximo possível de palavras que começam com a letra “p” em dois minutos. Com critério semântico O paciente diz o máximo possível de vocábulos que seja roupa em dois minutos.
	Julgamento semântico (/24)	24 pares de palavras, 12 com e 12 sem relação semântica categorial. O paciente indica se há ou não relação semântica, e caso haja, explica qual é essa relação.
Discursivo	Discurso conversacional (/34)	Conversação por 10 minutos entre paciente e examinador por dois tópicos diferentes; análise sistemática de 17 variáveis comunicativas.
	Discurso narrativo (/13)	Narrativa com 5 parágrafos, recontada parágrafo por parágrafo e de modo integral, com 12 questões de compreensão, solicitação de título e análise de processamento de inferências.
Pragmático	Interpretação de metáforas (/40)	20 metáforas: 10 metáforas novas (não lexicalizadas) e 10 expressões idiomáticas (lexicalizadas). O paciente explica cada sentença e responde a uma questão de múltipla escolha (alternativas de explicação).
	Interpretação de atos de fala indiretos (/40)	20 situações: 10 com um ato de fala direto e 10 com um indireto. O paciente explica a intenção do interlocutor e responde a uma questão de múltipla escolha (alternativas de explicação).
Consciência das dificuldades	Questionário sobre a consciência das dificuldades (/7)	7 questões do tipo sim-não sobre a consciência do paciente das suas possíveis sequelas.

Quadro 2: Descrição das 14 tarefas da Bateria MAC

A Bateria MAC também vem acompanhada por uma triagem dos distúrbios comunicativos que complementa o exame da comunicação. A triagem é composta por uma

questão aberta e 15 questões de sim e não que investigam as modificações do padrão comunicativo do indivíduo, pela consulta a um familiar, amigo e/ou cuidador que faça uma comparação da comunicação do indivíduo pré-lesão e pós-lesão.

Este instrumento, na versão brasileira, Bateria MAC, foi validado quanto ao conteúdo, aparência, confiabilidade e também foi validado clinicamente com 300 indivíduos não lesados, de 19 a 75 anos de idade, com 2 a 35 anos de escolaridade (FONSECA, 2008b).

No manual de aplicação e pontuação, há normas detalhadas de como aplicar, registrar e interpretar cada tarefa. Foi estabelecido um ponto de alerta para cada grupo normativo: três grupos etários (19-39 anos, 40-59 anos e 60-75 anos), subdivididos em dois grupos de escolaridade (2-7 anos de estudo e 8 anos ou mais).

Cada avaliação teve durabilidade de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, sendo realizadas em um mesmo dia com intervalos quando necessário ou em duas sessões de acordo com a necessidade de cada sujeito.

4.5 Procedimento

Inicialmente, foi realizado um levantamento geral nos arquivos do NSM onde se realizou uma busca no sentido de verificação do número de usuários cadastrados e seus diagnósticos, o que totalizou um número de 1281 usuários.

Posteriormente, foram extraídos deste levantamento todos os prontuários dos usuários com diagnóstico de esquizofrenia, o que totalizou um número de 231 usuários, constituindo-se, assim, no total da amostra que poderia ser incluída no estudo.

A Bateria MAC oferece um manual de aplicação e pontuação, suficientes para sua utilização. Como no presente estudo a aplicabilidade foi realizada pela própria pesquisadora, entendeu-se como necessário a realização de um treinamento adicional para a aplicação da Bateria MAC aos sujeitos do estudo. Assim, aplicou-se o referido instrumento em 5 indivíduos sem alterações neurológicas e/ou psiquiátricas diagnosticadas. Este procedimento, com finalidade de familiarização com o instrumento, foi extremamente importante para a segurança de aplicabilidade, posteriormente, com os usuários sujeitos do estudo. Então, sequencialmente, a pesquisadora aplicou também instrumento em 5 usuários do NSM com características semelhantes aos sujeitos definitivos incluídos na pesquisa, e, desta forma, completou o treinamento entendido como suficiente e oferecendo condições para o início da pesquisa.

Por ser a Bateria MAC um instrumento bastante extenso, estabeleceu-se que seria avaliado apenas um usuário por dia. Assim, com a listagem dos usuários portadores de esquizofrenia, toda vez que um deles comparecia no NSM para atendimento médico, imediatamente após a consulta médica ele era convidado para a participação na pesquisa, e, com o aceite, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e era avaliado através da Bateria MAC. Portanto, o convite foi realizado de forma individual. Esta avaliação ocorreu no próprio NSM em uma sala reservada para este fim, com programação de dias e horários, durante um período de tempo de três meses em todos os dias da semana. Aos usuários do NSM portadores de esquizofrenia que tinham sua consulta médica agendada no período estabelecido para a coleta de dados da pesquisa, constituindo-se, então, em possíveis participantes, com a finalidade de lembrança, e, aos que foram possíveis, foi feito um contato por telefone, na tentativa de garantir, assim, um número expressivo de participantes. Foi possível, assim, a inclusão dos 50 usuários conforme relatado anteriormente, sendo, então, a amostra, por conveniência.

Com a finalidade de complemento dos dados, ao final de cada avaliação era feita uma busca no prontuário do usuário participante, onde se coletou informações gerais como: nome completo do participante; sexo; estado civil; religião; escolaridade; diagnóstico e o tratamento individual e grupal estabelecido pela equipe multiprofissional do NSM.

A coleta de dados foi realizada durante três meses. Até a data da conclusão da coleta, foi registrado um número total de 1281 usuários em acompanhamento no Núcleo de Saúde Mental, destes, 231 apresentavam diagnóstico de esquizofrenia.

4.6 Análise dos dados

Para a análise dos resultados, inicialmente, foi criado um banco de dados específico para este fim. Os dados obtidos através da Bateria MAC foram transferidos para este banco com os devidos cuidados, para se evitar erros relativos a este procedimento.

Assim, os resultados foram analisados, no que diz respeito aos elementos de comunicação avaliada, através da estatística simples e descritiva, para quantificar o número de ocorrências de cada elemento, utilizando-se o Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0, e, relacionou-se também, as informações extraídas dos prontuários relativas aos dados pessoais dos participantes, possibilitando, desta forma, uma relação entre os dados obtidos através da Bateria MAC e as características dos sujeitos participantes.

Foram avaliados 50 usuários do NSM com diagnóstico de esquizofrenia, sendo 59% do sexo masculino. Todos os participantes foram avaliados após o comparecimento para retorno de consulta médica agendada no serviço em questão.

5.1 Caracterização da amostra

Em relação à caracterização da amostra, 52% eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária, a maioria dos usuários avaliados tinha idade entre 40 a 59 anos (42%), 36% tinham entre 19 a 39 anos, e a minoria (22%), apresentava idade entre 60 e 75 anos.

O nível de escolaridade da amostra apresentou-se reduzido, com 62% dos participantes avaliados apresentando nível de escolaridade com faixas variando entre 2 e 7 anos de estudo, enquanto que apenas os 38% restantes apresentaram escolaridade com 8 anos ou mais de estudo.

Quando questionados a respeito da prática de alguma religião, a maioria (68%) afirmou praticar o catolicismo, 10% eram evangélicos, seguidos de 6% espíritas. Porém, 16% dos usuários afirmaram não seguir nenhuma religião.

Quanto ao diagnóstico, o serviço em questão baseia-se nos subtipos de esquizofrenia descritos na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). A maioria (70%) era do subtipo paranoide (F20.0), seguido de 14% de indivíduos diagnosticados com subtipo residual (F20.5) e 12% com esquizofrenia indiferenciada (F20.3). Os outros subtipos de esquizofrenias descritos na CID-10 não estavam presentes no quadro diagnóstico dos indivíduos da amostra. A tabela a seguir apresenta os dados de caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, escolaridade, diagnóstico e religião.

TABELA 1: Caracterização da amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	26	52
Feminino	24	48
Faixa etária		
19-39	18	36
40-59	21	42
60-75	11	22
Escolaridade		
2-7 anos	31	62
≥ 8 anos	19	38
Diagnóstico		
F20	4	8
F20.0	35	70
F20.3	2	4
F20.5	7	14
F20.6	1	2
F20.9	1	2
Religião		
Católica	34	68
Espírita	3	6
Evangélica	5	10
Sem religião	8	16

5.2 Avaliação com a Bateria MAC

5.2.1 Questionário sobre a consciência das dificuldades

O primeiro teste da bateria (Questionário sobre a consciência das dificuldades) foi aplicado parcialmente nos participantes deste estudo. Apesar de esse questionário ser constituído de questões fechadas que fazem referência à percepção do indivíduo sobre suas habilidades de comunicação com familiares e amigos, no nível expressivo e receptivo, e ao impacto das dificuldades de comunicação na sua vida cotidiana, em seu trabalho e lazer, foi considerado que as demais questões do teste não contemplavam as reais prioridades do indivíduo com diagnóstico de transtorno mental, portanto foram aplicadas apenas as primeiras

três questões do questionário com a finalidade de caracterizar se o usuário é consciente ou não da sua dificuldade comunicativa. Como o teste não foi aplicado integralmente, a análise não foi realizada segundo o escore do instrumento, mas sim quantitativamente, por meio de estatística simples descritiva.

Na primeira questão (Você tem dificuldades de se comunicar com os outros na maioria das vezes?), 52% dos participantes responderam que sim. Na questão seguinte (Seu (sua) esposo (a) ou seus parentes entendem na maioria das vezes o que você diz?), 78% dos participantes também responderam que sim. Da mesma forma, na terceira questão (Você entende na maioria das vezes o que as outras pessoas dizem?), a maioria (82%) respondeu que sim. Portanto, segundo os próprios participantes da pesquisa, a maior parte respondeu que apresenta dificuldades de se comunicar com os outros na maioria das vezes, mas que compreende o que as pessoas dizem e é compreendida pelos parentes (Tabela 2).

TABELA 2: Questionário parcial de consciência das dificuldades

Questão	Não	Sim
Você tem dificuldades de se comunicar com os outros na maioria das vezes?	24	26
Seu (sua) esposo (a) ou seus parentes entendem na maioria das vezes o que você diz?	11	39
Você entende na maioria das vezes o que as outras pessoas dizem?	9	41

5.2.2 Discurso conversacional

O teste do discurso conversacional avalia as habilidades de comunicação verbal, expressivas e receptivas, dentro de um contexto de conversação natural. 84% dos indivíduos avaliados apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de comportamentos comunicativos desviantes na conversação. Destes, 43% estavam na faixa etária entre 19 e 39 anos, seguidos de 40% na segunda faixa etária (40 e 59 anos) e 17% com idade entre 60 e 75 anos. Em relação à escolaridade, 60% dos participantes que apresentaram comportamentos comunicativos desviantes na conversação tinham entre 2 e 7 anos de estudo (Tabela 3).

TABELA 3: Discurso conversacional

Discurso conversacional	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	18	17	7	42	25	17	42
Normal	1	4	3	8	6	2	8
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.3 Interpretação de metáforas

O teste de interpretação de metáforas avalia a capacidade de interpretar o sentido figurado ou não-literal de sentenças metafóricas. 62% dos usuários avaliados apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de compreensão da linguagem figurada ou não-literal. Destes, a maioria (48%) estava na faixa etária de 40 a 59 anos, seguidos de 42% na faixa etária de 19 a 39 anos e apenas 10% com idade entre 60 e 75 anos. Em relação à escolaridade, 58% dos avaliados que apresentaram dificuldades de compreensão da linguagem figurada ou não literal tinham entre 2 e 7 anos de estudo (Tabela 4).

Também foi observado o escore e o percentual de acertos das alternativas nesta tarefa. De um total de 20 alternativas que incluíram metáforas novas e expressões idiomáticas, foi observada uma média de acerto de 13,46, ou seja, 67,3%. Sendo a maioria, acertos nas alternativas referentes às expressões idiomáticas (7,24). Neste teste, 52% dos participantes acertaram acima de 75% das alternativas, contra 48% dos participantes que obtiveram um resultado inferior a 75% de acertos.

TABELA 4: Interpretação de metáforas – Prova de explicação

Interpretação de metáforas	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	13	15	3	31	18	13	31
Normal	6	6	7	19	13	6	19
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.4 Evocação lexical livre

O teste de evocação lexical livre avalia a capacidade de explorar a memória léxico semântica na evocação livre de palavras, sem critérios semânticos ou ortográficos. 58% dos avaliados, apresentaram um número igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de evocar palavras sem um critério pré-estabelecido. Destes, a maioria (45 %) estavam na faixa etária entre 40 e 59 anos, seguidos de 38% na faixa entre 19 e 39 anos e apenas 17% com idade entre 60 e 75 anos. Quanto à escolaridade, 59% dos usuários que apresentaram dificuldades de evocar palavras sem um critério pré-estabelecido tinham entre 2 e 7 anos de estudo (Tabela 5).

TABELA 5: Evocação lexical livre

Evocação lexical livre	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	11	13	5	29	17	12	29
Normal	8	8	5	21	14	7	21
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.5 Prosódia lingüística – compreensão

O teste de prosódia lingüística – compreensão, avalia a capacidade de perceber e identificar os padrões de entonação lingüística (afirmativa, interrogativa e imperativa). 42% dos avaliados apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de repetir entonações lingüísticas. Destes, a maioria (38%), tinha entre 19 e 39 anos, 33%, entre 40 e 59 anos e 29% estavam na faixa etária entre 60 e 75 anos. 76% dos participantes que apresentaram dificuldades de repetir entonações lingüísticas estavam na faixa de escolaridade mais baixa (entre 2 e 7 anos de estudo). A tabela 6 apresenta todos os dados referentes a este teste.

TABELA 6: Prosódia lingüística – compreensão

Prosódia lingüística – compreensão	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	8	7	6	21	16	5	21
Normal	11	14	4	29	15	14	29
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.6 Prosódia lingüística – repetição

O teste de prosódia lingüística – repetição, avalia a capacidade de reproduzir oralmente os padrões de entonação lingüística (afirmativa, interrogativa e imperativa). 38% dos avaliados apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de repetir entonações lingüísticas. Destes, a maioria (42%), tinha entre 19 e 39 anos, 32%, entre 40 e 59 anos e 26% estavam na faixa etária entre 60 e 75 anos. 79% dos participantes que apresentaram dificuldades de repetir entonações lingüísticas estavam na faixa de escolaridade mais baixa (entre 2 e 7 anos de estudo). A tabela 7 apresenta todos os dados referentes a este teste.

TABELA 7: Prosódia lingüística – repetição

Prosódia lingüística – repetição	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	8	6	5	19	15	4	19
Normal	11	15	5	31	16	15	31
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.7 Discurso narrativo

O teste de discurso narrativo foi subdividido em três outros testes: A – Reconto parcial da história; B – Reconto integral da história e C – Avaliação da compreensão do texto.

O reconto parcial da história avalia a capacidade de armazenamento e de compreensão de material lingüístico complexo, além da produção do discurso narrativo. Neste teste, 72% dos indivíduos avaliados, apresentaram número igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de processamento discursivo narrativo. Destes, 44% tinham idade entre 40 e 59 anos, seguidos de 42% na faixa etária de 19 a 39 anos e 14% entre 60 e 75 anos de idade. 58% dos que apresentaram dificuldades de processamento discursivo narrativo apresentaram de 2 a 7 anos de estudo (Tabela 8).

