SILVIA SCEMES

**Avaliação da aplicação do inventário de habilidades sociais em
pacientes com esquizofrenia**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Helio Elkis

São Paulo

2012

SILVIA SCEMES

**Avaliação da aplicação do inventário de habilidades sociais em
pacientes com esquizofrenia.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Helio Elkis

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Scemes, Silvia

Avaliação da aplicação do inventário de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia. Silvia Scemes. — São Paulo, 2012

Dissertação (mestrado)—Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador; Prof. Dr. Helio Elkis.

Descritores: 1- Esquizofrenia, 2- Isolamento social, 3- Assertividade, 4- Resolução de problemas, 5- Comportamento social, 6-Inventário de habilidades sociais, 7-Habilidades sociais

USP/FM/DBD-010/12

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, que sempre me apoiaram e incentivaram.

**A todos os pacientes que se dispuseram a participar e compartilhar
parte de suas vidas, sem os quais essa pesquisa não teria sido possível.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Helio Elkis, pela honra a mim concedida na condução desse projeto, por seus ensinamentos, orientação, inspiração, estímulo e apoio para que eu começasse a desenvolver minhas habilidades de pesquisadora.

À Dra Mariângela Gentil Savoia, pelo imenso apoio em todos os momentos e pela orientação no que concerne a parte de habilidades sociais do projeto.

À Dra Zilda Del Prette por ceder os dados normativos e atender prontamente as solicitações a respeito do Inventário de Habilidades Sociais.

Aos Drs, Mariângela Gentil Savoia, Márcia Scazufca e Paulo Sallet pelo incentivo em elaborar e melhorar este trabalho, com as sugestões da banca de qualificação.

Ao Prof. Dr Rodrigo Bressan por ter acreditado no trabalho e aberto as portas da UNIFESP para que pudéssemos aumentar nossa amostra.

A toda equipe do PROESQ que tanto se empenhou para que pudéssemos cumprir prazos.

Aos psiquiatras Monica Kayo, Maria Aparecida da Silva, Claudiane Salles Daltio, Elson de Miranda Asevedo, Elvis e André Zugman pela avaliação dos pacientes, com dedicação e comprometimento.

Aos psicólogos, Paulo Mestriner e Beatriz Petreche pela imensa colaboração como co-terapeutas.

Às psicólogas: Luciana Monteiro, Vanessa Cunha, Ellen Aversari, Ana Olivia Fonseca e Silva e Célia Reis pela avaliação neuropsicológica dos pacientes e pelo empenho em superar as dificuldades logísticas.

Aos enfermeiros Raul Feriãnce e Eliana Cristina Costa pela brilhante condução dos grupos controles.

À Débora Zambori e Livia Cizoto de Lima pelo empenho incansável em manter a coordenação do estudo impecável.

À Eliza Fukushima, Luciana Paula Ferreira e Isabel Ataíde, da Secretaria da Pós-Graduação da Psiquiatria, pela paciência constante na orientação quanto aos procedimentos da pós-graduação.

A FAPESP pelo apoio a pesquisa (processo nº 2009/13934-6) sem o qual este projeto não poderia ser viabilizado.

Normalização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Esquizofrenia	11
1.2 Intervenções psicossociais na esquizofrenia e evidências de eficácia..	18
1.3 Disfunções sociais na esquizofrenia.....	20
1.4 O treino das habilidades sociais (THS) no contexto das intervenções psicossociais da esquizofrenia.....	22
1.5 THS e sua avaliação.....	26
1.6 Inventário de habilidades sociais.....	31
1.7 Treino de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia refrataria e objetivos do estudo.....	33
2 OBJETIVO	35
2.1 Objetivos	35
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	37
3.1 Antecedentes – Estudo Principal.....	37
3.1.1 O treino de habilidades sociais.....	38
3.1.2 A hipótese	38

3.1.3 O desenho do estudo	38
3.2 Procedimentos utilizados	39
3.3 Instrumentos de avaliação	39
3.3.1 – Psicopatologia	40
3.3.2 – Clinical Global Impression	40
3.3.3 Schedule for Deficit Syndrome- SDS	40
3.3.4 Escala de Calgary	41
3.4 Neuropsicológica	41
3.4.1 Neuropsicológica	41
3.4.2 Funcionamento Social:	41
3.4.3. Habilidades Sociais:	42
3.5 - Avaliação do Desfecho Primário	42
3.6 - Avaliação dos desfechos Secundários	42
3.7 - Equipe e Escalas utilizadas	42
3.8 – Randomização	44
4 ESTUDO ATUAL	44
4.1 Grupo Experimental	45
4.2 Grupo Controle	46
4.3. Equipe e avaliações dos pacientes	47
4.3.1- Equipe de avaliação	47
4.4. Escalas de Avaliação Psicopatológicas	47
4.5 IHS- O Inventário de Habilidades Sociais (IHS)	48
4.5.1 Apuração dos Resultados do IHS-Del-Prette	50
4.5.2 - Apuração ponderada	0

4.5.3 Apuração simplificada	51
4. ANÁLISE ESTATÍSTICA	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Discussão	64
6. CONCLUSÕES	71
7. REFERÊNCIAS	73
8 APENDICES	

LISTA DE ABREVIATURAS

APG	<i>Antipsicótico de primeira geração</i>
ASG	Antipsicótico de segunda geração
CGI	Impressão Clínica Global (<i>Clinical Global Impression</i>)
PANSS	Escala de Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa (<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>)
THS	Treino de Habilidades Sociais
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
SDI	Social Dysfunction Index
TCC	Terapia Comportamental Cognitiva
F-UP	Follow- Up
CR	Cognitive Remediation
SDS	Schedule for Deficit Syndrome
ANOVA	Análise de Variância
ANCOVA	Análise de Covariância
WASI	Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores do IHS em pacientes com diagnostico de Esquizofrenia, Esquizofrenia Refrataria e Controles Normais.....	59
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Intervenções psicossociais para esquizofrenia e seus desfechos	15
Tabela 2 - Eficácia das terapias psicossociais na esquizofrenia.....	19
Tabela 3 - Tipos de habilidades sociais abordadas no THS.....	25
Tabela 4 - Treino de habilidades sociais e respectivos instrumentos de avaliação.....	27
Tabela 5 - Fatores de IHS.....	32
Tabela 6 –Características demográficas dos pacientes com esquizofrenia refratária e não refratária e dados normativos dos controle normais.....	55
Tabela 7 - Habilidades sociais: Comparação entre medias e desvios padrão entre o total da amostra de pacientes com esquizofrenia e dados normativos do IHS de acordo com os seus fatores.....	56
Tabela 8 - Comparação dos fatores do IHS entre pacientes com esquizofrenia versus controles controlando por Idade, Escolaridade e Gênero (ANCOVA)	57
Tabela 9. Fatores do HIS – comparações entre refratários, não refratários e dados normativos.....	60
Tabela 10 – Regressão Múltipla: Correlações entre os cinco fatores do IHS e as subescalas Positiva, Negativa e Geral da PANSS.....	62
Tabela11-Regressão Múltipla: Correlações entre os cinco fatores do IHS e as subescalas Verbal, Execução e Total do WASI.....	63

RESUMO

SCEMES S. Avaliação da aplicação do inventário de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia. [dissertação]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”, 2012.

OBJETIVO: Avaliar a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette (IHS) na mensuração das Habilidades Sociais e suas correlações com variáveis psicopatológicas e neuropsicológicas em pacientes com esquizofrenia, em comparação com controles normais. **MÉTODOS:** Este estudo é parte de um ensaio clínico que avaliou a eficácia do Treino de Habilidades Sociais em pacientes com esquizofrenia e onde foram utilizados vários instrumentos e, entre eles, o IHS para avaliação de Habilidades Sociais, a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) para avaliação da Psicopatologia e a Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) como medida geral de avaliação da inteligência. O estudo foi realizado no ambulatório de dois centros especializados (Projesq do Instituto de Psiquiatria do HC FMUSP e Proesq da Universidade Federal de São Paulo) nos quais 91 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia pelo DSM IV TR, com diferentes níveis de gravidade (62 refratários e 29 não refratários), foram comparados com 108 controles normais. Para comparação entre variáveis foram utilizados teste t de Student, Análise de Variância e Covariância e para o estudo das correlações um modelo de Regressão Linear. **Resultados:** Pacientes com esquizofrenia apresentaram comprometimento significativamente maior de suas habilidades sociais, avaliadas pelos cinco fatores do IHS, quando comparados com controles normais, exceto para o Fator F5 (auto-controle da agressividade). Não foram encontradas diferenças de habilidades sociais entre os subgrupos de pacientes divididos de acordo com sua gravidade. Os fatores do IHS não se correlacionaram significativamente com as subescalas da PANSS, com exceção do fator F3 (conversação e desenvoltura social), que se correlacionou inversamente com a gravidade da subescala de Psicopatologia Geral da PANSS. Não foram observadas correlações entre os fatores do IHS e as três dimensões do WASI (Verbal, Execução e Total). **CONCLUSÕES:** O Inventário de Habilidades Sociais mostrou ser um instrumento capaz de detectar o comprometimento das habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia, quando comparados com controles normais. Não foram observadas diferenças entre os subgrupos de pacientes quanto à gravidade do quadro, bem como em

relação à maioria das variáveis psicopatológicas ou neuropsicológicas mensuradas, fazendo supor que as habilidades sociais representem uma dimensão independente do funcionamento social na esquizofrenia.

Descritores: 1.Esquizofrenia, 2.Isolamento social, 3.Assertividade, 4.Resolução de problemas, 5.Comportamento social, 6-Inventario de habilidades sociais, 7-Habilidades sociais

SUMMARY

Scemes S. Evaluation and application of the social skills inventory in patients with schizophrenia. [dissertation] São Paulo. "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2012.

AIM: To evaluate the use of Del Prette's Social Skills Inventory (IHS) in the measurement of Social Skills e their correlations with psychopathological and neuropsychological variables in patients with schizophrenia comparing with normal controls. **METHODS:** This study is part of a clinical trial which evaluated the efficacy of Social Skills Training in patients with schizophrenia and which utilized several instruments such as the IHS for the evaluations of Social Skills, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for the evaluation of Psychopathology and the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) as a measure of general intelligence. The study was developed in two specialized centers (Projseq of the Institute of Psychiatry of University of São Paulo General Hospital and Proesq of the Federal University of São Paulo) where 91 patients with a DSM IV_TR diagnostic of schizophrenia, with different levels of severity (62 refractory and 29 non refractory) were compared with 108 normal controls. Comparisons between variables were performed using t tests, Analysis of Variance and Covariance, and for correlations a Linear Regression Model. **RESULTS:** Patients with schizophrenia, when compared with normal controls, showed a significant impairment in their social skills, as measured by the 5 factors of the IHS, except for factor F5 (self control of aggression). Patients showed no differences in terms of social skills regarding severity. No significant correlations where found between the IHS factors the PANSS subscales, except the F3 factor (conversation and social performance) which inversely correlated with the General Psychopathology subscale. Additionally we found no correlations between IHS factors and the 3 WASI dimensions (Verbal, Executive and Total). **CONCLUSIONS:** The Social Skills Inventory was able to detect socials skills impairment in patients with schizophrenia, as compared to normal controls. No relationship were found between IHS and severity, psychopathology or cognitive measures and, therefore, we may hypothesize that Social Skills may represent an independent dimension of the social functioning in schizophrenia.

Descriptors: 1.Schizophrenia, 2.Social isolation, 3.Assertiveness,4.Problem solving,
5.Social behavior.6-Social skills training, 7-Social skills

INTRODUÇÃO

1.1 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é um transtorno grave, muitas vezes incapacitante, que tem início no final da adolescência ou no início da idade adulta, e que afeta a aproximadamente 1% da população mundial ⁽¹⁻³⁾

Os sintomas da esquizofrenia podem ser classificados de acordo com certas dimensões psicopatológicas. A dimensão positiva ou psicótica caracterizada pela presença de sintomas psicóticos tais como falsas crenças (delírios), perda de contato com a realidade, experiência perceptiva não compartilhada com terceiros ou comportamento bizarro. As alucinações podem ocorrer de várias maneiras: auditiva, visual, olfativa, gustativa ou alucinações tácteis, sendo as alucinações auditivas mais comuns.

A dimensão negativa é definida pela presença de sintomas negativos que se caracterizam pela presença de déficits onde os processos comportamentais encontram-se diminuídos ou ausentes. Sintomas negativos comuns incluem embotamento afetivo (falta de expressão facial, tom de voz monótono), anedonia

(falta de prazer) volição ou apatia (diminuição na capacidade de iniciar e prosseguir com um plano) e alogia (reduzir a quantidade ou o conteúdo do discurso).

A dimensão de desorganização caracteriza-se pela presença de desorganização do pensamento e da conduta e a dimensão ansiosa – depressiva pelos sintomas de sintomas de ansiedade e depressão correspondentes.

Finalmente a dimensão cognitiva engloba déficits nas funções de atenção, concentração, aprendizagem, memória e funções executivas. A presença e gravidade de sintomas psicóticos tendem a ser episódicas ao longo do tempo. Sintomas Negativos são mais abrangentes estáveis ao longo do tempo estando associados a um prejuízo no funcionamento psicossocial.

Os sintomas psicóticos são aqueles que mais chamam a atenção e, na maioria das vezes determinam a demanda de tratamento. No entanto, as manifestações dos sintomas negativos muitas vezes são vistas por parte de familiares, como se os pacientes fossem preguiçosos e não tivessem vontade em progredir na vida, sendo facilmente confundidos com sintomas depressivos. Por outro lado os sintomas negativos estão associados a um déficit no desempenho funcional que inclui comprometimento das funções laborativas e da vida na comunidade ⁽⁴⁾. Grande parte dos pacientes com esquizofrenia apresenta um predomínio de sintomas positivos (delírios e alucinações), que podem ser melhorados com a medicação, porém há um subgrupo de pacientes que apresentam predominância de sintomas negativos

persistentes, tais como embotamento afetivo, retraimento emocional e dificuldade de relacionamento. Esses sintomas contribuem substancialmente para a deterioração do seu funcionamento social e vários fatores estão associados a uma alta morbidade ⁽⁵⁻⁶⁾.

O impacto de tais perdas se reflete nas incapacidades pessoais e sociais duradouras desenvolvidas por estes pacientes, que são potencializadas pela ação de estressores da vida diária e que agem sobre uma vulnerabilidade biológica, sendo que os efeitos patológicos de tais estressores são modulados pela competência social da pessoa, pela quantidade de suporte social e pelos cuidados de saúde disponíveis ⁽⁷⁻⁹⁾.

Por se tratar de transtorno mental crônico, pacientes com esquizofrenia necessitam usar antipsicóticos continuamente, pois sem os mesmos o risco de ocorrência de novos episódios de exacerbação dos sintomas aumenta muito. No entanto, apesar dos maiores avanços farmacológicos no tratamento da esquizofrenia na população de pacientes com esquizofrenia, há um grande potencial de recursos terapêuticos não farmacológicos representados pelas abordagens psicossociais que podem ser adicionados ao tratamento potencializando o tratamento e melhorando as condições dos pacientes ⁽¹⁰⁾.

O modelo de estresse-vulnerabilidade propõe que esquizofrenia é causada por uma vulnerabilidade biológica determinada no início da vida por fatores genéticos e de efeitos ambientais. A interação dinâmica de fatores biológicos e psicossociais

determinam o aparecimento da doença e seu curso, incluindo recaídas. O estresse pode interferir na vulnerabilidade biológica, agravamento dos sintomas e recaídas desencadeantes, porém o aprendizado de habilidades de enfrentamento pode minimizar os efeitos nocivos do estresse. Finalmente, o apoio social pode tanto reduzir o efeito do estresse sobre a vulnerabilidade e aumentar a capacidade do paciente de enfrentar situações estressantes^(4,11).

Assim o modelo de vulnerabilidade/estresse oferece uma orientação muito útil no tratamento da esquizofrenia que pode ser dividido em farmacológico e psicossocial. O tratamento psicofarmacológico com os antipsicóticos reduz a vulnerabilidade biológica, enquanto que as intervenções psicossociais auxiliam os pacientes, ensinando estratégias de enfrentamento e diminuição do stress. Apresentamos na tabela 1 os principais tipos de intervenções psicossociais⁽⁴⁾.

TABELA 1 – Intervenções psicossociais para esquizofrenia e seus desfechos (a partir de ⁴)

TIPO DE TRATAMENTO	METAS	TRATAMENTO	DESFECHOS
Tratamento comunitário assertivo (Assertive community treatment)	<ul style="list-style-type: none"> - melhorar a adesão de pacientes em tratamento que não frequentam regularmente. - melhorar a prestação de serviços aos pacientes que são propensas a recaídas frequentes ou a ex-residentes de longa duração em instituições e que agora vivem na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - baixo custo de profissionais por paciente. - a maioria dos tratamentos é usual. -serviços fornecidos por equipes especializadas ao invés de outros provedores. -24hs de atenção aos pacientes. -casos compartilhados entre os médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - melhora a estabilidade habitacional e a qualidade de vida. - reduz sintomas e recaídas. - pacientes mais satisfeitos com o serviço. - serviço menos oneroso para os usuários de alta.
Psico-educação para família (Family psycho-education)	<ul style="list-style-type: none"> - estabelecer uma relação de colaboração entre a família e a equipe de tratamento. - melhorar o monitoramento de doenças psiquiátricas e respostas aos primeiros sinais de recaída - reduzir a carga de cuidados na família -aumentar o apoio da família para o 	<ul style="list-style-type: none"> - a longo prazo (>6m). - múltiplos formatos de família. - orientada para o futuro. - foco na psicoeducação, na melhoria da comunicação e resolução de problemas. - ajuda os membros da família a buscar objetivos comuns e pessoais. 	<ul style="list-style-type: none"> - reduz recaída. - diminui estresse familiar e sobrecarga com os cuidados

	paciente.		CONTINUA.
Emprego Protegido (Supported Employment)	<ul style="list-style-type: none"> - ajudar os pacientes a obter e manter o trabalho competitivo em ambientes comunitários integrados. 	<ul style="list-style-type: none"> - procura de emprego rápido, em vez de pré-avaliação vocacional extensa e treinamento de habilidades. - integração dos serviços vocacional e clínico acompanhamento. - atenção para a preferência do tipo de trabalho e apoio ao emprego 	<ul style="list-style-type: none"> - melhora no salário, no tipo de emprego competitivo e na quantidade de horas trabalhadas.
Treino de Habilidades Sociais (Social Skills Training)	<ul style="list-style-type: none"> - aumentar as competências sociais, tais como conversas, fazer amigos, resolver conflitos, expressar sentimentos, 	<ul style="list-style-type: none"> - habilidades ensinadas com base na teoria da aprendizagem social: modelagem, role playing, feedback positivo e 	<ul style="list-style-type: none"> - melhora do funcionamento social e de lazer

	assertividade, lidar com problemas no trabalho, e desenvolver atividades de lazer e recreativas.	corretivo, trabalhos de casa. - é necessário pelo menos vários meses de treinamento de habilidades em grupo. - viagens comunitárias para a prática de habilidades.	CONTINUA
TIPO DE TRATAMENTO	METAS	TRATAMENTO	DESFECHOS
Tratamento integrado para comorbidades e abuso de substâncias (Integrate treatment for comorbid substance abuse)	- diminuir o abuso de substâncias	- tratamento do abuso de substância feito pela mesma equipe de médicos - alcance para engajar pacientes relutantes - intervenções baseada em motivação para manter os pacientes em tratamento - foco na redução das consequências prejudiciais do abuso de substâncias	-diminui o abuso de substâncias

1.2 Intervenções psicossociais na esquizofrenia e evidências de eficácia

Poderemos verificar observar na tabela 2, uma meta-análise que avaliou os diferentes modelos de terapias psicossociais de acordo com sua eficácia em pacientes portadores de esquizofrenia e observou que algumas intervenções apresentam eficácia em relação ao placebo, expressa pelos tamanhos de efeito elevados ($> 0,7$). No entanto outras apresentam somente tamanhos de efeito médios ($0,5 - 0,6$), enquanto outras apresentam uma eficácia pequena quando comparadas ao placebo (tamanho de efeito $0,2$ a $0,4$).⁽¹²⁾.

TABELA 2 - Eficacia das terapias psicossociais na esquizofrenia ⁽¹²⁾

DESFECHO X TRATAMENTO	THS	CR	PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR	TCC
AQUISIÇÃO DE HABILIDADES	77(62 A 93)			
AQUISIÇÃO DE HABILIDADES FUP	52(28 A 77)			
ASSERTIVIDADE	43(11 A 76)			
FUNCIONAMENTO SOCIAL	39(19 A 59)	49(27 A 70)	38(30 A 46)	
FUNCIONAMENTO SOCIAL FUP	32(08 A 56)			
HOSPITALIZAÇÃO FUP 6 A 12 MESES	48(11 A 86)		22(14 A 29)	
HOSPITALIZAÇÃO FUP 18- 24 MESES			51(32 A 70)	
ATENÇÃO		32(15 A 49)		
MEMÓRIA		36(20 A 51)		
FUNÇÕES EXECUTIVAS		28(12 A 44)		
COGNIÇÃO SOCIAL		40(13 A 68)		
DELÍRIOS FUP				47(18 A 75)
EMOÇÃO EXPRESSA			59(36 A 83)	
DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO			27(18 A 36)	
CONSCIÊNCIA DA DOENÇA			39(31 A 46)	
DIAS NO HOSPITAL FUP			71(35 A 106)	
RECAÍDA FUP 6 – 12 MESES			42(35 A 49)	
SINTOMAS POSITIVOS				47(29 A 65)
ALUCINAÇÕES				34(09 A 58)
PSICOPATOLOGIA GERAL	23(01 A 44)	20(01 A 38)		45(27 A 62)
SINTOMAS POSITIVOS FUP				39(17 A 61)
SINTOMAS NEGATIVOS		24(04 A 44)		
PSICOPATOLOGIA GERAL FUP			40(10 A 70)	

THS= Treino de Habilidades Sociais**CR= Cognitive Remediation****TCC= Terapia Cognitiva Comportamental**

FUP= Follow-UP

1.3 Disfunções Sociais na esquizofrenia

Uma das áreas mais afetadas em paciente portadores de esquizofrenia é a das habilidades sociais. A habilidade social é definida como um desempenho e não como um traço. Enquanto desempenho as habilidades sociais apresentam uma característica de especificidade situacional, o que pressupõe uma avaliação a partir de variados tipos de dimensões situacionais e culturais. Habilidade social envolve os aspectos descritivos dos comportamentos verbais e não verbais necessários a competência social ⁽¹³⁾ Existem varias definições de habilidades sociais, algumas voltadas para o conceito de empatia, outras para assertividade, resolução de problemas até as que englobam todos os termos.

A definição que está voltada para empatia subentende a habilidade de compreender o outro sem julgar, e fazer com que esse outro se sinta compreendido e validado ⁽¹⁴⁾. A empatia tem como bases componentes afetivos, cognitivos e comportamentais, sendo que o componente afetivo se caracteriza pelo comportamento pró-social (simpatia, compaixão e preocupação com o outro), o componente cognitivo é a capacidade de inferência acerca dos pensamentos e sentimentos de outrem; e o componente comportamental envolve um reconhecimento dos sentimentos da outra pessoa, de forma a que ela se sinta reconhecida, que é transmitido de forma verbal e/ou não verbal; sendo que o comportamento só será considerado empático se contiver a soma dos três componentes ⁽¹⁵⁻²²⁾.

Indivíduos considerados empáticos possuem relações sócias mais gratificantes, já os menos empáticos podem apresentar um déficit na inteligência social e correr o risco de viverem a margem da sociedade⁽²²⁻²³⁾.

A assertividade é uma subárea das habilidades sociais que consiste na habilidade de afirmação e defesa dos próprios direitos, através da expressão de pensamentos, sentimentos e crenças, de forma direta e honesta, sem desrespeitar o direito dos outros⁽²⁴⁾.

A competência social envolve uma avaliação ou julgamento a respeito da adequação do comportamento de uma pessoa e do efeito que produz em uma determinada situação, em termos de a pessoa alcançar o objetivo da situação.^(25, 26).

1.4 O Treino de Habilidades Sociais (THS) no contexto das intervenções psicossociais da esquizofrenia

Dentre as intervenções terapêuticas desenvolvidas para facilitar o processo de reinserção social dos portadores de esquizofrenia, destaca-se o Treinamento de Habilidades Sociais (THS). O objetivo desse treino é aumentar a competência social dos pacientes no que se refere as suas habilidades verbais e não-verbais e os aspectos para linguísticos presentes em uma interação social. ⁽²⁷⁾

O racional para a aplicação do THS baseia-se em vários aspectos conceituais uma vez que habilidades sociais e competência social representam fatores protetores no modelo estresse-vulnerabilidade da esquizofrenia. Habilidades de ajustamento e competência social não só conferem proteção contra eventos estressantes, mas também promovem um aumento da resiliência, da interação social e da qualidade de vida ⁽²⁸⁾.

O THS, que tem sido usado para aumentar a habilidade de enfrentamento às situações de estresse interpessoal e adaptação a estas situações. A habilidade de enfrentamento é uma resposta com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal da situação que o paciente possa estar envolvido. É uma resposta comportamental ou cognitiva com a finalidade de reduzir as qualidades aversivas da situação de estresse ⁽²⁹⁾.

O THS capacita as pessoas com esquizofrenia e outros transtornos mentais a adquirirem um manejo pessoal da doença e uma independência funcional para a vida em comunidade. As pesquisas de THS para esquizofrenia fazem uma diferenciação entre os termos competência social e habilidades sociais. Competência social é a habilidade de achar e legitimar metas relevantes e pessoais, que possibilitem a interação com outras pessoas em todas as situações que envolvam uma interação interpessoal ⁽²⁸⁾.

O THS tem como princípio básico as técnicas (análise do comportamento, condicionamento operante) e conceitos da TCC, aplicadas de modo sistemático a famílias e portadores de esquizofrenia, entre outros. Um conjunto de razões justifica a adoção do THS no tratamento psicossocial de pacientes com esquizofrenia. Em primeiro lugar, as habilidades sociais e a competência social são fatores protetores da vulnerabilidade aos estressores que acometem os portadores de esquizofrenia. Além disso, a THS atenua e compensa o efeito nocivo do déficit cognitivo da vulnerabilidade biológica e do desajustamento social ⁽²⁸⁾.