TABELA 8: Reconto parcial da história

Reconto parcial da história	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	15	16	5	36	21	15	36
Normal	4	5	5	14	10	4	14
Total	19	21	10	50	31	19	50

O reconto integral da história avalia a capacidade de armazenamento e de compreensão de material lingüístico complexo, a produção do discurso narrativo, além da capacidade de sintetizar e inferir as informações. Neste teste, 72% dos indivíduos avaliados, apresentaram número igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de compreensão e síntese de textos. Destes, 47% tinham idade entre 40 e 59 anos, seguidos de 33% na faixa etária de 19 a 39 anos e 20% entre 60 e 75 anos de idade. 67% dos participantes que apresentaram dificuldades de compreensão e síntese de texto apresentaram de 2 a 7 anos de estudo (Tabela 9).

TABELA 9: Reconto integral da história

Reconto integral da história	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	12	17	7	36	24	12	36
Normal	7	4	3	14	7	7	14
Total	19	21	10	50	31	19	50

A avaliação da compreensão do texto verifica o que o indivíduo compreendeu da história. 62% dos avaliados apresentaram número igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de compreensão discursiva e, possivelmente, dificuldade de armazenamento de informações. Destes, a maioria (52%) tinha idade entre 19 e 39 anos, seguidos de 35% na faixa etária de 40 e 59 anos e 13% entre 60 e 75 anos de idade. 65% dos que apresentaram dificuldades de compreensão discursiva e armazenamento de informações, tinham de 2 a 7 anos de estudo (Tabela 10).

TABELA 10: Compreensão do texto

Compreensão do texto	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	16	11	4	31	20	11	31
Normal	3	10	6	19	11	8	19
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.8 Evocação lexical com critério ortográfico

O teste de evocação lexical com critério ortográfico avalia a capacidade de exploração da memória léxico-semântica evocando palavras a partir de uma restrição ortográfica, a letra P. 60% dos indivíduos avaliados apresentaram número igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldade de evocar palavras com restrição ortográfica. Destes, 43% estavam da faixa etária entre 19 e 39 anos, seguidos de 37% na faixa entre 40 e 59 anos de idade e 20% com idade entre 60 e 75 anos. Dos participantes que apresentaram dificuldades neste teste, 57% estavam na faixa de escolaridade entre 2 e 7 anos de estudo (Tabela 11).

TABELA 11: Evocação lexical com critério ortográfico

Evocação lexical com critério ortográfico	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	13	11	6	30	17	13	30
Normal	6	10	4	20	14	6	20
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.9 Prosódia emocional – compreensão

O teste de prosódia emocional – compreensão, avalia a capacidade de perceber e identificar os padrões de entonação emocional (alegria, tristeza e raiva). 44% dos avaliados apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de compreender entonações emocionais. Destes, a maioria (50%), tinha entre 19 e 39 anos, 32%, entre 40 e 59 anos e 18% estavam na faixa etária entre 60 e 75 anos. 73% dos indivíduos que apresentaram dificuldades de compreender entonações emocionais estavam na faixa de escolaridade mais baixa (entre 2 e 7 anos de estudo). A Tabela 12 apresenta todos os dados referentes a este teste.

TABELA 12: Prosódia emocional – compreensão

Prosódia emocional – compreensão	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	7	11	4	22	16	6	22
Normal	12	10	6	28	15	13	28
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.10 Prosódia emocional – repetição

O teste de prosódia emocional – repetição, avalia a capacidade de reproduzir oralmente padrões de entonação emocional (alegria, tristeza e raiva). 58% dos participantes apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de repetir entonações emocionais. Destes, a maioria (41%), tinha entre 40 e 59 anos, 31%, entre 19 e 39 anos e 28% estavam na faixa etária entre 60 e 75 anos. 72% dos indivíduos que apresentaram dificuldades de repetir entonações emocionais estavam na faixa de escolaridade mais baixa (entre 2 e 7 anos de estudo). A Tabela 13 apresenta todos os dados referentes a este teste.

TABELA 13: Prosódia emocional - repetição

Prosódia emocional – repetição	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	9	12	8	29	21	8	29
Normal	10	9	2	21	10	11	21
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.11 Interpretação de atos de fala indiretos

O teste de interpretação de atos de fala indiretos avalia a capacidade de compreensão dos atos de fala indiretos, de acordo com o contexto situacional. 88% dos avaliados apresentaram número igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldade de utilizar o contexto para compreender os atos de fala, sejam diretos ou indiretos. Destes, 39% estavam da faixa etária entre 19 e 39 anos, assim como na faixa entre 40 e 59 anos. Os 22% restantes, tinham idade entre 60 e 75 anos. Dos indivíduos avaliados que apresentaram

dificuldades neste teste, 61% estavam na faixa de escolaridade entre 2 e 7 anos de estudo (Tabela 14).

Também foi observado o escore e o percentual de acertos das alternativas nesta tarefa. De um total de 20 alternativas, foi observada uma média de acerto de 13,6, ou seja, 68%. Neste teste, apenas 38% dos participantes acertaram acima de 75% das alternativas, enquanto que 62% dos participantes obtiveram um resultado inferior a 75% de acertos.

TABELA 14: Interpretação de atos de fala indiretos

Atos de fala indiretos	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	17	17	10	44	27	17	44
Normal	2	4	0	6	4	2	6
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.12 Evocação lexical com critério semântico

O teste de evocação lexical com critério semântico avalia a capacidade de exploração da memória léxico-semântica evocando palavras a partir de um critério semântico categorial: roupas/vestimentas. 90% dos usuários avaliados apresentaram número igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldade de evocar palavras com apoio em um critério semântico. Destes, a maioria (44%) estava na faixa etária entre 40 e 59 anos, seguidos de 40% na faixa entre 19 e 39 anos de idade e 16% com idade entre 60 e 75 anos. Dos participantes que apresentaram dificuldades neste teste, 60% estavam na faixa de escolaridade entre 2 e 7 anos de estudo (Tabela 15).

TABELA 15: Evocação lexical com critério semântico

Evocação lexical com critério semântico	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	18	20	7	45	27	18	45
Normal	1	1	3	5	4	1	5
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.13 Prosódia emocional – produção

O teste de prosódia emocional – produção avalia a capacidade de produção oral de entonações emocionais com base no contexto afetivo e comunicativo de uma determinada situação. 68% dos avaliados apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta, o que é indicativo de dificuldades de produzir entonações a partir de situações emocionais precisas. Destes, a maioria (47%), tinha entre 40 e 59 anos, 35%, entre 19 e 39 anos e 18% estavam na faixa etária entre 60 e 75 anos. 65% dos indivíduos que apresentaram dificuldades de repetir entonações emocionais estavam na faixa de escolaridade mais baixa (entre 2 e 7 anos de estudo). A Tabela 16 apresenta todos os dados referentes a este teste.

TABELA 16: Prosódia emocional – produção

Prosódia emocional – produção	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	12	16	6	34	22	12	34
Normal	7	5	4	16	9	7	16
Total	19	21	10	50	31	19	50

5.2.14 Julgamento semântico

O teste de julgamento semântico avalia a capacidade de identificação de relações semântica. Os resultados são subdivididos na análise das identificações das relações semânticas, assim como nas explicações dadas a essas relações. No escore de identificações, 58% dos usuários avaliados apresentaram resultado igual ou inferior ao ponto de alerta e no escore de explicações, 48% apresentaram esse resultado, o que é indicativo de dificuldades de identificar as relações semânticas entre as palavras ou de explicar quais as relações quando essas existem. Dos 58% que apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta para as identificações das relações semânticas, 52% tinha entre 40 e 59 anos, 34%, entre 19 e 39 anos e 14% estavam na faixa etária entre 60 e 75 anos. Dos 48% que apresentaram escore igual ou inferior ao ponto de alerta para as explicações das relações semânticas, 54% tinha entre 19 e 39 anos, 33%, entre 40 e 59 anos e 13% estavam na faixa etária entre 60 e 75 anos. 59% dos participantes que apresentaram dificuldades de identificar as relações semânticas estavam na faixa de escolaridade mais baixa (entre 2 e 7 anos de estudo), assim como 50% dos que apresentaram dificuldades em explicar as relações semânticas. As Tabelas 17 e 18 apresentam todos os dados referentes a este teste.

TABELA 17: Julgamento semântico – identificações

Julgamento semântico – identificações	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	10	15	4	29	17	12	29
Normal	9	6	6	21	14	7	21
Total	19	21	10	50	31	19	50

TABELA 18: Julgamento semântico – explicações

Julgamento semântico – explicações	Faixa etária			Total	Escolaridade		Total
	19-39	40-59	60-75		2-7 anos	≥ 8 anos	
Alterado	14	9	3	26	13	13	26
Normal	5	12	7	24	18	6	24
Total	19	21	10	50	31	19	50

O Gráfico 1 apresenta o comportamento comunicativo dos usuários do NSM com diagnóstico de esquizofrenia por meio da síntese dos resultados apresentados neste estudo, quanto à presença ou não de alterações em todos os aspectos lingüísticos avaliados.

Gráfico 1: Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia

Com exceção das tarefas de prosódia linguística - compreensão, prosódia linguística - repetição e prosódia emocional – compreensão, todas as tarefas apresentaram alteração em mais de 50% dos sujeitos avaliados.

Ainda é escasso o número de publicações acerca das características do comportamento comunicativo de indivíduos com comprometimento da saúde mental. Isso provavelmente se deve à atuação do fonoaudiólogo ainda não consolidada no papel de construtor da interlocução nessa área de conhecimento. Portanto, com o presente estudo, tem-se o intuito de iniciar uma discussão a respeito das características do comportamento comunicativo de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e que podem potencializar o fomento de políticas públicas direcionadas a esta temática nesse grupo, entendendo que este assunto irá trazer dados importantes para a literatura científica.

O trabalho foi construído com a utilização da Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC (FONSECA et al., 2008a), tendo como princípio a importância dos aspectos tradicionais da linguagem (fonologia, semântica e sintaxe), unidos aos componentes prosódico, discursivo e pragmático na comunicação dos indivíduos com esquizofrenia, no sentido de assegurar a manutenção das relações interpessoais, tão importantes na retomada da vida social, que está prejudicada nesses indivíduos.

É importante ressaltar, que, apesar de a autora do instrumento Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC (FONSECA et al., 2008a) utilizado nesta pesquisa ter estudado as características comunicativas de maneira mais específica para os indivíduos com lesão no hemisfério cerebral direito, segundo a própria autora, o material pode ser utilizado para outras alterações, dentre elas a esquizofrenia. Há inclusive, estudos que apresentam relações sistemáticas entre o discurso do indivíduo com esquizofrenia e o discurso produzido por indivíduos com lesão no hemisfério direito. Brownell et al. (1986) afirmam que, assim como os indivíduos com esquizofrenia, os que tem diagnóstico de lesão no hemisfério direito, apresentam associações inadequadas com o significado global de um discurso, e muitas vezes apresentam uma compreensão limitada e fragmentada, baseada na personalização, bem como em outras associações incorretas. Além disso, é comum nesses dois grupos de alterações, observar problemas com a linguagem não literal, histórias, piadas e na conversação (KUPERBERG; CAPLAN, 2003). Esses aspectos serão discutidos mais adiante, contudo, pode-se considerar que os critérios apresentados para a avaliação da comunicação segundo o instrumento utilizado neste estudo, valem também, para indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia.

Inicialmente, a descrição clínica das alterações de linguagem foi por certo tempo, orientada pelos componentes tradicionais da linguagem (fonologia, a semântica e a morfossintaxe). Contudo, as descobertas da psicolinguística e da psicologia cognitiva

moderna, levaram o conceito de linguagem a uma evolução, juntando as dimensões tradicionais da linguagem aos componentes prosódico, discursivo e pragmático (FONSECA et al., 2008a).

Segundo Fonseca et al. (2008a), o déficit dos componentes pragmático, prosódico, léxico-semântico e/ou discursivo da linguagem, muitas vezes prejudica a comunicação com o outro, podendo apresentar dificuldades de respeitar as regras de comunicação em situações de conversação; de transmitir as intenções comunicativas baseadas nas emoções que modulam os parâmetros prosódicos da sua fala ou, ainda, de compreender a utilização do sentido indireto ou figuradas da linguagem.

Essas alterações comunicativas têm um impacto funcional e psicossocial importante para o indivíduo, principalmente com transtorno mental, pois os distúrbios de linguagem representam um obstáculo no desenvolvimento e na manutenção de relações interpessoais satisfatórias e podem dificultar ainda mais a retomada de uma vida social ativa (FONSECA et al., 2008a).

Esse impacto funcional e social é claramente observado na esquizofrenia. O comprometimento funcional decorrente da evolução deste transtorno representa um imenso desafio e tem mobilizado inúmeros recursos com a meta de minimizar esses danos (WALLACE; LIBERMAN, 1985; RABINOWITZ et al., 2007).

Matza et al. (2006) afirmam ainda que o comprometimento cognitivo associado à esquizofrenia promove déficits neuropsicológicos em atenção, memória de trabalho, aprendizagem verbal e solução de problemas. Esses déficits têm mostrado relação com o comprometimento funcional (por exemplo, comportamento social, performance no trabalho e atividades da vida diária).

Como apresentando na introdução deste trabalho, o relacionamento interpessoal está intimamente ligado aos processos de comunicação (LEÃO; FLUSSER, 2008) e, por este aspecto ser geralmente prejudicado nos indivíduos com esquizofrenia, avaliar a presença ou não de alterações comunicativas nesses indivíduos, torna-se importante pensando na comunicação como atuante na manutenção da vida em sociedade para os indivíduos com esquizofrenia.

É sob essa ótica de pensamento em linguagem e comunicação na esquizofrenia que serão discutidos os resultados do presente trabalho ao avançar na reflexão sobre a repercussão deste fenômeno social na construção crítica de ações inclusivas ou exclusivas na saúde mental. Acredita-se que a descrição do comportamento comunicativo não se restringe à

caracterização através de um instrumento que didaticamente fragmenta os aspectos da comunicação humana, mas que envolve outras questões como motivação, contexto social e de saúde, formas de expressão e recepção, dentre outras.

6.1 Caracterização da amostra

As características encontradas entre os participantes deste estudo subsidiam uma parte importante da discussão do mesmo. Segundo Silva et al. (2010), os fatores sócio-demográficos estão associados de forma significativa ao “ajustamento social” de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Logo, fatores como: sexo, faixa etária, escolaridade, entre outros, influenciam o processo de inserção social.

A diferença entre a prevalência do gênero neste estudo foi considerada pouco significativa. Foi observada uma porcentagem um pouco maior do sexo masculino (52%). Na literatura, não há consistência de possíveis diferenças na prevalência da esquizofrenia entre sexos, independentemente da metodologia empregada nos diferentes levantamentos epidemiológicos, sendo as taxas de prevalência da esquizofrenia similares para ambos os sexos (KAPLAN, 1997; MARI; LEITÃO, 2000; HÄFNER; VAN DER HEIDEN, 2003). Alguns estudos indicam uma incidência mais elevada para homens do que para mulheres (SANTANA, 1982; GOLDSTEIN; TSUANG; FARAONE, 1989), porém essas afirmações são empíricas, pois muitos estudos epidemiológicos não abordaram rigorosamente a questão do gênero na esquizofrenia.

Assim, 59% dos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia que estão em acompanhamento no serviço onde foi realizado o estudo são do sexo masculino, ou seja, uma porcentagem maior que a encontrada nesta amostra (52%), porém, deve-se considerar que as mulheres ao serem convidadas a participar da pesquisa apresentaram uma restrição muito menor em relação aos homens. Isto pode ocorrer pelo fato de os homens estarem mais propensos que as mulheres a sofrerem comprometimento pelos sintomas negativos e as mulheres, mais propensas a terem um melhor funcionamento social que os homens (KAPLAN, 1997).

A faixa etária prevalente foi de 40 a 59 anos, porém não podemos deixar de considerar a alta porcentagem de indivíduos na faixa entre 19 e 39 anos.

Com o aumento geral na longevidade, o número de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia com idade mais avançada tende a aumentar, sendo a prevalência de

esquizofrenia da população de idosos estimada em 1%, e destes, 10% tem esquizofrenia de início tardio, enquanto os outros 90% tem início na adolescência ou idade adulta jovem (APA, 2002). Casos novos de esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade e acima dos 50 anos. Quando o começo é insidioso, há uma dificuldade de se estabelecer com precisão o início da doença (MARI; LEITÃO, 2000; KAPLAN, 1997).

Estudos apresentam uma diferença de idade no início da manifestação do transtorno de acordo com o gênero, com idades de pico para o início em homens entre 15 e 35 anos, mas apenas um terço das mulheres com esquizofrenia apresentam sua primeira baixa psiquiátrica antes dos 25 anos (KAPLAN, 1997). Sampaio et al. (2008) realizaram um estudo no qual a faixa etária mais atingida no sexo masculino foi de 20 a 24 anos e no sexo feminino, entre 40 e 44 anos.

Quanto à escolaridade, a maioria dos avaliados possui ensino fundamental incompleto ou menos (entre 2 e 7 anos de estudo), o que compactua com os achados da literatura, onde a maioria das pessoas em sofrimento psíquico possui baixa escolaridade.

O estudo de Souza (2007) indica que pessoas com nível educacional inferior ao ensino fundamental tem escores mais altos para demência em relação aos sujeitos com ensino médio ou superior, o que sugere que quanto mais baixo o nível educacional do indivíduo maior a possibilidade de ele apresentar transtorno mental.

Em estudo realizado por Gomes (2002), em uma instituição de internação psiquiátrica, de uma amostra de 1494 indivíduos, apenas 7,6% dos participantes possui ensino fundamental completo, sendo a maioria destes, (50,6%), analfabetos.

Nesta pesquisa, notou-se que a prevalência de escolaridade reduzida (máximo de 7 anos de estudo) apresentou relação direta com as alterações nos aspectos lingüísticos avaliados. Um estudo a respeito dos determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas realizado na cidade de Salvador, estado da Bahia, Brasil, afirma que a baixa escolaridade está diretamente relacionada às alterações de linguagem (CEBALLOS; CARDOSO, 2009). Portanto, entende-se que a baixa escolaridade é sim um fator que colabora para alterações de linguagem e, por não ter sido realizado um estudo comparativo com indivíduos não-esquizofrênicos, não se pode afirmar que as alterações de linguagem encontradas ocorrem apenas em decorrência do diagnóstico de esquizofrenia. Porém, serão discutidos mais adiante outros estudos que apresentam a relação de alterações na comunicação em diversos aspectos lingüísticos e com a esquizofrenia, assim, mesmo destacando-se o fator baixa escolaridade, as alterações observadas podem ocorrer em decorrência desse transtorno.

Em relação ao diagnóstico, o subtipo da esquizofrenia prevalente foi a paranoide. A esquizofrenia paranoide se caracteriza principalmente pela presença de idéias delirantes, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções (APA, 2002). Os indivíduos com esquizofrenia paranoide apresentam o melhor prognóstico e geralmente comportam-se bem socialmente apresentando de maneira mais acentuada os sintomas positivos em relação aos negativos (KAPLAN, 1997). Porém, nesse estudo, a maioria dos indivíduos com esquizofrenia do subtipo paranoide apresentou alterações comunicativas, que estão associadas aos sintomas negativos.

Quanto à religiosidade, 84% dos participantes seguem alguma doutrina religiosa, sendo a maioria da religião católica.

O trabalho de Koenig (2007) revisou vários estudos nos quais foram observadas porcentagens significativas de delírios religiosos em pessoas com esquizofrenia, sendo cerca de um terço das psicoses com conteúdo religioso. Todavia, o autor conclui que nem todas as experiências religiosas são psicóticas, e que na realidade, elas podem ter efeitos positivos no curso de doenças mentais graves, levando os clínicos a terem de decidir se devem desencorajar as experiências religiosas ou se devem apoiá-las.

Das tarefas avaliadas neste estudo, apenas nas provas de prosódia (lingüística-repetição; lingüística-compreensão e emocional-compreensão), os participantes apresentaram maior porcentagem de desempenho adequado, embora não se deva esquecer de que, na maioria dessas tarefas, a porcentagem de desempenho inadequado foi considerável. Por outro lado, nas tarefas de discurso conversacional, reconto parcial e integral de história, interpretação de atos de fala indiretos e evocação lexical com critério semântico, os participantes obtiveram os piores resultados. A seguir serão discutidos os resultados de todas as tarefas aplicadas, considerando-se primordialmente, os aspectos lingüísticos abordados em cada prova.

6.2 Aspectos discursivos

As tarefas que envolvem as habilidades discursivas permitem a transmissão de informações de um interlocutor sob a forma de conversação, de explicação de procedimentos, de descrição de fatos, ambientes, eventos ou de narrativa de uma história, ocorrendo nos níveis comunicativos, expressivo ou de produção e receptivo ou de compreensão, de acordo

com quem transmite ou recebe a mensagem (FONSECA et al., 2008a). Os componentes discursivos, estudados principalmente por meio do discurso narrativo, podem estar suscetíveis a um déficit no quadro de esquizofrenia (CAIXETA et al., 1999).

As tarefas de habilidades discursivas do instrumento desse estudo foram: discurso conversacional e discurso narrativo (reconto de história – parcial e integral e questões de compreensão).

Na tarefa de discurso conversacional, 84% dos participantes apresentaram alteração, sendo a maioria na faixa etária entre 19 e 39 anos e com escolaridade reduzida. Esta tarefa permitiu a observação de déficits nos componentes discursivos, mas também nos pragmáticos, léxico semânticos e prosódicos da linguagem, ou seja, por meio das alterações neste teste foi possível concluir que, em sua maioria, os participantes da pesquisa apresentaram comportamentos comunicativos desviantes na conversação. Esta alteração pode comprometer a interação comunicativa.

No reconto parcial da história e também no reconto integral, 72% dos participantes apresentaram alteração, sendo a maioria com idade entre 40 e 59 anos e escolaridade reduzida. Já na tarefa de compreensão do texto, 62% dos participantes apresentaram alteração, a maioria com faixa etária de 19 a 39 anos e, também, com baixa escolaridade. Por meio destas tarefas, foi possível avaliar a capacidade de armazenamento e de compreensão da linguagem; de produção de discurso narrativo e de sintetizar e inferir as informações. Sendo assim, os participantes deste estudo apresentaram dificuldades de processamento discursivo narrativo, dificuldades de compreensão e de síntese de texto e dificuldades de compreensão discursiva e de armazenamento de informações. Portanto, foi identificada uma porcentagem considerável de alterações em todas as tarefas de habilidades discursivas, o que pode ser correlacionado com diversos estudos que apresentam as dificuldades e alterações do discurso do indivíduo com esquizofrenia.

Nos aspectos linguísticos, Fonseca et al. (2008a) afirmam que no nível expressivo, o discurso é freqüentemente menos informativo. Além disso, o não respeito à coerência e uma tendência a um discurso tangencial também são características de déficits discursivos (DAVIS et al., 1997). No nível receptivo, estudos referem a dificuldade dos indivíduos em integrar o conjunto de elementos de uma história e uma idéia total coerente, com o intuito de processar as inferências necessárias para uma compreensão adequada e eficaz. Em geral, é difícil para as pessoas com esquizofrenia captar a idéia central de um discurso lido ou ouvido, dar um título para uma história ou ainda escolher uma frase que resuma o tema principal

(BENOWITZ et al., 1990; REHAK et al., 1992). Os déficits de macroestrutura discursiva podem estar presentes, tanto no nível receptivo, quanto no expressivo, e indicam, entre outros, um prejuízo das habilidades inferenciais e de síntese, assim como de certos componentes das funções executivas (FONSECA, 2008a).

Segundo Kuperberg e Caplan (2003), vários pesquisadores têm tentado analisar as estruturas do discurso do indivíduo com esquizofrenia, pois os indivíduos com esquizofrenia usam menos laços de coesão que o normal. Além disso, o uso de referências verbais ambíguas parece ser uma característica estável na esquizofrenia (KUPERBERG; CAPLAN, 2003).

Dessa forma, nessas pessoas, geralmente são observadas dificuldades de processamento do discurso, com prejuízo da troca de turnos, da manutenção do assunto, e de como reter a intenção do interlocutor e conduzir o discurso com base nela (KASHER et al., 1999). Na narração, também são descritos prejuízos na construção de histórias baseadas em estímulos visuais desordenados (MARINI et al., 2005), além de déficit no relato de histórias, e omissão de informações importantes do texto (BARTELS-TOBIN; HINCKLEY, 2005).

O discurso dos indivíduos com esquizofrenia também é visto como um aspecto relacionado a fatores como as perturbações do pensamento ou os déficits no processamento da informação, ou seja, como um reflexo do distúrbio de pensamento e não como uma característica primária da linguagem (KUPERBERG; CAPLAN, 2003). Apesar desses questionamentos, é unânime o fato de que o discurso de indivíduos com esquizofrenia apresenta alterações de coesão, da complexidade da estrutura sintática e produção verbal reduzida (MEILIJSON et al., 2004). Entre outras disfunções, o discurso destas pessoas está associado a neologismos, diminuição da intensidade do som, obstrução, incoerência, exagero, ausência de idéias e afrouxamento das associações (LEROY et al., 2005).

As manifestações de distúrbios de pensamento incluem pobreza de conteúdo informativo, perda de tópico de conversa, parafasia e outros tipos de incoerência e de ininteligibilidade característicos do discurso oral e/ou escrito (KUPERBERG; CAPLAN, 2003).

Todorov (1980) considera o discurso esquizofrênico diferenciado pela impossibilidade de recuperação de termos do texto e da construção mental dos fatos evocados, o que ele afirma que acontece pela falta de coerência textual.

Outro fator citado é a ausência de uma linha hierárquica no discurso, isto é, a não existência de fatos precedentes ou causadores de outros. As proposições inacabadas que

permeiam a fala esquizofrênica acontecem em resposta à mudança de transitividade dos verbos, como, por exemplo, a transformação de verbos transitivos em absolutos (TODOROV, 1980).

Assim, é importante refletir se a esquizofrenia envolve apenas uma perturbação primária da linguagem, como entidade independente, ou se esta é secundária às perturbações formais de pensamento características deste transtorno. Neste estudo identificamos como limitação a impossibilidade em identificar o processamento da informação e sua possível correlação com o tipo de perturbação. Cabe ressaltar que esta relação não foi alvo deste estudo.

6.3 Aspectos pragmáticos

A pragmática refere-se às habilidades lingüísticas que permitem a um indivíduo processar – compreender e/ou expressar – as intenções de comunicação de acordo com um dado contexto (GIBBS, 1999). Para que essas intenções sejam processadas, é necessário, muitas vezes, que o indivíduo faça inferências, ou seja, com base em seu conhecimento de mundo e nas informações explícitas ou literais da mensagem, compreenda ou produza informações implícitas, não-literais, assim, as habilidades pragmáticas podem, então, ser chamadas de pragmático inferenciais (FONSECA, 2008a).

As tarefas lingüísticas que avaliam as habilidades pragmáticas neste estudo foram o discurso conversacional (a respeito do qual já discutimos acima), a interpretação de metáforas e a interpretação de atos de fala indiretos.

Na tarefa de interpretação de metáforas, 62% dos participantes apresentaram alteração, sendo a maioria com idade entre 40 e 59 anos e baixa escolaridade. Este teste avaliou a capacidade de interpretar o sentido figurado ou não-literal de sentenças metafóricas e a maioria dos participantes do estudo apresentaram dificuldades na compreensão dessa linguagem figurada. Na observação dos acertos das alternativas, como citado anteriormente nos resultados, 52% dos participantes acertaram acima de 75% das alternativas, sendo a maior parte dos acertos das expressões idiomáticas, o que vai de encontro com os achados da prática clínica, onde se observa que os indivíduos com esquizofrenia apresentam maior dificuldade em conhecer as metáforas novas em relação às já usuais expressões. É importante observar e discutir esses dados, já que um indivíduo pode ter dificuldade de explicar uma metáfora, mas ser bem sucedido com as alternativas de resposta, como aconteceu neste caso, no qual se pôde considerar que os participantes da pesquisa obtiveram menor suscetibilidade a interferências,

pois a porcentagem de acertos demonstrou que os participantes não se confundiram com as alternativas de respostas incorretas. Pode-se relacionar esse fato a uma das características primordiais das pessoas com esquizofrenia, como o embotamento afetivo e a introspecção, que não permitem ao indivíduo com esse diagnóstico se deixar interferir por questões externas (KAPLAN, 1997; APA, 2002).

Na tarefa de interpretação dos atos de fala indiretos, a porcentagem foi ainda mais significativa (88%) de participantes que apresentaram alterações, a maior parte destes, com faixa etária de 19 a 39 anos e escolaridade reduzida. Esta tarefa avaliou a capacidade de compreensão dos atos de fala indiretos segundo o contexto da situação, e a grande maioria dos sujeitos desta pesquisa, apresentou muitas dificuldades de utilizar o contexto para compreender os atos de fala, fossem eles diretos ou indiretos. Quanto aos escores obtidos nas alternativas de respostas para este teste, a maioria dos participantes (62%), acertou menos que 75% das alternativas. É importante observar esse resultado, já que um indivíduo pode ter dificuldade de explicar um ato de fala, mas pode acertar a opção de resposta; um outro pode dar uma resposta correta, porém, pode confundir-se por uma opção de resposta errada. Esta etapa permite determinar se a pessoa compreendeu a situação, mas não conseguiu explicá-la, ou se ela simplesmente não a compreendeu (FONSECA et al., 2008a). Neste caso, pode-se observar que os participantes do estudo apresentaram dificuldades tanto na explicação da situação quanto na escolha das alternativas, o que evidencia que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia participantes da pesquisa não compreenderam as situações apresentadas por meio de atos de fala indiretos.

A pragmática, conforme é comumente vista pelos lingüistas, envolve diversas regras que sustentam o uso adequado da linguagem em contextos sociais específicos, sendo este o ramo da lingüística que melhor consegue explicar o ajustamento entre a subjetividade da linguagem e o pragmatismo do contexto (ROCHA, 2007). Sabe-se que na esquizofrenia uma das competências mais afetadas está relacionada com as dificuldades na integração da informação contextual e que possivelmente a pragmática constitui um dos componentes da linguagem mais afetados nesta doença (HEMSLEY, 2005; COVINGTON et al., 2005; MEILIJON et al., 2004).

A caracterização da linguagem com base apenas em componentes fonológicos, sintáticos e semânticos não é suficiente para se verificar o impacto que eventuais déficits nessas áreas possam ter na capacidade de o indivíduo usar a linguagem para se comunicar com os outros. É certo que, qualquer perturbação numa das componentes lingüísticas

relacionadas à morfologia, sintaxe, semântica e fonologia exercerá influência sobre a pragmática, no entanto, é preciso definir e esclarecer qual aspecto, ao nível da pragmática, se apresenta mais afetado na esquizofrenia, e qual o seu impacto ao nível do funcionamento psicossocial dos indivíduos.