A aquisição de habilidades e a competência social conferem não somente uma proteção contra recaídas induzidas pelo estresse, como também propicia resiliência, apoio interpessoal, afiliações sociais e um aumento na qualidade de vida, comprovado em mais de 2000 pacientes com esquizofrenia ⁽²⁸⁾.

Por fim, o THS ajuda a estabilizar a doença, a melhorar a adesão aos medicamentos e aos tratamentos psicossociais e promove a melhora dos sintomas da esquizofrenia. O THS trabalha com problemas ou necessidades pessoais; sintomas positivos persistentes; sintomas negativos; efeito colateral dos antipsicóticos; diminuição de aptidões devido a estar em situações que não estimulam a ação dessas aptidões; ansiedade e evitação social; estresse emocional, familiar/trabalho; déficits cognitivos; aceitação e estabilização da doença; estigma; isolamento social; emprego e autonomia de vida ⁽²⁸⁾.

Os tipos principais de habilidades sociais que podem ser melhorados com o THS podem ser apreciados na tabela 3

Tabela 3- Tipos de habilidades sociais abordadas no THS^{(modificado, a partir de(28))}

Tipo de Habilidade	Exemplo
Percepção Social	Avaliação acurada da expressão emocional das outras pessoas.
Processamento da Informação Social	Interpretação apropriada do significado das expressões.
Responder ou enviar habilidades	Uso de comunicação verbal ou não verbal.
Habilidades de demonstrar afeto	Expressão de afeição para com familiares e amigos.
Habilidades para papeis instrumentais	Comprar alimentos, alugar um apartamento, trabalhar.
Habilidades para interagir	Começar e terminar uma conversa
Conduta regida por normas sociais	Conversar polidamente com uma autoridade.

A maioria dos pacientes com esquizofrenia apresenta déficits nas habilidades exemplificadas acima e o THS tem apresentado resultados positivos para o processo de reinserção social, sendo eficaz para aumentar as habilidades sociais e o seu nível de funcionamento social ⁽³⁰⁾.

1.5 THS e sua Avaliação

A avaliação das habilidades sociais tem sido feita por diversos procedimentos, tais como inventários, testes, entrevistas, observação das interações didáticas naturais. Os mais diversos instrumentos existentes foram classificados como úteis para a medição de resultados social, residencial e vocacional ⁽³¹⁾. Porém há uma limitação nos desfechos normalmente usados em cada um desses instrumentos eles medem apenas um dos aspectos que envolvem as habilidades sociais (assertividade, memória verbal, respostas verbais e não verbais, empatia, habilidades cognitivas, funcionamento social). Conforme pode ser observado na tabela 4

Tabela4 Treino de habilidades sociais e respectivos instrumentos de avaliação:

Estudo	Escalas	Habilidade medida	População X Diagnostico	Desfecho
Leifker, Patterson, et al. (2011)	11 escalas que medem RW: Quality-of-life scale; specific levels of functioning scale; social behavior schedule; social functioning scale; independent living schedule; life skills profile.	Vida real nos domínios social, residencial e vocacional.	Portadores de esquizofrenia	Validar medidas de desfecho em RW. Instrumentos considerados úteis para a medição de resultados social, residencial e vocacional.
Galderisi, Piegari, et al. (2010)	Interview for assessment of disability	Habilidades sociais e cognitivas	30 pacientes com esquizofrenia	Funcionamento pessoal e social. Não foi observada nenhuma vantagem nos programas utilizados
(Sitzer, Twamley et al. 2008)	SSPA- social skills performance assessment; quality of life interview, PANSS; Hamilton D; IS insight scale; DRS dementia rating scale	Habilidades cognitivas	194 portadores de esquizofrenia X 60 normais	Funcionamento social. Houve uma correlação entre a melhora do funcionamento social, e do desempenho social de habilidades com a capacidade cognitiva.

Continua

Estudo	Escalas	Habilidade medida	População X Diagnostico	Desfecho
(Bora, Gokcen et al. 2008)	EQ empathy quotient; Neuropsychological battery	Empatia	30 portadores de esquizofrenia X 30 normais	Disfunções de empatia. Os déficits de empatia em esquizofrenia foram associados com as deficiências em outras tarefas sociais cognitivas
(Kern, Green et al. 2005)	AIPSS assessment of interpersonal problem solving skills	Cognitivas; aprendizagem	60 pacientes portadores de esquizofrenia e esquizoafetivos	Resolução de problemas. Resultados mostraram o aprendizado de funções complexas, como resolução de problemas na reabilitação de pessoas com esquizofrenia.
(Revheim and Medalia 2004)	Narrative recall and list recall measures	Memoria verbal e funcionamento social	87 portadores esquizoafetivos internados X 75 não internados	Memória verbal; resolução de problemas; competência social. Resultados revelam a importância do treino de resolução de problemas para o status da vida em comunidade

CONTINUA

Estudo	Escalas	Habilidade medida	População X Diagnóstico	Desfecho
(Perivoliotis, Granholm et al. 2004)	ILSS independent living skills survey	Funcionamento na comunidade	57 pacientes idosos com esquizofrenia X 40 normais	Vida real na comunidade. Com algumas modificações a ILSS parece ser um indicador sensível do comprometimento funcional na presente amostra. Informações fornecidas pelo instrumento podem ser úteis para orientar os esforços de reabilitação e funcionamento no tratamento desta população.
(Patterson, Moscona et al. 2001)	SSPA social skills performance assessment	Assertividade	83 pacientes idosos com esquizofrenia X 52 normais	Funcionamento social. O SSPA é um instrumento útil. A avaliação direta de competências sociais pode oferecer um quadro mais preciso de funcionamento do que medidas de auto relato entre os pacientes que tem um comportamento com pobre insight.

CONTINUA

Estudo	Escala	Habilidade medida	População X Diagnóstico	Desfecho
(Tsang 2001)	Role-playing	Auto-administração	Portadores de esquizofrenia	<p>Competência social e vocacional</p> <p>O estudo piloto mostrou que o módulo de formação em conjunto com adequado apoio profissional é eficaz para reforçar a competência social e vocacional em pessoas com esquizofrenia.</p>
(Sullivan, Marder et al. 1990)	AIPSS assessment of interpersonal problem solving skills	Respostas verbais e não verbais; processamento de informações sociais e percepção social	Portadores de esquizofrenia	<p>Resolução de problemas.</p> <p>Esta pesquisa explorou a validade de um novo instrumento de medida de habilidades.</p> <p>A AIPSS prevê uma medida de funcionamento atual do paciente em vez de funcionamento passado; permitindo a percepção social do paciente e o planejamento do tratamento das respostas sociais verbais e não verbais.</p>

1.6 IHS – Inventário de Habilidades Sociais

O Inventário de Habilidades Sociais é um dos únicos instrumentos especificamente elaborado e validado para o nosso contexto. As escalas, elaboradas aqui no Brasil ou originárias de outra cultura, adaptadas e validadas aqui como, Escala Brasileira para a Medida de Assertividade ⁽³²⁾ ou a Rathus⁽³³⁾ visam avaliar especificamente a assertividade e não a habilidade social. Um estudo mostra uma correlação significativa entre o IHS e a escala de assertividade de Rathus⁽³⁴⁾, mostrando através de teste e reteste que o IHS possui validade concomitante e fidedignidade ou estabilidade temporal. ⁽³⁵⁾.

O IHS foi construído a partir do levantamento das situações que são mais pertinentes ao conceito de habilidades sociais e de pesquisa realizadas pelos autores do teste ⁽³⁶⁾ com universitários. Os itens desse instrumento de medida englobam variados contextos (público, privado ou indefinido), diversos tipos de interlocutores (familiar, desconhecido, autoridade, dentre outros) e variadas demandas interpessoais (reações a comportamentos desejáveis ou indesejáveis do interlocutor e emissões que não dependiam da ação explícita do interlocutor).

As propriedades psicométricas do IHS foram analisadas a partir das respostas de uma amostra de universitários de duas escolas de Uberlândia, sendo priorizada a análise da estrutura fatorial e da consistência interna do instrumento ⁽³⁷⁾. Este estudo identificou qualidades psicométricas adequadas do IHS e os resultados mostraram

uma capacidade discriminativa adequada dos itens com uma consistência interna satisfatória (α de Cronbach = 0,75) e uma estrutura multidimensional que inclui cinco fatores: enfrentamento com risco, auto-afirmação na expressão de afeto positivo, conversação e desenvoltura social, e autocontrole da agressividade em situações aversivas ⁽³⁷⁾. Nesta estrutura, ficou evidenciada, pela porcentagem de variância explicada dos fatores, a importância do conceito de assertividade, que de fato consiste na subárea mais importante das habilidades sociais ⁽³⁵⁾.

Tabela 5 -Fatores da IHS

Fator	Descrição
F1 enfrentamento e auto-afirmação com risco. Inclui os itens: 01; 05; 07; 11; 12; 14; 15; 16; 20; 21 e 29.	O fator 1 reúne itens que retratam situações interpessoais, em que a demanda de reação ao interlocutor se caracteriza principalmente pela afirmação e defesa de direitos de auto-estima, refere-se a habilidades de enfrentamento e auto-afirmação refletindo o conceito de assertividade.
F2 auto-afirmação na expressão do sentimento positivo. Inclui os itens: 03; 06; 08; 10; 28; 30; 35	O fator 2 reúne itens que retratam demandas interpessoais de expressão de afeto positivo e de afirmação de auto-estima.
F3 conversação e desenvoltura social. Inclui os itens: 13; 17; 19; 22; 24; 36; 37.	O fator 3 reúne itens que retratam situações sociais neutras em termos de afeto positivo ou negativo, refere-se às habilidades de conversação ou de desenvoltura social.

Fator	Descrição
<p>F4 auto-exposição a desconhecidos e situações novas.</p> <p>Inclui os itens: 09; 14; 23; 26.</p>	<p>O fator 4 reúne itens de habilidades de auto-exposição a desconhecidos ou a novas situações.</p>
<p>F5 autocontrole da agressividade.</p> <p>Inclui os itens: 18; 31; 38.</p>	<p>O fator 5 reúne itens que envolvem reação a estimulações aversivas, demandando autocontrole da agressividade a situações diversas.</p>

1.7 Treino de Habilidades Sociais em Pacientes com Esquizofrenia Refratária e objetivos do estudo

Um dos grandes problemas no tratamento da esquizofrenia é da falta de resposta ao tratamento farmacológico dos sintomas negativos ⁽³⁾. No entanto algumas abordagens psicossociais como THS mostraram alguma evidencia de eficácia para esta dimensão sintomatológica ⁽³⁸⁾.

Por outro lado pacientes com esquizofrenia refrataria (i.e. que apresentam persistência de sintomas psicóticos e que são tratados com clozapina) não tem sido incluídos em ensaios clínicos de intervenções psicossociais por serem considerados de mal prognostico, especialmente no caso do THS ^(3,28). No entanto estudos recentes

mostram que o uso de técnicas de THS tais como melhora da atenção e das habilidades de conversação podem melhorar estes pacientes. ⁽²⁸⁾.

Além dos mais, ensaios clínicos com Terapia Cognitivos Comportamental têm mostrado que mesmo pacientes muito grave, tais como aquele que apresentam sintomas psicóticos resistentes a clozapina, podem apresentar melhoras destes sintomas ⁽³⁹⁾.

A revisão da literatura mostra que, exceto por um estudo que utilizou o THS em pacientes com predominância de sintomas negativos ⁽³⁸⁾, não há estudos internacionais ou brasileiros que tenham testado a eficácia do THS nesta população de pacientes com esquizofrenia refratária e, por isto idealizamos um ensaio clínico randomizado controlado com placebo para testar da hipótese de que o THS pode ser eficaz na melhora das habilidades sociais de pacientes com esquizofrenia refrataria, particularmente sobre sintomas negativos, patrocinado pela FAPESP (processo número 2009/13934-6)

2 OBJETIVO

Este é o primeiro estudo realizado no Brasil de THS em pacientes com esquizofrenia refratária e permitirá, após sua conclusão, avaliar uma série de hipóteses tais como a relação entre habilidades sociais e variáveis psicopatológicas, neuropsicológicas e de índices de ajustamento social como o SDI⁽⁴⁰⁾.

Por outro lado a literatura mostra também uma carência de instrumentos para avaliação de desfechos do THS⁽²⁸⁾ e, por isto, desenvolvemos durante o referido ensaio clínico, um subprojeto que é o objeto da presente dissertação: o uso de um instrumento para avaliação do THS, o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em pacientes com esquizofrenia. Este instrumento, conforme anteriormente descrito, foi o primeiro instrumento concebido no Brasil destinado a avaliação de habilidades sociais^(35, 37, 41), porém, até hoje, não havia sido utilizado em pacientes com esquizofrenia.

2.1 Objetivos

Assim os objetivos do presente trabalho são:

- 1- Descrever a metodologia do ensaio clínico randomizado controlado em pacientes com esquizofrenia versus placebo que originou o presente trabalho.

- 2- Avaliar as habilidades sociais por meio do IHS em pacientes refratários participantes do ensaio clínico, em comparação com pacientes não refratários e controles normais.
- 3- Avaliar as correlações entre os fatores do IHS com variáveis psicopatológicas em pacientes com esquizofrenia refrataria do estudo clinico.

3. Material e Métodos

3.1 - Antecedentes – Estudo Principal

O estudo da presente dissertação deriva de um estudo maior recém-completado: Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado com placebo, desenvolvido em dois centros, denominado “Avaliação do Treino de Habilidades Sociais na Redução de Sintomas Negativos em Pacientes com Esquizofrenia Refratária”, que tem patrocínio da FAPESP (Processo número 2009/13934-6) iniciado em Fevereiro de 2009 e finalizado em 31 de Janeiro de 2012.