Dessa maneira, a incapacidade de localizar, no que se refere ao campo da lingüística, o desvio ou ponto de ruptura, responsável pelas peculiaridades da fala do esquizofrênico, acaba por direcionar alguns autores a investigarem o problema não mais na linguagem em si, mas sim em seu uso, ou seja, na pragmática (PICARDI, 1997).

Brito (2005) refere que a importância de se observar a esquizofrenia do ponto de vista da pragmática, se encontra no significado da alteridade na determinação do problema, o qual fica subentendido, ainda que não assumido. Refere ainda, que estudos que tentam apresentar através da pragmática uma explicação para a incoerência da fala do psicótico, direcionam o problema para a falta de atenção e de concentração do sujeito, em síntese, o indivíduo usa mal o “instrumento da linguagem”. O estudo de Kuperberg e Caplan (2003) apontou que os indivíduos com esquizofrenia são menos capazes de se beneficiar do contexto no momento de reconhecer palavras dentro e fora de situações contextuais do que o grupo controle.

Muitas vezes, as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia encontram dificuldades de assumirem o papel de interlocutoras. Podem, entre outros aspectos, apresentar dificuldades de respeitar os atos de fala, de manter um contato visual apropriado com seu interlocutor e de manter o tema do assunto, demonstrando, por vezes, dificuldades em adaptar sua mensagem lingüística ao contexto de comunicação (FONSECA et al., 2008a).

No nível receptivo, o indivíduo com esquizofrenia pode mostrar-se incapaz em compreender os atos de fala em que a intenção esteja subjetivada na mensagem, como observado nos resultados deste estudo. Além disso, segundo Fonseca et al. (2008a), os mesmos podem fracassar no entendimento de enunciados indiretos, que exija capacidade de abstração e utilização de conhecimentos pessoais para a compreensão da mensagem. Enfim, as habilidades pragmáticas também são alvo de dificuldades quando o processamento de metáforas é necessário, da mesma forma como ocorre nas formas de linguagem não literal, como encontrado nesta pesquisa. Nestes casos, para que o indivíduo possa compreender o enunciado, o ato de fala ou a metáfora devem estar inseridos em um contexto preciso, literal.

O estudo de Rocha (2007), em Portugal, descreveu as alterações de linguagem, em particular da componente pragmática, presentes na esquizofrenia e relacionou essas alterações ao funcionamento psicossocial desses indivíduos através da observação de 15 sujeitos seguida

do preenchimento do instrumento Protocolo de Pragmática de Prutting e Kirshner (1987). A pesquisa obteve como resultado uma frequência elevada de comportamentos inapropriados na componente pragmática, com comprometimento nos aspectos verbais e não-verbais, os quais se apresentaram diretamente correlacionados com o funcionamento psicossocial, o que levou à conclusão de que as alterações no uso da linguagem são características marcantes dos indivíduos com esquizofrenia e que este fator deve ser levado em consideração no desenvolvimento de programas de reabilitação.

6.4 Aspectos léxico-semânticos

A dimensão léxico-semântica da linguagem faz referência à capacidade de compreender e de expressar palavras, isto é, está relacionada com o processamento lingüístico no nível da palavra.

As tarefas de habilidades léxico-semânticas selecionadas para este estudo são: evocação lexical livre, evocação lexical com critério ortográfico, evocação lexical com critério semântico, julgamento semântico e interpretação de metáforas, sendo que esta última já foi discutida nas habilidades pragmáticas.

Na evocação lexical livre, 58% dos participantes apresentaram alteração, sendo a maioria com idade entre 40 e 59 anos e baixa escolaridade. Quando inserido o critério ortográfico, a maioria também apresentou alteração (60%) neste grupo, havendo prevalência de 19 a 39 anos e baixa escolaridade. O teste de evocação lexical com critério semântico foi o mais alterado (90%), com maioria com idade entre 40 e 59 anos e escolaridade reduzida. As tarefas de evocação lexical avaliam a capacidade de explorar a memória léxico-semântica na evocação de palavras, seja ela livre ou com critérios pré-estabelecidos (semânticos ou ortográficos) e os participantes desta pesquisa apresentaram dificuldades em evocar palavras sem critério algum, mas principalmente, com apoio em um critério semântico. No teste de julgamento semântico, a maioria das alterações foi encontrada na parte de identificações (58%), sendo que nas explicações, a porcentagem de alterações foi de 52%. Dos participantes que apresentaram alterações na identificação, a maioria tinha entre 40 e 59 anos, já os que apresentaram dificuldades na explicação tinham, na maior parte, entre 19 e 39 anos de idade. A maioria dos participantes que apresentaram alterações nos dois subitens do julgamento semântico também apresentou baixa escolaridade. Este teste avaliou a capacidade de identificação de relações semânticas entre as palavras e de explicar de maneira correta essas

relações, caso elas existissem. Os participantes do estudo apresentaram, em geral, principalmente dificuldades de identificar as relações semânticas entre as palavras, mas também foi observada uma dificuldade na explicação dessas relações.

Há muito tempo na descrição clínica da esquizofrenia já eram referidas alterações nas componentes semânticas e sintáticas da linguagem, sendo descritas como dificuldades na construção das frases. Em 1913, Kraepelin observou que a fala dos indivíduos com esquizofrenia apresentava incoerência, com ausência da construção das orações (KRAEPELIN, 1913).

Alterações léxico-semânticas mais leves podem ser observadas em indivíduos esquizofrênicos, mais particularmente se a tarefa exige um tratamento semântico divergente (de estímulos ambíguos). Fonseca et al. (2008a) exemplifica que, em uma tarefa de evocação lexical ou fluência verbal – em que a pessoa é orientada a dizer a maior quantidade possível de palavras com base em um critério – ela tende a dizer menos palavras do que os participantes sem alteração, ativando ainda relações semânticas periféricas quando julgam palavras que não têm uma forte ligação entre elas e que são pouco prototípicas – julgamento semântico, como pôde ser observado neste estudo. A autora afirma ainda que em pessoas com alterações nesses aspectos, podem-se observar também habilidades deficitárias para estabelecer relações semânticas entre as palavras, e essas dificuldades podem ser maiores quando os indivíduos são solicitados a acessar uma categoria específica, tendo que explicar as relações entre duas ou mais palavras.

Há estudos que indicam que as simplificações sintáticas acontecem mais comumente em pessoas que apresentam mais sintomas negativos do que sintomas positivos, e que a complexidade sintática diminui com a deterioração crônica das mesmas (COVINGTON et al., 2005).

Um estudo de Ferreira (2010) analisou o discurso delirante de um indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia paranoide buscando caracterizar a estrutura sintática e semântica. Os resultados não apresentaram comprometimento na estrutura sintática, o que está de acordo com a literatura já que a ausência de comprometimento sintático é sugestiva de boa estruturação cognitiva e, como abordado anteriormente, o subtipo paranoide apresenta menor comprometimento cognitivo (FERREIRA, 2010). Porém, foram encontradas alterações nos aspectos semânticos, sendo recorrente uma ambigüidade semântica nos delírios de referência (FERREIRA, 2010). Dessa maneira, podemos destacar que mesmo sendo mais difícil encontrar os sintomas negativos nos indivíduos com esquizofrenia do subtipo paranoide,

ainda assim podem-se encontrar alterações nos componentes lingüísticos, principalmente a nível semântico.

O estudo de Kuperberg e Caplan (2003) indica que os indivíduos com esquizofrenia executam mal várias tarefas semânticas distintas, incluindo a nomeação e a categorização, ou seja, eles não usam espontaneamente estratégias de categorização semântica, muitas vezes produzindo listas desorganizadas de palavras.

Com relação ao léxico, estudos demonstram que as pessoas com esquizofrenia tendem a usar um vocabulário restrito, o que resulta em pobreza de discurso (MANSCHRECK et al., 1984). Outro estudo afirma ainda que o acesso ao léxico está claramente afetado nesses indivíduos, ocorrendo neologismos e parafasias (KUPERBERG; CAPLAN, 2003). Quanto à compreensão da estrutura sintática, Kuperberg e Caplan (2003) afirmam que esses indivíduos apresentam tantas alterações quanto os com lesão cerebral, assim, quando o indivíduo é convidado a identificar erros em frases, seu desempenho é pobre.

Enfim, dificuldades léxico-semânticas específicas podem estar presentes quando precisam captar o sentido metafórico alternativo das palavras. Além disso, apresentam, por vezes, problemas léxico-semânticos, que afetam ou a capacidade de evocar as palavras ou a habilidade de apreender a relação entre elas, podendo, ainda, apresentar dificuldades de tratar o sentido metafórico das palavras.

6.5 Aspectos prosódicos

A prosódia consiste na modulação de parâmetros supra segmentares da linguagem – frequência, intensidade e duração – para transmitir uma intenção comunicativa lingüística ou emocional (FONSECA et al., 2008a). A autora ainda subdivide a classificação em prosódia lingüística e emocional. A prosódia lingüística abarca a acentuação lexical (tonicidade que varia entre as diferentes sílabas na língua portuguesa brasileira), enfática (por exemplo, “JOÃO pega o pão” versus “João pega o PÃO”) e a expressão dos diferentes tipos de frase (por exemplo, afirmação, interrogação). A prosódia emocional trata das variações de entonação que permitem a transmissão de sentimentos (por exemplo, alegria, raiva, surpresa) (FONSECA et al., 2008a).

As tarefas de habilidades prosódicas deste estudo são: prosódia lingüística – compreensão; prosódia lingüística – repetição; prosódia emocional – compreensão; prosódia emocional – repetição e prosódia emocional – produção.

Na prosódia lingüística - compreensão, 42% dos participantes apresentaram alteração, sendo a maioria com idade entre 19 e 39 anos e baixa escolaridade. Na repetição, (38%) também apresentou alteração, neste grupo, havendo prevalência de 19 a 39 anos e baixa escolaridade. Já no teste de prosódia emocional, na compreensão houve 44% de alteração, sendo a maioria com idade entre 19 e 39 anos e escolaridade reduzida. Na repetição, 58% dos participantes apresentaram alteração, sendo a maioria com idade entre 40 e 59 anos e na prosódia emocional – produção, Houve 68% de alteração, a maioria também com idade entre 40 e 59 anos. Estes testes avaliaram a capacidade de perceber, identificar e reproduzir oralmente padrões de entonação lingüísticos e emocionais. Os participantes deste estudo apresentaram maior dificuldade na reprodução oral das entonações, principalmente emocionais.

Segundo Rocha (2007), os déficits prosódicos nos indivíduos com esquizofrenia englobam a prosódia emocional de maneira mais acentuada, mas o prejuízo também é notado no processamento da prosódia lingüística.

A prosódia é a componente da linguagem que possibilita expressar diferentes formas de significado através de variações do acento, ritmo e entoação, podendo ser categorizada como prosódia emocional ou lingüística. A prosódia emocional é necessária para facilitar o reconhecimento de emoções enquanto que a prosódia lingüística tem a função de esclarecer ambigüidades sintáticas em determinado enunciado, afirmando se este se trata de uma pergunta, ordem, ou afirmação (LEENTJENS et al., 1998). Os déficits prosódicos englobam a prosódia emocional de maneira mais acentuada, mas o prejuízo também é notado no processamento da prosódia lingüística.

Do ponto de vista da prática clínica, no nível expressivo, observa-se uma entonação monótona nos indivíduos com esquizofrenia, devido a um achatamento de curva prosódica, caracterizando-se por uma importante redução das variações de intensidade e frequência. Por ocorrer essa dificuldade em modular a tonalidade, os mesmos podem apresentar déficits na transmissão de mensagens lingüísticas, principalmente quando precisam se comunicar nesta modalidade, além de geralmente ocorrerem pausas inadequadas entre as palavras.

Já no nível receptivo, eles podem apresentar dificuldades em compreender a intenção comunicativa transmitida pela prosódia do interlocutor, ou seja, a identificação do sentimento transmitido pode ser inadequada se a frase ouvida tiver um conteúdo lingüístico neutro (FONSECA et al., 2008a).

O hemisfério cerebral dominante para a prosódia é o direito, assim, pessoas com lesão no hemisfério direito, dependendo da localização da lesão, podem ter dificuldades em expressar estados emocionais usando a prosódia (MITCHELL; CROW, 2005). Todavia, as alterações na prosódia, também constituem um dos elementos sintomatológicos da maioria das perturbações psicopatológicas, das quais se destaca a esquizofrenia (MURPHY; CUTTING, 1990; ARGYLE, 1994). Deste modo, Cutting (1985) observou que não só a produção da fala está afetada na esquizofrenia, como também a compreensão da prosódia. Além disso, outros estudos que compararam com grupos controle, apresentaram achados de que indivíduos com esquizofrenia apresentaram piores resultados no uso, repetição e compreensão de elementos prosódicos (LEENTJENS et al., 1998).

A descrição sintomatológica da esquizofrenia, no que diz respeito ao embotamento afetivo, de fato, muitas vezes caracteriza a diminuição da expressão das emoções (KRING; BACHOROWSKI, 1999). Spoerri (1966) conduziu pesquisas pioneiras relacionando a prosódia e a qualidade vocal, nas quais verificou que a esquizofrenia do subtipo catatônica está associada a uma qualidade vocal crepitante.

Assim, tem-se referido que o discurso de pessoas com esquizofrenia contém mais pausas e hesitações do que acontece normalmente (COVINGTON et al., 2005). Além disso, a esquizofrenia é também marcada por uma entonação vocal relativamente monótona, fraca qualidade vocal, e por uma velocidade de fala lentificada, que se repercute negativamente no relacionamento interpessoal (ROCHA, 2007). Contudo, existem referências que indicam que o ritmo do discurso falado pode apresentar desde uma lentificação e inibição, chegando ao completo mutismo, assim como se pode observar um discurso abundante com ritmo acelerado (MATOS et al., 2003). Assim, os resultados encontrados neste trabalho quanto aos aspectos prosódicos da linguagem do indivíduo com esquizofrenia apontam essa variação de respostas encontradas também nos muitos estudos citados acima, o que limita a definição de um padrão desse aspecto na pessoa com esquizofrenia, embora seja consenso na experiência clínica que os aspectos prosódicos emocionais no nível de emissão (repetição e produção) apresentem alterações, como observado neste estudo.

6.6 Limitações

Destacam-se, finalmente, alguns aspectos que podem ser traduzidos em limitações na realização do presente estudo. Relativo à amostra, mesmo não sendo possível a realização de

um cálculo estatístico que avaliasse o número significativo de usuários a serem inclusos, foi considerado que o $n=50$ foi representativo, já que se trata de 22% de toda a população com esquizofrenia do serviço, mas não pode deixar de ser considerada uma limitação. A amostra foi constituída dessa maneira, e não na sua totalidade, devido ao reduzido tempo estipulado para o referido estudo e das próprias condições estabelecidas pelo NSM, local de desenvolvimento do mesmo, que, devido aos espaços possíveis de serem utilizados e da extensão do instrumento de avaliação utilizado, permitia a avaliação de apenas um indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia por dia.

Relativo à extensão do instrumento, aplicado a indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, algumas avaliações apresentaram dificuldades, sendo necessárias, em alguns casos, duas sessões para a realização da mesma, mas, de um modo geral, sua aplicabilidade pôde ser considerada relativamente fácil, mesmo tratando-se de um instrumento de uso mais comum aos indivíduos com lesão do hemisfério direito, pois o Manual de Aplicação e Pontuação que constitui a Bateria MAC, é autoexplicativo e contém claramente todas as informações para uma adequada aplicação e análise das respostas.