Este estudo foi aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clinicas da FMUSP (CAPPesq) em 22/10/2008 (protocolo 0761/08) bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, em 28/01/2011 (protocolo 1976/10). O estudo foi realizado no Programa de Esquizofrenia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas da FMUSP (PROJESQ) e no Programa de Esquizofrenia da Universidade Federal de São Paulo (PROESQ).

Em síntese os objetivos e métodos do estudo principal são os seguintes:

3.1.1 O treino de habilidades sociais

O Treino de Habilidades Sociais é uma das intervenções mais utilizadas no tratamento psicossocial da esquizofrenia ^(28, 4, 12). No entanto não há estudos que investigaram a eficácia do THS sobre pacientes com quadros de esquizofrenia mais graves, especialmente aqueles que apresentam esquizofrenia refratária ⁽²⁸⁾. Além disso, somente um estudo clínico controlado avaliou a eficácia do THS sobre os sintomas negativos em pacientes com esquizofrenia refratária ⁽³⁸⁾ que, juntamente com as alterações cognitivas, são os sintomas responsáveis pelos déficits do funcionamento social da esquizofrenia ⁽²⁸⁾

3.1.2 A hipótese

A hipótese testada foi a de que o THS tem uma ação sobre os sintomas negativos neste grupo de pacientes, promovendo a melhora das funções neuropsicológicas e, por consequência, da adaptação social.

3.1.3 O desenho do estudo

O desenho do estudo foi do tipo randomizado, controlado e simples-cego, realizado em pacientes ambulatoriais com esquizofrenia refratária, com sintomas negativos predominantes e persistentes, onde o THS será comparado a uma intervenção neutra (placebo)

Assim os desfechos do estudo principal foram assim estabelecidos:

- Primário: avaliar a eficácia do THS na redução de sintomas negativos pela subescala negativa da Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS),⁽⁴²⁾
- Secundário: avaliar melhora de outras dimensões psicopatológicas (PANSS), do funcionamento social (SDI), das habilidades sociais (IHS) e das funções cognitivas (testes neuropsicológicos).

3.2 - Procedimentos utilizados:

Foram realizadas 20 sessões de treino de habilidades sociais (entre a avaliação na linha de base e pós-treino) onde:

- Os grupos de THS seguiram um roteiro ⁽⁴³⁾, adaptado, sendo que neste grupo foram realizados procedimentos tais como acolhimento, regras, contingências (em anexo).

- Os grupos controle seguiram o roteiro de Savoia ⁽⁴⁴⁾ adaptado sendo que neste grupo foram utilizados os procedimentos de acolhimento, regras, porém sem a intervenção de contingências (em anexo).

3.3 - Instrumentos de avaliação:

3.3.1 Psicopatológica:

Psicopatológica - Positive and Negative Syndrome Scales ⁽⁴²⁾ traduzida para o português ⁽⁴⁵⁾ – Esta é uma escala composta de 30 itens, dividida em sub escalas: positiva, negativa e geral. A avaliação é obtida através de uma entrevista que dura de 30 a 40 minutos, onde o avaliador deve ser previamente treinado e habilitado para aplicação da escala. As escalas Positiva (7 itens), Negativa (7 itens) e Geral (16 itens) avaliam a gravidade (1= ausente; 7= entre os mais graves) dos sintomas Positivos, Negativos e Gerais da Esquizofrenia, respectivamente. A soma dos 30 itens representa a o total da PANSS

3.3.2 Clinical Global Impression

Clinical Global Impression – CGI ⁽⁴⁶⁾- Avalia a gravidade da doença (1=normal a 7= extremamente grave); O CGI-I (Improvement) avalia a melhora do paciente a partir da linha de base (1= muito melhor a 7=muito pior)

3.3.3 Schedule for Deficit Syndrome- SD

Schedule for Deficit Syndrome- SDS ⁽⁴⁷⁾ avalia a presença da Síndrome Deficitária distinguindo sintomas negativos primários (intrínsecos da doença) dos secundários (por exemplo, afastamento social devido alucinações)

3.3.4 Escala de Calgary

Escala de Calgary para avaliação de sintomas depressivos na esquizofrenia

⁽⁴⁸⁾ - avalia os sintomas depressivos da esquizofrenia.

3.4 Neuropsicológica

3.4.1 Neuropsicológica

Neuropsicológica: Por meio de bateria de testes foram avaliadas as funções de atenção, funções executivas, memória, eficiência intelectual estimada e Teoria da Mente. Para tal foram utilizados os seguintes testes neuropsicológicos: Atenção (CPT II⁽⁴⁹⁾; Trail Making A e B⁽⁵⁰⁾); Funções executivas ⁽⁵¹⁾, Wisconsin; Stroop⁽⁵⁰⁾; Figura de Rey⁽⁵²⁾; Memória (memória lógica I e II ⁽⁵³⁾; faces I e II ⁽⁵³⁾; Figura complexa de Rey ⁽⁵²⁾; Eficiência Intelectual Estimada (WASI) (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence)⁽⁵⁴⁾ e a teste de Teoria da Mente ⁽⁵⁵⁾.

3.4.2 Funcionamento Social:

C1- Funcionamento Social - Social Dysfunction Index (SDI) ⁽⁴⁰⁾. Avalia funções sociais nas seguintes áreas: Imagem Pública, Vida Independente, Funcionamento Ocupacional, Relacionamentos Familiares, Relacionamento na Comunidade, Lazer e Recreação, Manutenção da Saúde, Comunicação e Insight.

3.4.3. Habilidades Sociais:

D1 – Habilidades Sociais - Por meio do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração, interpretação e edição, São Paulo, (Casa do Psicólogo). A ser descrito abaixo em detalhes.

3.5 - Avaliação do Desfecho Primário:

- Melhora de 20% em relação à linha de base após 20 semanas de tratamento e sua manutenção (follow-up) de 26 semanas na subescala negativa da PANSS

3.6 - Avaliação dos desfechos Secundários:

- Redução da Gravidade das escalas psicopatológicas: subescalas Positiva, Geral e Total da PANSS e do CGI;
- Melhora das Funções Neuropsicológicas (Testes Neuropsicológicos)
- Melhora da Adaptação Social (SDI)
- Melhora das Habilidades Sociais (IHS)

3.7 - Equipe e Escalas utilizadas:

- **Equipe THS:**

A equipe que aplicou o THS foi constituída por:

- Psicóloga executante (a autora da presente dissertação) e,

- co-terapeuta.

- **Equipe THS Placebo**

A equipe que aplicou a THS placebo foi constituída por:

- Um enfermeiro treinado pela psicóloga executante.

- **Equipe de avaliadores**

A equipe de avaliadores foi constituída por dois grupos de profissionais:

- Avaliadores de escalas psicopatológicas:

-constituída por médicos psiquiatras que aplicavam as escalas psicopatológicas de forma independente e cega, isto é, sem acesso as informações sobre o tratamento do paciente. Os avaliadores receberam treinamento da aplicação da PANSS antes do início do estudo e a confiabilidade foi calculada a partir das avaliações de um paciente por meio de vídeo. No caso dos avaliadores do PROJESQ o coeficiente de correlação intraclassa entre os psiquiatras e da pesquisadora executante, autora desta dissertação, que fez as avaliações iniciais utilizando somente a subescala da PANSS negativa, foi de 0, 865.

- Avaliadores das Funções Neuropsicológicas:

-constituída por psicólogas. Os pacientes incluídos foram avaliados do ponto de vista neuropsicológico por duas psicólogas que, tal como os

avaliadores psiquiatras, também estavam cegos em relação às informações sobre o status do tratamento dos pacientes.

3.8 – Randomização

A randomização que definiu a alocação dos pacientes para o grupo experimental ou para o grupo placebo foi feita por uma secretaria de outro grupo de pesquisa, que não participou do estudo e que não teve qualquer contato com os pacientes. O método de randomização foi o de “blocos” tendo sido utilizado o site ***www.randomization.com***

4 Estudo atual

A partir de dados do estudo primário o objetivo da presente dissertação foi a avaliação do uso do IHS em pacientes com esquizofrenia, pois não há ensaios clínicos utilizando este instrumento na esquizofrenia conforme revisão da literatura, utilizando-se os sites Medline ([**www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)) ou Scielo ([**www.scielo.org.br**](http://www.scielo.org.br)). Cumpre notar que, em termos de pacientes com transtornos psiquiátricos, IHS somente foi empregado num estudo piloto para avaliar habilidades sociais em paciente bipolares eutímicos ⁽⁷⁶⁾ e com história de tentativas de suicídio ⁽⁷³⁾, para avaliar habilidades sociais em alcoólicos abstinentes e não abstinentes ⁽⁹⁵⁾.

Há somente um relato de caso do emprego deste instrumento na esquizofrenia para fins diagnósticos ⁽⁸⁴⁾. Assim, para esta dissertação conduzimos um estudo transversal aplicando o IHS, para comparar pacientes com esquizofrenia refratária, , que participaram do estudo principal, com pacientes com esquizofrenia responsiva a tratamento antipsicótico, isto é, não refratários. Como dissemos os pacientes refratários são provenientes do estudo descrito acima. Os pacientes não refratários foram recrutados no ambulatório do PROJESQ.

É importante esclarecer que pacientes com esquizofrenia refratária são aqueles geralmente mais graves do ponto de vista psicopatológico e que não responderam anteriormente ao tratamento com dois ou mais antipsicóticos, devendo sempre ser tratados com clozapina. Já os pacientes com esquizofrenia responsiva apresentam geralmente menor gravidade psicopatológica e respondem ao tratamento com antipsicóticos que não a Clozapina ⁽³⁾

4.1 Grupo Experimental

O Grupo Experimental do presente estudo foi composto por dois subgrupos de pacientes:

A- 62 pacientes com esquizofrenia refratária, sendo 33 provenientes do ambulatório do PROJESQ e 29 provenientes do ambulatório do PROESQ.

B- 29 pacientes com esquizofrenia responsiva (não refratários), todos do ambulatório do PROJESQ.

Em ambos os grupos os pacientes com esquizofrenia foram diagnosticados de acordo com os critérios da DSM-IV-TR⁵⁶. O grupo dos pacientes refratários do PROJESQ foi constituído por 9 mulheres e 24 homens, com idade entre 25 e 51 anos e com graus de escolaridade variáveis (na maioria, entre 1^o e 2^o graus) e do PROESQ foi constituído por 10 mulheres e 19 homens com idade entre 19 e 55 anos e com graus de escolaridade variáveis (na maioria entre 1^o e 2^o graus). Como dissemos anteriormente, tais pacientes preenchem critérios para refratariedade a tratamento antipsicótico definida como falta de resposta prévia a 2 tratamentos com antipsicóticos diferentes, em doses adequadas, pelo período de 6 semanas cada e que, por isto, fazem uso contínuo de clozapina⁽³⁾.

Os pacientes com esquizofrenia não refratária são assim definidos porque responderam a, pelo menos, um tratamento antipsicótico, e estão em uso de outros antipsicóticos, que não clozapina; sendo 15 mulheres e 14 homens com idade entre 27 e 63 anos e com níveis de escolaridade também variável (na maioria, entre 1^o e 2^o graus).

4.2 Grupo Controle:

Para o grupo controle foram selecionados aleatoriamente 108 sujeitos do banco de dados para revalidação do teste da amostra original de 527 alunos de onde foi feita a análise fatorial do IHS (a maioria coletados a partir de 2004, por diferentes pesquisadores associados ao grupo de pesquisa da UFSCAR liderado pela Professora Zilda Del Prette que gentilmente nos cedeu os dados), sendo 53 mulheres e 55 homens com idade entre 18 e 57 anos e escolaridade entre 2º e 3º graus.

Os dados dos pacientes foram comparados aos dados normativos do teste.

4.3. Equipe e avaliações dos pacientes:

4.3.1- Equipe de avaliação:

Para a avaliação do estudo em questão a investigadora executante e um psicólogo, aplicaram o IHS na população de portadores de esquizofrenia não refratária (29 pacientes).

Na aplicação o psicólogo explica aos pacientes como funciona a escala, sendo que tanto a escala pode ser preenchida pelo próprio paciente como pelo psicólogo que lê as perguntas em voz alta para os pacientes e anota as respostas.

No caso do presente trabalho o IHS foi aplicado de forma em que os psicólogos aplicadores do Inventário liam as questões para os pacientes e anotando as respostas dadas por eles, os pacientes tinham em mãos a escala Likert e as perguntas eram

repetidas quantas vezes fossem necessárias, à medida que devido ao déficit cognitivo a que esses pacientes são submetidos, é comum surgirem dúvidas de entendimento.

4.4. Escalas de Avaliação Psicopatológicas:

Foram utilizados os dados da PANSS: para os pacientes refratários foram utilizados os dados colhidos na linha de base do estudo principal. Para os pacientes não refratários a PANSS foi colhida no ambulatório do PROJESQ, por ocasião das consultas rotineiras dos pacientes.

4.5 IHS- O Inventário de Habilidades Sociais (IHS)

O Inventário de Habilidades Sociais (IHS) ⁽⁵⁷⁾ é um instrumento de auto-relato para avaliação da dimensão comportamental das habilidades sociais. Trata-se do único instrumento que mede habilidades sociais e que está validado para a população brasileira.

O IHS compõe-se de duas partes. A primeira, contém uma lista de 38 itens, cada um deles descrevendo uma relação interpessoal e uma reação possível ao interlocutor naquela situação. Nas instruções solicita-se que o respondente estime a frequência com que reage da forma sugerida em cada item. A segunda parte contém

um cabeçalho para a caracterização do respondente e um quadro para anotações das respostas, precedido por instruções e pelo modelo da escala de estimativa de frequência das respostas. A escala é tipo Likert, de cinco pontos, variando de nunca ou raramente (zero a 20% das vezes) a sempre ou quase sempre (81 a 100% das vezes). Os itens do IHS foram classificados a partir da análise da literatura sobre as situações e demandas abrangidas pelo conceito de habilidades sociais e de estudos prévios ⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾ com estudantes universitários, de modo a contemplar situações, contextos e interlocutores diversificados e demandas interpessoais pertinentes a clientela universitária. Os 38 itens foram divididos em cinco fatores, a saber:

- F1- o fator 1 reúne itens que retratam situações interpessoais, em que a demanda de reação ao interlocutor se caracteriza principalmente pela afirmação e defesa de direitos de auto-estima, refere-se a habilidades de enfrentamento e auto- afirmação refletindo o conceito de assertividade.
- F2- o fator 2 reúne itens que retratam demandas interpessoais de expressão de afeto positivo e de afirmação de auto-estima.
- F3- o fator 3 reúne itens que retratam situações sociais neutras em termos de afeto positivo ou negativo, refere-se às habilidades de conversação ou de desenvoltura social.
- F4- o fator 4 reúne itens de habilidades de auto-exposição a desconhecidos ou a novas situações.
- F5- o fator 5 reúne itens que envolvem reação a estimulações aversivas, demandando autocontrole da agressividade a situações diversas.

O IHS foi validado a partir de uma amostra de 527 alunos de nível superior e revalidado com estudantes de diferentes níveis escolares e de diferentes regiões do Brasil, para que a amostra não sofresse viés de seleção.

4.5.1 Apuração dos Resultados do IHS-Del-Prette

De acordo com Del Prette (comunicação pessoal) as respostas do IHS-Del-Prette podem ser apuradas em termos do ESCORE TOTAL e dos ESCORES FATORIAIS (além de análises por item, comparando-se a média do respondente à média normativa). Para avaliar o escore total do inventário, basta somar os itens e situar o respondente em sua posição percentil. Para apurar os escores fatoriais, pode-se proceder de duas formas:

4.5.2 - Apuração ponderada

Na apuração ponderada, os valores do respondente em cada item são multiplicados pelo peso fatorial do item e então somados, resultando em valores padronizados, de zero a quatro, ou seja, que recuperam a escala original de zero a quatro e tornam mais comparáveis os diferentes fatores (já que apresentam quantidade diferente de itens). Essa ponderação é usualmente feita quando se efetua a análise fatorial ou de componentes principais e se pede ao programa SPSS para “salvar os fatores como variáveis”. Esses valores são então convertidos em percentis (de acordo com a tabela de referência normativa do manual para o sexo masculino e

para o sexo feminino), que também permitem comparar a posição do indivíduo nos diferentes fatores.

4.5.3 Apuração simplificada

Na apuração simplificada, os itens de cada fator são simplesmente somados e convertidos em percentis (de acordo com a tabela de referência normativa do manual para o sexo masculino e para o sexo feminino). Portanto, nesse caso, a comparação possível entre os fatores baseia-se somente na posição do indivíduo ou do grupo em termos de percentis, quartis, etc.

O IHS possui correção informatizada gratuita aos profissionais que adquirem os blocos de protocolos de respostas, na editora ou em distribuidores autorizados, no caso, a Casa do Psicólogo, através da solicitação de cadastro e liberação das licenças. As versões informatizadas do teste é uma forma de auxiliar na correção, uso preciso de fórmulas e consultas de tabelas de forma automática, não se propondo a substituir a avaliação dos psicólogos, mas possibilitar uma dedicação maior na análise qualitativa dos dados coletados, em função do menor tempo empenhado nos cálculos brutos e dos percentis do instrumento.

No presente trabalho foram utilizados os *escores ponderados* dos fatores a partir da imputação dos resultados no programa de correção informatizada da casa do psicólogo através do site **www.casadopsicologo.com.br**

4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis dicotômicas foram comparadas por meio do teste de qui-quadrado e as variáveis contínuas foram comparadas por meio do teste t de Student e por Análise de Variância unidirecional (ANOVA), com múltiplas comparações de Tukey para identificar diferenças entre grupos, bem como Análise de Covariância (ANCOVA. As correlações entre os fatores da IHS do com as variáveis psicopatológicas da PANSS foram estudadas por meio de Regressão Linear (“General Linear Model”). Os testes estatísticos foram realizados por meio do programa SPSS 14.0 no Centro de Apoio a Pesquisa do Instituto de Psiquiatria (Ceapesq).

5 RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por dois grupos de pacientes portadores de esquizofrenia (N=91) comparada com controles (N=108), isto é aos dados normativos do teste:

O grupo I – foi composto por 62 pacientes com esquizofrenia refratária, sendo constituído por 19 mulheres e 43 homens, com idade entre 25 e 51 anos e com graus de escolaridade variáveis, com a maioria entre o grau Fundamental e Colegial.

O grupo II - composto por 29 pacientes com esquizofrenia responsiva (não refratários): sendo 15 mulheres e 14 homens com idade entre 27 e 63 anos e com níveis de escolaridade também variável (a maioria, entre Fundamental e Colegial).

O Grupo Controle foi constituído a partir do banco de dados da revalidação do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) de onde foram selecionados aleatoriamente 108 sujeitos (como anteriormente mencionado coletado a partir de 2004 por diferentes pesquisadores brasileiros associados ao grupo de pesquisa da UFSCAR, representando uma amostra de todas as regiões do Brasil e com vários níveis de escolaridade, cedido pela Professora Zilda Del Prette). Este grupo foi constituído por

53 mulheres e 55 homens com idade entre 18 e 57 anos e com níveis de escolaridade situados entre colegial e superior.

A tabela 6 mostra que em termos de **Idade** os pacientes com esquizofrenia refrataria (Grupo I) mostraram-se significativamente mais velhos que os controles (Tukey 3,92 $p=0,42$) e os pacientes do Grupo II (responsivos) significativamente bem mais idosos que os normais (Tukey 12,6, $p=0,001$). Por outro lado os pacientes responsivos também eram significativamente mais velhos que os refratários (Tukey= 8,7 $p=0,001$) do grupo I. Da mesma forma os pacientes com esquizofrenia, tanto refratários como responsivos, apresentavam significativamente menores graus de **Escarlaridade** quando comparados com os controles normais (Qui quadrado 103,51 $p=0,000$). Em termos da distribuição de **Gênero**, de modo geral, pacientes com esquizofrenia apresentaram quando comparados com normais, e como geralmente ocorre em populações de pacientes com esquizofrenia, uma predominância significativa de homens, sobretudo entre os refratários (Qui quadrado= 6,32, $p=0,42$)

Tabela 6. Características demográficas dos pacientes com esquizofrenia refratária e não refratária e dos dados normativos dos controles normais

Controles Normais		Pacientes com Esquizofrenia		
		Grupo I-Refratários N=33 Projesq N=29 Proesq	Grupo II – Responsivos N=29 Projesq	Teste Estatístico e Significância (p)
Idade em anos Média(desvio-padrão)	N=108 32,09 (10,60)	N=62 Projesq =36,02 (7,11) Proesq =35,55 (9,36)	N=29 44,69 (11,97)	F=18,01 P= 0,001
Duração de doença em anos Média (desvio-padrão)		N=62 Projesq=17,45 (7,45) Unifesp=14,14 (6,93)	N=27 13,52 (10,75)	t=1,22, p=0,23 (comparação entre Grupos Ie II)
Gênero frequências (masculino/feminino)	55/53	43/19	14/15	Qui- Quadrado= 6,32 p=0,042
Educação	N=99	N=62	N=29	Qui- Quadrado=103,51 P=0,0001
Ensino Fundamental I e II(N)	3	22	15	
Colegial (N)	23	36	10	
Superior (N)	26	2	2	
Superior Incompleto (N)	39	2	2	
Pós- Graduação(N)	8	0	0	

Para testar a hipótese de que pacientes, como um todo, apresentavam comprometimento de suas habilidades sociais de acordo com a avaliação pela IHS foi realizado o teste t de Student para comparação de medias entre dois grupos cujos resultados podem ser apreciados na tabela 7

Tabela 7 Habilidades sociais: Comparação entre medias e desvios padrão entre o total da amostra de pacientes com esquizofrenia e dados normativos do IHS de acordo com os seus fatores

IHS	Grupos	N	Média	Desvio Padrão	Teste T	Significância
Fator 1	Controle	108	9,95	2,98	5,34	0,000
	Esquizofrenia	89	7,54	3,34	5,28	0,000
Fator 2	Controle	108	9,06	1,81	6,52	0,000
	Esquizofrenia	89	6,97	2,65	6,30	0,000
Fator 3	Controle	108	6,65	2,18	2,31	0,022
	Esquizofrenia	89	5,97	1,88	2,34	0,020
Fator 4	Controle	108	3,26	1,27	6,16	0,000
	Esquizofrenia	89	2,09	1,40	6,10	0,000
Fator 5	Controle	108	0,97	0,68	-3,99	0,000
	Esquizofrenia	89	1,36	0,70	-3,99	0,000

Legendas: F1 enfrentamento e autoafirmação com risco; F2 autoafirmação na expressão do sentimento positivo; F3 conversação e desenvoltura social; F4 auto exposição a desconhecidos e situações novas; F5 autocontrole da agressividade.

Podemos então observar que, como um todo, pacientes com esquizofrenia apresentam comprometimento significativo em todas as dimensões de suas habilidades sociais

Como foram observadas diferenças significativas entre pacientes com esquizofrenia e controles em termos das variáveis idade, gênero e escolaridade (vide tabela 1) foi realizada uma Análise de Covariância (ANCOVA), comparando os fatores do IHS entre pacientes com esquizofrenia e controles e tendo como covariadas as referidas variáveis. Os resultados encontram-se na tabela 8

Tabela 8- Comparação dos fatores do IHS entre pacientes com esquizofrenia versus controles controlando por Idade, Escolaridade e Gênero (ANCOVA)

Variável	Fator do IHS	Teste (F)	Significância
Esquizofrenia	FI	5,3	0,02
	F2	26,5	0,00
	F3	9,7	0,002
	F4	12,5	0,01
	F5	1,4	0,24
Escolaridade	FI	1,6	0,18
	F2	0,12	0,98
	F3	2,9	0,02
	F4	0,6	0,67
	F5	1,6	0,18
Idade	FI	0,3	0,61
	F2	3,5	0,07
	F3	0,02	0,9
	F4	2,2	0,14
	F5	0,2	0,66
Gênero	FI	1,1	0,3

	F2	2,6	0,11
	F3	4,5	0,04
	F4	0,9	0,4
	F5	3,2	0,08

Assim podemos observar pela tabela 3 que quando as variáveis, **Idade**, **Escolaridade** de **Gênero** estão controladas persistem as diferenças entre pacientes e controles em termos de habilidades sociais, praticamente em todas as dimensões do IHS, com exceção ao Fator F3 que foi influenciado pelas variáveis categoriais gênero e escolaridade, mas não pela variável idade.

Para testar a hipótese de que pacientes distribuídos nos grupos refratários e responsivos diferiam significativamente dos controles normais em termos das 5 dimensões do IHS foram comparadas as médias dos 2 grupos de pacientes com os dados normativos dos controles normais. Para tal foi utilizada uma Análise de Variância Unidirecional (ANOVA) tendo sido utilizado o teste de Tukey “post-hoc” para múltiplas comparações entre os grupos. A composição de cada um dos itens que compõe cada um dos cinco fatores do IHS está descrita na tabela 2. Foram comparados os seguintes fatores:

F1 enfrentamento e auto-afirmação com risco;

F2 auto-afirmação na expressão do sentimento positivo;

F3 conversação e desenvoltura social;

F4 auto-exposição a desconhecidos e situações novas e

F5 auto-controle da agressividade.

As média ponderada dos 5 fatores dos grupos de pacientes e dos controles normais estão graficamente representadas na figura 1 e as comparações entre medias e desvios padrão dos 3 grupos de acordo com os fatores do IH está apresentada na Tabela 7.