Estudos futuros devem considerar as limitações supracitadas para o adequado desenvolvimento dos mesmos.

7 Considerações Finais

Este estudo buscou explorar o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, a fim de conhecer suas características e, assim, levantar necessidades de cuidados, com vistas à promoção da saúde mental.

Os resultados apresentaram que a maior parte da amostra deste estudo se constituiu de indivíduos do sexo masculino, com baixa escolaridade, praticantes do catolicismo e com esquizofrenia do subtipo paranoide.

Quanto ao comportamento comunicativo dos participantes e todos os aspectos avaliados da linguagem através do instrumento Bateria MAC, todas as tarefas avaliadas apresentaram uma porcentagem considerável de alterações, porém observou-se maior alteração nas tarefas de evocação lexical com critério semântico, atos de fala indiretos, discurso conversacional e discurso narrativo, respectivamente.

Portanto, o comportamento comunicativo do indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia é desviante em todos os aspectos da linguagem. Os aspectos mais prejudicados foram o discurso e a pragmática, que não devem ser relacionados unicamente aos aspectos lingüísticos, mas também às características de alteração do pensamento e da cognição, além do embotamento afetivo e das questões sociais envolvidas nesse transtorno. Os componentes prosódicos foram os menos alterados no nível de compreensão, porém a produção nos aspectos lingüísticos e emocionais da prosódia também estava alterada, o que corroborou os estudos a respeito desse tema. Assim os participantes desta pesquisa apresentaram maior dificuldade em expressar suas emoções ou apenas repetir frases com diferentes entonações.

Sugere-se a realização de estudos comparativos do comportamento comunicativo de indivíduos com esquizofrenia em relação ao nível de escolaridade dos sujeitos, a fim de eliminar possíveis vieses desse caráter.

Através deste estudo foi possível compreender que não existem características únicas para descrever o comportamento comunicativo de indivíduos com esquizofrenia, é importante valorizar o contexto social, cultural e econômico destes indivíduos. Com a finalização deste estudo não pretendemos apontar apenas indicadores para o processo de reabilitação destes indivíduos, mas contribuir para caracterização destes comportamentos comunicativos com a intenção de fomentar políticas públicas a esta população.

Os profissionais, de modo geral, devem estar sensíveis às oportunidades para envolver o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia na sociedade, envolvendo pais e outros familiares em possibilidades comunicativas. Cabe aos profissionais que trabalham no cuidado a esse indivíduo estarem alertas para a necessidade constante dos mesmos durante

todo o acompanhamento, para que possam auxiliá-los, planejando e realizando intervenções criativas e adequadas às suas necessidades.

Diante dessas constatações, salienta-se que o fonoaudiólogo pode contribuir de maneira significativa no atendimento clínico e na formulação de programas de intervenção dirigidos para indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Em contrapartida, observa-se que no Brasil poucos estudos em fonoaudiologia abordam o trabalho com esse grupo nessa perspectiva. Para isso, é importante primeiramente, estabelecer cientificamente a necessidade do fonoaudiólogo nos diversos serviços de saúde mental por meio de avaliações dos aspectos de domínio fonoaudiológico nesses serviços, como a comunicação.

Assim, sugere-se o investimento em outras pesquisas fonoaudiológicas sobre o tema, as quais possam sustentar cientificamente as intervenções dirigidas a esses indivíduos.

8 Referências

- AGUILAR-VALLES, A. Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. **Acta biol.**, v.16, n.3, Bogotá, Colombia, Sept./Dec., 2011.
- ANDREASEN, N. Thought, language and communication disorders: II. Diagnostic significance. **Archives of general Psychiatry**, n.36, 1979.
- ANDREASEN, N.; GROVE, W M. Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia. **Psychiatry et Psychobiology**, n.1, 1986
- APA. American Psychiatric Association. **DSM-IV-TR**: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Versão Portuguesa). 4ª Edição. Lisboa: Climepsi, 2002.
- ARANHA E SILVA, A. L.; GUILHERME, M.; ROCHA, S. S. L.; SILVA, M. J. P.da. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, outubro, 2000.
- ARGYLE, M. **The psychology of interpersonal behavior**. London. Penguin Books. 1994
- AUCHEWSKI, L. ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J. C. F.; LACERDA, R. B. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, 2004.
- AUSTIN, J. **Cómo hacer cosas con palabras**. Barcelona: Paidós, 1982.
- BARTELS-TOBIN, L. R.; HINCKLEY, J. L. Cognition and discourse production in right hemisphere disorder. **Journal of Neurolinguistics**, v. 6, n.18, p. 461-477, 2005.
- BELINCHÓN, M. **Aspectos cognitivos en la esquizofrenia**. Madrid: Trotta, 2003
- BENOWITZ, L. I.; MOYA, K. L.; LEVINE, D. N. Impaired verbal reasoning and constructional apraxia in subjects with right hemisphere damage. **Neuropsychology**, n. 28, p. 23-41, 1990.
- BERNARDI, A. P. A. Fonoaudiologia na saúde coletiva: uma área em crescimento. Editorial II. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 2, 2007.
- BLOCH, P. **Divulgando problemas de voz e fala**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- BOWIE, C. R., HARVEY, D. P. Communication abnormalities predict functional in chronic schizophrenia: differential associations with social and adaptive functions. **Schizophrenia Research**, v. 103, n. 1-3, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: OPAS, novembro, 2006.
- _____. **Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso em: 20 jan. 2012.

- BRITO, M. A. P. Reflexões sobre a (in) coerência na fala do esquizofrênico. In: CAVALCANTE, M. M.; BRITO, M. A. P.; MIRANDA, T. P. (Orgs.). **Teses e dissertações:** Grupo Prottexto. Fortaleza: Prottexto – UFC, 2005.
- BRITO, M. A. P.; CAVALCANTE, M. M. A fala do esquizofrênico – uma interface entre linguística de texto e psicanálise. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 65-75, jan./mar. 2012
- BROWNELL H. H.; POTTER, H. H.; BIHRLE, A. M.; GARDNER, H. Inference deficits in right brain-damaged patients. **Brain Lang.**, n.29, p. 310–321, 1986.
- CAIXETA, M.; CHAVES, M.; CAIXETA, L.; REIS, O. Aumento da Dislogia do Discurso em Narrativa Emocionalmente Carregada na Esquizofrenia. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v. 57, n. 3, São Paulo, 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000400027>. Acesso em: 11 jan. 2012
- CEBALLOS, A. G. da C.; CARDOSO, C. Determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas. **Rev. soc. bras. Fonoaudiol**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2009.
- CÉSAR, A. M.; MAKSDUD, S. S. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão das Neves – MG. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 1, jan/mar, 2007.
- CHOMSKY, N. A linguagem e a mente. In: _____. **Novas Perspectivas lingüísticas**. Petrópolis: Vozes, 1970.
- COELHO, C. S. M.; PALHA, A. J. P. **Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- COVINGTON, M. et al. Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. **Schizophrenia Research**, n.77, p. 85– 98, 2005.
- CROW, T. J. Molecular pathology of schizophrenia. More than one disease process? **British Medical Journal**, v. 280, 66-69, 1980.
- CUERVO, C. **La profesión de Fonoaudiología**. Colombia en perspectiva Internacional. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1999.
- CUTTING, J. **The Psychology of Schizophrenia**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985.
- D'AMATO, T.; KAROUMI, B. Epidemiologia da Esquizofrenia. In: DALERY, J.; D'AMATO (eds.). **A Esquizofrenia: Investigações Actuais e Perspectivas**. Lisboa: Climepsi, 2001.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.
- DAVIS, G. A.; O'NEIL-PIROZZI, T. M.; COON, M. Referential cohesion and logical coherence of narration after right hemisphere stroke. **Brain Lang.**, v.56, n.2, p. 183-210, 1997.

DE LEON, J., BACA-GARCÍA, E., SIMPSON, G. M. A factor analysis of the Mini-Mental State Examination in schizophrenic disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 1998.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DUARTE, T. F.; CRENITTE, P. A. P.; LOPES-HERRERA, S. A. Caracterização dos indivíduos com distúrbios da fluência, atendidos na clínica-escola do curso de fonoaudiologia da USP-Bauru. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 3, set. 2009.

DURÁN, E. L.; FIGUEROA, A. B. Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos, y de primer brote. **Revista chilena de neuropsiquiatria**, Santiago, v.47, n.4, p. 259-270, 2009.

DURÃO, A. M. S. **Grupo de acompanhamento de pacientes e familiares de portadores de esquizofrenia medicados com clozapina: o impacto sobre o cotidiano de suas vidas**. 2004. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, W de A. A estrutura sintática e semântica dos delírios de perseguição e de referência na esquizofrenia paranoide: um estudo de caso. **Ciências & Cognição**; v.15, n. 2, p.228-238, 2010.

FOLQUITTO, J. C. et al. Efficacy and safety of brand – risperidone versus similar – risperidone in elderly patients with neuropsychiatric disorders: a retrospective study. **Dement Neuropsychol**, v.4, n.1, 2010.

FONSECA, R. P. et al. Apresentando um instrumento de avaliação da comunicação à Fonoaudiologia brasileira: Bateria MAC. **Revista Pró- Fono**, Barueri, v. 20, n. 4, 2008a.

FONSECA, R. P. et al. Processo de adaptação da Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação - Bateria MAC - ao Português Brasileiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, 2008b.

FRANCES, A.; ROSS, R. **DSM-IV Case Studies: A Clinical Guide to Differential Diagnosis** Washington, D.C: American Psychiatric Publishing, 2001.

GIBBS, JR., R. W. Interpreting what speakers say and implicate. **Brain Lang.**, v.68, p. 466-485, 1999.

GOLDSTEIN, J.M.; TSUANG, M.T.; FARAONE, S.V. Gender and schizophrenia: Implications for understanding the heterogeneity of the illness. **Psychiatry Res**, n.28 p. 243-253, 1989.

GOMES, M. P. C. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar do Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1803-1807, nov/dez, 2002.

GONÇALVES, M. S.; TOCHETTO, T. M.; PRIMO, M. T. Fonoaudiologia em saúde coletiva: prioridades detectadas pelos usuários de unidades básicas de saúde. **Revista Fonoaudiologia Brasil**, v. 3, n. 2, p. 1-3, 2005.

GUTIÉRREZ I., PRIETO M., SANTOS G. **Estudio descriptivo del lenguaje y la comunicación del paciente hospitalizado en la Unidad de Salud Mental de Hospital Militar Central y la Clínica psiquiátrica Santo Tomas**. [Monografía não publicada]. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.

HÄFNER, H.; VAN DER HEIDEN, W. - Course and outcome of schizophrenia. In: HIRSCH, S. R.; WEINBERGER, D. R. (eds.). **Schizophrenia**. Oxford, Victoria, Berlin: Blackwell Science, pp. 101-141, 2003.

HARVEY, P. D. et al. Cognitive impairment in geriatric chronic schizophrenic patients: a cross- sectional study in New York and London. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 1997.

INSÚA, P.; GRIJALVO, J.; HUICI, P. Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: Síntomas clínicos y medidas psicolingüística. **Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq**, Madrid, n.78, abr.-jun., 2001.

JOANETTE, Y.; SKA, B.; CÔTÉ, H. **Protocole MEC: Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication**. Montreal: Ortho Édition, 2004.

KAPLAN, H. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 7a edição, Porto Alegre: Artmed, 1997.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. (2a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KASANIN, J. S. **Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia**. Buenos Aires: Ediciones hormé, S.A.E., v.2, p. 21-32, 1939.

KASHER, A., et al. Effects of right and left hemisphere damage on understanding conversational implicatures. **Brain and Language**, n.68, p. 566-590, 1999.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Rev. Psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.34, suppl.1, 2007.

KRAEPELIN, E. **Dementia Praecox and Paraphrenia**. Leipzig: Barth, 1913.

KRING, A. M.; BACHOROWSKI, J. A. Emotions and psychopathology. **Cognition and emotion**, v. 5, n.13, p.575-599, 1999.

KUPERBERG, G. R.; CAPLAN, D. Language dysfunction in schizophrenia. **Schiffer**, Mar. 17, 2003.

LEÃO, E. R.; FLUSSER, V. Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes, São Paulo, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, 2008.

LEENTJENS, A.; et al. Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia; a cross sectional study. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, n.64, p. 375-378, 1998.

LEROY, F., et al. Dynamical quantification of Schizophrenic Speech. **Psychiatry Research**, n. 133, 2005.

- LIBERMAN, R. P. **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico**. Barcelona: Martinez Róca, 1991.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**, Métodos, Avaliação Crítica e Utilização; 4. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- MACHADO, F. B.; POÇAS, C. A.; MELLA, E. A. C. Determinação dos antipsicóticos utilizados no Hospital Municipal de Maringá – Paraná. **Anais da V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica** – Centro universitário de Maringá, 2010.
- MANSCHRECK, T. C. et al. Reduced primacy and related features in schizophrenia. **Schizophr Res**, n.5, p. 35-41, 1991.
- MARI J. J.; LEITÃO R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, n.22, p. 7-15, 2000.
- MARINI, A., et al. The role played by the right hemisphere in the organization of complex textual structures. **Brain and Language**, n.93, p.46-54, 2005.
- MATOS, M. B.; BRAGRANÇA, M.; SOUZA, R. **Esquizofrenia de A a Z**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- MATZA, L.S. et al. Measuring Changes in Functional Status Among Patients with Schizophrenia: The Link with Cognitive Impairment. **Schizophrenia Bulletin**, v. 4, n.32, p.666-678, October, 2006.
- MEILIJSON, S. R.; KASHER, A.; ELIZUR, A. Language performance in chronic schizophrenia: a pragmatic approach. **Journal of speech, language and hearing research**, v. 47, 2004.
- MEILIJSON, S., KASHER, A., ELIZUR, E. Language Communication in Chronic Schizophrenia: A Pragmatic Approach. **Journal of Speech, Language and Hearing Research**, n.47, p. 695-713, 2004.
- MITCHELL, R.; CROW, T. Right Hemisphere Language functions and Schizophrenia: The forgotten hemisphere? **Brain**, n.128, p.963-978, 2005.
- MURPHY, D.; CUTTING, J. Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, n.53, p.727-730, 1990.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. **Abnormal Psychology**. Boston: McGraw-Hill, 1998.
- PELL, M.D. Fundamental frequency encoding of linguistic and emotional prosody by right-hemisphere- damaged speakers. **Brain and Language**, v. 2, n.69, p.161-192, 1999.
- PENTEADO, R. Z.; SERVILHA, E. A.M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107-116, abril. 2004.
- PEREIRA, M. T. **Fonoaudiologia: Uma Vivência em Saúde Pública**. São Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, 1999. Monografia – Curso de Especialização em Motricidade Oral, CEFAC, 1999.

- PICARDI, Fernanda. D. **Linguagem e esquizofrenia: na fronteira do sentido**. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1997.
- PRUTTING, C., KIRCHNER, D. A Clinical Appraisal of the Pragmatic Aspects of Language. **Journal of Hearing Disorders**, n. 52, p.105-119, 1987.
- RABINOWITZ, J. et al. The course of schizophrenia: Progressive deterioration, amelioration or both? **Schizophrenia Research**, v. 1-3, n.9, p.254-258, 2007.
- REHAK, A., et al. Story processing in right-hemisphere brain damaged patients. **Brain and Language**, n. 42, p. 320–336, 1992.
- ROCHA, J. **Análise da componente pragmática da linguagem de pessoas com esquizofrenia**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Fala e da Audição). Universidade de Aveiro, Aveiro, 2007
- SAMPAIO, P. A.; SILVA, V. C.; DELMONDES, W. A. Estudo epidemiológico de pacientes com esquizofrenia, no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, janeiro de 2004 a janeiro de 2006. **Rev. Para. Med.**, v.22, n.1, 2008.
- SANTANA V.S. **Estudo epidemiológico das doenças mentais em bairros de Salvador**. Série de estudos número 3. Instituto de Saúde do Estado da Bahia; 1982.
- SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 5ª ed. São Paulo: Editora Loyola, 2007.
- SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v. 17, n.4, São Paulo, 2006.
- SILVA, T. F. C. et al. Avaliação do ajustamento social em pacientes portadores de esquizofrenia atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.18, n.4, , p 587-96, 2010.
- SNOWDEN, K.; MOLDEN, G.; DUDLEY, S. **Occupation therapy and mental health**. New York: Edinburgh Churchill Livingstone, 2002.
- SOUZA, A. R. **Centro de atenção psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2007.
- SPOERRI, T. Speaking voice of the schizophrenic patient. **Archives of General Psychiatry**, n.14, p.581-585, 1996.
- SYLVIA, A.; RAMIREZ, S.; MATIZ, S. C. Papel del Fonoaudiólogo en el Área de Salud Mental: una experiencia profesional en el Hospital Militar Central, **Revista de la Facultad de Medicina**, Bogotá, v.17, n.1, 2009.
- TIZÓN, J. L. et al. Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, Madrid, v.30, n.2, abr.-jun, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352010000200002>. Acesso em: 11.04.12.

- TODOROV, T. O discurso psicótico. In _____. **Os gêneros do discurso**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- TOMPKINS, C. A.; MATEER, C. A. Right hemisphere appreciation of prosodic and linguistic indications of implicit attitude. **Brain and language**, 24, 1985.
- TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- VIGOTSKY, L. **Pensamento e linguagem**. Lisboa: Edições Antídoto, 1979.
- VYGOTSKY, L. **Pensamento e Linguagem**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- WALDER, D. et al. Sex Differences in Language Dysfunction in Schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, n. 163, p.470-477, 2006.
- WALKER, J.P.; DAIGLE, T. Hemispheric specialization in processing prosodic structures: Revisited. **Brain and Language**, n.36, p.580-591, 2006.
- WALLACE, C.J.; LIBERMAN, R.P. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. **Psychiatry Res**, v. 3, n.15, p.239-247, 1985.
- WEINER, I. B. **Psychodiagnosis in schizophrenia**. London: Routledge, 1997.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu me chamo Ariana Elite dos Santos, sou aluna do Curso de Pós-Graduação nível Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e convidamos o (a) Senhor(a) a participar de uma pesquisa que estamos realizando com o título: Padrão da comunicação de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, que tem como objetivo analisar o padrão de comunicação de pessoas que tenham esse diagnóstico e estão em acompanhamento no Núcleo de Saúde Mental. Acreditamos que a avaliação dos aspectos de comunicação dos usuários deste Núcleo propiciará quantificar as alterações presentes nessa população, colaborando de maneira mais efetiva no processo de reabilitação psicossocial. Para o desenvolvimento da pesquisa, será realizada uma avaliação completa dos aspectos comunicativos por meio de testes, e, a aplicação desses testes durará aproximadamente uma hora e trinta minutos e poderá ser necessário mais uma sessão. As respostas para os testes serão gravadas em áudio para posterior análise, e, a participação nessa pesquisa, não é obrigatória, mas é muito importante para nos ajudar a compreender as possíveis alterações na comunicação associadas à esquizofrenia, o que pode trazer benefícios futuros ao tratamento desse transtorno, inclusive para o(a) Senhor(a). Informamos que os resultados serão divulgados sem nenhuma identificação dos participantes e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos quanto ao modo de trabalho, conteúdo e objetivos desta pesquisa. Tudo o que o(a) Senhor(a) disser somente será utilizado para esse estudo e o(a) Senhor(a) não será identificado em momento algum. Os dados obtidos através da avaliação serão sigilosos. Se mudar de opinião, se não concordar com alguma coisa ou não se sentir mais à vontade para participar, mesmo depois de iniciarmos a avaliação, o(a) Senhor(a) poderá desistir a qualquer momento. Caso o(a) Senhor(a) não quiser participar dessa pesquisa, ou se quiser interromper a sua participação a qualquer momento, isso não acarretará, de modo algum, prejuízos ou interrupção do seu tratamento, e, o seu relacionamento com profissionais e pacientes dentro do Núcleo, será o mesmo que o(a) Senhor(a) tem até agora. Consideramos que esta pesquisa não traz nenhum risco ou desconforto para o(a) Senhor(a), mas, caso ocorra algum desconforto emocional, poderá ser assistido pelo próprio serviço do Núcleo de Saúde Mental, pois o(a) Senhor(a) já é usuário deste serviço. O(a) Senhor(a) não terá ônus e também não terá benefícios diretos em participar da pesquisa. Para esclarecimento de quaisquer dúvidas e perguntas sobre a pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato comigo, a qualquer momento, através do meu telefone escrito abaixo, ou pessoalmente. Assim, diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa. Autorizo também a gravação da avaliação, recebendo uma cópia desse termo, para contato, se for necessário.

Nome:..... RG Assinatura

Responsável:..... RG:..... Assinatura

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

Contato: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão: (16) 3602 3418

Ariana Elite dos Santos: (16) 8805 1526

ANEXO 1

Bateria MAC

Rochele Paz Fonseca; Maria Alice de Mattos Pimenta Parente; Hélène Côté; Bernadette Ska; Yves Joannette

Protocolo de Registro

Data da avaliação: _____

Examinador(a): _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Sobrenome: _____

Número do prontuário: _____ Quarto: _____

Médico: _____ Data de nascimento: _____

Idade: _____ Fone médico: _____

Dominância manual: _____ Sexo: () feminino () masculino

Língua materna: _____ Outras Línguas: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Familiar responsável: _____ Telefones: _____

Endereço: _____

DADOS MÉDICOS

Lesão cerebral / quadro neurológico (data e local): _____

Tomografia () e / ou ressonância magnética (): _____

Distúrbios motores e sensoriais: () visuais () auditivos: _____

Antecedentes médicos: _____

Medicamentos: _____

Dados fonoaudiológicos: _____

Dados neuropsicológicos: _____

Outros: _____

RESUMO DOS RESULTADOS DAS TAREFAS DA BATERIA MAC

Tarefas	Escore/Resultados	Interpretação
1. Questionário sobre a consciência das dificuldades (p. 3)	() / 7 ou () / 5	() sem déficit () com déficit
2. Discurso conversacional (p. 4)	() / 34	() sem déficit () com déficit
3. Interpretação de metáforas (p. 5-8)		
explicações	() / 40	() sem déficit () com déficit
escolha das alternativas	() / 20	
4. Evocação lexical		
livre (p. 9)		() sem déficit () com déficit
com critério ortográfico (p) (p. 18)		() sem déficit () com déficit
com critério semântico (roupas) (p. 27)		() sem déficit () com déficit
5. Prosódia lingüística		
compreensão (p. 10)	() / 12	() sem déficit () com déficit
repetição (p. 11)	() / 12	() sem déficit () com déficit
6. Discurso narrativo (p. 12-17)		
reconto parcial: informações essenciais	() / 18	() sem déficit () com déficit
reconto parcial: informações presentes	() / 29	() sem déficit () com déficit
reconto integral: estrutura da história	() / 13	() sem déficit () com déficit
questionário	() / 12	() sem déficit () com déficit
inferência	sim () não ()	
7. Prosódia emocional		
compreensão (p. 19)	() / 12	() sem déficit () com déficit
repetição (p. 20)	() / 12	() sem déficit () com déficit
produção (p. 28-30)	() / 18	() sem déficit () com déficit
8. Interpretação de atos de fala indiretos (p. 21-26)		
explicações	() / 40	() sem déficit () com déficit
escolha das alternativas	() / 20	
9. Julgamento semântico (p. 31)		
escore identificações	() / 24	() sem déficit () com déficit
escore explicações	() / 12	() sem déficit () com déficit

1. Questionário sobre a consciência das dificuldades

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 3

1. Você tem dificuldades de se comunicar com os outros na maioria das vezes? _____

() sim

() **NÃO**

2. Seu(sua) esposo(a) ou seus parentes entendem na maioria das vezes o que você diz? _____

() **SIM**

() não

3. Você entende na maioria das vezes o que as outras pessoas dizem? _____

() **SIM**

() não

4. Você acha que poderia no presente momento voltar ao trabalho? _____

() **SIM**

() não

5. Algumas tarefas do trabalho são mais difíceis de serem realizadas atualmente? _____

() sim

() **NÃO**

6. Tem algumas atividades de casa mais difíceis de serem realizadas, por exemplo, organizar os gastos, planejar as refeições? _____

() sim

() **NÃO**

7. Você acha que poderá voltar a realizar todas as atividades de lazer que realizava antes do derrame (ou substituir a palavra "derrame" pelo quadro neurológico do paciente)? _____

() **SIM**

() não

Total: () / 7 ou () / 5

Comentários: _____

2. Discurso conversacional

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 4-6

Instrução: Antes de iniciar a avaliação, gostaria que você me falasse um pouco de (seu trabalho, sua família, seu lazer, atualidades). Observação: primeiros cinco minutos, um desses assuntos. Próximos cinco minutos, outro desses assuntos. Escolher somente dois dos quatro.

Pontuação:

2: comportamento ausente;

1: comportamento raro ou pouco observado;

0: comportamento freqüente ou muito observado;

n/o: comportamento não observado (vale dois pontos).

Planilha de observação do discurso conversacional

O indivíduo avaliado:

Categorias de Análise do Discurso Conversacional		2	1	0
1.	Procura palavras () ou troca palavras ()	2	1	0
2.	Não se corrige quando troca de palavra	2 ou n/o	1	0
3.	Expõe suas idéias de forma pouco precisa	2	1	0
4.	Faz comentários inapropriados (), não esperados () ou ininteligíveis ()	2	1	0
5.	Troca de assunto	2	1	0
6.	Apresenta falta de iniciativa verbal	2	1	0
7.	Fala muito	2	1	0
8.	Repete-se	2	1	0
9.	Corta a fala (frase ou palavra)	2	1	0
10.	Compreende mal o que lhe é dito	2	1	0
11.	Compreende mal a linguagem indireta	2 ou n/o	1	0
12.	Fica indiferente a comentários do tipo brincadeira ou piada	2 ou n/o	1	0
13.	Perde o fio da conversa	2	1	0
14.	Tem uma voz monótona	2	1	0
15.	Tem uma velocidade de fala diminuída () ou aumentada ()	2	1	0
16.	Tem uma expressão facial imobilizada	2	1	0
17.	Tem um contato visual inconstante ou ausente	2	1	0

Subtotais

Total: () / 34

Comentários: _____

Total: () / 34	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	30,82	32,20	30,50	30,78	29,66	30,48
desvio-padrão	1,89	1,52	1,76	1,84	2,43	2,47
10º percentil	28,10	30,0	29,0	27,10	27,0	27,0
ponto de alerta	28	30	28	28	27	27

3. Interpretação de metáforas

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 7-11

Instrução: Vou ler uma frase. Utilizando suas próprias palavras, explique-me o que quer dizer cada frase.

Pontuação:

2: resposta clara e adequada;

1: elementos de resposta presentes, mas com imprecisões, acréscimos ou omissões;

0: resposta inadequada ou ausência de resposta.

1. O professor é um sonífero.

0 1 2

Instrução: Agora, você terá três alternativas de resposta. Diga qual delas explica melhor o que a frase quer dizer.

Alternativas:

A. O professor é um remédio.

⇒ B. O professor dá sono.

C. O professor fala sobre soníferos.

2. A enciclopédia é uma mina de ouro.

0 1 2

Alternativas:

A. A enciclopédia tem informações sobre o ouro.

B. A enciclopédia é feita de ouro.

⇒ C. A enciclopédia contém muitas informações.

3. Meu trabalho é uma prisão.

0 1 2

Alternativas:

⇒ A. Meu trabalho é uma obrigação limitante.

B. Eu trabalho em uma prisão.

C. Meu trabalho é cansativo.

4. O ônibus é uma tartaruga.

0 1 2

Alternativas:

A. O ônibus transporta uns passageiros.

⇒ B. O ônibus é muito lento.

C. O ônibus está cheio de tartarugas.

5. Meu pai é um pavão.

0 1 2

Alternativas:

- A. Meu pai gosta de correr.
⇒ B. Meu pai é muito vaidoso.
C. Meu pai é colorido.

6. Este cachorro é um grude.

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Este cachorro me segue onde vou.
B. Este cachorro tem o pêlo grudento.
C. Este cachorro não pára.

7. A casa deste homem é um lixo.

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. A casa está suja e bagunçada.
B. O homem vive numa lata de lixo.
C. Tem muitas latas de lixo na casa.

8. Este exercício de matemática é uma tortura.

0 1 2

Alternativas:

- A. Este exercício é feito rapidamente.
⇒ B. Este exercício é muito difícil.
C. Este exercício provoca dor.

9. Esta criança é uma pipoca.

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. A criança é agitada.
B. A criança come pipoca.
C. A criança é gulosa.

10. Minha vizinha é uma cobra.

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Minha vizinha é malvada.
B. Minha vizinha toma veneno.
C. Minha vizinha gosta de cobras.

11. Este homem joga dinheiro no lixo.

0 1 2

Alternativas:

- A. O lixo deste homem está cheio de dinheiro.
⇒ B. O homem gasta inutilmente o seu dinheiro.
C. O homem esconde o seu dinheiro na lata de lixo para economizar.

12. Tenho que pôr a mão na massa.

0 1 2

Alternativas:

- A. Tenho que fazer um bolo.
⇒ B. Tenho que participar de um trabalho.
C. Vou ter que sujar a minha mão.

13. Minha mãe chorou sobre o leite derramado.

0 1 2

Alternativas:

- A. Minha mãe derramou leite e chorou em cima dele.
⇒ B. Minha mãe ficou muito triste por algo sem solução.
C. Minha mãe se assustou.

14. Meu amigo tem um coração muito grande.

0 1 2

Alternativas:

- A. Meu amigo tem um coração de grande dimensão.
B. Meu amigo é bem alegre.
⇒ C. Meu amigo é muito bondoso.

15. A menina morreu de rir.

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. A menina riu bastante.
B. A menina sentiu-se mal ao rir.
C. A menina faleceu.

16. A mulher está com a cabeça no mundo da lua.

0 1 2

Alternativas:

- A. A mulher está deitada na lua.
⇒ B. A mulher está distraída.
C. A mulher está ocupada.

17. A mãe pisa em ovos com seus filhos.

0 1 2

Alternativas:

- ☐ A. A mãe é muito cuidadosa com seus filhos.
- B. A mãe coloca os pés em cima dos ovos quebrados com seus filhos.
- C. A mãe e seus filhos trabalham como quebradores de ovos.

18. Meu pai me deu uma mãozinha.

0 1 2

Alternativas:

- A. Meu pai me bateu.
- B. Meu pai me obrigou a trabalhar.
- ☐ C. Meu pai me ajudou.

19. O jovem canta de galo.

0 1 2

Alternativas:

- A. O jovem imita um galo.
- B. O jovem adora galos.
- ☐ C. O jovem conta vantagens.

20. Meu patrão rodou a baiana.

0 1 2

Alternativas:

- A. Meu patrão fez a baiana rodar.
- ☐ B. Meu patrão ficou furioso.
- C. Meu patrão dançou com a baiana.