Figura 1 Fatores do IHS em pacientes com diagnostico de Esquizofrenia, Esquizofrenia Refrataria e Controles Normais

Tabela 9. Fatores do HIS – comparações entre refratários, não refratários e dados normativos

	Controles	Pacientes com esquizofrenia		ANOVA	Teste de Tukey post-hoc (significância estatística)		
Fatores	Normais N= 108 Medias (desvio- padrão)	Grupo I (Refratários) N= 89 Medias (desvio- padrão)	Grupo II (Responsivos) N= 29 Medias (desvio- padrão)	Significância Estatística	Controles vs, Grupo I	Controles vs Grupo II	Grupo I vs Grupo II
F1	9,95 (2,98)	7,85 (3,33)	7,02 (3,24)	0,00	0,002	0,00	0,54
F2	9,06 (1,81)	6,30 (3,10)	7,22 (2,38)	0,00	0,00	0,00	0,24
F3	6,65 (2,18)	5,65 (2,09)	6,16 (1,48)	0,04	0,04	0,49	0,60
F4	3,27 (1,27)	2,50 (1,41)	1,91 (1,54)	0,00	0,01	0,00	0,20
F5	0,97 (0,68)	1,31 (0,59)	1,36 (0,79)	0,004	0,03	0,02	0,96
Total	94,86 (16,71)	72,70 (17,23)	72,65 (12,81)	0,00	0,00	0,00	1,00

Legendas: F1 enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 auto-afirmação na expressão do sentimento positivo; F3 conversação e desenvoltura social; F4 auto-exposição a desconhecidos e situações novas; F5, autocontrole da agressividade.; ANOVA- Análise de Variância

Assim podemos observar na tabela 9 que pacientes com esquizofrenia mostram pior desempenho de suas habilidades sociais avaliadas de acordo com as 5 dimensões do IHS. A comparação por meio de Análise de Variância (ANOVA) mostrou que pacientes refratários e não refratários apresentam pior desempenho do que os controles, porém não entre si, como pode ser observado pelos resultados dos testes post hoc de comparações múltiplas de Tukey, com exceção ao Fator F3 (conversação e desenvoltura social) pacientes com esquizofrenia (refratários e não refratários), apresentam diminuição significativa de suas habilidades sociais. No caso do fator 3 estas habilidades estão diminuídas em pacientes com esquizofrenia refratária (Grupo I) quando comparados com controles normais ($p=0,04$) porém não foram observadas diferenças entre o Grupo II e Controles ($p=0,49$) nem entre os pacientes entre si ($p=0,60$). Quando pacientes do grupo I (Refratários) foram comparados com não refratários (Responsivos- Grupo II) também não foram observadas diferenças entre os outros fatores do IHS.

Finalmente com o objetivo de relacionar fatores de IHS alterações psicopatológicas ou neuropsicológicas da esquizofrenia utilizamos as subescalas da PANSS (Positiva, Negativa e Psicopatologia Geral) que fornecem uma medida global das alterações psicopatológicas da esquizofrenia e as subescalas Verbal, Execução e Geral do teste WASI, que fornece uma medida global de inteligência.

Tais correlações foram investigadas por meio de um modelo de regressão múltipla, utilizando-se “General Linear Model” do SPSS, tendo os com fatores da

IHS como covariadas e as subescalas da PANSS (Positiva, Negativa e Geral) e do WASI como variáveis dependentes.. Os resultados encontram-se nas tabelas 10 e 11

Tabela 10 – Regressão Múltipla: Correlações entre os cinco fatores do IHS e as subescalas Positiva, Negativa e Geral da PANSS

Variável Dependente	Parâmetro	Beta	Erro padrão	Teste t	Significância
PANSS Positiva (Media=14,41; Desvio- Padrão= 4,63)	Intercepto	19,324	2,794	6,917	0,000
	F1	-0,079	0,204	-0,386	0,701
	F2	0,144	0,243	0,593	0,555
	F3	-0,461	0,341	-1,353	0,182
	F4	-0,490	0,478	-1,025	0,310
	F5	-1,281	0,917	-1,396	0,168
PANSS Negativa (Media=24,97; Desvio- Padrão=5,82)	Intercepto	29,680	3,600	8,244	0,000
	F1	-0,126	0,263	-0,481	0,632
	F2	-0,539	0,313	-1,723	0,091
	F3	-0,104	0,439	-0,237	0,814
	F4	0,411	0,616	-0,667	0,508
	F5	-0,239	1,182	-0,202	0,840
PANSS Geral (Média=31,30; Desvio Padrão: 6,81)	Intercepto	40,848	3,850	10,611	0,000
	F1	-0,460	0,281	-1,637	0,107
	F2	0,169	0,334	-0,504	0,616
	F3	-0,967	0,470	-2,058	0,044
	F4	0,106	0,659	-0,161	0,873
	F5	-0,854	1,264	-0,676	0,502

Legendas: F1 enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 auto-afirmação na expressão do sentimento positivo; F3 conversação e desenvoltura social; F4 auto-exposição a desconhecidos e situações novas; F5, autocontrole da agressividade.

Podemos então observar pela tabela 11 que, praticamente, as dimensões do IHS não se correlacionam com as dimensões psicopatológicas da esquizofrenia avaliadas pela PANSS, pois somente o fator F3 (conversação e desenvoltura social) correlacionou-se significativamente e negativamente com o Fator Geral da PANSS i.e, quanto menor o grau de comprometimento psicopatológico melhor o desempenho das funções, medidas pelo fator F3.

Tabela11-Regressão Múltipla: Correlações entre os cinco fatores do IHS e as subescalas Verbal, Execução e Total do WASI

Variável Dependente	Parâmetro	Beta	Erro padrão	Teste t	Significância
WASI -Verbal (Media=36,92; Desvio- Padrão=11,57)	Intercepto	26,651	8,158	3,267	0,003
	F1	0,862	0,782	1,103	0,280
	F2	-0,100	0,822	-0,121	0,904
	F3	0,564	1,219	0,463	0,647
	F4	-0,112	1,648	-0,068	0,946
	F5	-1,996	3,482	-0,573	0,571
WASI- Execução (Media=15,90; Desvio- Padrão=8,15)	Intercepto	15,042	5,535	2,718	0,012
	F1	0,328	0,530	-0,619	0,541
	F2	-0,187	0,558	-,335	0,741
	F3	1,194	0,827	1,444	0,161
	F4	-0,1729	1,118	-1,547	0,134
	F5	-2,930	2,362	-1,240	0,226
WASITotal (Média=68,90; Desvio Padrão: 14,4)	Intercepto	61,200	11,422	5,358	0,000
	F1	0,611	1,095	0,559	0,581
	F2	0,325	1,151	0,283	0,780
	F3	1,744	1,707	1,022	0,316
	F4	-1,85	2,307	-0,802	0,430
	F5	-4,371	4,874	-0,897	0,378

Legendas: F1 enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 auto-afirmação na expressão do sentimento positivo; F3 conversação e desenvoltura social; F4 auto-exposição a desconhecidos e situações novas; F5, autocontrole da agressividade.

Como podemos observar pela tabela 11 não foram observadas correlações entre desempenho de habilidades sociais, avaliadas pelos fatores da IHS, e as três subescalas de avaliação geral da inteligência.

5.1 Discussão

Os principais achados da presente dissertação são os seguintes:

- 1- Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia apresentaram comprometimento significativamente maior de suas habilidades sociais, avaliadas pelos fatores do IHS, quando comparados com controles normais.
- 2- Esta diferença persistiu para quase todos os fatores (exceto para o Fator F5 auto-controle da agressividade) mesmo quando os grupos foram comparados controlando-se por idade, gênero e escolaridade, uma vez que tais variáveis mostraram-se significativamente diferentes entre pacientes e controles.
- 3- Quando os pacientes com esquizofrenia foram subdivididos em dois subgrupos (refratários e responsivos) esta diferença também persistiu em todas as dimensões da IHS, com exceção ao fator F3 (conversação e desenvoltura social), onde não foram encontradas diferenças entre controles e pacientes responsivos.

- 4- Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes quando pacientes refratários foram comparados com os pacientes responsivos a tratamento em termos dos fatores do IHS.
- 5- Os cinco fatores do IHS não se correlacionaram significativamente com as dimensões psicopatológicas da PANSS (Positiva, Negativa e de Psicopatologia Geral), com exceção do fator F3 (conversação e desenvoltura social), que apresentou forte correlação negativa (-0,97), com o fator Psicopatologia Geral, porém de forma marginalmente significativa (0,044).
- 6- Os cinco fatores do IHS não se correlacionaram com as três dimensões do WASI (Verbal, Execução e Total) que fornecem uma medida geral da inteligência.

Este é o primeiro trabalho onde o IHS é utilizado de forma sistemática em um ensaio clínico para avaliação do desempenho de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia. Este instrumento tem sido utilizado sistematicamente para avaliar habilidades sociais em populações não psiquiátricas ⁽⁷⁸⁻⁵⁹⁾ porém seu uso em psiquiatria restringe-se a poucos trabalhos, onde foi utilizado para avaliar o desempenho social em pacientes com alcoolismo⁽⁹⁶⁾, fobia social ⁽⁸¹⁻⁸⁵⁾ e transtorno bipolar⁽⁷⁶⁻⁷³⁾.

Também não é de nosso conhecimento qualquer outro ensaio clínico que tenha utilizado o IHS em esquizofrenia, havendo somente um relato de caso onde o IHS foi utilizado com fins diagnósticos neste transtorno ⁽⁸⁴⁾.

Assim dentre os trabalhos anteriormente citados só é possível comparar nossos achados aos de Rocca ⁽⁷³⁾ que também realizou estudo piloto com o IHS, porém em uma população de pacientes com transtorno bipolar. Neste trabalho 25 pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar foram avaliados pelo IHS e comparados a 31 controles sadios. Os pacientes foram avaliados pelas escalas utilizadas em transtornos de humor (Hamilton para Depressão e Young para Mania) e pela escala de inteligência de Wechsler. Os autores observaram que os pacientes quando comparados aos controles apresentavam menores escores nos Fatores 3 e 4 da IHS e que o fator 2 se correlacionou com maior presença de ansiedade, porém não foram encontradas diferenças entre subtestes da escala de Wechsler de inteligência ⁽⁷⁶⁾.

Posteriormente a mesma autora utilizou a mesma amostra de pacientes com transtorno bipolar tipo I para agora compará-los aos controles, porém subdividindo-os em dois subgrupos: um com história prévia de tentativas de suicídio (N=12) e outro sem história de suicídio (N=16). A autora verificou que os pacientes com história de tentativas de suicídio apresentavam diferenças estatisticamente significantes em relação aos pacientes sem história prévia de tentativas de suicídio em termos de conduta de inibição em relação a outras pessoas e seu ambiente, bem como maiores dificuldades na interação e no controle da agressividade ⁽⁷³⁾.

O fato de termos encontrado diferenças estatisticamente significantes em termos de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia versus controles normativos, e esta diferença tenha persistido mesmo quando as variáveis, **Idade**, **Gênero** e

Escolaridade foram controladas por meio de uma análise de covariância, demonstra que o instrumento foi capaz de detectar as alterações de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia, o que está de acordo com vários trabalhos que mostram que pacientes com esquizofrenia apresentam funções sociais comprometidas, necessitando de abordagens específicas, tais como o treino de habilidades sociais ⁽⁸⁸⁾ (28).

Por outro lado o fato de não encontrarmos diferenças entre pacientes refratários e responsivos, requer uma discussão mais aprofundada. Como sabemos já está bem estabelecido que pacientes com esquizofrenia refratária são mais graves que pacientes que respondem a tratamento, sobretudo em termos da persistência dos sintomas negativos ⁽³⁾. No entanto o grupo de pacientes selecionados para o presente estudo apresentava uma característica peculiar, pois foram incluídos aqueles pacientes refratários que apresentavam pequena gravidade de sintomas psicóticos (média= 14, 41) quando comparada a gravidade dos sintomas negativos (média= 24,97) e de psicopatologia geral (média= 31,30).

Por outro lado os pacientes do grupo responsivo eram significativamente mais velhos (média de idade em torno de 45 anos) em relação ao grupo dos refratários (média de idade em torno de 35,5 anos). Neste sentido os pacientes responsivos tinham uma duração da doença (ou cronicidade) ainda maior que a dos refratários. Esta conjunção de fatores leva a pensar que, provavelmente, os dois subgrupos de pacientes não diferiam tanto entre si e, portanto, apresentavam graus semelhantes de habilidades sociais.

O fato de não termos encontrado uma correlação entre os fatores do IHS e variáveis psicopatológicas (medidas pela PANSS) ou cognitivas (medidas pela escala de Wechsler) não significa que a escala não possa ser utilizada para esquizofrenia. De fato esperar-se-ia que uma diminuição da capacidade de lidar com os múltiplos aspectos da vida social fossem reflexo de alterações psicopatológicas e/ou neuropsicológicas subjacentes, mas, como já observado por certos autores, a competência social é uma dimensão independente da gravidade dos sintomas da esquizofrenia ⁽⁹²⁻¹²⁾.

De fato as funções sociais na esquizofrenia podem estar ligadas a processos de meta cognição (i.e. pensar sobre os próprios pensamentos) e alguns autores observaram que funções sociais tais como habilidade de planejamento, de comunicação ou de manejo de condições de vida, estão ligadas a capacidade de manejo de funções meta-cognitivas que, não necessariamente, correlacionam-se com a gravidade da doença medidas por escalas como a PANSS ou testes neuropsicológicos ⁽⁸⁰⁾.

Por outro lado é importante lembrar que esta área de funcionamento social da esquizofrenia é das mais complexas havendo mais de 80 tipos de instrumentos para avaliar os desfechos, porém só foram realizados 14 estudos randomizados controlados e a maioria dos instrumentos utilizados para avaliar funções sociais não tem propriedades psicométricas bem estabelecidas ⁽⁸⁶⁾.

Além disso, estudos sobre cognição social que é a habilidade humana para perceber intenções e disposições dos outros ⁽⁸⁷⁾ e que inclui processos cognitivos que envolvem pensamentos sobre si e os outros; situações sociais e interações sociais ⁽⁷⁹⁾ têm demonstrado que pacientes com esquizofrenia apresentam dificuldades para identificar e discriminar emoções em faces apresentando maior dificuldade para reconhecer emoções negativas (ex: medo e raiva) quando comparadas com emoções positivas ⁽⁹⁰⁾ e uma tendência a atribuir valência negativa as faces neutras ⁽⁸²⁾.

A cognição social tem sido avaliadas através de pelo menos três instrumentos a ToM (Teoria da Mente) ⁽⁹⁴⁻⁹³⁾; Estilo de Atribuição ⁽⁹¹⁾ e Reconhecimento de Faces ⁽⁸³⁾. Os estudos têm demonstrado que pacientes agudos apresentam pior desempenho nos testes comparados aos crônicos estáveis, porém não se sabe ainda como os déficits da cognição social se relacionam com o funcionamento da vida diária nos indivíduos com esquizofrenia ⁽⁷⁴⁾.

No entanto em pacientes com esquizofrenia crônica não foi observada qualquer correlação entre funções neuropsicológicas, avaliadas por extensa bateria de testes, e o desempenho social ⁽⁷¹⁾, avaliado pelo SDI- Social Dysfunction Index ⁽⁴⁰⁾ que, inclusive, também foi utilizado na avaliação das funções sociais de nossos pacientes no ensaio clínico, mas que não faz parte do presente trabalho.

De qualquer forma consideramos que este estudo foi, salvo melhor juízo, o primeiro a utilizar a IHS para avaliar habilidades sociais em uma população de pacientes com esquizofrenia no Brasil e que seus resultados contribuíram para o

avanço na avaliação de habilidades sociais em nosso meio, No entanto o estudo apresenta algumas limitações:

Uma das importantes limitações do presente estudo é o fato de o grupo controle ser representado por dados normativos do IHS e não pelos dados obtidos a partir da aplicação da escala em um grupo controle ad hoc, como ocorreu com o estudo de Rocca e colaboradores ⁽⁷³⁾ e é possível que com dados obtidos a partir de uma população de controles mais homogênea os resultados possam ter sido diferentes. Por outro lado em nosso estudo foram utilizados os escores ponderados ao passo que no trabalho de Rocca e colaboradores ⁽⁷⁶⁾ foram utilizados escores da apuração simplificada.

Outra limitação é que os escores dos Fatores do IHS foram correlacionados com os valores totais das subescalas da PANSS e da WASI. Isto é importante, pois, às vezes, a agregação dos sintomas pode expressar melhor sua relação com uma escala de outra natureza, do que os valores totais. Assim, por exemplo, Monteiro e colaboradores ⁽⁷²⁾ estudando as propriedades psicométricas da tradução de uma escala de insight para esquizofrenia SUMD ⁽⁷⁵⁾ observaram uma correlação significativa desta escala não com os valores totais da PANSS, mas sim com os fatores negativos e de desorganização obtidos a partir de análises fatoriais prévias ⁽⁷⁷⁾. Da mesma forma estes autores observaram que a escala SUMD se correlacionava com dois subtestes da escala de Wisconsin, e não com o seu total ⁽⁷²⁾.

Apesar de não ter tido uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes refratários e responsivos, um aumento no N de pacientes responsivos e com distribuição etária mais semelhante, poderia trazer um melhor entendimento dos déficits envolvidos nos processos que se referem a habilidades sociais.

Sugestões para pesquisas posteriores:

A partir de nossa experiência com o IHS julgamos que seria interessante desenvolver uma adaptação deste instrumento para pacientes com esquizofrenia, comparando-o com os dados normativos da população, e validando-o por meio de comparação com uma escala de avaliação de habilidades sociais da esquizofrenia validada internacionalmente.

6. CONCLUSÕES:

O emprego do Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette em pacientes com esquizofrenia mostrou que:

1. O instrumento foi capaz de detectar que os pacientes, independentemente do seu grau de gravidade clínica, apresentam significativo comprometimento de suas habilidades sociais quando comparados com controles normais.

2. As Habilidades Sociais não se correlacionaram com a maioria das variáveis psicopatológicas medidas pela PANSS, nem com variáveis cognitivas avaliadas pela escala de WASI.
3. Habilidades Sociais podem representar uma dimensão independente do funcionamento social, independente da gravidade clínica, comprometimento psicopatológico e neuropsicológico.

7. REFERÊNCIAS

1. Freedman R. Schizophrenia. *N Engl J Med*. 2003 Oct 30;349(18):1738-49.
2. Alves TM, Pereira JC, Elkis H. The psychopathological factors of refractory schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 Jun;27(2):108-12.
3. Elkis H. Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2007 Sep;30(3):511-33.
4. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004 Jun 19;363(9426):2063-72.
5. Kopelowicz A, Zarate R, Tripodis K, Gonzalez V, Mintz J. Differential efficacy of olanzapine for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000 Jun;157(6):987-93.
6. Yen YC, Lung FW, Chong MY. Adverse effects of risperidone and haloperidol treatment in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004 Mar;28(2):285-90.
7. Weinberger DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Jul;44(7):660-9.
8. Liberman R. *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: APA Press; 1988. p. 210.
9. Crow TJ, Done DJ. Prenatal exposure to influenza does not cause schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1992 Sep;161:390-3.
10. Louza M, Elkis H. Esquizofrenia. In: Artmed, editor. *Psiquiatria Basica*. Porto Alegre; 2007. p. 235-63.
11. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*. 1984;10(2):300-12.
12. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull*. 2006 Oct;32 Suppl 1:S64-80.

13. Bandeira M. Escala de Avaliacao da Competencia Social de Pacientes Psiquiatricosatraves de Desempenho de Papeis - EACS. AvaliacaoPsicologica. 2002;1(2).
14. Nichols M. The Lost Art of Listening. New York Guilford.; 1995.
15. Davis M. A multidimensional approach to individual differences in empathy.Catalog of Selected Documents in Psychology. 1980;10(85).
16. Davis M. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. Journal or Personality and Social Psychology. 1983a;1983:113-26.
17. Davis M. The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: a multidimensional approach. Journal of Personality. 1983b;51:167-84.
18. Davis M. Empathy: a social psychological approach. Brown & Benchmark Publishers; 1996.
19. Barrett-Lennard G. The phases and focus of empathy.The British Psychological Society. 1993:3-13.
20. Egan G. The skilled helper. A problem management approach to helping. 5th ed.: Pacic Grove: Brooks/Cole.; 1994.
21. Eisenberg N, Murphy B, Shepard S. The development of empathic accuracy. In: Ickes W, editor. Emphatic Accuracy. New York: Guilford Press; 1997.
22. Ickes W. Empathic Accuracy. New York: Guilford Press; 1997.
23. Goleman D. Inteligencia emocional. Rio de Janeiro: Objetiva; 1995.
24. Lange J, Jakubowski P. Responsible assertive behavior. Illinois: Research Press Co; 1976.
25. McFall R. A review and formulation of the concept of social skills.BehaviorAssessment. 1982:1-33.
26. Prette ZD, Prette AD. Psicologia das Habilidades Sociais: terapia e educacao. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
27. Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ, Blackwell G, Eckman TA. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill.Am J Psychiatry. 1992 May;149(5):654-8.

28. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2006 Oct;32Suppl 1:S12-23.
29. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
30. Bellack A, Turner S, Hersen M, Kazdin A. An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry.* 1986;35:1022-8.
31. Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Validating measures of real-world outcome: the results of the VALERO expert survey and RAND panel. *Schizophr Bull.* 2011 Mar;37(2):334-43.
32. Ayres L. Uma escala brasileira para medida de assertividade. In press 1994.
33. Pasquali L, Gouveia V. Escala de assertividade de Rathus -RAS: adaptacao Brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 1990;6(3):233-49.
34. Rathus S. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy.* 1973;4:398-406.
35. Bandeira M, Costa M, Prette ZD, Prette AD, Carneiro E. Qualidades Psicometricas do Inventario de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia.* 2000;5(2):401-19.
36. Barreto M, Prette ZD, Prette AD. Analise de itens e da estrutura fatorial de um inventario para avaliacao de repertorio de habilidades sociais. *RBEs Revista Brasileira de Estatistica.* 1998;59(212):7-24.
37. Barreto M, Prette ZD, Prette AD. Analise de um inventario de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitarios. *Psicologia: teoria e pesquisa.* 1998;14(3):219-28.
38. Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J, Zarate R. Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1997 Mar;154(3):424-5.
39. Barretto EM, Kayo M, Avrichir BS, Sa AR, Camargo MG, Napolitano IC, et al. A preliminary controlled trial of cognitive behavioral therapy in clozapine-resistant schizophrenia. *J NervMent Dis.* 2009 Nov;197(11):865-8.

40. Munroe-Blum H, Collins E, McCleary L, Nuttall S. The social dysfunction index (SDI) for patients with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Res.* 1996 May;20(1-2):211-9.
41. Prette ZD, Prette AD. *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações.* ed., editor.: Petrópolis: Vozes; 2009.
42. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76.
43. Bellack A, Mueser K, Gingerich S, Agresta J. *Social Skills Training for Schizophrenia: a Step-by-Step Guide.* Press G, editor. New York; 1997.
44. Savoia M, Bernik M. Programa de terapia comportamental em grupo aplicado a fóbicos sociais. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo* 2010;55:67-70.
45. Chaves A, Shirakawa I. Escala das síndromes negativa e positiva e seu uso no Brasil. In: Editorial L, editor. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo; 2000.
46. Guy W. *Ecdeu assessment manual for psychopharmacology.* 76-338 PA, editor. Rockville: US department of health: Education and Welfare; 1976.
47. Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphs LD, Carpenter WT, Jr. The Schedule for the Deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1989 Nov;30(2):119-23.
48. Bressan RA, Chaves AC, Shirakawa I, de Mari J. Validity study of the Brazilian version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res.* 1998 Jun 22;32(1):41-9.
49. Conners K. *CPT II Continuous Performance Test II.* Multi-Health Systems Inc.; 2002.
50. Spreen O, Etrauss E. *Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary.* New York: Oxford University Press; 1998.
51. Heaton R. *WCST-64 Computer Version 2.* version 2 ed: Odessa: Psychological Assessment Resources; 2003.
52. Rey A. *Teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998; 1999.

53. Wechsler D. Wechsler Memory Scale; 1997.
54. Wechsler D. Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence; 1999.
55. Jou G, Sperb T. Teoria da Mente: diferentes abordagens. Reflexão e crítica. 1999;12:287-306.
56. Campillo Serrano C, Romero M, Diaz Martinez R. [Diagnosis and classification in psychiatric disorders]. Gac Med Mex. 1994 Jan-Feb;130(1):7-11.
57. Prette ZD, Prette AD. Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
58. Prette ZD, Prette AD. Competência Social na formação do psicólogo. Paideia: Cadernos de educação. 1992 a;7:40-50.
59. Prette ZD, Prette AD. Competência social: um estudo comparativo entre alunos de psicologia, serviço social e engenharia mecânica. Psicólogo Escolar: identidade e perspectivas. 1992 b:382-84.
60. Bandeira, M., M. Costa, et al. (2000). "Qualidades Psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante." Estudos de Psicologia 5(2): 401-419.
61. Barreto, M., Z. D. Prette, et al. (1998). "Análise de itens e da estrutura fatorial de um inventário para avaliação de repertório de habilidades sociais." RBEs Revista Brasileira de Estatística 59(212): 7-24.
62. Bora, E., S. Gökçen, et al. (2008). "Emphatic abilities in people with schizophrenia." Psychiatry Res 160: 23-9.
63. Kern, R., M. Green, et al. (2005). "Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia." Am J Psychiatry 162: 513-9.
64. Patterson, T., S. Moscona, et al. (2001). "Social Skills performance assessment among older patients with schizophrenia." Schizophr Res 48: 351-60.
65. Perivoliotis, D., E. Granholm, et al. (2004). "Psychosocial functioning on the independent living skills survey in older outpatients with schizophrenia." Schizophr Res 69: 307-16.
66. Prette, Z. D. and A. D. Prette (2009). Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações, Petrópolis: Vozes.

- 67 Revheim, N. and A. Medalia (2004). "Verbal memory, problem solving skills and community status in schizophrenia." Schizophr Res**2004**: 149-58.
- 68 Sitzer, D., E. Twamley, et al. (2008). "Multivariate predictors of social skills performance in middle-aged and older out-patients with schizophrenia spectrum disorders." Psychol Med**38**(5): 755-63.
- 69 Sullivan, G., S. Marder, et al. (1990). "Social skills and relapse history in outpatient schizophrenics." Psychiatry**53**: 340-5.
- 70 Tsang, H. (2001). "Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia." J Nerv Ment Dis**189**: 90-8.
- 71 Addington, J., L. McCleary, et al. (1998). "Relationship between cognitive and social dysfunction in schizophrenia." Schizophr Res 34(1-2): 59-66.
- 72 Monteiro, L. C., V. A. Silva, et al. (2008). "Insight, cognitive dysfunction and symptomatology in schizophrenia." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 258(7): 402-5.
- 73 Rocca, C. C., L. Gerchmann, et al. (2010). "Lifetime history of suicide attempts is associated with poorer social skills in patients with bipolar disorder type I." Rev Bras Psiquiatr 32(2): 200-1
- 74 Penn, D., D. Combs, et al. (2000). "Emotion recognition in schizophrenia: further investigations of generalized versus specific deficit models " J Abnorm Psychol 109: 512-16.
- 75 Fiss, N. and A. C. Chaves (2005). "Translation, adaptation and reliability study of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder--SUMD." Rev Bras Psiquiatr 27(2): 143-5.
- 76 de Almeida Rocca, C. C., M. B. de Macedo-Soares, et al. (2008). "Social dysfunction in bipolar disorder: pilot study." Aust N Z J Psychiatry 42(8): 686-92.
- 77 van der Gaag, M., T. Hoffman, et al. (2006). "The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model." Schizophr Res 85(1-3): 280-7.
- 78 Prette, Z. D., A. D. Prette, et al. (1998). "Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS- Del Prette) em uma amostra de universitários." Psicologia: Teoria e Prática 14(3): 219-228.
- 79 Penn, D., P. Corrigan, et al. (1997). "Social Cognition in schizophrenia." Psychol Bull 121: 114-32.

- 80 Lysaker, P. H., B. P. McCormick, et al. (2011). "Metacognition and social function in schizophrenia: associations of mastery with functional skills competence." *Schizophr Res* 131(1-3): 214-8.
- 81 Levitan, M., B. Rangé, et al. (2008). "Habilidades sociais na agorafobia e fobia social." *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24: 95-99.
- 82 Kohler, C., T. Turner, et al. (2003). "Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error patterns." *Am J Psychiatry* 160: 1768-74.
- 83 Kee, K., R. Kern, et al. (1998). "Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: what's the " *Psychiatric Res* 81: 57-65.
- 84 Costa, N. L. and S. L. Calais (2010). "Esquizofrenia: intervenção em Instituição Pública de Saúde." *Psicologia USP* 21: 183-198.
- 85 D'El Rey, G. J. F. and C. A. Pacini (2006). "Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas." *Psicologia em Estudo* 11: 269-275.
- 86 Burns, T. and D. Patrick (2007). "Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies." *Acta Psychiatr Scand* 116(6): 403-18.
- 87 Brothers, L. (1990). "The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain." *Concepts in Neuroscience* 1: 27-51.
- 88 Brady, J. P. (1984). "Social skills training for psychiatric patients, II: Clinical outcome studies." *Am J Psychiatry* 141(4): 491-8.
- 89 Brady, J. P. (1984). "Social skills training for psychiatric patients. I: Concepts, methods, and clinical results." *Am J Psychiatry* 141(3): 333-40.
- 90 Borod, J., C. Martin, et al. (1993). "Perception of facial emotion in schizophrenic and right brain-damage patients." *J Nerv Ment Dis* 181: 494-501.
- 91 Bentall, R., P. Kinderman, et al. (1994). "The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions." *Behav Res Ther* 32: 331-41.
- 92 Bellack, A. S. (2004). "Skills training for people with severe mental illness." *Psychiatr Rehabil J* 27(4): 375-91.

- 93 Baron-Cohen, S., S. Wheelwright, et al. (1999b). "A mathematician, a physicist, and a computer scientist with Asperger syndrome: performance on folk psychology and folk physics tests." *Neurocase* 5: 475-83.
- 94 Baron-Cohen, S., M. O'Riordan, et al. (1999a). "Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism." *J Autism Dev Disord* 29: 407-18.
- 95 Aliane, P. P., L. M. Lourenço, et al. (2006). "Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool." *Psicologia em Estudo* 11: 83-88.

APENDICE

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

Recebido: 27/10/08, às 11:30 h.
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 22/10/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 0761/08, intitulado: "**AVALIAÇÃO DO TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS NA REDUÇÃO DE SINTOMAS NEGATIVOS EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA**" apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações constante no parecer anexo.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Prof. Dr. Hélio Elkis**

Pesquisador (a) Executante: **Silvia Scemes**

CAPPesq, 30 de Outubro de 2008

PROF. DR. CLAUDIO LEONE

Vice - Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO: M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DO TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS NA REDUÇÃO DE SINTOMAS NEGATIVOS EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA
2. PESQUISADOR: Prof. Dr. Helio Elkis
- CARGO/FUNÇÃO: Professor associado INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 18.266.....
- UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria.
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
- RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
- RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses.....

 Marcia A. Teixeira de Carvalho
 Chefe de Seção
 Comissão de Ética para Análise de Projetos
 de Pesquisa - CAPPEQ
 Diretoria Clínica

1 – Desenho do estudo e objetivos

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo melhorar o seu quadro clínico, seu tratamento e fortalecer os seus vínculos sociais (família, amigos, trabalho), estamos te propondo à participação voluntária nesta pesquisa com psicoterapia de grupo, que visa uma melhora na qualidade das suas relações sociais. Muito da terapia envolve comportamento verbal, portanto uma boa comunicação é essencial para obtermos bons resultados no seu tratamento

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros

Você pode ter certeza de que receberá o melhor tratamento presentemente utilizado; para tanto serão realizadas avaliações (com escalas, questionários e exame clínico) em três momentos: no início, no término do tratamento após 20 semanas de terapia de grupo e uma terceira avaliação seis meses após o término do tratamento.

3 –Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados

O tratamento contará com vinte sessões, em grupo, uma vez por semana com duração de 60 minutos cada, podendo por algumas vezes se estender um pouco mais ou um pouco menos. Lembre-se da importância da assiduidade, não chegar atrasado, não faltar. Se houver algum problema de que o impossibilite vir, não se esqueça de avisar a secretária no tel.: 30696971, porém três faltas independentemente de serem seguidas ou não, o desligará do projeto

4 –Descrição dos desconfortos e riscos esperados

Você poderá sentir um certo desconforto com a demora na aplicação das avaliações e/ou não ocorrer melhora significativa no seu tratamento. Somente no final do estudo poderemos concluir qual das duas terapias apresenta maiores benefícios ao seu tratamento e você terá direito a passar pelo processo da terapia que se mostrar mais eficaz.

5 –Benefícios para o participante

Maria A. Teixeira de Carmelino
Chefe de Serviço
Comissão de Ética para Julgamento de Projetos
de Pesquisa - CAP/Uniq
Divisão Clínica

Trata-se de estudo experimental testando a hipótese de qual das duas terapias é mais favorável na melhora dos sintomas negativos da esquizofrenia e como consequência nos seus relacionamentos sociais

6 – Garantia de acesso

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr Helio Elkis e/ou sua equipe que pode ser encontrado no endereço Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, telefone(s) 30696971 email projesqipq@hcnet.usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

7 – Garantias do Voluntário de pesquisa

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

8 – Direito de confidencialidade

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

9 – Despesas e compensações

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo avaliações e despesas com transporte. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, se devidamente justificada, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

 Marcia A. Teixeira de Carvalho
 Chefe de Grupo
 Comissão de Ética para Análise de Projetos
 de Pesquisa-CEAP-PPq
 Diretoria Clínica

O pesquisador se compromete em utilizar os dados e informações coletadas dos voluntários somente para o estudo em questão.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Avaliação do treino de habilidades sociais na redução de sintomas negativos em pacientes com esquizofrenia refratária.”**

Eu discuti com o Prof. Dr. Helio Elkis e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do Responsável pelo Estudo

 Marcia A. Teixeira de Carvalho
 Chefe de Serviço
 Comissão de Ética para Análise de Projetos
 de Pesquisa - CAPPEQ
 Diretoria Clínica

 Marcia A. Teixeira de Carvalho
 Chefe de Serviço
 Comissão de Ética para Análise de Projetos
 de Pesquisa - CAPPEQ
 Diretoria Clínica

Recebido: 23/03/11, às 8h

Departamento de Psiquiatria da FMUSP

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 16/03/2011, **APROVOU o(s) documento(s)** abaixo mencionado(s) no Protocolo de Pesquisa nº **0761/08**, intitulado: "**AValiação DO TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS NA REDUÇÃO DE SINTOMAS NEGATIVOS EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA**" apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**.

- **Emenda 5 datada de 28/01/11**

Pesquisador (a) Responsável: **Prof. Dr. Hélio Elkis**

CAPPesq, 17 de Março de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador

**Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq**

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Enviado pelo malote ao Projesq. em 23/3/11

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 28 de Janeiro de 2011.
CEP 1976/10

Imo(a). Sr(a).

¹Pesquisador(a) MARIA BEATRIZ PETRECHE

Co-Investigadores: Maria Beatriz Petreche, Rodrigo Affonseca Bressan (orientador)

Disciplina/Departamento: Psiquiatria Clínica da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

²Patrocinador: FAPESP.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "Avaliação do treino de habilidades sociais na redução de sintomas negativos em pacientes com esquizofrenia refratária".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo multicêntrico nacional - Intervenção terapêutica.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Avaliar a eficácia do Treino de Habilidades Sociais (THS) na redução dos sintomas negativos em pacientes com esquizofrenia refratária ao tratamento com antipsicóticos, em comparação com um grupo controle..

RESUMO: A amostra será composta por 40 pacientes ambulatoriais em uso de clozapina que estejam em acompanhamento médico no Programa de Esquizofrenia do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade de 18 a 55 anos, com escolaridade mínima de 5 anos de educação, com diagnóstico atual documentado de esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR, que apresentarem escore de no mínimo 16 na subescala PANSS negativa, pacientes estáveis com uso de clozapina que não tenham sido internados recentemente. Este é um estudo multicêntrico, randomizado, simples-cego, controlado, em pacientes com esquizofrenia refratária com sintomas negativos predominantes e persistentes. O estudo será composto por um período de seleção, uma visita de avaliação com função de linha de base, um período de tratamento de 20 semanas, seguido por nova avaliação no final do tratamento e outra avaliação após 6 meses. Será realizada avaliação psiquiátrica, utilizando os seguintes instrumentos: PANSS- Escala das síndromes positivas e negativas, CALGARY para avaliar sintomas depressivos na esquizofrenia, CGI para avaliar o estado clínico do paciente, SDS- instrumento diagnóstico e de avaliação da síndrome deficitária; SDI- escala elaborada para pesquisas e tem como objetivo investigar as disfunções sociais na esquizofrenia. Será realizada avaliação de habilidades sociais, utilizando o instrumento IHS. Avaliação neuropsicológica, avaliando atenção, funções executivas, memória, eficiência intelectual estimada e teoria da mente..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: O Treino de Habilidades Sociais tem sido utilizado para aumentar a habilidade de enfrentamento às situações de estresse interpessoal e adaptação a estas situações. A habilidade de enfrentamento é uma resposta com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal da situação que o paciente possa estar envolvido. É uma resposta comportamental ou cognitiva com a finalidade de reduzir as qualidades aversivas da situação de estresse..

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo, apresentando parecer do CEP da USP..

FCLE: .

DETALHAMENTO FINANCEIRO: FAPESP - R\$ 150,00.

CRONOGRAMA: 12 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Não envolve obtenção de título.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 23/1/2012 e 22/1/2013.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

1976/10

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação do Treino de Habilidades Sociais na Redução de Sintomas Negativos em Pacientes com Esquizofrenia Refratária

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo melhorar o seu quadro clínico, seu tratamento e fortalecer os seus vínculos sociais(família, amigos, trabalho), estamos te propondo à participação voluntaria nesta pesquisa com psicoterapia de grupo, que visa uma melhora na qualidade das suas relações sociais. Muito da terapia envolve comportamento verbal, portanto uma boa comunicação é essencial para obtermos bons resultados no seu tratamento.

Você pode ter certeza de que receberá o melhor tratamento presentemente utilizado; para tanto serão realizadas avaliações (com escalas, questionários e exame clínico) em três momentos: no início, no término do tratamento, após 20 semanas de terapia de grupo e uma terceira avaliação seis meses após o término.

Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados.

O tratamento contra com vinte sessões em grupo, uma vez por semana com duração de 60 minutos cada, podendo por algumas vezes se estender um pouco mais ou um pouco menos. Lembre-se da importância da assiduidade, não chegar atrasado, não faltar. Se houver algum problema que o impossibilite vir, não se esqueça de avisar no telefone 5573-3599, porém três faltas independentemente de serem seguidas ou não, o desligara do projeto.

Descrição dos desconfortos e riscos esperados

Você poderá sentir certo desconforto com a demora na aplicação das avaliações e/ou não ocorrer melhora significativa no seu tratamento. Somente no final do estudo poderemos concluir qual das duas terapias apresenta maiores benefícios ao seu tratamento e você terá direito a passar pelo processo de terapia que se mostrar mais eficaz.

Benefícios para o participante

Trata-se de estudo experimental testando a hipótese de qual das duas terapias é mais favorável na melhora dos sintomas negativos da esquizofrenia e como consequência nos seus relacionamentos sociais.

Garantia de acesso

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Rodrigo A. Bressan. Que pode ser encontrado no PROESQ - Programa de Esquizofrenia, no endereço Rua: Machado Bittencourt, 222, Vila Clementino - São Paulo - SP CEP:04044-000 telefone:5573-3599. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo " **Avaliação do Treino de Habilidades Sociais na Redução de Sintomas Negativos em pacientes com Esquizofrenia Refratária**".

Eu discuti com o Dr. *Rodrigo A. Bressan* sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Screening

PANSS (1)

1 = AUSENTE

2=MÍNIMO

3=LEVE

4=MODERADO

5= MORERADAMENTE GRAVE

6= GRAVE

7 EXTREMO

1 ESCALA POSITIVA (P)

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

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

SUB-TOTAL

2 ESCALA NEGATIVA (N)

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

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

SUB-TOTAL

3. ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL (G)

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

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

SUBTOTAL

ESCORE TOTAL DA PANSS (somados os três subtotais)