EXPLICAÇÕES**ESCOLHA DAS ALTERNATIVAS**

Total metáforas novas (1-10): () / 20

Total expressões idiomáticas (11-20): () / 20

Total: () / 40

Total metáforas novas (1-10): () / 10

Total expressões idiomáticas (11-20): () / 10

Total: () / 20

Comentários:

Total: () / 40	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	28,02	35,28	27,61	34,18	27,14	31,78
desvio-padrão	6,28	3,25	5,75	3,91	5,35	4,03
10º percentil	19,0	32,0	21,0	28,10	18,10	25,0
ponto de alerta	19	32	21	28	19	25

5. Prosódia lingüística - compreensão

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 14

Instrução: Você vai ouvir algumas frases. Tente, a partir da entonação da voz, reconhecer se é uma pergunta, uma afirmação ou uma ordem. Aponte a imagem que corresponde à sua escolha.

Exemplo: (fazer em voz alta) "Amanda, olha para fora!" (entonação imperativa). Se errar, repita. Diga em seguida a mesma frase, mas com uma entonação interrogativa.

Frases	Entonação			Comentários
	Interrogativa	Afirmativa	Imperativa	
1. Maria vai trabalhar.				
2. Pedro bebe leite?				
3. Luisa, cuida do bebê!				
4. João toma café?				
5. Maria vai trabalhar?				
6. Pedro, bebe leite!				
7. Luisa cuida do bebê.				
8. João, toma café!				
9. Maria, vai trabalhar!				
10. Pedro bebe leite.				
11. Luisa cuida do bebê?				
12. João toma café.				
Subtotais	() / 4	() / 4	() / 4	Total: () / 12

Comentários: _____

Total: () / 12	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	8,14	11,38	7,56	10,86	8,56	10,96
desvio-padrão	2,57	1,42	2,88	1,57	2,35	1,49
10º percentil	4,10	10,0	3,0	8,10	5,10	9,0
ponto de alerta	5	9	3	9	6	9

6. Prosódia lingüística - repetição

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 15

Instrução: Você vai ouvir algumas frases. Repita cada frase respeitando as entonações de voz, ou seja, com a mesma melodia da voz que escutar na gravação.

Frases	Entonação			Comentários
	Interrogativa	Afirmativa	Imperativa	
1. Maria vai trabalhar.				Neutro () OE ()
2. Pedro bebe leite?				Neutro () OE ()
3. Luisa, cuida do bebê!				Neutro () OE ()
4. João toma café?				Neutro () OE ()
5. Maria vai trabalhar?				Neutro () OE ()
6. Pedro, bebe leite!				Neutro () OE ()
7. Luisa cuida do bebê.				Neutro () OE ()
8. João, toma café!				Neutro () OE ()
9. Maria, vai trabalhar!				Neutro () OE ()
10. Pedro bebe leite.				Neutro () OE ()
11. Luisa cuida do bebê?				Neutro () OE ()
12. João toma café.				Neutro () OE ()
Subtotais	()/4	()/4	()/4	Total: ()/12

Legenda: OE - outra entonação (por exemplo, tristeza, alegria, surpresa etc.).

Comentários: _____

Total: () / 12	Idade					
	19 - 39 Anos		40- 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	10,38	11,76	10,38	11,58	10,70	11,40
desvio-padrão	1,89	0,55	1,85	1,05	1,76	1,19
10º percentil	8,0	11,0	8,0	10,10	8,0	9,10
ponto de alerta	8	11	8	10	8	9

7. Discurso narrativo

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 16-19

A. Reconto parcial da história, parágrafo por parágrafo

Instrução: Vou ler um curto texto. Depois de cada parágrafo, eu gostaria que você me resumisse o que acabou de acontecer na história, usando suas próprias palavras.

Texto: "Marcos e seu poço" (extraído de Dialogue Canadá, adaptado para o Português Brasileiro)

Ler o texto da tarefa discurso narrativo do livro de estímulos.

Pontuação:

Em negrito: idéia principal que deve ser recontada; as palavras ou expressões sinônimas, que não mudam o sentido original, também são aceitas.

Entre parênteses: uma ou outra das idéias entre parênteses deve estar presente no reconto.

Parágrafo 1:

Informações a Serem Lembradas		Informações Transformadas
1.1. (Marcos) é um (agricultor) (gaúcho).	→ ☐	
1.2. Ele passou vários dias	☐	
1.3. cavando um poço	→ ☐	
1.4. na sua fazenda	☐	
1.5. e o trabalho estava quase terminado .	→ ☐	
Total de informações essenciais	() / 3	
Total de informações presentes	() / 5	

Parágrafo 2:

Informações a Serem Lembradas		Informações Transformadas
2.1. Uma manhã ,	☐	
2.2. quando (chegou) no campo para (terminar de cavar),	☐	
2.3. ele (notou) que o poço estava quase cheio de terra .	→ ☐	
2.4. Ficou desencorajado.	☐	
2.5. Então, teve uma idéia .	☐	
2.6. Tirou o (chapéu) e a (camisa) , colocando-os na beirada do poço .	→ ☐	
2.7. Em seguida, escondeu a (picareta) e a (pá)	→ ☐	
2.8. e (subiu) numa árvore , onde ficou (escondido).	→ ☐	
Total de informações essenciais	() / 4	
Total de informações presentes	() / 8	

Parágrafo 3:

Informações a Serem Lembradas			Informações Transformadas
3.1. Um vizinho ,	→	☐	
3.2. que atravessava a fazenda,		☐	
3.3. chegou logo depois.		☐	
3.4. Avistando o (chapéu) e a (camisa),	→	☐	
3.5. concluiu que Marcos devia estar trabalhando no fundo do poço.	→	☐	
Total de informações essenciais	() / 3		
Total de informações presentes	() / 5		

Parágrafo 4:

Informações a Serem Lembradas			Informações Transformadas
4.1. Ao se inclinar para falar com ele,		☐	
4.2. (viu) que o buraco estava (quase cheio de terra.	→	☐	
4.3. (Gritou), pedindo ajuda : " - (Socorro!) Socorro! Venham rápido!	→	☐	
4.4. O Marcos ficou enterrado no poço".	→	☐	
Total de informações essenciais	() / 3		
Total de informações presentes	() / 4		

Parágrafo 5:

Informações a Serem Lembradas			Informações Transformadas
5.1. (Os vizinhos) (acudiram)	→	☐	
5.2. e (começaram) a esvaziar o poço	→	☐	
5.3. para alcançar o amigo.		☐	
5.4. Quando (o poço) já estava quase vazio ,	→	☐	
5.5. Marcos desceu calmamente da árvore ,	→	☐	
5.6. aproximou-se		☐	
5.7. e (disse): " - MUITÍSSIMO obrigado: vocês me fizeram um grande favor! "	→	☐	
Total de informações essenciais	() / 5		
Total de informações presentes	() / 7		

Total de informações essenciais lembradas: () / 18

Total de informações presentes lembradas: () / 29

Comentários: _____

Total Informações Essenciais Lembradas () / 18	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	9,44	14,98	10,40	13,80	10,48	13,40
desvio-padrão	3,56	2,43	3,25	2,90	3,76	2,13
10º percentil	5,0	12,0	6,0	9,0	4,10	11,0
ponto de alerta	5	12	6	9	5	11

Total Informações Presentes Lembradas () / 29	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	13,18	20,90	14,30	19,14	14,50	18,58
desvio-padrão	5,26	3,48	4,40	4,49	5,24	3,02
10º percentil	6,10	17,10	8,10	12,10	7,10	15,00
ponto de alerta	7	17	9	12	8	15

B. Reconto integral da história.

Instrução: Agora, você irá ouvir o mesmo texto, mas desta vez eu vou lê-lo inteiro, sem pausa. No final, eu gostaria que você recontasse a história usando suas próprias palavras. Depois, eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre a história.

Pontuação:

Os sinônimos das idéias esperadas são aceitos.

Idéias Principais da História		Informações Transformadas
Situação		
um homem	☐	
ele cava um poço	☐	
ele quase terminou	☐	
Conflito inicial		
o poço enche de terra	☐	
Plano interno		
ele tem uma idéia, elabora uma estratégia	☐	
Tentativa		
ele deixa suas roupas perto do poço	☐	
ele esconde sua picareta e sua pá	☐	
ele se esconde numa árvore	☐	
Consequências		
um vizinho acredita que ele está no poço	☐	
ele chama seus amigos para ajudá-lo	☐	
juntos, eles cavam o poço	☐	
Reações		
Marcos desce da árvore	☐	
ele agradece aos seus vizinhos	☐	

Total de idéias lembradas: () / 13

Comportamentos comunicativos desviantes

Observações Presentes		Comentários
Observações pessoais abundantes	☐	
Discurso tangencial	☐	
Não-respeito à cronologia dos eventos	☐	
Omissão de marcadores de relação	☐	
Léxico impreciso	☐	
Referências imprecisas	☐	
Acréscimo de informações erradas	☐	
Falta de fluência	☐	

Comentários: _____

Total Discurso Narrativo Integral: () / 13	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	7,34	10,82	7,18	10,36	7,30	10,18
desvio-padrão	3,48	2,22	2,70	2,01	3,21	1,79
10º percentil	2,0	8,0	3,10	7,0	2,0	8,0
ponto de alerta	3	8	4	7	2	8

C. Avaliação da compreensão do texto.**Instrução:** Que título você daria para esta história?**Pontuação:**

2: título que demonstra que a inferência foi feita;

1: título com relação com a história, mas não indicativo do processamento da inferência;

0: título sem qualquer relação com a história ou com relação incorreta.

Título: _____

0 1 2

Comentários: _____**Instrução:** Agora, vou te fazer algumas questões sobre a história.**Pontuação:**

+: resposta correta.

-: resposta incorreta.

φ: ausência de resposta.

Questões	+	-	φ	Respostas Transformadas
1. O que Marcos estava fazendo depois de vários dias?				
2. O trabalho já havia terminado?				
3. Durante a noite, o que caiu no buraco?				
4. O que Marcos colocou na beira do poço?				
5. O que ele fez com a sua picareta e a sua pá?				
6. Onde ele se escondeu depois disto?				
7. Onde seus vizinhos pensaram que Marcos estava?				
8. O que fizeram os vizinhos?				
9. Quando que Marcos desceu da árvore?				
10. Que serviço os vizinhos prestaram a Marcos?				
11. Será que os vizinhos ficaram contentes?				
12. O que podemos pensar de Marcos?				
Subtotais				

Total: () / 12
Comentários: _____

Total Questões de Compreensão: () / 12	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	8,74	10,78	8,98	10,62	8,44	10,12
desvio-padrão	2,50	1,63	2,98	1,65	2,70	1,82
10º percentil	5,0	8,10	4,0	8,0	5,0	8,0
ponto de alerta	5	8	4	8	5	8

Instrução: E agora, você conservaria o mesmo título?

() SIM

() NÃO

Novo título: _____

0 1 2

Comentários: _____

Inferência: Em se baseando no reconto integral da história, sobre as respostas das perguntas de compreensão ou sobre qualquer outro índice, o/a examinador(a) pode afirmar que a inferência foi feita? (Marcos fez uma brincadeira com seus amigos)?

() SIM

() NÃO

Em que momento o(a) examinador(a) constatou que a inferência foi processada?

- () durante () após a primeira leitura
 () durante () após a segunda leitura
 () no fornecimento do primeiro título
 () nas questões de compreensão do texto
 () no fornecimento do segundo título
 () outro momento

Comentários: _____

Percentual de Indivíduos que Processaram a Inferência	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
percentual	76%	96%	68%	90%	64%	92%

8. Evocação lexical com critério ortográfico (p)

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 20

Instrução: Você deve me dizer o maior número possível de palavras que começam com a letra P, em dois minutos, sem dizer nomes próprios.

0-30 s	30-60 s	60-90 s	90-120 s
Total:	Total:	Total:	Total:

Grande total: _____

Comentários: _____

Grande Total	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2- 7 anos	≥ 8 anos
média	20,54	27,06	17,44	26,22	16,46	21,36
desvio-padrão	8,84	6,92	7,25	8,04	6,26	8,74
10º percentil	10,10	17,10	9,0	17,0	8,10	12,10
ponto de alerta	11	18	9	17	9	12

9. Prosódia emocional - compreensão

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 21

Instrução: Você vai ouvir algumas frases. Baseando-se na entonação da voz, tente reconhecer se a pessoa está triste, alegre ou com raiva. Aponte a imagem que corresponde à sua escolha.

Exemplo: (Fazer em voz alta) "Felipe joga xadrez." (raiva). Se houver erro, repetir o exemplo.

Frases	Entonação			Comentários
	Tristeza	Alegria	Raiva	
1. Tiago vai sair.				
2. Clara bate na porta.				
3. Renato lê o jornal.				
4. Denise come um pão.				
5. Clara bate na porta.				
6. Tiago vai sair.				
7. Renato lê o jornal.				
8. Denise come um pão.				
9. Clara bate na porta.				
10. Tiago vai sair.				
11. Renato lê o jornal.				
12. Denise come um pão.				
Subtotais	() / 4	() / 4	() / 4	Total: () / 12

Comentários: _____

Total: () / 12	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	10,42	11,70	9,70	11,62	9,06	10,60
desvio-padrão	1,98	1,07	2,68	0,69	2,43	1,71
10º percentil	8,00	11,00	5,00	11,00	6,0	8,0
ponto de alerta	8	10	5	10	6	8

10. Prosódia emocional - repetição

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 22

Instrução: Você vai ouvir algumas frases. Repita cada frase respeitando a entonação da voz, ou seja, com a mesma melodia da voz que escutar na gravação.

Frases	Entonação			Comentários
	Tristeza	Alegria	Raiva	
1. Tiago vai sair.				Neutro () OE ()
2. Clara bate na porta.				Neutro () OE ()
3. Renato lê o jornal.				Neutro () OE ()
4. Denise come um pão.				Neutro () OE ()
5. Clara bate na porta.				Neutro () OE ()
6. Tiago vai sair.				Neutro () OE ()
7. Renato lê o jornal.				Neutro () OE ()
8. Denise come um pão.				Neutro () OE ()
9. Clara bate na porta.				Neutro () OE ()
10. Tiago vai sair.				Neutro () OE ()
11. Renato lê o jornal.				Neutro () OE ()
12. Denise come um pão.				Neutro () OE ()
Subtotais	/ 4	/ 4	/ 4	Total: () / 12

Legenda: OE - outra entonação (por exemplo, ordem, tristeza*, alegria*, surpresa, medo etc.) (*quando esses estímulos não forem os alvos).

Comentários: _____

Total: () / 12	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	8,32	10,16	8,78	10,36	8,82	7,96
desvio-padrão	2,76	2,05	2,43	2,08	2,60	2,63
10º percentil	4,00	6,10	5,10	8,00	4,10	5,00
ponto de alerta	4	6	5	8	4	5

11. Interpretação de atos de fala indiretos

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 23-27

Instrução: Escute com atenção o curto texto que eu vou ler e explique o que a pessoa quer dizer. Tem algumas frases que tem informações subentendidas (mensagens nas entrelinhas, em que as pessoas estão sendo indiretas) e outras não (em que as pessoas estão sendo diretas).

Pontuação:

2: resposta clara e adequada;

1: elementos de resposta presentes, mas com imprecisões, acréscimos ou omissões;

0: resposta inadequada ou ausência de resposta.

Exemplos:

(D) Joana está no trabalho. Ela liga para seu marido e diz: "Acabei de encontrar meu chefe e ele me ofereceu uma promoção." O que Joana quis dizer?

Se a resposta for correta, explique que Joana só quer informar ao seu marido sobre sua promoção. Deixe claro que é uma frase sem informações subentendidas, em que a pessoa está sendo direta.

(I) Francisca está muito ocupada no seu trabalho. Ela liga para seu marido e diz: "Hoje à tarde, não terei tempo de ir buscar as crianças na creche." O que ela quis dizer ao seu marido?

Se a resposta for correta, explique que Francisca está pedindo ao seu marido para ir buscar as crianças. Deixe claro que é uma frase com informações subentendidas, em que a pessoa está sendo indireta.

Em último caso, caso o indivíduo avaliado não compreenda os exemplos acima, dar o exemplo "Se eu chego na sua casa à uma hora da tarde e digo 'A última vez que eu comi foi às oito horas.', o que estou querendo dizer?" - com subentendido, estou sendo indireta, deixando a mensagem no ar de que quero comer algo. Agora, "Se eu chego na sua casa à uma hora da tarde e digo 'Me dá um prato de comida, por favor.', o que estou querendo dizer?" - sem subentendido, estou sendo direta, sem deixar nenhuma mensagem no ar.

Situação 1D:

Seu Flores chega no trabalho em um dia de calorão. Ele diz ao seu patrão: "Faz frio aqui, é agradável."

- O que Seu Flores quis dizer?

0 1 2

Instrução: Agora, vou lhe dar duas alternativas de resposta. Diga-me qual delas explica melhor o que a pessoa quis dizer.

Alternativas:

- ⇒ A. Ele quis dizer que apreciava o frio na sala.
B. Ele quis dizer para o patrão diminuir o ar-condicionado.

Situação 2I:

João está em seu quarto ouvindo música. Seu pai lhe diz: "João, a porta do seu quarto está aberta."

- O que o pai do João quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

A. Ele quis informar que a porta não está fechada.

⇒ B. Ele quer que seu filho feche a porta.

Situação 3I:

Felipe está se mudando no próximo sábado. Ele reencontra um velho amigo na rua e depois de lhe falar que está se mudando, pergunta: "Você tem algum programa para o fim de semana?"

- O que Felipe quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

A. Ele quer saber o que o amigo vai fazer no fim de semana.

⇒ B. Ele quer que seu amigo ajude na mudança.

Situação 4I:

Madalena e seu marido saem do supermercado, cada um com algumas sacolas. Madalena diz ao seu marido: "Esta sacola está muito pesada."

- O que Madalena quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

A. Ela quis dizer que uma das sacolas que ela está carregando tem muito peso.

⇒ B. Ela quer que seu marido pegue a sacola.

Situação 5D:

Seu Carlos está na sala quando o telefone toca. Ele diz à sua mulher: "Deixa que eu vou."

- O que Seu Carlos quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

⇒ A. Ele quis dizer que ele vai atender.

B. Ele quis dizer à sua mulher que ela deve atender.

Situação 6D:

Tiago se senta para assistir televisão. Ele diz à sua mulher que está sentada ao seu lado: "Esta nova televisão funciona muito bem."

- O que Tiago quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ele quis dizer que é uma boa televisão.
B. Ele quis dizer que gostaria de comprar uma outra televisão igual.

Situação 7I:

Emílio mora com seu irmão. Voltando do supermercado, ele diz ao seu irmão: "Foram 268 reais".

- O que Emílio quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- A. Ele quis informar ao seu irmão o quanto ele pagou.
⇒ B. Ele quis que seu irmão lhe desse dinheiro.

Situação 8D:

Senhor Pereira trabalha num escritório e imprime um documento. Ele diz à sua secretária: "Esta impressora tem um bom desempenho."

- O que o Senhor Pereira quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ele quis dizer que a impressora funciona bem.
B. Ele quis dizer para a secretária usar a impressora mais vezes.

Situação 9D:

Catarina olha seu filho que está escovando os dentes antes de ir para a escola. Ela diz a ele: "Você está parecendo gente grande."

- O que Catarina quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ela quis dizer que ele escova bem os dentes.
B. Ela quis dizer para ele ser rápido.

Situação 10I:

Luisa olha seu carro estacionado na rua e diz ao seu marido: "Querido, o carro está sujo."

- O que Luisa quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

A. Ela quis dizer que o carro não está limpo.

⇒ B. Ela quis dizer para seu marido lavar o carro.

Situação 11I:

Seu José está na sala quando o telefone toca. Ele diz à sua mulher: "O telefone está tocando."

- O que Seu José quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

A. Ele quis dizer que está ouvindo o telefone tocar.

⇒ B. Ele quis dizer à sua mulher que ela deve atender.

Situação 12D:

André está se mudando no próximo sábado. Ele reencontra um velho amigo na rua e depois de lhe falar que está se mudando, diz: "O apartamento é bem claro."

- O que André quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

⇒ A. Ele quis dizer que tem muita luz no apartamento.

B. Ele quer que seu amigo ajude na mudança.

Situação 13D:

Cristina e seu marido saem do supermercado, cada um com algumas sacolas. Cristina diz ao seu marido: "Vou cozinhar uma massa hoje à noite."

- O que Cristina quis dizer?

0	1	2
---	---	---

Alternativas:

⇒ A. Ela quis dizer que gostaria de comer massa no jantar.

B. Ela quis pedir ao seu marido que ele cozinhasse para ela hoje à noite.

Situação 14D:

Cláudio está em seu quarto ouvindo música. Seu pai lhe diz: "Cláudio, vem comer!"

- O que o pai do Cláudio quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ele quis dizer para seu filho vir à mesa.
B. Ele quis dizer para seu filho lavar a louça.

Situação 15I:

Seu Otávio chega no trabalho em um dia de calorão. Ele diz ao seu patrão: "Faz frio aqui."

- O que Seu Otávio quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- A. Ele quis dizer que o ar está frio no escritório.
⇒ B. Ele quis dizer para seu patrão diminuir o ar-condicionado.

Situação 16D:

Lucas mora com seu irmão. Voltando do supermercado, ele diz ao seu irmão: "Não tinha quase ninguém no supermercado."

- O que Lucas quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ele quis dizer ao seu irmão que tinha pouca gente no supermercado.
B. Ele quer que seu irmão vá ao supermercado na próxima vez.

Situação 17I:

Amanda olha seu filho que está escovando os dentes antes de ir para a escola. Ela diz a ele: "Cristian, que demora!"

- O que Amanda quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- A. Ela quis dizer que ele leva muito tempo para escovar os dentes.
⇒ B. Ela quis dizer para ele se apressar.

Situação 18D:

Mariana olha seu carro estacionado na rua e diz ao seu marido: "Eu adoro a cor que a gente escolheu para o carro."

- O que Mariana quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ela quis dizer que eles fizeram uma boa escolha.
B. Ela quis dizer para seu marido fotografar o carro.

Situação 19I:

Fernando se senta para assistir televisão. Ele diz à sua mulher que está sentada ao seu lado: "Querida, meus óculos estão em cima da mesa."

- O que Fernando quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ele quis dizer onde estão os óculos dele.
B. Ele quis dizer para sua mulher pegar seus óculos.

Situação 20I:

Senhor Vargas trabalha num escritório e imprime um documento. Ele diz à sua secretária: "Não tem papel aqui."

- O que o Senhor Vargas quis dizer?

0 1 2

Alternativas:

- ⇒ A. Ele quis dizer que a impressora está sem papel.
B. Ele quis dizer para a secretária repor o papel na impressora.

EXPLICAÇÕES**ESCOLHA DAS ALTERNATIVAS**

Total situações diretas (D): () / 20
Total situações indiretas (I): () / 20
Total: () / 40

Total situações diretas (D): () / 10
Total situações indiretas (I): () / 10
Total: () / 20

Comentários:

Total: () / 40	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	29,18	33,96	29,80	31,98	30,60	32,20
desvio-padrão	4,85	2,92	4,02	3,10	3,96	3,44
10º percentil	22,0	29,0	23,10	29,0	26,0	27,0
ponto de alerta	22	29	23	29	26	27

12. Evocação lexical com critério semântico (roupas)

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 28

Instrução: Você deve dizer o maior número de palavras que sejam roupas/vestimentas em dois minutos.

[illegible]

Grande total: _____

Comentários: _____

Grande Total	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	20,96	30,98	20,78	28,42	18,28	23,48
desvio-padrão	6,67	6,29	5,68	7,68	4,45	5,57
10º percentil	13,10	22,00	14,00	18,10	13,00	16,10
ponto de alerta	14	22	14	19	13	17

13. Prosódia emocional - produção

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 29

Instrução: Primeiro vou ler uma frase. Depois vou contar três situações diferentes, onde ela poderia aparecer. Diga a frase com o sentimento adequado para cada situação. É importante que você não acrescente nada à frase, repetindo a frase exatamente como escutá-la e lê-la.

Exemplo: Apresentar a frase: "Amanhã é sábado." Em seguida, ler o texto abaixo:

Agora, vou ler a situação: "Bernardo detesta seu trabalho e ele está aliviado que a semana tenha terminado. Muito contente, ele diz ao colega dele.

Se você fosse Bernardo e estivesse contente, com que entonação diria esta frase "Amanhã é sábado?"

Pontuação:

2: curva prosódica normal;

1: curva prosódica com pouca entonação, mas com reconhecimento possível do sentimento;

0: curva prosódica plana ou inapropriada.

Frase 1: Meu marido quebrou o vaso.

Situação 1A - Tristeza:

Joana tem um vaso que ela adora. Sem querer, seu marido deixa cair o vaso e o quebra. Joana está bem triste e liga para sua irmã para lhe dizer.

Se você fosse Joana e estivesse triste, com que entonação diria esta frase "Meu marido quebrou o vaso."?

0 1 2

Situação 1B - Alegria:

Ana recebe um vaso horroroso que ela detesta. Seu marido acidentalmente bateu no vaso, que caiu, ficando em mil pedaços. Ana está contente que se livrou do vaso e liga para sua irmã para lhe dizer.

Se você fosse Ana e estivesse contente, com que entonação diria esta frase "Meu marido quebrou o vaso."?

0 1 2

Situação 1C - Raiva:

Cristina levou várias semanas para fazer um lindo vaso de cerâmica. Durante uma briga de casal, seu marido pegou o vaso e jogou-o no chão. Ela está furiosa e liga para sua irmã para lhe contar.

Se você fosse Cristina e estivesse furiosa(o), com que entonação diria esta frase "Meu marido quebrou o vaso."?

0 1 2

Frase 2: Acabei de vir do médico.**Situação 2B - Alegria:**

Paula e seu marido desejam ter um filho já faz algum tempo. Paula foi ao médico e ele confirmou que ela está grávida. Muito feliz, ela liga para seu marido para lhe contar.

Se você fosse Paula e estivesse alegre, com que entonação diria esta frase "Acabei de vir do médico."?

_____ 0 1 2

Situação 2C - Raiva:

João Pedro está na fila de espera para um tratamento de fisioterapia depois de algumas semanas. Seu médico lhe diz que ainda vai ser preciso esperar um mês antes do início do tratamento. João Pedro está furioso e liga para sua mulher para lhe contar.

Se você fosse João Pedro e estivesse furioso(a), com que entonação diria esta frase "Acabei de vir do médico."?

_____ 0 1 2

Situação 2A - Tristeza:

Eduardo vai ao médico para saber os resultados de uns exames. Seu médico lhe diz que ele sofre de uma doença grave. A notícia deixa Eduardo muito triste e ele liga para seu irmão para falar para ele.

Se você fosse Eduardo e estivesse triste, com que entonação diria esta frase "Acabei de vir do médico."?

_____ 0 1 2

Frase 3: Recebi uma carta do meu pai.**Situação 3C - Raiva:**

Francisco recebeu uma carta de seu pai lhe comunicando que ele vai ser deserdado por causa de uma briga recente. Furioso, ele chama a esposa para lhe falar.

Se você fosse Francisco e estivesse furioso(a), com que entonação diria esta frase "Recebi uma carta do meu pai."?

_____ 0 1 2

Situação 3A - Tristeza:

Luís recebeu uma carta de seu pai anunciando a morte de uma tia muito querida. Ele fica muito triste com a notícia e chama sua mulher para lhe contar.

Se você fosse Luís e estivesse triste, com que entonação diria esta frase "Recebi uma carta do meu pai."?

_____ 0 1 2

Situação 3B - Alegria:

Antônio recebeu uma carta de seu pai anunciando que ele virá para passar o Natal na casa deles. Como eles se dão muito bem, Antônio está muito contente. Ele chama sua mulher e lhe diz:

Se você fosse Antônio e estivesse alegre, com que entonação diria esta frase "Recebi uma carta do meu pai."?

_____ 0 1 2

Tristeza (A):

() / 6

Alegria (B):

() / 6

Raiva (C):

() / 6

Total:

() / 18

Comentários: _____

Total: () / 18	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60-75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	11,48	14,22	11,26	15,10	11,32	12,42
desvio-padrão	3,61	3,52	3,92	2,86	4,10	4,09
10º percentil	6,0	9,10	5,0	12,0	5,10	6,10
ponto de alerta	6	10	5	12	5	6

14. Julgamento semântico

Manual de Aplicação e de Pontuação p. 30-31

Instrução: Você deve dizer se existe ou não alguma relação entre as duas palavras que serão apresentadas. Se sim, explique qual é a relação.

Exemplo:

Há relação entre cão e gato: sim, são dois animais domésticos.

Há relação entre caminhão e gato: não, caminhão é um meio de transporte e gato é um animal.

Pares de Palavras	Sim	Não	Explicações
1. ameixa - pia			
2. revólver - feijão			
3. chuva - neve			adequada ☐
4. cavalo - bezerro			adequada ☐
5. ouro - maçã			
6. águia - pardal			adequada ☐
7. cigarro - cachaça			adequada ☐
8. faca - chuva			
9. pérola - cavalo			
10. seda - algodão			adequada ☐
11. pardal - diamante			
12. bomba - fuzil			adequada ☐
13. maçã - ameixa			adequada ☐
14. cobre - ouro			adequada ☐
15. cigarro - colher			
16. bezerro - seda			
17. pia - tanque			adequada ☐
18. feijão - rabanete			adequada ☐
19. diamante - pérola			adequada ☐
20. neve - cobre			
21. algodão - bomba			
22. colher - prato			adequada ☐
23. rabanete - cigarro			
24. tanque - águia			
Escore Identificações: () / 24		Escore Explicações: () / 12	

Comentários:

Escore Identificações: Total: () / 24	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	21,82	23,52	22,22	23,28	21,72	23,56
desvio-padrão	2,42	0,97	1,99	1,27	2,56	0,67
10º percentil	18,0	23,0	18,10	21,10	18,00	23,0
ponto de alerta	18	22	19	21	18	22

Escore Explicações: Total: () / 12	Idade					
	19 - 39 Anos		40 - 59 Anos		60 - 75 Anos	
escolaridade	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos	2 - 7 anos	≥ 8 anos
média	6,78	10,38	7,04	9,50	6,68	10,32
desvio-padrão	3,19	1,47	2,61	1,76	2,88	1,47
10º percentil	2,00	8,10	3,00	7,00	2,00	8,00
ponto de alerta	2	8	3	7	2	8

ANEXO 2
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 452/2011

Ribeirão Preto, 08 de novembro de 2011

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de novembro de 2011.

Protocolo: nº 1438/2011

Projeto: Padrão da comunicação de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia.

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão
Ariana Elite dos Santos

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP