

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Faculdade de Medicina**

**Programa de Pós-graduação em Psiquiatria**

**A ASSOCIAÇÃO DE ABUSO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA  
COM PREJUÍZO DA FUNCIONALIDADE EM ESQUIZOFRÊNICOS**

**Alexei Gil**

**Orientador: Prof. Paulo Silva Belmonte de Abreu**

**Julho, 2005**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Faculdade de Medicina**

**Programa de Pós-graduação em Psiquiatria**

**A ASSOCIAÇÃO DE ABUSO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA  
COM PREJUÍZO DA FUNCIONALIDADE EM ESQUIZOFRÊNICOS**

**Alexei Gil**

**Orientador: Prof. Paulo Silva Belmonte de Abreu**

Dissertação submetida ao Corpo Docente do curso de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria.

Aprovada em 01 de julho de 2005.

Catálogo-na-Publicação

G463 Gil, Alexei

A Associação de abuso e negligência na infância com prejuízo da funcionalidade em esquizofrênicos / Alexei Gil. - 2006.  
133 f.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

Orientador: Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu.

1. Esquizofrenia 2. Maus-tratos sexuais infantis 3. Maus-tratos infantis  
I. Abreu, Paulo Silva Belmonte de II.Título

NLM WM 203

(Bibliotecária responsável: Elise Maria Di Domenico Coser - CRB-10/1577)

*À minha filha Marina,  
à minha esposa Fernanda,  
aos meus pais, Cláudio e Estelamaris,  
e à Tatiane, minha irmã.*

## **Agradecimentos**

À colega Marilene Zimmer que, com sua experiência e desenvoltura, ajudou na execução desse projeto.

À equipe de nutricionistas, Dolores Moreno, Carmem Lúcia Azevedo e Lísia Guimarães, pelo auxílio na seleção da amostra.

À equipe de estagiários, Mariana Walcher, Eduardo Cruz, Marcelo Golbert e Marcelo Cançado, pelo empenho na coleta dos dados.

À Daniela Laitano pela aplicação do OPCRIT.

À Maria Inês Lobato e à Clarissa Gama pelo apoio recebido no PRODESQ.

Ao Prof. Paulo Abreu, por tudo que me proporcionou nestes quatro anos de PRODESQ.

## Sumário

Resumo .....	06
Abstract .....	10
Introdução .....	13
Revisão da Literatura .....	16
Objetivos .....	33
Referências Bibliográficas .....	34
Artigo em Português .....	40
Artigo em Inglês .....	65
Anexo 1 .....	89
Anexo 2 .....	90
Anexo 3 .....	116
Anexo 4 .....	133

## Resumo

Foi feito um estudo de associação de fatores de risco na infância com grau de incapacitação na vida adulta em pacientes portadores de esquizofrenia.

O estudo faz parte Protocolo “Bases Moleculares da Esquizofrenia em População Portuguesa e Brasileira” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os pacientes e familiares responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento diagnóstico utilizado foi o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT), o qual é composto por um *checklist* de 90 itens, um glossário e um sistema computadorizado que fornece o diagnóstico segundo as principais classificações diagnósticas em psiquiatria. Os fatores de risco investigados foram abuso sexual, negligência emocional, abuso físico, negligência física e abuso emocional. Utilizou-se o instrumento auto-aplicável denominado Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ), o qual é composto por 28 assertivas sobre a infância dos sujeitos que, através de uma escala *Linkert* de 5 pontos, marcam as alternativas que mais se adaptam às suas vivências infantis. A medida do desfecho grau de incapacitação foi feita através da Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS), que é um dos principais instrumentos da Organização Mundial da Saúde para avaliar a incapacitação funcional de pacientes psiquiátricos e os possíveis fatores causais.

Foram selecionados consecutivamente 102 pacientes do ambulatório do Programa de Esquizofrenia de Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Após a aplicação do OPCRIT, dois sujeitos foram excluídos por apresentarem diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e transtorno esquizoafetivo. Portanto, 100 sujeitos constituíram a amostra deste estudo.

A análise dos resultados para se estabelecer a associação de traumas infantis com grau de incapacitação em esquizofrênicos foi feita através do teste de correlação de *Spearman*.

Os resultados sugerem que história de trauma na infância, o que inclui as cinco dimensões investigadas, demonstrou estar significativamente associada com prejuízo do comportamento geral ( $p=.023$ ) e da funcionalidade global ( $p=.032$ ), ou seja, Seções 1 e 5 da WHO/DAS, respectivamente. Negligência física na infância mostrou forte associação com prejuízo do comportamento geral ( $p<.000$ ), além de também ter demonstrado associação significativa com prejuízos na performance social ( $p=.037$ ) e na funcionalidade global ( $p=.014$ ). Encontrou-se, ainda, associações significativas de abuso emocional na infância com prejuízo no comportamento geral ( $p=.026$ ) e de negligência emocional com a prejuízo na funcionalidade global ( $p=.047$ ).

No estudo, abuso sexual e abuso físico não demonstraram associação com as medidas de funcionalidade utilizadas. Essas formas de abuso têm sido mais freqüentemente relacionadas com a etiologia de transtornos mentais do que formas de abuso aparentemente menos impactantes, tais como negligência física, negligência emocional e abuso emocional. Possivelmente, as

conseqüências prejudiciais dessas formas menos traumáticas de abuso estejam relacionadas à etiologia dos transtornos mentais em períodos diferentes de vulnerabilidade do que abuso sexual e físico (os primeiros talvez mais importantes em períodos mais precoces do desenvolvimento humano).

A ocorrência de abuso e negligência na infância e sua relação com esquizofrenia estão de acordo com recentes modelos etiológicos que sugerem que adversidades precoces podem ocasionar alterações psicológicas e biológicas que aumentam a vulnerabilidade para psicose.

A associação de experiências traumáticas na infância com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos no adulto é amplamente conhecida e estudada. O presente estudo permite considerar a possibilidade de tais traumas interferirem não só na etiologia, mas também no desempenho funcional e social dos pacientes.

A identificação precoce dos fatores de risco para o desenvolvimento de esquizofrenia permite o desenvolvimento de estratégias de intervenção com o objetivo de evitar as conseqüências diretas do trauma na gênese do transtorno em pessoas com risco ou, pelo menos, minimizar o impacto deletério dessa doença na vida dos pacientes.

A implicação prática deste estudo está no reforço da necessidade de reconhecer as crianças que têm maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de esquizofrenia, por exemplo, netos, filhos e irmãos de esquizofrênicos, e

oferecer proteção especial quanto à exposição a traumas através ações de saúde e educacionais.

## **Abstract**

We did an association study of childhood risk factors with disability in schizophrenic adults.

This study is part of the protocol named "*Bases Moleculares da Esquizofrenia em População Portuguesa e Brasileira*" and was approved by Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. All the patients have signed an informed consent before getting in the study. (Annex 1)

The diagnostic instrument was the Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness (OPCRIT); witch includes 90 items, a glossary and a computer system, that generates diagnosis according most important classifications in psychiatry. The childhood risk factors that we investigated were sexual abuse, emotional neglect, physical abuse, physical neglect and emotional abuse. To assert this variables we used the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), a self-report instrument that is composed of 28 items about subjects childhood that, through a five point Linkert scale, choose the appropriated answer considering their previous experiences. The outcome measure has been gotten using the World Mental Health / Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) witch is one of the most important WHO instrument to access psychiatric illnesses disability and possible etiologic factors.

We first selected consecutively 102 patients of the Schizophrenia Outpatients Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. After that, two of them were

excluded because they were not schizophrenics according the OPCRIT analysis. Then, the final sample was composed of 100 subjects.

Spearman's correlation test was used to make the association of childhood trauma and disability in this sample of schizophrenics.

The results suggest that childhood trauma history, which includes the all five kinds of trauma, is associated with worse general behaviour ( $p=.023$ ) and worse global functionality ( $p=.032$ ), which means, WHO/DAS Sections 1 and 5, respectively. Child physical neglect showed strong association with worse general behaviour ( $p<.000$ ), worse social performance ( $p=.037$ ) and worse global functionality ( $p=.014$ ). We have also found significant associations between emotional abuse with worse general behaviour ( $p=.026$ ) and between emotional neglect with worse global functionality ( $p=.047$ ).

In this study, sexual and physical abuse didn't demonstrate association with those functionality measures used. These kinds of child abuse have been more often associated with mental disorders aetiology than other ones that have less impact on, like physical neglect, emotional neglect and emotional abuse. Possibly, the damage consequences of these "less traumatic" abuses are linked to mental disorders aetiology in different periods of vulnerability than are sexual and physical abuse (maybe the first ones are more important in premature periods of human neurodevelopment).

Child abuse and neglect occurrence and its relation to schizophrenia are in agreement with the recent etiologic models that suggest precocious adversities

may lead to psychological and biological changes that increase psychoses vulnerability.

The association of traumatic experiences in childhood with the development of psychiatric disorders in adults is largely known and studied. The present study allows to consider the possibility of such traumas intervene not only in the aetiology but also in the functional and social performance of patients.

The preventive identification of the risk factors to schizophrenia development allows to create strategies of interventions with the objective of avoiding direct consequences of the trauma in people with high risk of being affected by this disorder; or at least decrease the impact of this damage in the patient's life.

The practical implications of this study is in the highlighted need to recognize the children with higher vulnerability to develop schizophrenia, for example, grandchildren, next of a kin and siblings of schizophrenics; and offer especial protection against trauma exposure through health and educational programs.

## 1 Introdução

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais graves e atinge aproximadamente 1% da população mundial. Além de comprometer pacientes e familiares, representa um grande custo para toda a sociedade. No Brasil, a esquizofrenia ocupa 30% dos leitos psiquiátricos, ou cerca de 100 mil leitos/dia, representando o segundo lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais brasileiras (14%) e o 5º lugar na manutenção de auxílio-doença. Na sociedade americana representa um custo anual de 33 a 44 bilhões de dólares.<sup>1</sup>

A causa da esquizofrenia é desconhecida, tendo muitas hipóteses etiológicas tais como: fatores genéticos, epidemias virais durante a gestação, época de nascimento, traumatismos de parto, infecções perinatais, condições neurológicas ou neuropsiquiátricas, anormalidades neurodesenvolvimentais, história familiar de esquizofrenia e traumas na infância.

Caracterizada por distorções do pensamento, alterações na sensopercepção e respostas emocionais inadequadas, a esquizofrenia costuma ocorrer no final da adolescência e início da vida adulta, afetando ambos os sexos igualmente. Os sintomas são basicamente os de 1ª ordem de Schneider, ou seja, alucinações auditivas de tipos específicos, como vozes repetindo, antecipando ou comentando pensamentos, dando ordens ou, ainda, discutindo a respeito do paciente na 3ª pessoa; e desordens do pensamento, as quais, muitas vezes, se referem a pessoas lendo ou inserindo pensamentos na mente do paciente. A

complexidade e gravidade dos sintomas em geral levam o paciente a algum grau de deterioração.<sup>2</sup>

O declínio do desempenho social é um dos principais componentes da evolução de diversos distúrbios psiquiátricos, especialmente em pacientes esquizofrênicos, e é responsável por grande parte do peso que a incapacitação de pacientes psiquiátricos representa para a sociedade.<sup>3</sup>

A patologia tende a interferir no desempenho escolar e profissional destes pacientes, que terão dificuldade de concluir o ensino médio e ingressar na universidade, além de dificuldade de assumir posições de trabalho que exijam maiores responsabilidades. Como resultado, o status sócio-econômico destes pacientes tende a reduzir-se com o avançar do transtorno.

A mudança de orientação na atenção psiquiátrica, na direção da desinstitucionalização e da transferência de cuidados do nível hospitalar para o nível comunitário acentuou a necessidade de se desenvolver formas objetivas de avaliação da incapacitação social causada por distúrbios psiquiátricos.<sup>4</sup> Diversas escalas foram desenvolvidas para esse fim, mas nem sempre sua aplicação é simples e geralmente não são apropriadas para diferentes culturas. Com o objetivo de superar esses problemas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica\* (WHO/DAS).<sup>3</sup> A WHO/DAS é um dos principais instrumentos da OMS para avaliar a incapacitação funcional de pacientes psiquiátricos e os possíveis fatores causais.<sup>5</sup>

---

\* Do inglês, *World Mental Health / Disability Assessment Schedule*.

Muitos estudos demonstram a associação entre trauma na infância e psicose.<sup>6</sup> Inicialmente foi demonstrado que pacientes psicóticos tinham, com maior frequência, história de trauma ao longo da vida. Posteriormente, verificou-se que, além da associação com psicose em geral, sintomas positivos em esquizofrênicos correlacionavam-se fortemente com história de trauma infantil.<sup>7</sup> Recentemente, verificou-se que abuso infantil pôde predizer a ocorrência de alucinações auditivas em adultos.<sup>8</sup>

Estudos que permitam avançar no entendimento dos fatores de risco e etiologia da esquizofrenia são de elevada importância, na medida que possibilitam o desenvolvimento de estratégias de prevenção, manejo e tratamento destes pacientes.

## 2 Revisão da Literatura

### 2.1 Esquizofrenia

A esquizofrenia é difícil de ser definida ou descrita. Não existem alterações patognomônicas, mas sim sintomas característicos que, quando presentes, permitem a inferência do diagnóstico conforme critérios específicos. A doença interfere, de uma forma geral, nos pensamentos, emoções, motivações e comportamento motor da pessoa.

Embora não sejam reconhecidos formalmente como parte dos critérios diagnósticos da esquizofrenia, numerosos estudos subdividem os sintomas dessa doença em cinco dimensões: positivos, negativos, cognitivos, agressivos/hostis e depressivos/ansiosos.<sup>9</sup> A Tabela 1 descreve os principais sintomas de cada dimensão sintomatológica.

#### 2.1.1 Diagnóstico

Os critérios diagnósticos mais frequentemente utilizados são a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (CID-10)<sup>10</sup> da OMS (Tabela 2) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR™)<sup>11</sup> da Associação Americana de Psiquiatria (APA). (Tabela 3)

**Tabela 1** Dimensões de sintomas da esquizofrenia

<b>Dimensões</b>	<b>Principais sintomas</b>
Positivos	Delírios, alucinações, distorções ou exageros da linguagem e da comunicação, discurso e comportamento desorganizados, catatonia, agitação.
Negativos	Afeto embotado, retraimento social, relacionamento empobrecido, passividade, retraimento social, apatia, dificuldade de pensamento abstrato, falta de espontaneidade, pensamento estereotipado, alogia, avolição, anedonia.
Cognitivos	Atenção e fluência verbal prejudicadas, afrouxamento de associações, neologismos, prejuízo no processamento da informação, aprendizado difícil, prejuízo na vigilância de funções executivas.
Agressivos e hostis	Podem sobrepor-se aos sintomas positivos, mas enfatizam especificamente problemas no controle de impulsos, tais como: hostilidade declarada, agressividade verbal e física, automutilação, suicídio, danos à propriedade, abuso sexual.
Depressivos e ansiosos	Humor deprimido ou ansioso, culpa, tensão, irritabilidade, preocupações exageradas, queixas somáticas.

**Tabela 2** Critérios Diagnósticos de esquizofrenia conforme a CID-10

---

É necessária a presença de pelo menos um sintoma claro (e em geral dois ou mais se menos claros) pertencente a qualquer um dos grupos listados acima de “a” a “d”, ou sintomas de pelo menos dois dos grupos de “e” a “i”. Para que o diagnóstico possa ser feito, a sintomatologia deve estar presente pela maior parte do tempo durante o período de um mês ou mais e não devem estar presentes sintomas depressivos ou maníacos nítidos, exceto quando os sintomas esquizofrênicos precederem os sintomas de humor.

---

- a) eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento;
  - b) delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações, percepção delirante;
  - c) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;
  - d) delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com alienígenas de outro planeta);
  - e) alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por
-

- 
- delírios superficiais ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias supervaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente;
- f) intercepções ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente, irrelevante ou neologismos;
- g) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;
- h) sintomas negativos, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social; deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroléptica;
- i) uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda do interesse, falta de objetivos, inatividade, uma atitude ensimesmada e retraimento social.
- 

Diversos instrumentos foram desenvolvidos para facilitar o diagnóstico e reduzir possíveis vieses de observação, dentre os quais, o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas\* (OPCRIT) é de grande relevância, uma vez que fornece, através de um sistema computadorizado, o diagnóstico segundo as principais classificações diagnósticas em psiquiatria.<sup>12</sup>

---

\* Do inglês, *Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness*.

**Tabela 3** Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia conforme o DSM-IV-TR™

---

A. *Sintomas característicos*: No mínimo dois dos seguintes quesitos, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

(1) delírios

(2) alucinações

(3) discurso desorganizado (p. ex., freqüente descarrilamento ou incoerência)

(4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico

(5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou abulia

Nota: Apenas um sintoma do Critério A é necessário quando os delírios são bizarros ou as alucinações consistem em vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

B. *Disfunção social/ocupacional*: Por uma porção significativa de tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou quando o início se dá na infância ou adolescência, incapacidade atingir o nível esperado de realização interpessoal, acadêmica ou profissional).

---

---

C. *Duração*: Sinais contínuos da perturbação persistem pelo período mínimo de 6 meses. Esse período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (i. é, sintomas da fase ativa) e pode incluir sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D. *Exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno de Humor*: O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno de Humor com Características Psicóticas foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual.

E. *Exclusão de substância/condição médica geral*: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou uma condição médica geral.

F. *Relação com um Transtorno Global do Desenvolvimento*: Se existe um histórico de Transtorno Autista ou de Outro Transtorno Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes pelo período mínimo de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).

*Classificação do curso longitudinal* (pode ser aplicada apenas 1 ano após o

---

---

aparecimento inicial dos sintomas da fase ativa):

Episódico Com Sintomas Residuais Entre os Episódios (os episódios são definidos pelo ressurgimento de sintomas psicóticos proeminentes); *especificar também* se: Com predomínio de Sintomas Negativos

Episódico Sem Sintomas Residuais Entre os Episódios

Contínuo (sintomas psicóticos proeminentes estão presentes durante todo o período de observação); *especificar também* se: Com predomínio de Sintomas Negativos

Episódio Único em Remissão Parcial; *especificar também* se: Com predomínio de Sintomas Negativos

Episódio Único em Remissão Completa

Outro Padrão ou Padrão Inespecificado

---

### **2.1.2 Etiologia**

Atualmente, acredita-se que a esquizofrenia compreenda grupo de transtornos que, devido à similaridade de suas manifestações clínicas, são classificados como um único transtorno. O diagnóstico da esquizofrenia, assim como da maioria dos transtornos psiquiátricos, é obtido, basicamente, através do quadro clínico apresentado. Tal condição, associada aos múltiplos fatores de riscos conhecidos para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos, interfere

negativamente na busca por resultados concisos sobre a etiologia destes transtornos.

Sendo assim, a idéia de uma etiologia única da esquizofrenia não encontra apoio nos fatos clínicos e tampouco nas pesquisas. Apesar de chamada de doença, a esquizofrenia pode ser mais bem compreendida como um grupo de transtornos com causas heterogêneas.

O debate sobre a relação entre os fatores genéticos, hereditários ou constitucionais e os fatores ambientais não é novo e remonta à antiguidade grega (dicotomia *physis/nómos*). No século XIX, a questão sobre a importância relativa dos fatores genéticos e ambientais foi introduzida no debate científico pela mão de Francis Galton, que cunhou a célebre dicotomia *nature-nurture* (natureza-criação).<sup>13</sup> Desde então, tem sido observado um pêndulo com relação às causas das doenças psiquiátricas, oscilando entre a genética e o ambiente. Atualmente, a busca continua sendo determinar o quanto das diferenças individuais, por exemplo, na maneira de pensar, sentir e se comportar, se deve a variações genéticas e o quanto se deve a fatores ambientais.<sup>14</sup>

As primeiras evidências da importância tanto de fatores hereditários quanto de fatores ambientais na gênese dos transtornos psiquiátricos surgiram com os estudos familiares. Através da utilização do heredograma (*pedigree*), desenvolvido por Galton, pode-se estabelecer o risco mórbido (prevalência ajustada) para o desenvolvimento de determinado quadro psiquiátrico, comparando-se as taxas encontradas na família do probando com as taxas

encontradas na população em geral ou com um grupo controle. É evidente que os estudos familiares não podem, por si próprios, definir o quanto de uma doença é determinado geneticamente e o quanto é devido a fatores ambientais, mas definem a existência de um padrão de agregação familiar, que pode ser devido a fatores genéticos, ambientais ou ambos.

A maioria das condições psiquiátricas, assim como traços psicológicos normais, tendem a apresentar um padrão de agregação familiar, como é o caso da esquizofrenia. Se determinado indivíduo for parente em 2º de um doente esquizofrênico, tem um risco mórbido de 4% e, no caso de ser parente de 1º grau, esse risco sobe para 9-10%. Se um gêmeo dizigótico desenvolver esquizofrenia, o outro tem um risco de 17% de desenvolver a doença, que subirá para 48% no caso de serem monozigóticos.<sup>15</sup>

Gêmeos monozigóticos podem ser considerados clones que ocorrem naturalmente, pois têm 100% dos genes em comum. Se a etiologia da esquizofrenia ou de qualquer outro transtorno psiquiátrico se devesse apenas a componentes hereditários, seria esperado que houvesse concordância absoluta da ocorrência do transtorno nos gêmeos monozigóticos.

Sendo assim, cerca de 50% dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento de esquizofrenia em um indivíduo referem-se a fatores não-genéticos, ou seja, epigenéticos\*, intra-uterinos (p.ex. desnutrição materno-fetal), traumas na infância (p.ex. abuso sexual e físico), doenças neurológicas, consumo de

---

\* Em genética, epigenético se refere a uma condição herdável (de célula-mãe para célula-filha, ou às vezes, de pai para filho), mas não produzida por mudança na sequência de DNA. A metilação do DNA é o mecanismo mais entendido.

drogas na adolescência, enfim, qualquer condição psiquiátrica e/ou neurológica capaz de interferir na predisposição à manifestação do transtorno, ou seja, capaz de reduzir o limiar de vulnerabilidade.

Os estudos de adoção constituem um método mais convincente do que os estudos com gêmeos para definir e distinguir os efeitos dos genes e do ambiente quanto às causas da esquizofrenia. A situação de adoção cria pares de indivíduos geneticamente relacionados, mas que não compartilham um ambiente familiar comum. Assim, a sua similaridade serve para estimar as contribuições genéticas e ambientais para a semelhança fenotípica. Foi a partir dos estudos de adoção de Heston<sup>16</sup> e Kety e cols.<sup>17,18</sup> que se solidificou a influência da genética, sem desconsiderar a importância do ambiente, desde a formação da personalidade até ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos complexos, reforçando, ainda mais a importância de *nature* e *nurture*.<sup>19</sup> Heston estudou 47 sujeitos adotados, que foram afastados de suas mães esquizofrênicas em até 72 h após o nascimento e comparou-os, quando estavam com aproximadamente 30 anos, com 50 controles adotados que não tinham pais esquizofrênicos. Cinco sujeitos (11%) se tornaram esquizofrênicos, enquanto nenhum dos controles tornou-se.<sup>16</sup> Em um estudo de adoção realizado na Dinamarca, Kety demonstrou que a frequência de esquizofrenia aconteceu em 16% dos familiares biológicos de probandos esquizofrênicos adotados, enquanto a frequência entre os familiares adotivos e familiares dos controles adotivos ficou em 1,8%.<sup>18</sup>

## 2.2 Os Instrumentos

### 2.2.1 OPCRIT

O OPCRIT (Anexo 2) foi desenvolvido por McGuffin, Farmer e Harvey em 1991<sup>20</sup> com sua última versão em 1997<sup>21</sup> e constitui-se de uma lista de sintomas, um glossário com as definições e citações dos itens e programas de computador.

Este sistema foi traduzido e validado para a língua portuguesa por pesquisadores da Universidade de Coimbra<sup>22,23</sup> e introduzido no Brasil dentro do Projeto de Cooperação Internacional Brasil – Portugal (CAPES – GRICES) de Estudo das Bases Moleculares da Esquizofrenia nas Populações Brasileira e Portuguesa.<sup>24</sup>

O OPCRIT é dividido em 90 itens, sendo que os 16 primeiros correspondem a fatores de identificação (demográfica e clínica); seguidos de 9 itens (do 17° ao 25°) que avaliam a aparência e o comportamento; os 6 itens seguintes (do 26° ao 31°) se referem à linguagem e à forma de pensamento; 22 itens (do 32° ao 53°) sobre o afeto e características associadas; 18 itens (do 54° ao 71°) avaliam crenças e idéias anormais; 6 itens (do 72° ao 77°) percepções alteradas do sujeito; 6 itens (do 78° ao 83°) a respeito de abuso ou dependência de drogas e por último, 7 itens de características de entrevista (incluindo credibilidade das informações, *insight* e ligação com o entrevistador) e de curso da doença (incapacitação, deterioração e resposta a neurolépticos). Pela sua facilidade e precisão, este sistema tem sido progressivamente

aplicado por diferentes grupos de pesquisa em esquizofrenia nos EUA e Europa.<sup>25,26</sup>

Os resultados do *checklist* obtidos após uma revisão sistemática do curso da doença com pacientes e familiares, seguidos de uma entrevista semi-estruturada baseada no glossário do programa são depois inseridos no sistema OPCRIT e geram diagnósticos nas categorias de distúrbios psicóticos e de humor de acordo com 13 classificações diferentes: DSM-IV (incluído em 1994), CID-10, DSM-III, DSM-III-R, RDC (*Research Diagnostic Criteria* de Spitzer), Critérios de St. Louis, Critérios Flexíveis para Esquizofrenia de Carpenter, Sintomas de Primeira Ordem de Schneider, uma versão dos Critérios Franceses para Psicoses Não Afetivas, Critérios de Taylor e Abrams e três classificações de esquizofrenia usadas em estudos genéticos, de Tsuang e Winokur, Crow e Farmer. O sistema OPCRIT foi desenhado para ser utilizado por clínicos treinados e pode ser preenchido baseado em entrevistas.<sup>12</sup>

### **2.2.2 WHO/DAS**

A WHO/DAS (Anexo 3) é um instrumento designado para avaliar o comportamento e a funcionalidade social de pacientes em seu contexto social e cultural, podendo ser aplicada transculturalmente.

“Incapacitação”, no sentido em que foi empregada na WHO/DAS, se refere a comportamento social disfuncional decorrente de transtorno psiquiátrico, devendo ser diferenciada de sintomas psiquiátricos e de prejuízos decorrentes de condições psicológicas específicas associadas à doença mental. Apesar de

ser decorrente dos sintomas psiquiátricos, a incapacitação, quando avaliada em cada paciente individualmente, pode não corresponder em termos de intensidade, à gravidade do transtorno, encontrando-se, freqüentemente, sob dependência de vários fatores externos e relacionados à personalidade, alguns, dos quais, antecedentes ao desenvolvimento do quadro psiquiátrico e outros com início posterior.<sup>5</sup>

A escala foi validada durante um amplo estudo multicêntrico organizado pela OMS, o “Estudo Colaborativo sobre Avaliação e Redução de Incapacitação Psiquiátrica”, conduzido por Jablenski e cols. (1980).<sup>27</sup>

Os estudos de confiabilidade entre avaliadores (*inter-rater reliability*) da escala demonstraram resultados satisfatórios com o Kappa<sup>28</sup> variando de 0,76 a 0,93\*.<sup>5</sup> Um estudo de confiabilidade de uma versão da WHO/DAS em português com pacientes esquizofrênicos em São Paulo encontrou um coeficiente de correlação entre avaliadores<sup>†</sup> (ICC) situando-se entre 0,88 e 1,00.<sup>29,30</sup>

A aplicação da WHO/DAS deve ser feita por profissionais habituados a trabalhar com doentes mentais, sejam eles psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais.

Contudo, independentemente da qualificação dos profissionais, devem ter experiência na aplicação de questionários ou escalas e treinamento para a aplicação da WHO/DAS. Para que o avaliador possa definir com o máximo de

---

\* Valores de Kappa acima de 0.6 indicam boa concordância.

† *Intra-class correlation coefficient* ou simplesmente ICC é equivalente ao Kappa ponderado para valores ordenados. Entre 0.61 e 0.80, o grau de concordância é substancial e entre 0.81 e 0.90, é quase perfeito.

precisão cada resposta, deve ser levada em consideração a relação entre a intensidade da incapacitação e a persistência/duração do quadro no período desejado (aproximadamente uma semana, um mês ou seis meses conforme cada seção). Porém, em caso de dúvida, o avaliador deve selecionar a opção de menor valor.<sup>5</sup>

A WHO/DAS é dividida em cinco seções: 1) comportamento global; 2) papéis sociais; 3) pacientes hospitalizados; 4) fatores modificadores e 5) avaliação global. Após o preenchimento das 5 seções, o avaliador deve realizar retrato conciso da pessoa do paciente e do ambiente em que vive.

Seção 1 – Comportamento Global: contém quatro itens sobre comportamento global. Tem uma breve definição da área a ser coberta e descrições sobre o nível de funcionamento para cada escore. Os escores variam de “0” (sem disfunção) a “5” (disfunção máxima). Quando o item não se aplica ou sua avaliação é impossível, dá-se o escore “9”. A seção 1 se refere aproximadamente ao período dos últimos 30 dias. Em cada item desta seção há tópicos a serem investigados e perguntas-guia sugeridas pelo manual da WHO/DAS.

Seção 2 – Papéis Sociais: são dez itens sobre papéis sociais específicos. Possui uma breve definição da área a ser coberta e descrições sobre o nível de funcionamento para cada escore. Os escores variam de “0” (sem disfunção) a “5” (disfunção máxima). Quando o item não se aplica ou sua avaliação é impossível, dá-se o escore “9”. A seção 2 se refere aproximadamente ao período dos últimos

30 dias. Em cada item desta seção há tópicos a serem investigados e perguntas-guia sugeridas pelo manual da WHO/DAS.

Seção 3 – Esta seção deve ser respondida somente se o paciente esteve internado em unidade psiquiátrica por pelo menos 2 semanas durante o último mês, consistindo de quatro subseções sobre o funcionamento de pacientes, são elas: 1) Comportamento na enfermaria; 2) Opinião da enfermagem; 3) Ocupações do paciente; e 4) Contato com o mundo externo. A avaliação deve considerar o comportamento do paciente apenas durante a última semana.

Seção 4 – Fatores Modificadores: A quarta seção investiga a presença ou ausência de fatores do meio social e familiar do paciente que possam modificar seu ajustamento social. O período a ser avaliado nesta seção é de aproximadamente os últimos seis meses.

Seção 5 – Avaliação Global: A última seção é uma avaliação global baseada em todas as informações obtidas nas seções anteriores. Possui uma breve descrição de como fazer a avaliação global e os escores vão de “0” (ajustamento excelente ou muito bom) a “4” (desajustamento grave).

### **2.2.3 Questionário sobre Traumas na Infância**

Nas últimas décadas, diversas pesquisas foram realizadas com o objetivo de desenvolver métodos que aumentassem a acurácia na investigação de traumas infantis. Entretanto, muitas medidas de trauma focavam unicamente abuso

sexual ou físico, ignorando outras formas de vitimização, como maus-tratos emocionais<sup>31</sup> e conferindo ao trauma na infância a qualidade de um fenômeno “tudo ou nada”, desconsiderando os aspectos dimensionais dos eventos traumáticos, como sua frequência, severidade ou duração, que podem ter um papel crucial no impacto psicológico do indivíduo.<sup>32</sup>

Frente a essas limitações, Bernstein e cols. (1997) desenvolveram o instrumento auto-aplicável Questionário sobre Trauma na Infância<sup>37</sup> (CTQ) (Anexo 4), o qual analisa componentes traumáticos ocorridos na infância, considerando cinco dimensões de trauma: abuso físico (AF), abuso emocional (AE), negligência física (NF), negligência emocional (NE) e abuso sexual (AS). A versão breve do CTQ é constituída por 28 itens, dos quais vinte e cinco itens avaliam cada uma das cinco dimensões traumáticas (com cinco itens cada) e três fazem parte de uma escala de minimização/negação.<sup>33,34</sup>

Apesar de haver alguma cautela sobre o uso de instrumentos auto-aplicáveis em pacientes psicóticos, estudos têm demonstrado que, com relação à história de trauma na infância, os resultados com doentes mentais graves são geralmente confiáveis.<sup>35</sup> Além disso, a maioria dos relatos sobre maus-tratos, quando não confiáveis, subestimam sua ocorrência, não acontecendo, em geral, falsos positivos.<sup>36</sup>

Assim, o CTQ é um instrumento onde o respondedor gradua, em uma escala *Likert* de 5 pontos, vinte e oito assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância, considerando a frequência de acontecimento durante esse período.

Ao final, o avaliador obtém um escore para AS, AF, AE, NE e NF, além de um escore total (CTQ total).

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Verificar o efeito do trauma na infância sobre a funcionalidade de pacientes esquizofrênicos.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar o impacto de abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual na infância sobre a funcionalidade.
2. Determinar a associação das características demográficas e clínicas selecionadas com a funcionalidade (comportamento global e social) em pacientes esquizofrênicos.

## 4 Referências Bibliográficas

---

- 1 de Pádua AC, Gama CS, Lobato MIR, Belmonte-de-Abreu PS. Esquizofrenia. Em: Cordioli AV et al., editores. Psicofármacos consulta rápida. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 2 Gama CS. Estudo da proteína S100 $\beta$  em pacientes com esquizofrenia (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
- 3 Menezes PR, Scazufca M. Estudo da confiabilidade da Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS). Rev ABPAPAL 1993;15(2):65-67.
- 4 Wykes T, Sturt E. The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. Br J Psychiatry 1986;148:1-11.
- 5 Organização Mundial da Saúde. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS), with a guide to its use. Genebra, Suíça, 1988.
- 6 Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. Psychiatry 2001;64:319–345.
- 7 Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. Hosp Comm Psychiatry 1994;45:489–491.

- 
- 8 Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother: Theory Res Prac.* 2003;76:1–22.
- 9 Stahl SM. *Psicofarmacologia – Base Neurocientífica e Aplicações Práticas.* 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Medsi; 2002.
- 10 Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* trad. Dorival Caetano. Porto Alegre: Artmed; 1993.
- 11 \*Associação Americana de Psiquiatria. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR™.* trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- 12 Martins CD, Gil A, Belmonte-de-Abreu PS, Lobato MI. Humor e Psicose em esquizofrenia: explorando fronteiras diagnósticas com o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT) e o caso John Nash. *R Psiquiatr RS* 2004 mai/ago;26(2):135-157.
- 13 de Macedo AF, de Azevedo MHP. *Os Genes que Pensam.* Coimbra: Quarteto Editora; 2001.
- 14 Gil A, Lobato Mi, Gama C, Belmonte-de-Abreu PS, Hutz M. Doenças psiquiátricas ou variações normais de expressão gênica? Evidência de efeitos sobre o comportamento e medicamentos associados a

- 
- polimorfismos do gene do transportador de serotonina. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal 2005;99(1):33-8.
- 15 Gottesman I. Schizophrenia Genesis: the origins of Madness. New York: Freeman & Co.; 1991.
- 16 Heston, L. Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenia mothers. Br J Psychiatry 1966;112:819-825.
- 17 Kety, SS. Mental illness in biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees: findings relevant to genetic and environmental factors in etiology. Am J Psychiatry 1983;140:720-727.
- 18 Kety SS, Wender PH, Jacobson B, Ingrahan LJ, Jamsson L, Faber, B, et al./Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenia adoptees. Replication of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. Arch Gen Psychiatry 1994;51:442-455.
- 19 Tandon K, McGuffin P. The genetic basis for psychiatric illness in man. Eur J Neurosci 2002;16:403-7.
- 20 McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Arch Gen Psychiatry 1991 Aug;48:764-770.
- 21 McGuffin P, Farmer A. Polydiagnostic approaches to measuring and classifying psychopathology. Am J Med Genet 2001 Jan;105(1):39-41.

- 
- 22 Soares MJ, Dourado A, Macedo A, Valente J, Coelho I, de Azevedo MHP. Estudo de fidelidade da lista de critérios operacionais para doenças psicóticas. *Psiquiatria Clínica* 1997;18(1):11-24.
- 23 de Azevedo MHP, Macedo A, Dourado A, Valente J, Coelho I, Soares MJ. Grupo de estudos de genética psiquiátrica: uma década de actividades. *Psiquiatria Clínica* 2000;21(1):13-22.
- 24 de Abreu PSB, Hutz MH, Lobato MI, Palha J, Gama C. Estudo das Bases Moleculares da Esquizofrenia nas Populações Brasileira e Portuguesa. Cooperação Internacional CAPES-GRICES. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- 25 McIntosh AM, Forrester A, Lawrie SM, Byrne M, Harper A, Kestelman JN, Best JJ, Johnstone EC, Owens DG. A factor model of the functional psychoses and the relationship of factors to clinical variables and the brain morphology. *Psychol Med* 2001 Jan;31(1):159-71.
- 26 Serreti A, Rietschel M, Lattuada E, Krauss H, Schulze TG, Muller DJ, Maier W, Smeraldi E. Major psychoses symptomatology: factor analysis of 2241 psychotic subjects. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001 Aug;251(4):193-8.
- 27 Ardoin MP, Faccincani C, Galati M, Gavioli I, Mignolli G. Inter-rater reliability of the Disability Assessment Schedule (DAS, version II). An Italian study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991 Aug;26(4):147-50.

- 
- 28 Cohen A. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1969;20:37-46.
- 29 Chaves AC, Sarin LM, Mari JJ. Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (DAS). Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1990.
- 30 Cohen A. Weighted kappa: nominal scale agreement with provisions for scales disagreement of partial credit. *Psychol Bull* 1968; 70:213-220.
- 31 Briene J. Methodological issues in the study of sexual abuse effect. *J Consult Clin Psychology* 1992;60(2):196-203.
- 32 Fink LA, Bernstein DP, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the child trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995;152(9):1329-35.
- 33 Bernstein DP, Stein JÁ, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T e cols. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003; 27(2):169-90.
- 34 Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(3):340-8.
- 35 Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT, Rosemberg SD. Reliability of reports of violent victimization and

---

posttraumatic stress disorders among man and woman with serious mental illness. *J Trauma Stress* 1999;12(4):587-99.

- 36 Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behavior of the young adults. *Psychol Med* 2000;30(3):529-44.

**A ASSOCIAÇÃO DE ABUSO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA COM  
PREJUÍZO DA FUNCIONALIDADE EM ESQUIZOFRÊNICOS**

*THE ASSOCIATION BETWEEN CHILD ABUSE AND NEGLECT AND  
DISABILITY IN SCHIZOPHRENICS*

Alexei Gil <sup>1</sup>, Marilene Zimmer <sup>2</sup>, Maria Inês Lobato <sup>3</sup>, Joana Almeida Palha <sup>4</sup>,  
Ann B. Goodman <sup>5</sup>, Paulo Belmonte-de-Abreu <sup>6</sup>

1 Psiquiatra, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria (GPPG Psiquiatria) - Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). *Autor responsável pela correspondência.*

2 Psicóloga, doutoranda do GPPG Psiquiatria - FAMED/UFRGS.

3 Psiquiatra, PhD, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas – FAMED/UFRGS.

4 Bioquímica, PhD, Escola de Ciências da Saúde. Universidade do Minho, Braga, Portugal.

5 Psicóloga, PhD, Departamento de Psiquiatria do Centro de Saúde Mental de Massachusetts, Faculdade de Medicina de Harvard, Boston, EUA.

6 Psiquiatra, PhD, Professor Assistente do Departamento de Psiquiatria da FAMED-UFRGS.

---

**Instituição:** Programa de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Endereço: Av. Ramiro Barcelos, 2400. 2º andar. CEP: 90035-003. Porto Alegre, RS, Brasil.

Artigo parte do requisito para obtenção de título de Mestre. Título da dissertação: “A Associação de Abuso e Negligência na Infância com Prejuízo da Funcionalidade em Esquizofrênicos”. Autor: Alexei Gil. Orientador: Paulo Belmonte-de-Abreu. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da FAMED-UFRGS.

## Resumo

**Objetivo:** Verificar o efeito de traumas na infância sobre a funcionalidade de pacientes esquizofrênicos.

**Material e métodos:** Selecionou-se consecutivamente 102 pacientes do Programa de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Após a aplicação do OPCRIT, dois sujeitos foram excluídos por não serem esquizofrênicos. Utilizou-se o Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ) para investigar a ocorrência de trauma na infância e a Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS) para medir grau de incapacitação.

**Resultados:** Trauma geral na infância está associado com prejuízos no comportamento geral ( $p=.023$ ) e na funcionalidade global ( $p=.032$ ). Negligência física mostrou associação com prejuízos no comportamento geral ( $p<.000$ ), na performance social ( $p=.037$ ) e na funcionalidade global ( $p=.014$ ). Abuso emocional está associado com prejuízo no comportamento geral ( $p=.026$ ) e negligência emocional com prejuízo na funcionalidade global ( $p=.047$ ).

**Discussão:** Abuso sexual e físico não demonstraram associação com prejuízo na funcionalidade. Essas formas de abuso têm sido mais frequentemente relacionadas com a etiologia de transtornos mentais do que formas de abuso menos impactantes, como negligência física, negligência emocional e abuso emocional, as quais se mostraram altamente relacionadas à incapacitação na amostra de esquizofrênicos. Esta associação pode significar a existência de um

período de vulnerabilidade para o impacto do cuidado materno, cujas conseqüências serão vistas no desempenho funcional na vida adulta.

**Conclusão:** Trauma na infância está associado com prejuízo no desempenho funcional e social em esquizofrênicos. A identificação dos fatores permite desenvolvimento de estratégias para evitar as conseqüências do trauma quanto ao desencadeamento da esquizofrenia em pessoas com risco ou, pelo menos, minimizar o impacto deletério dessa doença na vida dos pacientes.

**Descritores:** Esquizofrenia, abuso infantil, negligência infantil, capacitação, socialização, psiquiatria.

## Introdução

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais graves e atinge aproximadamente 1% da população mundial. Além de comprometer pacientes e familiares, representa um grande custo para toda a sociedade. No Brasil, a esquizofrenia ocupa 30% dos leitos psiquiátricos, ou cerca de 100 mil leitos/dia, compreendendo o segundo lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais brasileiras (14%) e o 5º lugar na manutenção de auxílio-doença. Na sociedade americana representa um custo anual de 33 a 44 bilhões de dólares.<sup>1</sup>

O declínio do desempenho social é um dos principais componentes da evolução de diversos distúrbios psiquiátricos, especialmente em pacientes esquizofrênicos, e é responsável por grande parte do peso que a incapacitação de pacientes psiquiátricos representa para a sociedade.<sup>2</sup>

A mudança de orientação na atenção psiquiátrica, na direção da desinstitucionalização e da transferência de cuidados do nível hospitalar para o nível comunitário acentuou a necessidade de se desenvolver formas objetivas de avaliação da incapacitação social causada por distúrbios psiquiátricos.<sup>3</sup> Diversas escalas foram desenvolvidas para esse fim, mas nem sempre sua aplicação é simples e geralmente não são apropriadas para diferentes culturas. Com o objetivo de superar esses problemas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (do inglês, *World Mental Health / Disability Assessment Schedule - WHO/DAS*).<sup>2</sup> A WHO/DAS é um dos principais instrumentos da OMS para avaliar a

incapacitação funcional de pacientes psiquiátricos e os possíveis fatores causais.<sup>4</sup>

A esquizofrenia tende a interferir no desempenho escolar e profissional destes pacientes, que terão dificuldade de concluir o ensino médio, de ingressar na universidade e de assumir posições de trabalho que exijam maiores responsabilidades. Como resultado, o status sócio-econômico destes pacientes tende a reduzir-se com o avançar do transtorno.

Não existe uma causa definida para a esquizofrenia, tendo-se muitas hipóteses etiológicas, tais como: fatores genéticos, epidemias virais durante a gestação, época de nascimento, traumatismos de parto, infecções perinatais, condições neurológicas ou neuropsiquiátricas, anormalidades neurodesenvolvimentais, história familiar de esquizofrenia e traumas na infância.

Muitos estudos demonstram a associação entre trauma na infância e psicose.<sup>5</sup> Inicialmente foi demonstrado que pacientes psicóticos tinham, com maior frequência, história de trauma ao longo da vida. Posteriormente, verificou-se que, além da associação com psicose em geral, sintomas positivos em esquizofrênicos correlacionavam-se fortemente com história de trauma infantil.<sup>6</sup> Recentemente, verificou-se que abuso infantil pôde predizer a ocorrência de alucinações auditivas em adultos.<sup>7</sup>

O objetivo deste estudo é verificar o efeito de abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual na infância sobre a funcionalidade de pacientes esquizofrênicos estabilizados.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal por amostra consecutiva. O sujeitos são provenientes do ambulatório do Programa de Esquizofrenia de Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). No período de julho de 2004 a dezembro de 2005 foram selecionados 102 pacientes com 18 anos ou mais que, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constituíram a amostra deste estudo.

Critérios de exclusão: pacientes apresentando episódio psicótico agudo, com diagnóstico psiquiátrico em Eixo I diferente de esquizofrenia, com significativo prejuízo cognitivo, com história de consumo de drogas nos últimos três meses e que tivessem recebido alta hospitalar em menos de duas semanas antes da entrevista.

A classificação diagnóstica dos sujeitos foi feita em dois momentos. Inicialmente utilizou-se avaliação clínica baseada nos critérios diagnósticos da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (CID-10).<sup>8</sup> Posteriormente, a confirmação do diagnóstico foi feita através da aplicação do Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (do inglês, *Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness* - OPCRIT) por investigadores treinados.

O OPCRIT foi desenvolvido por McGuffin, Farmer e Harvey em 1991<sup>9</sup> com sua última versão em 1997<sup>10</sup> e constitui-se de uma lista de 90 perguntas, um glossário com as definições e citações dos itens e um programa de

computador que gera diagnósticos nas categorias de distúrbios psicóticos e de humor de acordo com 13 classificações diferentes.<sup>11</sup>

Traduzido e validado para a língua portuguesa por pesquisadores da Universidade de Coimbra, o OCPRIT foi introduzido no Brasil dentro do Projeto de Cooperação Internacional Brasil – Portugal (CAPES – GRICES), denominado Estudo das Bases Moleculares da Esquizofrenia nas Populações Brasileira e Portuguesa.<sup>12,13,14</sup>

Dos 102 sujeitos inicialmente selecionados, dois foram excluídos por apresentarem diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno esquizoafetivo.

Sendo assim, a amostra final foi composta por 100 sujeitos que, em sua maioria, pertenciam às classes sociais média-baixa e baixa e eram moradores da Grande Porto Alegre.

Para a investigação de traumas na infância, utilizou-se o instrumento auto-aplicável Questionário Sobre Traumas na Infância (do inglês, *Childhood Trauma Questionnaire* ou CTQ) que, através de uma escala *Likert* de 5 pontos, investiga componentes traumáticos ocorridos na infância considerando cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual. A escala é constituída por 28 itens, dos quais 25 avaliam cada uma das cinco dimensões traumáticas (cinco itens para cada dimensão) e três são de uma escala de minimização/negação.<sup>15,16</sup> Ao final, o avaliador obtém um escore para cada um dos cinco tipos de trauma, que pode variar de “5” (ausência do trauma em questão) a “25” (escore máximo para a

presença do trauma), além de um escore total para todos os traumas (CTQ total), que pode variar de 25 (ausência de qualquer trauma) a 125 (escore máximo para a presença de todos os traumas).

A WHO/DAS foi o instrumento utilizado para avaliar a funcionalidade e o comportamento social dos sujeitos em seu contexto social e cultural. Tendo sido desenvolvida para ser aplicada transculturalmente, a escala foi validada durante um amplo estudo multicêntrico organizado pela OMS, o “Estudo Colaborativo sobre Avaliação e Redução de Incapacitação Psiquiátrica”, conduzido por Jablenski e cols. (1980).<sup>17</sup> Os estudos de confiabilidade entre avaliadores (*inter-rater reliability*) da escala demonstraram resultados satisfatórios com o Kappa<sup>18</sup> variando de 0,76 a 0,93.<sup>4</sup> Resultados semelhantes ocorreram em um estudo de confiabilidade de uma versão da WHO/DAS em português com pacientes esquizofrênicos em São Paulo, que encontrou um coeficiente de correlação entre avaliadores (*intra-class correlation coefficient* ou ICC) situando-se entre 0,88 e 1,00.<sup>19,20</sup>

A WHO/DAS é dividida em cinco seções: 1) comportamento global; 2) papéis sociais; 3) pacientes hospitalizados; 4) fatores modificadores e 5) avaliação global. Dentre as cinco seções da WHO/DAS, a “1”, “2” e “5” foram definidas como medidores do desfecho “grau de incapacitação” neste estudo.

Seção 1 – Comportamento Geral: investiga cuidado pessoal (hábitos de higiene e alimentação e manutenção da moradia), nível de atividade diária, agilidade na execução de tarefas e isolamento social. Os

resultados podem variar de “0” (sem disfunção) a “5” (disfunção máxima).

Seção 2 – Papéis Sociais: investiga participação nas atividades domésticas, vida afetiva e sexual, papel materno/paterno, contatos sociais, performance ocupacional, interesse por informações e comportamento em emergências. Os resultados podem variar de “0” (sem disfunção) a “5” (disfunção máxima).

Seção 5 – Avaliação Global: é baseada em todas as informações obtidas nas seções anteriores. Os escores vão de “0” (ajustamento excelente ou muito bom) a “5” (desajustamento muito grave).

Os entrevistadores foram treinados pelo autor de maior experiência (PBA) através de sessões coletivas seguidas de discussão dos pontos divergentes com o auxílio do manual da WHO/DAS até a obtenção de consenso. Entretanto, em caso de dúvida, o avaliador deveria selecionar a opção de menor valor.<sup>4</sup>

A WHO/DAS exige que algumas respostas (questões com asterisco) sejam confirmadas pela figura-chave (pessoa que fica mais tempo em contato com o paciente),<sup>21</sup> sendo assim, deu-se preferência à realização da entrevista com o paciente e a figura-chave, porém, quando isso não era possível, obtinha-se a confirmação das respostas em entrevista posterior ou por telefone.

## Resultados

As características demográficas e clínicas investigadas estão apontadas na Tabela 1.

A ocorrência de algum tipo de trauma na infância foi referida por 93.3% dos sujeitos. Considerando-se as cinco dimensões de trauma, as freqüências se comportaram da seguinte maneira: negligência física (61,2%), abuso emocional (68,6%), negligência emocional (70,9%), abuso físico (54,1%) e abuso sexual (85%). Considerando o sexo do sujeito, 18 (78,3%) mulheres e 60 (67,7%) homens referiram história de algum tipo de abuso sexual sofrido na infância. Para se chegar a esses resultados, considerou-se ausência de trauma quando o sujeito respondia “nunca foi verdade” e presença de trauma quando respondia uma das quatro alternativas seguintes, ou seja, “raramente foi verdade”, “algumas vezes foi verdade”, “muitas vezes foi verdade” ou “quase sempre foi verdade”. Os resultados do CTQ nesta amostra de esquizofrênicos (Tabela 2) mostraram-se muitos semelhantes às médias obtidas de uma amostra de 579 membros da comunidade do estudo de validação da escala (abuso emocional = 10.8, abuso sexual = 8.3, abuso físico = 7.1, negligência emocional = 10 e negligência física = 6.7).<sup>15</sup>

Com relação aos resultados da avaliação do grau de incapacitação, observou-se que, quanto ao item que avalia o comportamento disfuncional global (Seção 1 da WHO/DAS), 14 (14%) pacientes não apresentaram disfunção, 58 (58%) apresentaram disfunção mínima, 17 (17%) disfunção óbvia, 9 (9%) disfunção séria e 2 (2%) disfunção muito séria. Considerando os papéis sociais (Seção 2

da WHO/DAS), um (1%) sujeito não apresentou disfunção, 46 (46%) apresentaram disfunção mínima, 43 (43%) disfunção óbvia, 7 (7%) disfunção séria, 2 (2%) disfunção muito séria e 1 (1%) disfunção máxima. A Tabela 3 descreve as médias da WHO/DAS.

Como as variáveis deste estudo não tenderam para uma distribuição normal, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para se estabelecer a associação entre traumas na infância e prejuízo da funcionalidade de esquizofrênicos adultos. Foi calculada a correlação das variáveis abuso físico, abuso emocional, negligência física, abuso sexual e CTQ total com as medidas de desfecho derivadas da WHO/DAS, comportamento geral, papéis sociais e avaliação global. Os resultados constam na Tabela 4.

No estudo de associação de variáveis clínicas e demográficas com desfecho, observou-se uma associação entre idade de início da doença com prejuízo da funcionalidade. Quanto mais precoce a manifestação da doença, maior prejuízo em termos do comportamento geral avaliado pela Seção 1 da WHO/DAS ( $p=.042$ ). As demais variáveis descritas na Tabela 1, quando correlacionadas com a funcionalidade não demonstraram resultados significativos.

## **Discussão**

A ocorrência de abuso e negligência na infância e sua relação com o desenvolvimento de esquizofrenia estão de acordo com recentes modelos etiológicos que sugerem que adversidades precoces podem ocasionar

alterações psicológicas e biológicas que aumentam a vulnerabilidade para psicose.<sup>22</sup>

As pesquisas têm investigado a associação de traumas infantis com o desenvolvimento de esquizofrenia na vida adulta e com grupos de sintomas, por exemplo, predomínio de sintomas positivos<sup>6,7</sup> (trauma → esquizofrenia) e o grau de incapacitação funcional causado pelos transtornos psiquiátricos<sup>23</sup> (esquizofrenia → incapacitação). O ineditismo deste estudo está na busca de associação de traumas infantis com grau de incapacitação (trauma → incapacitação).

Apesar de haver alguma cautela sobre o uso de instrumentos auto-aplicáveis em pacientes psicóticos, estudos têm demonstrado que, com relação à história de trauma na infância, os resultados com doentes mentais graves são geralmente confiáveis.<sup>24</sup> Além disso, a maioria dos relatos sobre maus-tratos, quando não confiáveis, subestimam sua ocorrência, não ocorrendo, em geral, falsos positivos.<sup>25</sup>

História de trauma na infância, incluindo-se as cinco dimensões investigadas, demonstrou estar significativamente associada com prejuízo do comportamento geral dos esquizofrênicos. Comportamento geral é aqui compreendido como a maneira com que os pacientes desempenham suas atividades no dia-a-dia no que se refere a cuidados pessoais, tais como, hábitos de higiene e alimentação, limpeza da moradia, nível de atividade diária, agilidade na execução de tarefas e contato social. A ocorrência de trauma em suas cinco

dimensões também se associou significativamente com a impressão global do avaliador após a aplicação da WHO/DAS (Seção 5).

Negligência física na infância mostrou forte associação com prejuízo do comportamento geral na vida adulta. As assertivas do CTQ relativas a essa dimensão são as seguintes: “eu não tinha comida suficiente para comer”, “meus pais estavam sempre muito bêbados ou drogados para cuidar da minha família”, “eu tinha que usar roupas sujas”, “as pessoas em minha família cuidavam umas das outras” e “havia alguém para me levar ao médico quando eu precisasse”. Tais assertivas se mostraram associadas com os itens investigados na Seção Comportamento Geral da WHO/DAS, o que sugere que o que faltou na infância eles não puderam repetir na vida adulta. Negligência física também demonstrou estar associada com prejuízo da funcionalidade medida pelas Seções “Papéis Sociais” e “Avaliação Global”. Falta de contato físico na infância destes pacientes mostrou associação com maiores dificuldades no relacionamento com pessoas na vida adulta.

Dentre as cinco dimensões de traumas infantis investigados, abuso sexual e físico não demonstraram associação com as medidas de funcionalidade utilizadas. Essas formas de abuso têm sido mais frequentemente relacionadas com a etiologia de transtornos mentais do que formas de abuso aparentemente menos impactantes, tais como negligência física e emocional e abuso emocional. Possivelmente, as conseqüências prejudiciais dessas formas de abuso estejam mais relacionadas a doenças com evidência de origens no neurodesenvolvimento, em especial, em períodos de amadurecimento cerebral,

podendo interferir em aspectos mais sutis como o desempenho funcional e social e na capacidade de reposta a estresse.

Os achados deste estudo estão de acordo com os avanços recentes do conceito de interação gene-ambiente como modelo etiológico dos transtornos psiquiátricos. A esquizofrenia conhecidamente tem um componente hereditário incontestável,<sup>26</sup> no entanto, sabe-se que cerca de 50% dos fatores de risco responsáveis pela manifestação do quadro se dá devido a fatores ambientais ou não-genéticos. Acredita-se que experiências traumáticas ao longo da vida possam modular a expressão gênica, aumentando ou reduzindo o limiar de vulnerabilidade.<sup>27</sup> Caspi e cols (2003)<sup>28</sup> realizaram duas importantes pesquisas abordando a interação gene-ambiente. A primeira permitiu concluir que a presença de eventos de vida estressantes pode prever a ocorrência de depressão nos portadores dos alelos “s/s” e “s/l”, mas não nos portadores do alelo “l/l” do gene do transportador da serotonina. Na ausência de eventos de vida estressantes, nenhum dos três grupos desenvolveu depressão. Em um estudo para investigar o efeito moderador de um polimorfismo da região promotora do gene da monoaminoxidase A (MAO A) quanto à resposta a maus-tratos na infância, Caspi e cols. (2002)<sup>29</sup> observaram que sujeitos que apresentavam atividade elevada da MAO-A, mesmo que tivessem sofrido maus-tratos na infância, não desenvolveram comportamento anti-social. Porém, aqueles com atividade baixa da enzima, na vigência de maus-tratos, desenvolveram, com maior frequência, comportamento anti-social subsequente. Meaney e cols. (2004)<sup>30,31</sup> estudaram o efeito de diferentes padrões de cuidados maternos em ratos sobre a capacidade de adaptação ao

estresse na vida adulta e na regulação da expressão de genes de receptor de glucocorticóides em hipocampo destes ratos adultos e mostrou que *“licking behavior”* (contato físico materno) regula fortemente a capacidade de responder ao estresse. Mostrou também uma tendência à repetição nos descendentes do padrão ao qual foram expostos, filhotes que foram lambidos, lambiam mais seus próprios filhotes quando adultos.

## **Conclusão**

A associação de experiências traumáticas na infância com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos no adulto é amplamente conhecida e estudada. O presente estudo permite considerar-se a possibilidade de tais traumas interferirem não só na etiologia, mas também no desempenho funcional e social dos pacientes.

A identificação precoce dos fatores de risco da esquizofrenia permite o estabelecimento de estratégias de intervenção com o objetivo de evitar as conseqüências diretas do trauma para o desencadeamento do transtorno em pessoas com risco ou, pelo menos, minimizar o impacto deletério dessa doença na vida dos pacientes.

A implicação prática deste estudo está no reforço da necessidade de reconhecer as crianças que têm maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de esquizofrenia, por exemplo, netos, filhos e irmãos de esquizofrênicos, e oferecer proteção especial quanto à exposição a traumas através ações de saúde e educacionais.

Por fim, além da necessidade de estudos que permitam avançar no entendimento dos fatores de risco e etiologia da esquizofrenia, estudos sobre os fatores que prejudicam a funcionalidade, tanto precoces, como traumas na infância, quanto atuais, são de alta relevância para os pacientes, para as famílias e para a sociedade.

**Tabela 1** Características clínicas e demográficas da amostra

Características	Medidas descritivas *	n
Sexo (masculino)	76 (76%)	100
Idade (anos)	38.4 ± 10.0	99
Estado marital (com parceiro)	14 (14%)	100
Procedência (Porto Alegre/RS)	75 (75%)	100
Escolaridade (nível)	Fundamental incompleto	37 (37%)
	Fundamental completo	34 (34%)
	Médio †	23 (23%)
	Superior †	6 (6%)
100		
História familiar (esquizofrenia)	29.8 % (17)	57
Idade de início (anos)	19.3 ± 6.0	55
Tempo de doença (anos)	17.6 ± 8.2	55

\* As variáveis qualitativas são descritas por percentuais e as variáveis quantitativas são descritas por média e desvio-padrão.

† Completo e incompleto

n = amostra estudada

**Tabela 2** Trauma na infância em amostra de esquizofrênicos medido pelo Questionário sobre Trauma na Infância

Variáveis	Média	DP	Valor observado		Máximo possível	n
			mínimo	máximo		
Abuso emocional	8.61	3.71	5	18	25	86
Abuso sexual	6.52	3.67	5	25	25	85
Abuso físico	7.14	3.48	5	25	25	85
Negligência emocional	9.39	4.88	5	25	25	86
Negligência física	7.55	3.15	5	21	25	85
CTQ total	39.26	13.18	25	94	125	83

DP = desvio-padrão

n = número de pessoas que responderam

**Tabela 3** Incapacitação medida pela WHO/DAS em esquizofrênicos

Variáveis	Média	DP	Valor		n
			mínimo	máximo	
Comportamento Geral	.89 <sup>†</sup>	.85	.0	4	100
Papéis Sociais	1.25 <sup>‡</sup>	.76	4.66	1.24	100
Avaliação Global	2.22 <sup>¥</sup>	.88	1	5	99

<sup>†</sup> Disfunção mínima

<sup>‡</sup> Disfunção óbvia

<sup>¥</sup> Ajustamento pobre

DP = desvio-padrão

n = número de pessoas que responderam

**Tabela 4** Correlação entre trauma na infância e prejuízo da funcionalidade em esquizofrênicos

Variáveis	Comportamento			Papéis Sociais			Avaliação Global		
	Geral								
	$r_s$	$p$	n	$r_s$	$p$	n	$r_s$	$p$	n
Abuso emocional	<b>.240*</b>	.026	86	.075	.492	86	.148	.175	85
Abuso sexual	-.069	.530	85	-.158	.149	85	.020	.859	84
Abuso físico	.150	.170	85	.168	.123	85	.208	.058	84
Negligência emocional	.102	.352	86	.088	.420	86	<b>.216*</b>	.047	85
Negligência física	<b>.445**</b>	.000	85	<b>.226*</b>	.037	85	<b>.268*</b>	.014	84
CTQ total	<b>.250*</b>	.023	83	.130	.241	83	<b>.237*</b>	.032	82

\*\* Correlação é significativa ao nível de 1%

\* Correlação é significativa ao nível de 5%

$r_s$  = coeficiente de Spearman

$p$  = nível de significância

$n$  = número de pessoas que responderam

CTQ total = escore total do Questionário sobre Trauma Infância

## Referências Bibliográficas

---

- 1 de Pádua AC, Gama CS, Lobato MIR, Belmonte-de-Abreu PS. Esquizofrenia. Em: Cordioli AV et al., editores. Psicofármacos consulta rápida. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 2 Menezes PR, Scazufca M. Estudo da confiabilidade da “Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS). Rev ABPAPAL 1993;15(2):65-67.
- 3 Wykes T, Sturt E. The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. Br J Psychiatry 1986;148:1-11.
- 4 Organização Mundial da Saúde. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS), with a guide to its use. Genebra, Suíça, 1988.
- 5 Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. Psychiatry 2001;64:319–345.
- 6 Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. Hosp Comm Psychiatry 1994;45:489–491.
- 7 Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. Psychol Psychother: Theory Res Prac 2003;76:1–22.

- 8 Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. trad. Dorival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 9 McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Arch Gen Psychiatry 1991 Aug;48:764-770.
- 10 McGuffin P, Farmer A. Polydiagnostic approaches to measuring and classifying psychopathology. Am J Med Genet 2001 Jan;105(1):39-41.
- 11 Martins CD, Gil A, Belmonte-de-Abreu PS, Lobato MI. Humor e Psicose em esquizofrenia: explorando fronteiras diagnósticas com o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT) e o caso John Nash. R Psiquiatr RS 2004 mai/ago;26(2):135-157.
- 12 Soares MJ, Dourado A, Macedo A, Valente J, Coelho I, de Azevedo MHP. Estudo de fidelidade da lista de critérios operacionais para doenças psicóticas. Psiquiatria Clínica 1997;18(1):11-24.
- 13 de Azevedo MHP, Macedo A, Dourado A, Valente J, Coelho I, Soares MJ. Grupo de estudos de genética psiquiátrica: uma década de actividades. Psiquiatria Clínica 2000;21(1):13-22.
- 14 Belmonte-de-Abreu P, Hutz MH, Lobato MI, Palha J, Gama C. Estudo das Bases Moleculares da Esquizofrenia nas Populações Brasileira e Portuguesa. Cooperação Internacional CAPES-GRICES. Porto Alegre:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;  
2001.

- 15 Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003;27(2):169-90.
- 16 Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(3):340-8.
- 17 Ardoin MP, Faccincani C, Galati M, Gavioli I, Mignolli G. Inter-rater reliability of the Disability Assessment Schedule (DAS, version II). An Italian study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991 Aug;26(4):147-50.
- 18 Cohen A. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1969;20:37-46.
- 19 Chaves AC, Sarin LM, Mari JJ. Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (DAS). Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1990.
- 20 Cohen A. Weighted kappa: nominal scale agreement with provisions for scales disagreement of partial credit. *Psychol Bull* 1968;70:213-220.
- 21 Jablenski A, Schwartz R, Tomov T. WHO Collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. A preliminary communication: objectives and methods. Em: Stromgren E, Dupont A, Nielsen JA, editores. *Epidemiological research as a basis for*

- the organization of extramural psychiatry. Copenhagen: Acta Psiquiátrica Escandinava; 1980.
- 22 Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. Acta Psychiatr Scand 2004; 109:38-45.
- 23 Mubarak AR, Barber JG. Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Jul;38(7):380-4.
- 24 Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT et al. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorders among man and woman with serious mental illness. J Trauma Stress 1999;12(4):587-99.
- 25 Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behavior of the young adults. Psychol Med 2000;30(3):529-44.
- 26 Gottesman I. Schizophrenia Genesis: the origins of Madness. New York:Freeman & Co.; 1991.
- 27 Gil A, Lobato Mi, Gama C, Belmonte-de-Abreu P, Hutz M. Doenças psiquiátricas ou variações normais de expressão gênica? Evidência de efeitos sobre o comportamento e medicamentos associados a

- polimorfismos do gene do transportador de serotonina. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal 2005;99(1):33-8.
- 28 Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington TE, et al. Influence of life stress on depression: moderating by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003;301:386-9.
- 29 Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science 2002; 297:851-4.
- 30 Bredy TW, Zhang TY, Grant RJ, Diorio J, Meaney MJ. Peripubertal environmental enrichment reverses the effects of maternal care on hippocampal development and glutamate receptor subunit expression. Eur J Neurosci 2004 Sep;20(5):1355-62.
- 31 Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. Nat neurosci 2004 Aug;7(8):847-54.

# THE ASSOCIATION BETWEEN CHILD ABUSE AND NEGLECT WITH DISABILITY IN SCHIZOPHRENICS

Alexei Gil <sup>1</sup>, Marilene Zimmer <sup>2</sup>, Maria Inês Lobato <sup>3</sup>, Joana Almeida Palha <sup>4</sup>,  
Ann B Goodman <sup>5</sup>, Paulo Belmonte-de-Abreu <sup>6</sup>

1 Psychiatrist, Post-Graduation Program in Medical Sciences: Psychiatry - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *Responsible author for correspondences*

2 Psychologist, Post-Graduation Program in Medical Sciences: Psychiatry – UFRGS.

3 Psychiatrist, PhD, Post-Graduation Program in Medicine: Medical Sciences - UFRGS.

4 Biochemistry, PhD, School Science of Health -Universidade do Minho, Braga, Portugal.

5 Psychologist, PhD, Department of Psychiatry of the Massachusetts Mental Health Center – Harvard Medical School, Boston, EUA.

6 Psychiatric, MHS, PhD, Medical School - Assistant Professor of the Department of Psychiatry of School Medicine - UFRGS.

---

**Institution:** Schizophrenia Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grade do Sul (UFRGS). Address: 2400, Ramiro Barcelos, Av. 2º floor. Zip Code: 90035-003. Porto Alegre, RS, Brazil.

This article is part of the requirements to get a Master Degree Title. Title of the dissertation: “The Association Between Child Abuse and Neglect with Disability in Schizophrenics.” Author: Alexei Gil. Orientation: Paulo Belmonte-de-Abreu. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da FAMED-UFRGS.

## **Abstract**

**Objective:** To verify the effect of childhood traumas in the functionality of schizophrenic patients.

**Methods:** It was selected consecutively 102 patients in the Schizophrenia Program at Hospital de Clínicas, in Porto Alegre. After the OPCRIT application, two subjects were excluded for not being schizophrenic. It was used the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to investigate the occurrence of childhood trauma and the World Mental Health / Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) to evaluate the level of incapacity.

**Results:** General trauma in childhood is associated with worse general behaviour ( $p=.023$ ) and worse global functionality ( $p=.032$ ). Physical neglect showed association with damaged in the general behaviour ( $p<.000$ ), in the social performance ( $p=.037$ ) and in the global functionality ( $p=.014$ ). Emotional abuse is associated with worse general behaviour ( $p=.026$ ) and emotional neglect with worse global functionality ( $p=.047$ ).

**Discussion:** Sexual and physical abuse didn't demonstrate association with damage in the functionality. These forms of abuse have been more frequently related to aetiology than other ones that have less impact on, like physical neglect, emotional neglect and emotional abuse. These associations may mean that there is a vulnerability period during maternal care, in which the consequences will be seen in the functional performance of the adult life.

**Conclusion:** Childhood trauma is associated with damage in functional and social performance in schizophrenics. The identification of such risk factors allows the development of strategies to avoid consequences of the trauma over the origin of schizophrenia in people with high risk, or at least decrease the damage impact of this disease in the patient's life.

**Keywords:** schizophrenia, child abuse, child neglect, disability, social performance, psychiatry.

## Introduction

Schizophrenia is one of the most serious psychiatric disorders and affects 1% of world population. It compromises the patient and their families and represents a huge cost to society. In Brazil, schizophrenia responds to 30% of the psychiatric inpatients, comprising the second place of first psychiatric appointments (14%) and the fifth place social security. In the USA it represents as annual cost of 33 to 44 billions of dollars.<sup>1</sup>

The falling of social performance is one of the main characters to the evolution of many psychiatric disorders, especially in schizophrenia, and it is responsible for the weight that disability of psychiatric patients represents to society.<sup>2</sup>

The changes in psychiatric orientation, in the direction of dehospitalization and transference of cares from the hospital to the community has highlighted the necessity to develop objectives ways of evaluation of the social disability caused by psychiatric disorders.<sup>3</sup> Many scales were established for this goal, but not always their use was easy and usually are inappropriate for different cultures. With the intention of overpass this problem, the World Health organization (OMS) created the World Mental Health / Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)<sup>2</sup>, which became the most important instrument of disability evaluation of psychiatric patients and possible causes.<sup>4</sup>

The schizophrenia tends to interfere in the educational and professional carrier of patients, who would have difficulties to conclude high school and get

accepted in college, and to get a better work position. As a result, the social-economic status of patients usually gets reduced as the disorder advances.

There is no defined cause to schizophrenia, but there are many etiologic hypotheses, such as: genetic factors, virus infection during pregnancy, birth season, puerperal complications, neuropsychiatric or neurodevelopment conditions, family history and childhood trauma.

Many studies demonstrated an association between childhood trauma and psychoses.<sup>5</sup> Firstly, it was showed that psychotic patients had more frequently trauma history through their lives. Then, it was found that besides the association with psychoses in general, there was an association between positive symptoms and history of childhood trauma.<sup>6</sup> Recently, it was verified that childhood abuse could predict the occurrence of auditory hallucinations.<sup>7</sup>

The aims of this study is to verify the effects of physical abuse, emotional abuse, physical neglect, emotional neglect and sexual abuse in childhood over the functionality of schizophrenic stabilized patients.

## **Methods**

It is a cross-sectional study. During July of 2004 to December of 2004, there were selected consecutively 102 subjects whose age were above eighteen years old from the Schizophrenia Program, at Hospital de Clínicas de Porto

Alegre (HCPA). All the patients have signed an informed consent before getting in the study.

Exclusion criteria: patients who present acute psychotic episode, with Axis I diagnostic other than schizophrenia, with cognitive impairment meaningful, with history of drug abuse in the last three months and who have been released from the hospital in the last two weeks.

The diagnostic classification was made in two moments. First it was used a clinical evaluation based on the criteria of CID-10.<sup>8</sup> Second, it was used the Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness (OPCRIT) by trained interviewers to confirm the diagnostic.

McGuffin, Farmer and Harvey developed the OPCRIT in 1991<sup>9</sup> with its last version in 1997.<sup>10</sup> It consists on a list of 90 questions, a glossary with the definitions and quotas from the items and a computer program that generates psychiatric diagnosis by thirteen different classifications.<sup>11</sup>

The translation and validation of OPCRIT to the Portuguese language was made by researchers from Coimbra University, and was introduced in Brazil in the International Cooperation Project Brazil – Portugal. (CAPES – GRICES), named “*Estudo das Bases Moleculares da Esquizofrenia nas Populações Brasileira e Portuguesa*”.<sup>12,13,14</sup>

From the 102 subjects first selected two were excluded because they presented bipolar disorder and schizoaffective disorder. So, sample was of a hundred

subjects, in which in its majority were from a lower social economical class, living in Porto Alegre and in the neighbourhoods.

For the investigation of childhood traumas we have used the self-report Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), that, through a five point Likert scale, search for traumatic components that have occurred during childhood considering its five dimensions, sexual abuse, emotional neglect, physical abuse, physical neglect and e emotional abuse. It has 28 items, from which 25 evaluate each one of the five dimensions of trauma (five items for each dimension) and three others are from a validation items.<sup>15,16</sup> In the end, the interviewer receives a score for each one of the five kinds of trauma, that may vary from “5” (without trauma) to “25” (maximum score of trauma), besides of a total score to all traumas (total CTQ), that may vary from “25” (without any trauma) to “125” (maximum score with the presence of all traumas).

WHO/DAS was used to evaluate the functionality and the social behaviour of the subjects in their social and cultural context.

It has been developed to be applied in a cross-cultural context, the scale was validated during a large multicentric study organized by the WHO, the “Collaborative Study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders”, conducted by Jablenski et al. (1980).<sup>17</sup> Inter-rater reliability studies demonstrate satisfactory results with the Kappa<sup>18</sup> coefficient varying from 0,76 to 0.93.<sup>4</sup> Similar results were obtained in an inter-rater reliability study in São Paulo using a Portuguese version of WHO/DAS with

schizophrenics, that found an intra-class correlation coefficient (ICC) being between 0,88 and 1,00.<sup>19,20</sup>

WHO/DAS is divided in five sections: 1) global behaviour; 2) social roles; 3) inpatients; 4) modifying factors and 5) global functionality. Among these sections, numbers “1”, “2” and “5” were chosen to be the outcome disability measure in schizophrenics.

Section 1 – General Behaviour: it investigates self-care (hygiene and feeding habits and household keeping), level of daily activity, agility and social withdrawal. The results can vary from “0” (no dysfunction) to “5” (maximum dysfunction).

Section 2 – Social Roles: it investigates the collaboration in house duties, affective and sexual life, maternal and paternal role, social contacts, occupational performance, interest for information and behaviour in cases of emergency. The results can vary from “0” (no dysfunction) to “5” (maximum dysfunction).

Section 5 – Global Functionality: it is based in all information obtained in the previous sections. The scores are from “0” (excellent or very good adjustment) to “5” (very severe disability).

The interviewers has been trained by the most experienced author (PBA) through collective sections followed by discussion of the disagreement points with the help of WHO/DAS manual until they found a consensus. However, in case of doubt, the rater should select the lower option.<sup>4</sup>

The WHO/DAS demand that some answers (marked questions) have to be confirmed by the key-person (the person who passes most part of the time with the patient),<sup>21</sup> so, we tried to arrange interview between the patient and the key-person, but when it was not possible, we would contact the person later.

## **Results**

The demographic and clinical characteristics are shown in Table 1.

The occurrence of any kind of trauma in childhood was referred for 93.3% of subjects. Considering the five dimensions of trauma, the frequencies behaved in the following way: physical neglect (61,2%), emotional abuse (68,6%), emotional neglect (70,9%), physical abuse (54,1%) and sexual abuse (85%). Considering the subject's sex, 18 (78,3%) females and 60 (67,7%) males referred to a history of some kind of sexual abuse in childhood. To get to these results, it was considered the absence of trauma when the subject answered "never true" and the presence of trauma when the subject answered "rarely true", "sometimes true", "often true", and "very often true". The CTQ results in this sample of schizophrenics (Table 2), showed to be very similar to the measures obtained in a sample of 579 community members of the scale validation study (emotional abuse = 10.8, sexual abuse= 8.3, physical abuse= 7.1, emotional neglect= 10 and physical neglect= 6.7).<sup>15</sup>

In relations to disability evaluation, it was observed that, about the item that evaluates the global dysfunctional behaviour (Section 1 of WHO/DAS), 14

(14%) patients did not have dysfunction, 58 (58%) showed minimal dysfunction, 17 (17%) obvious dysfunction, 9 (9%) serious dysfunction and 2 (2%) very serious dysfunction. Considering the social roles (Section 2 of WHO/DAS), one (1%) subject did not present dysfunction, 46 (46%) presented minimal dysfunction, 43 (43%) obvious dysfunction, 7 (7%) serious dysfunction, 2 (2%) very serious dysfunction and 1 (1%) maximum dysfunction. Table 3 describes the averages of WHO/DAS.

Since the variables in this study did not tend to normality, it was used the Spearman correlation coefficient and to make the association between childhood trauma and the functional damage of schizophrenic adults. It was calculated the correlation of the variables, physical abuse, emotional abuse, physical neglect, emotional neglect, sexual abuse and total CTQ, with the outcome measures, general behaviour, social roles and global functionality, from WHO/DAS. The results are exposed in Table 4.

The association study of clinical and demographic variables with outcome, it was observed in association between the age at onset with worse functionality, which means that, as early as the disorder develops, there are more damage in terms of general behaviour evaluated by Section 1 of WHO/DAS ( $p=.042$ ). The other variables described in Table 1, did not show significant correlations

## Discussion

The occurrence of abuse and neglect in childhood in relation to schizophrenia development are in agreement with recent etiologic models that suggest that early adversity may cause psychological and biological impairments that increase psychoses vulnerability.<sup>22</sup>

It has been investigated the association of childhood trauma with schizophrenia in adulthood and with groups of symptoms, for example, prevailing positive symptoms<sup>6,7</sup> (trauma → schizophrenia) and the level of functional disability caused by psychiatric disorders<sup>23</sup> (schizophrenia → disability). The singularity of this study is in the association search of childhood trauma with levels of disability (trauma → disability).

Although there is some cautious about the use of self-report instruments in psychotic patients, some studies have demonstrated that in relation to the history of childhood trauma, the results with severe mental patients are usually reliable.<sup>24</sup> Besides that, the majority of the speeches of child trauma, if it is not reliable, they are underestimated, causing no false positives.<sup>25</sup>

The results of this study suggest that childhood trauma history is associated with the social and functional damage in schizophrenics.

Childhood trauma history, including the five dimensions investigated, was demonstrated to have significant association with worse general behaviour in schizophrenics. General behaviour means the way that patients develop their daily activities, that comprises hygiene and feeding habits, household keeping,

level of daily activity, social contact, etc. The occurrence of trauma in its five dimension was associated to global impression of the raters (Section 5 of the WHO/DAS)

Physical neglect in childhood was strongly associated to worse general behaviour. The asserts of CTQ about this dimension are the following: “I didn’t have enough food to eat”, “my parents were always too drunk or stoned to take care of my family”, “I had to wear dirty clothes”, “people in my family used to take care of each other” and “there was someone to take me to the doctor whenever I needed it.” Those asserts showed to be associated with the items of the General Behaviour Section of WHO/DAS, which suggests that was missing in childhood they could not reproduce in the adulthood. Physical neglect also demonstrated association with disability measured by Social Roles Sections and Global Functionality Section. Lack of physical contact in childhood of these patients showed association with more difficulties in relationships when they became adults.

Considering the five dimensions of trauma, sexual and physical abuse did not demonstrate association with functionality in schizophrenics. These types of abuse have been more frequently associated to aetiology of mental disorders than types of abuse apparently “less traumatic”, such as physical neglect, emotional neglect and emotional abuse. Possibly, the damages of these kinds of abuse are more related to neurodevelopment disorders, especially during periods of cerebral maturation, which could interfere in more subtle aspects like

functional and social performance and in the ability to respond in a stressful situation.

The findings of this study are in agreement with the recent advances in the concept of gene-environment interaction, as an etiologic model of psychiatric disorders. Schizophrenia is known to have a hereditary incontestable component.<sup>26</sup> However, about 50% of the risk factors responsible for the disorder are given to environmental factors or non-genetics. It's believed that traumatic experiences along the life may moderate genetic expression, increasing or lowering the vulnerability threshold.<sup>27</sup> Caspi et al. (2003) did two important studies about gene-environment interaction. The first allowed to conclude that stressful life events could predict depression in subjects who had the "s/s" and "s/l" allele, but not if they had the "l/l" allele of the serotonin transporter gene. In the absence of stressful life events, none of the three groups had depression.<sup>28</sup> In a study to investigate the moderator effect of a polymorphism at promoter region of the monoaminoxidase A gene about the answer to physical abuse in the childhood, Caspi et al. (2002) observed that subjects who presented high MAO-A activity, even though they had suffered physical abuse in childhood didn't develop anti-social behaviour. But, those who had low levels of MAO-A, while suffering physical abuse, developed more frequently an anti-social behaviour subsequently.<sup>29</sup> Meaney et al. studied the effects of different patterns of maternal care in rats over the ability to support stressful events in adulthood and in the regulation in the expression of glucocorticoid gene at hippocampus and showed that "linking behaviour" regulates strongly the stress response ability. He also showed a tendency to

repeat in the descendants patterns from which they had been exposed to, rats that were licked, would also lick their own offspring when they became adults.<sup>30,31</sup>

## **Conclusion**

The association of traumatic experiences in childhood with the development of psychiatric disorders in adults is largely known and studied. The present study allow us to consider the possibility of such traumas interfere not only in the aetiology, but also in the functional and social performance of these patients.

The early identification of risk factors of schizophrenia permit the establishment of intervention strategies with the goal of avoiding direct trauma consequences to the unchain of the disorder in people with risk, or at least to reduce the damage of this disorder in the patients' life.

The practical implications of this study is in the highlighted need to recognize the children with higher vulnerability to develop schizophrenia, for example, grandchildren, next of a kin, sisters and brothers of schizophrenics; and offer special protection against the traumas exposure through health and educational programs.

At last, besides the necessity of studies that allow the advance in understandings of risk factors and aetiology of schizophrenia, studies about the facts that damage the functionality, either the earlier ones, like childhood

trauma, as the ones created later, that are of high relevance to the patient, their families and the society.

**Table 1** Clinical and demographic sample characteristics

Characteristics		Descriptive measures *	n
Sex (male)		76 (76%)	100
Age (years)		38.4 ± 10.0	99
Marital status (with partner)		14 (14%)	100
Origin (Porto Alegre/RS)		75 (75%)	100
Educational level	Elementary (incomplete)	37 (37%)	100
	Elementary (complete)	34 (34%)	
	High school †	23 (23%)	
	Superior †	6 (6%)	
Family History (schizophrenia)		29.8 % (17)	57
Age at onset (years)		19.3 ± 6.0	55
Duration of the disease (years)		17.6 ± 8.2	55

\* The qualitative variables are described by percentage and quantitative variables are described by mean and standard-deviation.

† Complete and incomplete

**Table 2** Childhood trauma as set in the Child Abuse Questionnaire:  
schizophrenic behaviour sample

Variables	Mean	SD	Observed value		Maximum possible	<i>n</i>
			minimum	maximum		
Emotional abuse	8.61	3.71	5	18	25	86
Sexual abuse	6.52	3.67	5	25	25	85
Physical abuse	7.14	3.48	5	25	25	85
Emotional neglect	9.39	4.88	5	25	25	86
Physical neglect	7.55	3.15	5	21	25	85
Total CTQ	39.26	13.18	25	94	125	83

*SD* = standard-deviation

*n* = number of respondents

**Table 3** Disability as shown on WHO/DAS: samples of behaviour

Variables	Mean	SD	Value		n
			minimum	maximum	
General Behaviour	.89 <sup>†</sup>	.85	.0	4	100
Social Roles	1.25 <sup>‡</sup>	.76	4.66	1.24	100
Global Functionality	2.22 <sup>¥</sup>	.88	1	5	99

<sup>†</sup> Minimal dysfunction

<sup>‡</sup> Obvious dysfunction

<sup>¥</sup> Poor adjustment

SD= standard-deviation

n = number of respondents

**Table 4** Correlation between childhood trauma and worse functionality in schizophrenics

Variables	General Behaviour			Social Roles			Global Functionality		
	$r_s$	$p$	n	$r_s$	$p$	n	$r_s$	$p$	n
Emotional abuse	<b>.240*</b>	.026	86	.075	.492	86	.148	.175	85
Sexual abuse	-.069	.530	85	-.158	.149	85	.020	.859	84
Physical abuse	.150	.170	85	.168	.123	85	.208	.058	84
Emotional neglect	.102	.352	86	.088	.420	86	<b>.216*</b>	.047	85
Physical neglect	<b>.445**</b>	.000	85	<b>.226*</b>	.037	85	<b>.268*</b>	.014	84
Total CTQ	<b>.250*</b>	.023	83	.130	.241	83	<b>.237*</b>	.032	82

\*\* Correlation is significant at level .01

\* Correlation is significant at level .05

$r_s$  = Spearman coefficient

$p$  = significant level

$n$  = number of respondents

Total CTQ= total score to the Childhood Trauma Questionnaire

## Bibliographic References

---

- 1 de Pádua AC, Gama CS, Lobato MIR, Belmonte-de-Abreu PS. Esquizofrenia. Em: Cordioli AV et al., editores. Psicofármacos consulta rápida. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 2 Menezes PR, Scazufca M. Estudo da confiabilidade da “Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS). Rev ABPAPAL 1993;15(2):65-67.
- 3 Wykes T, Sturt E. The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. Br J Psychiatry 1986;148:1-11.
- 4 Organização Mundial da Saúde. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS), with a guide to its use. Genebra, Suíça, 1988.
- 5 Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. Psychiatry 2001;64:319–345.
- 6 Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. Hosp Comm Psychiatry 1994;45:489–491.
- 7 Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. Psychol Psychother: Theory Res Prac 2003;76:1–22.

- 8 Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. trad. Dorival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 9 McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Arch Gen Psychiatry 1991 Aug;48:764-770.
- 10 McGuffin P, Farmer A. Polydiagnostic approaches to measuring and classifying psychopathology. Am J Med Genet 2001 Jan;105(1):39-41.
- 11 Martins CD, Gil A, Belmonte-de-Abreu PS, Lobato MI. Humor e Psicose em esquizofrenia: explorando fronteiras diagnósticas com o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT) e o caso John Nash. R Psiquiatr RS 2004 mai/ago;26(2):135-157.
- 12 Soares MJ, Dourado A, Macedo A, Valente J, Coelho I, de Azevedo MHP. Estudo de fidelidade da lista de critérios operacionais para doenças psicóticas. Psiquiatria Clínica 1997;18(1):11-24.
- 13 de Azevedo MHP, Macedo A, Dourado A, Valente J, Coelho I, Soares MJ. Grupo de estudos de genética psiquiátrica: uma década de actividades. Psiquiatria Clínica 2000;21(1):13-22.
- 14 Belmonte-de-Abreu P, Hutz MH, Lobato MI, Palha J, Gama C. Estudo das Bases Moleculares da Esquizofrenia nas Populações Brasileira e Portuguesa. Cooperação Internacional CAPES-GRICES. Porto Alegre:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;  
2001.

- 15 Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003;27(2):169-90.
- 16 Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(3):340-8.
- 17 Ardoin MP, Faccincani C, Galati M, Gavioli I, Mignolli G. Inter-rater reliability of the Disability Assessment Schedule (DAS, version II). An Italian study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991 Aug;26(4):147-50.
- 18 Cohen A. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1969;20:37-46.
- 19 Chaves AC, Sarin LM, Mari JJ. Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (DAS). Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1990.
- 20 Cohen A. Weighted kappa: nominal scale agreement with provisions for scales disagreement of partial credit. *Psychol Bull* 1968;70:213-220.
- 21 Jablenski A, Schwartz R, Tomov T. WHO Collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. A preliminary communication: objectives and methods. Em: Stromgren E, Dupont A, Nielsen JA, editores. *Epidemiological research as a basis for*

- the organization of extramural psychiatry. Copenhagen: Acta Psiquiátrica Escandinava; 1980.
- 22 Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:38-45.
- 23 Mubarak AR, Barber JG. Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003 Jul;38(7):380-4.
- 24 Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT et al. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorders among man and woman with serious mental illness. *J Trauma Stress* 1999;12(4):587-99.
- 25 Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behavior of the young adults. *Psychol Med* 2000;30(3):529-44.
- 26 Gottesman I. *Schizophrenia Genesis: the origins of Madness*. New York:Freeman & Co.; 1991.
- 27 Gil A, Lobato Mi, Gama C, Belmonte-de-Abreu P, Hutz M. Doenças psiquiátricas ou variações normais de expressão gênica? Evidência de efeitos sobre o comportamento e medicamentos associados a

- polimorfismos do gene do transportador de serotonina. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* 2005;99(1):33-8.
- 28 Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington TE, et al. Influence of life stress on depression: moderating by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
- 29 Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297:851-4.
- 30 Bredy TW, Zhang TY, Grant RJ, Diorio J, Meaney MJ. Peripubertal environmental enrichment reverses the effects of maternal care on hippocampal development and glutamate receptor subunit expression. *Eur J Neurosci* 2004 Sep;20(5):1355-62.
- 31 Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat neurosci* 2004 Aug;7(8):847-54.

# ANEXO 1

## Termo de consentimento pós-informação

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo, o que ele envolve e sobre os seus direitos, contate o Dr. Alexei Gil pelos telefones (51) 3321-2706 e 98085057 ou o Dr. Paulo Belmonte de Abreu pelos telefones (51) 2101-8298, 2101-8413, 3346-2977 ou 91911644.

### Qual o objetivo desta pesquisa?

Neste estudo realizaremos uma pesquisa para verificar através de um método de análise genética a relação entre tipos de alterações de genes e Esquizofrenia. A coleta de sangue pode apresentar alguns desconfortos como sangramento e dor no local de picada. O material será armazenado sem menção do nome da pessoa, através de um código, e está sujeito a todas as leis sobre material genético.

### O que é o Exame Genético de Polimorfismos?

O Exame Genético de Polimorfismo é um exame no qual é retirada uma quantidade de 10 ml de sangue (equivalente a duas colheres de sopa) com agulha descartável e frasco esterilizado. Posteriormente é feita a separação do DNA (ácido desoxirribonucleico) para separação de pequenos pedaços que formam o código para a construção de proteínas do corpo humano.

### Quais os riscos em participar?

Assim como qualquer exame médico, há riscos imprevistos, mas ainda não foram descritos efeitos danosos da coleta de 10 ml de sangue.

### O que acontecerá neste estudo?

A coleta de sangue será feita por pessoas treinadas, com material esterilizado, e agulhas descartáveis. Este material será armazenado, e após processado para separação dos componentes da cara de substâncias que formam a base da informação para construção do corpo humano, os genes. O material será armazenado de forma sigilosa, por tempo determinado pelo estudo; e depois jogado fora. Durante o procedimento o paciente permanece deitado com o braço estendido, devendo ficar imóvel por cerca de 2 minutos. Você será examinado no início e no final do exame quanto aos seus sinais vitais. Além da coleta de sangue, o paciente responderá questionários e escalas, dentre os quais, o Instrumento Diagnóstico para Estudos Genéticos (DIGS), o Inventário de Créditos Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT), a Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS) e o Questionário Sobre Traumas na Infância (QTI).

### Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem precisar fornecer um motivo. Se a qualquer momento você se sentir pior, ou contrair qualquer doença, informe um dos médicos responsáveis. Se o exame não parecer ideal ou tolerável para você, ele pode ser interrompido. É possível também que o estudo seja interrompido sem o seu consentimento. Você será comunicado sobre qualquer nova informação, quando esta se tornar disponível, durante o estudo que possa afetar a sua disposição de continuar. Se você concordar, o médico investigador informará ao seu médico pessoal sobre a sua participação no estudo.

### O que eu ganho deste estudo?

Você poderá receber alguns benefícios por participar deste estudo. Você poderá se beneficiar por ter identificado eventualmente um problema que antes não era identificado, e que poderá ter um tratamento superior e mais específico. Você também poderá beneficiar uma população grande de pessoas que não utiliza este exame por falta de melhor padronização. No entanto, não podemos prometer. Por fim, a sua participação poderá ajudar no desenvolvimento de um novo método diagnóstico que poderá eventualmente beneficiar você e outras pessoas que enfrentam problemas semelhantes.

### Quais são os meus direitos?

Os pesquisadores do Serviço de Psiquiatria e os representantes das autoridades competentes de pesquisa podem necessitar examinar os seus registros a fim de verificar as informações para o objetivo deste estudo. No entanto, os seus registros médicos serão sempre tratados confidencialmente.

Os resultados deste estudo poderão ser enviados para publicação em revistas científicas, mas você não será identificado por nome. Embora não seja esperado que você venha a sofrer quaisquer problemas de saúde pela participação neste estudo, você poderá contar com os serviços do HCPA para problemas de saúde que possam surgir. Você não precisa provar que a culpa é de terceiros, se surgir qualquer problema devido ao teste, você será imediatamente avaliado.

Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, isto não afetará o tratamento normal ao qual você tem direito.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS- INFORMAÇÃO

Concordamos total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Recebemos uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de nossas pessoas. O médico me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da participação neste estudo.

Informamos ao médico sobre todos os medicamentos e drogas que \_\_\_\_\_ tomou nas últimas 24 horas e medicamentos que ainda está tomando.

Estamos cientes de que temos total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma afetar meu tratamento ou administração médica futura.

Estamos cientes de que a informação nos registros médicos de \_\_\_\_\_ é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordamos em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.

Estamos cientes de que o material genético extraído será armazenado de forma sigilosa no Laboratório de Genética e Biologia Molecular da do Campus Agronomia da UFRGS.

Estamos cientes de que não seremos por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da nossa parte, não devemos restringir, de forma alguma, o uso dos resultados que possam surgir deste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

### **Descrição de critérios de pontuação do OPCRIT**

#### **1. Fonte de Avaliação**

- 1 = Registros/ Processos clínicos hospitalares
- 2 = Entrevista estruturada efetuada com o indivíduo
- 3 = Sumário preparado
- 4 = Entrevista com o informante
- 5 = Combinação de fontes incluindo entrevista estruturada
- 6 = Combinação de fontes excluindo entrevista estruturada

#### **2. Período de Tempo**

- 1 = Atual/ Presente ou o episódio mais recente
- 2 = Episódio mais grave que teve
- 3 = Ocorrência toda vida de sintomas e sinais
- 4 = Outro episódio especificado ou período de tempo

#### **3. Código do Sexo**

- 0 = Masculino
- 1 = Feminino

#### **4. Idade de Início**

Isto deve ser dado até ao ano mais próximo e define-se como a idade mais precoce com que procurou ajuda médica por razões psiquiátricas ou com que os sintomas começaram a causar tensão subjetiva ou prejuízo no funcionamento. (Registrar idade em anos, ex.: 35.)

#### **5. Modo de Início**

- 1 = Início súbito definido dentro de horas ou dias

2 = Início agudo definido dentro de uma semana

3 = Início moderadamente agudo definido dentro de 1 mês

4 = Início gradual durante um período de até 6 meses

5 = Início insidioso durante um período maior que 6 meses

Cotar por cima (com pontuação mais baixa) se em dúvida

#### 6. Solteiro

O indivíduo nunca casou ou (nunca) viveu como se estivesse casado

0 = Casado

1 = Solteiro

#### 7. Desempregado

O indivíduo não estava empregado no início como definido acima (item 4). Mulheres que trabalham o dia todo em casa são cotadas como empregadas. Estudantes que freqüentam aulas em período integral de um curso são cotados como empregados.

0 = Empregado

1 = Desempregado

#### 8. Duração da doença em semanas (máximo 99)

A duração total da doença inclui incapacidades prodrômicas e residuais assim como a fase ativa da doença. No distúrbio psicótico, sintomas da fase prodrômica e residual são cotados quando foi apresentado, antes ou depois do episódio ativo, dois dos seguintes sintomas: isolamento social; prejuízo social; comportamento marcadamente peculiar ou diferente; marcado prejuízo na higiene pessoal; afeto embotado, superficial ou inapropriado; discurso digressivo, vago ou hiper-elaborado; ideação estranha ou bizarra e vivências perceptivas fora do normal.

#### 9. Mal ajustamento pré-mórbido ao trabalho

Refere-se à história de trabalho antes do início da doença. Deve ser cotado (como = 1) se o doente tiver sido incapaz de manter qualquer trabalho durante mais que 6 meses, tiver uma história de mudanças freqüentes de emprego ou tiver sido somente capaz de agüentar um trabalho bem abaixo do esperado pelo seu nível educacional na época do primeiro contato psiquiátrico. Também cotar positivamente um padrão de trabalho doméstico (donas de casa) persistentemente muito mal e insucesso em acompanhar os estudos.

0 = bom ajustamento pré-mórbido      1 = mal ajustamento pré-mórbido

#### 10. Mal ajustamento social pré-mórbido

O doente achava difícil iniciar ou manter relações normais, mostrava persistente isolamento social, ensimesmado ou mantinha interesses solitários antes dos sintomas psicóticos.

0 = bom ajustamento      1 = mal ajustamento

#### 11. Distúrbio de personalidade pré-mórbido

Evidência de distúrbio de personalidade inadequada/ esquizóide/ esquizotípica/ paranóide/ ciclotímica/ psicopática/ sociopática presente desde a adolescência e anterior ao início dos sintomas psicóticos.

0 = ausente      1 = presente

#### 12. Abuso de álcool/ drogas dentro de um ano do início de sintomas psicóticos

Abuso de álcool: quando a quantidade é excessiva (julgamento do avaliador) quando ocorrem complicações relacionadas com o álcool, durante o ano anterior ao primeiro contato psiquiátrico (deve ser avaliado rigorosamente pois é critério de exclusão para algumas definições de esquizofrenia).

0 = ausente      1 = presente

Abuso de drogas: quando drogas não prescritas são repetidamente tomadas ou drogas prescritas são usadas em quantidades excessivas e sem supervisão médica no ano anterior ao primeiro contato psiquiátrico.

0 = ausente                      1 = presente

#### 13. História familiar da esquizofrenia

Clara história de esquizofrenia em parentes de primeiro ou segundo grau.

0 = não                              1 = sim

#### 14. História familiar de outra doença psiquiátrica

Parentes em primeiro ou segundo grau têm outra doença psiquiátrica suficientemente grave para justificar encaminhamento psiquiátrico.

0 = não                              1 = sim

#### 15. Doença cerebral estrutural anterior ao início

Há evidência pelo exame físico e/ou investigações especiais de doença física que pode explicar todos ou a maioria dos sintomas mentais. Isto pode incluir uma lesão cerebral clara (ou lesões), marcada perturbação metabólica, ou estado induzido por drogas que se sabe causar perturbação psicótica, confusão ou alteração do grau de consciência. Anomalias não específicas (ex. alargamento dos ventrículos no TCC) não devem ser incluídas.

0 = ausente                      1 = presente

#### 16. Claro estressor psicossocial anterior ao início

Ocorreu um acontecimento ameaçador grave ou moderadamente grave antes do início do distúrbio que é improvável ser resultado do próprio

comportamento do indivíduo (isto é, o acontecimento pode ser visto como independente ou incontrolável).

0 = ausente                      1 = presente

#### 17. Comportamento bizarro

Comportamento que é estranho e incompreensível aos outros. Inclui comportamento que pode ser interpretado como uma resposta a alucinações auditivas ou interferência com o pensamento.

0 = ausente                      1 = presente

#### 18. Catatonia

O doente exhibe persistentes maneirismos, estereotípias, posturas, catalepsia, aderência automática às instruções, estupor ou excitação que não são explicáveis por alterações afetivas.

0 = ausente

7 = se presente durante pelo menos uma porção significativa de tempo durante um período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = se presente durante qualquer outra duração ou se a duração é desconhecida

#### 19. Atividade excessiva

O doente está marcadamente hiperativo. Isto inclui atividade motora, social e sexual.

8 = se a hiperatividade durar pelo menos 2 dias

9 = para uma duração de pelo menos 4 dias

1 = para uma duração de pelo menos 1 semana

2 = para duração de pelo menos 2 semanas

## 20. Atividade perigosa

O doente está excessivamente envolvido em atividades com elevado potencial de conseqüências dolorosas, que não é reconhecido, ex. gastos excessivos, indiscrições sexuais, condução perigosa, etc.

8 = para uma duração de pelo menos 2 dias

9 = para uma duração de pelo menos 4 dias

2 = duração de pelo menos 2 semanas

1 = duração de pelo menos 1 semana

## 21. Distratibilidade

O doente vivencia dificuldades de concentração no que se passa a sua volta porque a atenção é muito facilmente desviada para fatores irrelevantes ou externos.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

2 = pelo menos 2 semanas

1 = pelo menos 1 semana

## 22. Necessidade de sono reduzida

O doente dorme menos mas não se queixa de insônia. O tempo extra acordado é habitualmente ocupado com atividades excessivas.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

## 23. Atividade agitada

O doente mostra atividade excessiva, tal como excitação motora, torcer as mãos, andar de um lado para o outro, tudo habitualmente acompanhado por uma expressão de angústia mental.

1 = se presente por pelo menos 1 semana

2 = se presente pelo menos 2 semanas

3 = se presente pelo menos 1 mês

#### 24. Atividade lentificada

O doente se queixa que se sente lentificado e incapaz de se mexer. Outros podem descrever sentimentos subjetivos de retardamento que podem ser notados pelo clínico que o examina.

1 = se presente pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

#### 25. Perda de energia/cansaço

Queixa subjetiva de se sentir excessivamente cansado e sem energia.

1 = se presente pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

#### 26. Discurso difícil de entender

Discurso que torna a comunicação difícil por causa da falta de organização lógica ou organização compreensível. Não inclui disartria ou dificuldade em falar.

0 = ausente

1 = presente

#### 27. Incoerência

A construção gramatical normal das frases rompeu-se. Inclui “salada de palavras” e deve ser cotada somente conservadoramente para formas extremas de distúrbio formal do pensamento.

0 = ausente

7 = se presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou a duração não está especificada

#### 28. Distúrbio formal do pensamento positivo

O doente tem um discurso fluente mas tende a se comunicar mal devido a neologismos, uso bizarro de palavras, descarrilamento, perda da associação.

0 = ausente

7 = se presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 29. Distúrbio formal do pensamento negativo

Inclui pobreza do pensamento, freqüente bloqueio do pensamento, pobreza do discurso ou pobreza do conteúdo do discurso.

0 = ausente

1 = presente

#### 30. Pressão do discurso

O doente está muito mais falador do que o habitual ou sente-se sob pressão para continuar a falar. Inclui distúrbio formal do pensamento tipo maníaco com associações por sons, jogos de palavras ou rimas.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

### 31. Pensamentos acelerados

O doente vivencia os pensamentos que ocorrem em sua cabeça ou os outros observam fuga de idéias e acham difícil seguir o que o doente está dizendo, ou interromper por causa da rapidez e quantidade do discurso.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

### 32. Restrição do afeto

As respostas emocionais do doente são limitadas em amplitude e na entrevista há uma impressão de indiferença maliciosa ou de “falta de contato”.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês

(menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

### 33. Embotamento afetivo

As respostas emocionais do doente são persistentemente sem grande profundidade e mostram uma completa falência em ressoar a mudança exterior. Diferenças entre Restrição e Embotamento do afeto devem ser consideradas de grau, com embotamento sendo somente cotado em casos extremos.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 34. Afeto inapropriado

As respostas emocionais do doente são inapropriadas às circunstâncias, por ex. rir enquanto discute-se ocorrências dolorosas ou tristes, “risinhos” tolos sem razão aparente.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo pelo menos 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 35. Elevação do humor

O humor predominante do doente é de elevação.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

Se a elevação durou menos de uma semana, mas o doente foi hospitalizado por doença afetiva cotar “1”.

#### 36. Humor irritável

O humor do doente é predominantemente irritável.

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

Se a relação durou menos de uma semana, mas o doente foi hospitalizado por doença afetiva cotar “1”.

### 37. Disforia

Humor persistentemente deprimido ou “pra baixo”, humor irritável e triste ou perda difusa do interesse.

1 = presente durante pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

### 38. Variação diurna (humor pior de manhã)

Disforia, humor “pra baixo” e/ou sintomas depressivos associados são piores logo após o acordar, com alguma melhoria (mesmo se somente ligeira) à medida que o dia passa.

0 = ausente

1 = presente

### 39. Perda de prazer

Incapacidade difusa de ter prazer em qualquer atividade. Inclui marcada perda de interesse ou perda da libido.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

### 40. Diminuição da libido

Redução clara e persistente do interesse ou impulso sexual em comparação com o nível antes do início da doença.

0 = ausente

9 = duração de pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

#### 41. Dificuldade de concentração

Queixa subjetiva de ser incapaz de pensar com clareza, tomar decisões, etc.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

#### 42. Excessiva auto-culpabilização

Sentimentos extremos de culpa e desvalorização. Pode ser de intensidade delirante (“a pior pessoa do mundo”).

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

#### 43. Ideação suicida

Preocupação com pensamentos de morte (não necessariamente a própria). Pensa em suicídio, desejaria estar morto, tentativas de suicídio.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

#### 44. Insônia inicial

O doente queixa-se de que é incapaz de começar a dormir, permanecendo pelo menos uma hora acordado.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

Só se tiver informação sobre insônia cotar este item.

#### 45. Insônia intermediária (sono fragmentado)

Na maioria das noites o sono está perturbado, o doente acorda no meio do sono e tem dificuldade em voltar a adormecer.

0 = ausente 1 = presente

Só se tiver informação sobre insônia cotar este item.

#### 46. Despertar precoce

O doente queixa-se que acorda persistentemente pelo menos uma hora mais cedo que a hora habitual de acordar.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

#### 47. Sonolência excessiva

O doente queixa-se de dormir demasiado.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

#### 48. Diminuição do apetite

O doente tem queixas subjetivas de diminuição do apetite. Não necessariamente observado comer menos.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

49. Perda de peso

1 = perda de 500 gramas por semana durante várias semanas

2 = perda de pelo menos 1 kg por semana durante várias semanas

3 = perda de pelo menos 5 kg durante o período de um ano

Não cotar as perdas de peso consecutivas a dietas voluntárias para emagrecer.

50. Aumento do apetite

O doente descreve aumento do apetite e/ou “comer reconfortante”.

1 = duração de pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

3 = pelo menos 1 mês

51. Aumento de peso

1 = aumento de 500 gramas por semana durante várias semanas

2 = aumento de pelo menos 1 kg por semana durante várias semanas

3 = aumento de pelo menos 5 kg durante o período de um ano

52. Relação sintomas psicóticos/ afetivos (item decisivo para diagnóstico, preencher com cuidado)

0 = sem / não co-ocorrência

1 = os sintomas psicóticos dominam o quadro clínico, embora possa ocorrer também perturbação afetiva ocasional

2 = os sintomas psicóticos e afetivos estão equilibrados com nenhum grupo de sintomas dominando o curso global da doença

3 = os sintomas afetivos predominam, embora possa também ocorrer sintomas psicóticos

4 = como na cotação "2" (ver acima) mais delírios ou alucinações durante pelo menos 2 semanas, mas sem sintomas do humor proeminentes

#### 53. Aumento da sociabilidade

1 = excessiva familiaridade

2 = perda das inibições sociais que resulte em comportamento inadequado às circunstâncias e que não é próprio do seu caráter (duração de pelo menos 1 semana)

9 = para um (excessiva familiaridade) ou outro (perda das inibições sociais) quando ocorrem durante pelo menos 4 dias mas menos que uma semana

#### 54. Delírios persecutórios

Inclui todos delírios com ideação persecutória

0 = ausente

1 = presente

Quando cotarem delírios, por favor, cotar cada um separadamente em uma categoria, descrevendo o tipo específico de delírio (persecutório, grandioso, influência/referência, bizarro, passividade, percepção delirante primária, outros delírios primários, roubo do pensamento, culpa, pobreza ou niilístico).

#### 55. Delírios bem sistematizados

A doença é caracterizada por uma série de delírios bem organizados ou bem sistematizados.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 56. Aumento da auto-estima

O doente acredita que é uma pessoa excepcional com poderes, planos, talentos ou capacidades especiais. Cotar positivamente aqui se idéia sobrevalorizada, mas se a qualidade é delirante cotar também o item 57 (delírios de grandeza).

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

#### 57. Delírio de grandeza

O doente tem um exagerado sentimento da sua importância, tem poderes ou capacidades excepcionais ou acredita que é rico ou famoso, nobre ou parente de pessoas importantes. Inclui também delírios de identificação com Deus, anjos, o Messias, etc. (ver também item 56).

8 = duração de pelo menos 2 dias

9 = pelo menos 4 dias

1 = pelo menos 1 semana

2 = pelo menos 2 semanas

7 = presente pelo menos uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito).

#### 58. Delírio de influência

Os acontecimentos, objetos ou pessoas do ambiente circundante do doente têm um significado especial, freqüentemente de natureza persecutória. Inclui idéias de referência provenientes da televisão, rádio ou jornais, sendo que o doente acredita que estes órgãos de informação fornecem instruções ou prescrevem certos comportamentos.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 59. Delírios bizarros

Delírios estranhos, absurdos ou fantásticos cujo conteúdo pode ter uma qualidade mística, mágica ou de ficção científica.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer duração ou duração não está especificada

#### 60. Delírios espalhados

Delírios que se alastram à maioria dos aspectos da vida do doente e/ou preocupam-no durante a maior parte do tempo.

0 = ausente

7 = presente por uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

Este item deve ser cotado em adição à cotação dos tipos de delírios descritos.

#### 61. Delírios de passividade

Inclui todas as sensações, emoções ou ações fabricadas. Inclui todas vivências de influência em que o doente sabe que seus impulsos, sentimentos, atos ou sensações somáticas são controlados ou impostos por um agente externo.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 62. Percepção delirante primária

O doente percebe alguma coisa no ambiente externo que desencadeia uma crença especial, relativamente significativa, incompreensível da qual está certo e que de algum modo está vagamente ligada com a percepção desencadeante.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 63. Outros delírios primários

Inclui humor delirante e idéias delirantes.

O humor delirante é um humor estranho em que o ambiente parece mudado de uma forma ameaçadora, mas o significado da mudança não pode ser compreendido pelo doente, que geralmente está tenso, ansioso ou

baralhado. Pode levar a uma crença delirante. Uma idéia delirante surge subitamente na mente do doente completamente formada e não anunciada por quaisquer pensamentos relacionados.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de um mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 64. Delírios e alucinações que duram uma semana

Qualquer tipo de delírio acompanhado por qualquer tipo de alucinação durando uma semana.

0= ausente

7= presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1= presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

Este item deve ser cotado em adição à cotação dos tipos de delírios descritos.

#### 65. Alucinações e delírios persecutórios/ciúme

Isto se explica por si mesmo. Notar que as crenças anormais são de intensidade e qualidade delirantes e são acompanhadas de alucinações verdadeiras.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

Este item deve ser cotado em adição à cotação dos tipos de delírios descritos.

#### 66. Inserção do pensamento

O doente reconhece que os pensamentos estão sendo colocados na sua cabeça não sendo reconhecidos como seus e tendo sido provável ou claramente inseridos por um agente externo.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração inespecífica

#### 67. Roubo do pensamento

O doente vivencia paragem dos pensamentos na sua cabeça, o que pode ser interpretado como sendo os pensamentos retirados (ou roubados) por algum agente externo.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

#### 68. Difusão do pensamento

O doente vivencia difusão do pensamento para fora de sua cabeça de modo que podem ser compartilhados pelos outros ou até vividos por outros.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

69. Delírios de culpa

Crença firme mantida pelo doente de ter cometido algum pecado, crime ou ter causado dano a outros apesar da inexistência de qualquer evidência objetiva em apoio dessa crença.

0 = ausente                      1 = presente

70. Delírios de pobreza

Crença firme mantida pelo paciente de ter perdido todo ou muito do seu dinheiro ou bens e tendo ficado pobre apesar da inexistência de qualquer evidência objetiva em apoio dessa crença.

0 = ausente                      1 = presente

71. Delírios nihilísticos

Crença firmemente mantida de que alguma parte do corpo do doente tenha desaparecido, apodrecido ou esteja afetado por alguma doença devastadora ou maligna apesar da inexistência de qualquer evidência objetiva em apoio dessa crença.

0 = ausente                      1 = presente

72. Eco do pensamento

Cotar 1 se o doente vivencia pensamentos repetidos ou ecoados na sua cabeça ou de uma voz fora de sua cabeça.

0 = ausente                      1 = presente

73. Alucinações auditivas na terceira pessoa

Duas ou mais vozes dialogando sobre o doente na terceira pessoa. Cotar se “verdadeiras” ou “pseudo” alucinações, isto é, a diferenciação da origem das vozes não é importante.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1= presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

#### 74. Vozes comentadoras das atividades

O doente ouve vozes que descrevem as suas ações , sensações ou emoções a medida que ocorrem. Cotar quer estas sejam possíveis “pseudo” alucinações ou claras alucinações (verdadeiras).

0 =ausente

7= presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

#### 75. Vozes insultórias/ insultantes/acusatórias/ persecutórias

Vozes que falam para o doente de modo insultuoso, acusatório ou persecutório.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

76. Outras alucinações auditivas (não-afetivas)

Qualquer outro tipo de alucinação auditiva. Inclui vozes agradáveis ou neutras e alucinações não verbais.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês

(menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

77. Alucinação não-afetiva de qualquer modalidade

Alucinações nas quais o conteúdo não tem relação aparente com elação ou depressão.

0 = ausente

7 = presente durante uma porção significativa de tempo no período de 1 mês (menos se tratado com êxito)

1 = presente durante qualquer outra duração ou duração não está especificada

78. Diagnóstico em toda a vida de abuso/ dependência de álcool

Uso continuado apesar do conhecimento de ter um problema persistente ou recorrente social, ocupacional, psicológico ou físico que é causado ou exacerbado pelo uso de álcool; ou uso recorrente em situações nas quais é fisicamente prejudicial; ou sintomas claramente indicativos de dependência.

Um dos supracitados deve ter ocorrido persistentemente durante pelo menos 1 mês; ou repetidamente durante um período mais longo.

0 = não                      1 = sim

79. Diagnóstico em toda a vida de abuso/ dependência de *Cannabis*

Uso continuado apesar do conhecimento de ter um problema persistente ou recorrente social, ocupacional, psicológico ou físico que é causado ou exacerbado pelo uso de *Cannabis*; ou uso recorrente em situações nas quais é fisicamente prejudicial; ou sintomas claramente indicativos de dependência.

Um dos supracitados deve ter ocorrido persistentemente durante pelo menos 1 mês; ou repetidamente durante um período mais longo.

0 = não                      1 = sim

80. Diagnóstico em toda a vida de abuso/dependência de outras substâncias

Uso continuado apesar do conhecimento de ter um problema persistente ou recorrente social, ocupacional, psicológico ou físico que é causado ou exacerbado pelo uso de outras substâncias; ou uso recorrente em situações nas quais é fisicamente prejudicial; ou sintomas claramente indicativos de dependência. Um dos supracitados deve ter ocorrido persistentemente durante pelo menos 1 mês; ou repetidamente durante um período mais longo.

0 = não                      1 = sim

81. Abuso/dependência de álcool com psicopatologia

Abuso ou dependência como definido no item 78 acompanhado por qualquer dos itens precedentes que descrevem psicopatologia.

0 = não                      1 = sim

82. Abuso/dependência de *Cannabis* com psicopatologia



2 = prejuízo no papel mais importante da vida com clara redução na produtividade e/ou foi criticado por isso

3 = não funciona nada no papel mais importante da vida durante mais de 2 dias ou foi requerida a internação, ou ocorreram sintomas psicóticos ativos, tais como delírios ou alucinações

88. Deterioração do nível de funcionamento pré-mórbido

O doente não recupera o nível de funcionamento social, ocupacional ou emocional pré-mórbido, após um episódio agudo da doença.

0 = ausente

1 = presente

89. Os sintomas psicóticos respondem aos neurolépticos

Avaliar globalmente o período total. Cotar positivamente se a doença parece responder a qualquer tipo de neuroléptico (*depot* ou oral), ou se ocorre recaída quando a medicação é suspensa.

0 = não

1 = sim

90. Curso da doença

1 = Episódio único com boa recuperação

4 = Doença crônica contínua

2 = Episódios múltiplos com boa recuperação entre eles

5 = Doença crônica contínua com deterioração

3 = Episódios múltiplos com recuperação parcial entre eles

Cotar este item em sentido hierárquico, por exemplo, se o curso da doença no passado foi cotado 2, mas se no presente for 4, então a cotação correta é 4.

## ANEXO 3

### Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS)

#### 1. COMPORTAMENTO GLOBAL

##### 1.1 Cuidado pessoal do paciente no último mês

Perguntar sobre:

- (a) higiene pessoal: tomar banho, barbear-se, manutenção das roupas, cabelos, unhas (limpas e cuidadas), etc.
- (b) hábitos de alimentação.
- (c) manutenção da moradia arrumada (por exemplo, o próprio quarto).

##### *PERGUNTAS GUIA:*

- *Como tem sido a higiene pessoal no último mês? Troca de roupa regularmente? Lava-se e se barbeia regularmente? E com relação a tomar banho e escovar os dentes?*
- *O paciente se alimenta regularmente? E quanto ao tipo de alimentação? Está engordando? Consegue cozinhar e colocar a mesa?*
- *Como o paciente se comporta em público? Como são suas maneiras no geral? E suas maneiras na mesa?*
- *O quanto o paciente é vaidoso com relação a sua aparência? É muito largado na maneira de vestir? Como é que se mostra quando está em público? Suas roupas são geralmente limpas, passadas, sem furos ou rasgões? Está de acordo com a temperatura ou estação do ano? O paciente tem alguma noção de moda?*

**0= Sem disfunção:** nível e padrão de cuidado pessoal normal com o contexto cultural do paciente; paciente tem um interesse razoável em sua aparência.

**1= Disfunção mínima:** paciente mantém padrões razoáveis de (a), (b) e (c) com alguma (ocasional) ajuda; ou padrões estão pouco diminuídos quando não há ajuda; alguma perda de interesse na própria aparência.

**2= Disfunção óbvia:** perda do cuidado pessoal além da disfunção mínima é claramente estabelecida; paciente causa uma impressão desfavorável. Deterioração da aparência em grau leve.

**3= Disfunção séria:** marcado declínio em todos os aspectos de cuidado pessoal; evidência de negligência, por exemplo, aparência extravagante ou de mendigo.

**4= Disfunção muito séria:** expõe o paciente a riscos como mal-nutrição desidratação ou infecção e com gravidade que necessite intervenção social.

**5= Disfunção máxima:** paciente totalmente desinteressado com sua aparência, incapaz de se cuidar; ajuda constante é necessária para (a), (b) e (c); a negligência pessoal é grande quando a ajuda não é intensiva. Use este código em casos extremos, por exemplo, quando o paciente urina e/ou defeca na roupa, se não tiver ajuda.

**9= Não é possível avaliar**

## **1.2 Diminuição da atividade no último mês**

Perguntar sobre:

(a) Tempo despendido durante o dia, no que o contexto cultural considera não estar fazendo nada, por exemplo, ficar deitado na cama acordado ou sentado sem ocupação; não conversar com as pessoas. Fazer uma estimativa do comportamento típico durante o último mês. Não inclua tempo dependido assistindo TV e outros comportamentos passivos, mas culturalmente aceitos.

*PERGUNTAS GUIA:*

- *O paciente tem se mantido razoavelmente ocupado no último mês? Ele tem muitas coisas para fazer? Poderia listar coisas que o paciente faz para (ou com) outras pessoas, que não seja apenas de seu interesse? Por exemplo, formas de entretenimento?*
- *O paciente sempre fica parado sem fazer nada? Como se não tivesse nada para fazer? O que acontece quando é sugerido para o paciente fazer alguma coisa? Seria possível descrever como é quando o paciente não está fazendo coisa alguma? Quantas horas por dia ele fica assim?*
- *Como é que as pessoas se sentem quanto à maneira de o paciente passar o seu tempo? Ele é encorajado a fazer alguma coisa? O quanto o comportamento do paciente afeta a rotina das outras pessoas?*

**0= Sem disfunção:** paciente razoavelmente ativo e ocupado durante o dia (levar em consideração normas culturais e expectativas), sem ajuda ou encorajamento.

**1= Disfunção mínima:** em dias típicos no último mês o paciente gastava entre **2 a 4 horas** fazendo nada.

**2= Disfunção óbvia:** perda da atividade em média de **4 a 6 horas** durante o dia.

**3= Disfunção séria:** perda da atividade em média de **6 a 8 horas**; necessita estimulação ocasional para a execução de simples tarefas durante o dia.

**4= Disfunção muito séria:** gasta umas 8 horas por dia fazendo nada; requisita contínua ajuda para manter-se.

**5= Disfunção máxima:** paciente não faz nada durante o dia; não executa as mais elementares tarefas sem constante encorajamento e ajuda; quase perda completa da iniciativa na maior parte do tempo no último mês.

**9= Não é possível avaliar**

## **1.3 Lentidão**

Perguntar sobre:

(a) Velocidade do movimento global e agilidade na execução das atividades diárias no último mês.

*PERGUNTAS GUIA:*

- *Como está a velocidade dos movimentos do paciente? Ele demora muito para fazer as atividades do dia-a-dia, tais como, lavar-se, vestir-se, ficar pronto para o trabalho, comer? A velocidade de seus movimentos é previsível e compatível com a situação?*
- *Como é a velocidade de seu pensamento? Ele é rápido para responder perguntas simples? Quanto tempo demora, para ele tomar uma decisão ou expressar uma opinião? Quão perceptivo e rápido ele é para entender a opinião de alguém (cair a ficha)?*
- *O paciente consegue geralmente terminar o que começa? Ou ele larga as coisas pela metade? Com que entusiasmo ele faz as coisas? Ele tem a tendência ir mais devagar depois que ele começa? E com relação a fazer coisas junto com outra pessoa? Ele consegue manter o mesmo ritmo da outra pessoa?*

- *O que as outras pessoas sentem com relação à lentidão do paciente? As pessoas têm que dizer para o paciente se apressar? Quão difícil é para empurrar o paciente? Alguém tem que pegar e terminar o que ele está fazendo? O paciente é assim o tempo todo?*

**0= Sem disfunção:** a velocidade do movimento e a execução das atividades diárias são normais.

**1= Disfunção mínima:** demora mais do que o normal na execução das tarefas habituais, mas pode desempenhá-las após ter iniciado; ou mostra períodos de lentificação extrema, estando normal em outros movimentos.

**2= Disfunção óbvia:** lentificação do movimento definitivamente presente a maioria do tempo, mas não interfere significativamente com a rotina diária do paciente.

**3= Disfunção séria:** lentificação presente na maior parte do tempo e interfere com a maioria das atividades do paciente.

**4= Disfunção muito séria:** lentificação marcada e persiste durante o dia; as atividades são feitas com grande dificuldade.

**5= Disfunção máxima:** todo ou a maior parte do tempo no último mês, paciente tem estado extremamente lento para se mover ou cuidar das tarefas habituais como vestir, comer, etc. A lentificação pode chegar à ausência de movimentos por horas num período ininterrupto de tempo.

**9= Não é possível avaliar**

#### **1.4 Isolamento social no último mês**

Perguntar sobre:

(a) esquivas ativas à interação com pessoas (verbal ou não verbal), por exemplo, conversar com as pessoas presentes;

(b) esquivas ativas de estar na presença física de outras pessoas. Em (b) inclui a esquiva do paciente em atividades sociais fora de casa, como visitar parentes ou amigos, sair com amigos, ou participar de jogos.

OBS: Desde que o comportamento do tipo (b) deva estar ausente para que o comportamento do tipo (a) seja manifestado, (b) deverá ser considerado como um grau mais grave de distúrbio do que (a). Outras manifestações de isolamento, por exemplo, interagir com pessoas por telefone evitando sua presença deverá ter escore (1) ou (2).

**PERGUNTAS GUIA:**

- *Como é que o paciente é quando está com outras pessoas? Ele evita falar com pessoas da família? E com amigos e colegas? E com visitas? Como ele é em situações do cotidiano, por exemplo, com o carteiro, vizinhos, pessoas em lojas, na rua, no ônibus?*
- *No último mês, o paciente evitou estar na presença de certas pessoas? Ele fica na mesma peça da casa que o resto da família? O que acontece quando amigos e parentes vêm? Alguma vez o paciente os visita? O paciente abre a porta, atende o telefone, faz alguma compra no comércio?*
- *Qual o desempenho do paciente em uma conversa? Ele inicia? Se alguém inicia uma conversa, ele dá continuidade? Ele demonstra interesse no que o outro está dizendo? Ele faz comentários ou perguntas?*
- *Como as pessoas se sentem com o isolamento do paciente? Alguém encoraja-o a ser mais sociável? Alguém insiste para ele se misturar? Como?*

**0= Sem disfunção:** paciente se mistura, conversa e geralmente interage com as pessoas de acordo com as expectativas de seu contexto sociocultural; não há evidência de esquivas às pessoas.

- 1= Disfunção mínima:** algum isolamento social e solidão, mas mistura-se com as pessoas se encorajado.
- 2= Disfunção óbvia:** mantém um contato social restrito; evita estar com outras pessoas.
- 3= Disfunção séria:** clara tendência para isolamento, mas ainda responde ao encorajamento.
- 4= Disfunção muito séria:** marcada tendência ao isolamento; não responde se for encorajado.
- 5= Disfunção máxima:** durante o último mês, praticamente não interagiu socialmente com ninguém; esta inacessível; evita ativamente tanto companhia quanto conversação; pode freqüentemente trancar-se no quarto; ou vaguear sem destino sem fazer contatos com pessoas a maior parte do dia.
- 9= Não é possível avaliar**

## 2 PAPÉIS SOCIAIS

### 2.1 Participação nas atividades domésticas durante o último mês

Perguntar sobre:

(a) participação do paciente nas atividades domésticas comuns, como comer junto com as outras pessoas, fazer trabalhos domésticos, sair ou fazer visitas acompanhado, jogar, assistir televisão, etc.

(b) participação do paciente nas decisões sobre a casa, por exemplo, decisões sobre as crianças, dinheiro, etc. Para donas de casa considerar os trabalhos domésticos que uma dona-de-casa geralmente faz. Faça uma avaliação sem considerar se o paciente foi requisitado para participar, se fica na dele ou se foi rejeitado de alguma forma.

*PERGUNTAS GUIA:*

- *O(a) paciente é um(a) bom(boa) esposo(a)? É um(a) bom(boa) pai(mãe)? Que tipo de coisas o paciente faz por sua família? De que maneira ele participa das atividades da casa?*
- *Quando se pensa na família do paciente, de que forma ele se ajusta ao rimo familiar? Quão bem o paciente desempenha suas atividades junto à família?*
- *O paciente participa das situações envolvendo os membros da família? Ou permanece alheio? Ele sente-se orgulhado diante da realização de alguém? Preocupa-se com os problemas da família? Ele pede o conselho de familiares? Ele confia no familiar? O paciente conforta o familiar? A família confia nele? Divertem-se juntos? O paciente é solicitado a dar conselhos em questões pessoais?*
- *E com relação à perda de interesse na família? O paciente é encorajado a fazer parte das coisas da família? É dado espaço para ele participar ou interessar-se? O comportamento dele preocupa a família? O que mudou na família desde que o paciente tornou-se assim? Ele é assim o tempo todo?*

**0= Sem disfunção:** paciente participa nas atividades domésticas de acordo com o esperado para o seu sexo, idade, posição na casa e contexto sócio-cultural.

**1= Disfunção mínima:** paciente participa menos do que seria o esperado e tem menos interesse em (b), embora esta participação seria normalmente esperada para alguém nas mesmas circunstâncias.

**2= Disfunção óbvia:** a participação doméstica é reduzida a pequenas funções familiares, feitas algumas vezes com incompetência.

**3= Disfunção séria:** perda da participação e da competência nas atividades domésticas, sendo excluído das decisões feitas pelos outros membros.

**4= Disfunção muito séria:** não toma parte em nenhuma atividade comum; está alienado da rotina diária; vive separado da casa como uma unidade.

**5= Disfunção máxima:** paciente se exclui totalmente ou é excluído da participação em qualquer atividade doméstica comum; atrapalha o funcionamento da casa como um todo.

**8= Informação indisponível**

**9= Não é possível avaliar**

**\* 2.2 Papel no casamento: relação afetiva com esposo(a) durante o último mês**

(i) \* Este item requer informação comprobatória do paciente.

(ii) Aqui esposo(a) significa um parceiro heterossexual estável independente da situação legal

Perguntar sobre:

(a) comunicação do paciente com esposo(a) (por exemplo, conversar com esposo/a sobre eventos comuns, novidades, as crianças etc.)

(b) habilidade do paciente para demonstrar afeição e carinho com o esposo(a) (ocasionais explosões de raiva ou irritabilidade devem ser avaliadas com relação à norma cultural).

(c) sentimento do esposo/a de que o paciente seja uma fonte de suporte para o qual o esposo(a) possa se voltar. Solicite exemplos.

*PERGUNTAS GUIA:*

- *Como o paciente descreve seu casamento? O(a) esposo(a) é bom/boa para o paciente? Com que freqüência o casal conversa? O cônjuge é um confidente do paciente? O cônjuge está ciente dos problemas do paciente? Se não, por quê?*
- *Ele(a) (cônjuge) é afetuoso(a)? Importa-se com o paciente? Lembra o aniversário do paciente? Ele(a) elogia o paciente, por exemplo, pela comida, roupas, aparência?*
- *O paciente confia no cônjuge? Ele(a) é confiável? Sustenta o paciente? O cônjuge é um problema para o paciente? De que maneira?*
- *O casal discute? Que coisas são discutidas? Quais são os argumentos do paciente? Quanto tempo dura a discórdia? Quem geralmente vence? O cônjuge torna-se violento? O paciente tem medo? O divórcio já foi considerado?*

**0= Sem disfunção:** a relação do paciente com o esposo/a não mudou daquela que seria considerada "normal" para sua idade, sexo e contexto sócio-cultural.

**1= Disfunção mínima:** a relação do paciente com esposo/a definitivamente perturbada especialmente em relação a (b) e (c). Esposo/a sente que o paciente tornou-se emocionalmente mais distante e indiferente.

**2= Disfunção óbvia:** falência consistente na parte suportiva do relacionamento; somente ocasionais e raras as expressões de afeto.

**3= Disfunção séria:** paciente está emocionalmente embotado em relação ao esposo/a; a afeição está se perdendo.

**4= Disfunção muito séria:** ocasionalmente o parceiro/a sente estar sendo ameaçado fisicamente pelo paciente.

**5= Disfunção máxima:** relacionamento com esposo/a seriamente perturbado; não há comunicação possível; paciente pode estar hostil e agressivo com esposo/a; no último mês, esposo/a promoveu ação para separação física.

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável:** por exemplo, se o paciente não for casado(a) ou se não estiver morando com esposo(a) ou parceiro(a) durante o último mês.

**\* 2.3. Papel no casamento: relações sexuais com esposo(a) durante último mês**

(i) \* Este item requer informação comprobatória do paciente.

Considerar:

- (a) ocorrência de relação sexual no último mês.
- (b) Se o paciente tem satisfação com as relações sexuais.
- (c) Se o esposo/a tem satisfação com as relações sexuais.

**PERGUNTAS GUIA:**

- *O paciente tem problema sexual? Teve sexo no último mês? A vida sexual do paciente é satisfatória? E o cônjuge acha a sua satisfatória?*
- *Se há problemas sexuais, como o paciente lida com isso? O cônjuge faz tudo que o paciente quer? O paciente incomoda o cônjuge?*
- *O cônjuge já pensou em largar o paciente? Tem medo dele(a)? Ele(a) é sempre assim?*

**0= Sem disfunção:** ocorreu relação sexual ocorreu no último mês; nem o paciente e nem o esposo/a acharam suas relações sexuais insatisfatórias.

**1= Disfunção mínima:** relações sexuais ocorreram no último mês, mas tanto o paciente quanto o esposo/a acharam suas relações sexuais insatisfatórias (por exemplo, perda de prazer ou esposo/a “solicitando mais”). Se a relação sexual não ocorreu (embora houvesse oportunidade) e o interesse do paciente por sexo diminuiu, marcar entre 2 e 4, dependendo da estimativa da severidade. Grau de perda de interesse e iniciativa levando em conta sexo deve ser considerado na escolha do escore.

**2= Disfunção óbvia:** o interesse e a iniciativa sexual do paciente diminuíram, ou seu envolvimento na relação sexual desviou do padrão estabelecido previamente (por exemplo, solicitava mais as relações, até um grau inaceitável para o esposo/a, não levando em consideração os sentimentos e prazer do esposo/a).

**3= Disfunção séria:** um grau mais severo de distúrbio do que 2; sem iniciativa sexual; ou avanços para o parceiro/a totalmente inapropriados e sem consideração, em comparação com o padrão anterior.

**4= Disfunção muito séria:** grau mais severo do que 3; evita qualquer sinal de intimidade, ou definitiva aversão pelo esposo(a).

**5= Disfunção máxima:** persistente e total perda de interesse sexual no esposo(a).

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável**

**2.4 Papel paterno e materno: interesse e cuidado com criança(s) durante último mês**

- (i) \* Este item requer informação comprobatória do paciente.

Considerar:

(a) dedicação e performance no cuidado da criança de acordo com a posição do paciente na casa (por exemplo, alimentação, colocar na cama, levar à escola – para crianças pequenas; olhar pelas necessidades das crianças – para crianças mais velhas);

(b) interesse na criança (por exemplo, brincar, ler para ela, ter interesse nos seus problemas, lição de casa, etc.).

OBS: Se as crianças não moram com o paciente, considerar e avaliar somente (b).

**PERGUNTAS GUIA:**

- *O paciente é um bom pai/mãe? O que ele faz pelas crianças? Quem acorda as crianças pela manhã? Quem serve o alimento? Quem cuida das crianças quando ficam doentes? Quem compra sua comida e roupas?*
- *Quão próximo o paciente é dos filhos? Ele compra presentes de aniversário? Brinca? Preocupa-se com as coisas da escola? O paciente leva os filhos para sair? Elas confiam nele? Ele ouve-as? O paciente educa os filhos se necessário? Ele se preocupa com o futuro deles?*

- *O familiar aprova as atitudes do paciente para com os filhos? Se não aprova, qual é o motivo? Será que o familiar acha que o paciente deveria ser, por exemplo, mais envolvido, querido, rigoroso?*
- *Será que o paciente poderia representar algum perigo para os filhos? Já esteve excessivamente violento? As crianças tem medo dele?*

**0= Sem disfunção:** paciente participa do cuidado da criança de acordo com o esperado para seu contexto sócio-cultural no papel de pai e mãe e mostra interesse na criança(s).

**1= Disfunção mínima:** paciente incapaz de desempenhar, sem ajuda ou alguma supervisão, o cuidado com a criança, o que habitualmente seria considerado dele/a; ou tem menos interesse na criança/s do que seria esperado.

**2= Disfunção óbvia:** competência em desempenhar as funções de pai e mãe rotineiras de acordo com a cultura está significativamente reduzidos; aumentaram as responsabilidades no cuidado da criança para o esposo(a).

**3= Disfunção séria:** como acima, mas todo cuidado com a criança é praticamente feito pelo esposo(a)

**4= Disfunção muito séria:** as funções paternas/maternas são feitas totalmente pelo esposo/a ou parentes (amigos); mais ainda, instituições externas (por exemplo, social, médica, legal) foram chamadas para intervir; não há confiança para deixar o paciente sozinho com as crianças.

**5= Disfunção máxima:** paciente totalmente incapaz para cuidar da criança/s e pode ser um risco devido a negligência, perda de interesse, ou mesmo hostilidade com as criança(s).

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável**

**\* 2.5 Papel sexual: relações com outras pessoas que não o parceiro conjugal durante o último mês.**

- (i) \* Este item requer informação comprobatória do paciente.  
 (ii) Paciente solteiro ou paciente que não more com o esposo(a).

Considerar:

- (a) interesse heterossexual (ou homossexual) e reações emocionais apresentadas pelo paciente;  
 (b) relações atuais ou contatos buscados pelo paciente (independente se há ou não relações sexuais envolvidas).

**PERGUNTAS GUIA:**

- *O paciente tem namorado? Ele vai a algum lugar para namorar ou “ficar” com alguém? Nunca “sai” com alguém? Quanto tempo e energia o paciente gasta em situações como estas?*
- *O paciente consegue convidar alguém para sair? Será que alguém pode vir a gostar do paciente? O paciente já foi visto ficando com alguém? Se sim, como era essa pessoa? Quanto tempo dura seus relacionamentos?*
- *Será que o paciente vai, um dia, se casar? E ele quer se casar? O familiar se preocupa que ele não vá se casar? Alguém já tentou arranjar um encontro para o paciente? E como o paciente reage neste caso?*
- *O paciente divide suas intimidades com o familiar? Em que grau? A falta de um(a) namorado(a) perturba o familiar?*

**0= Sem disfunção:** paciente tem correntemente relação, ou apresenta interesse emocional/sexual, numa pessoa, sendo apropriado para seu contexto sócio-cultural.

**1= Disfunção mínima:** paciente tem mostrado interesse sexual ou tem tido contatos casuais, mas não estabeleceu relação apesar de ter existido oportunidades.

**2= Disfunção óbvia:** evidência de diminuição de interesse sexual, ou mesmo se demonstra algum interesse, não se aproxima da outra pessoa.

**3= Disfunção séria:** paciente não mostra interesse sexual ou somente se interessa e tem iniciativas que são claramente irrealísticas ou inapropriadas.

**4= Disfunção muito séria:** completa indiferença ao estímulo sexual; ou manifesta atitudes bizarras com pessoas sexualmente aceitáveis.

**5= Disfunção máxima:** paciente receia e evita e/ou mostra hostilidade para com pessoas do sexo oposto; risco de violência pode ser considerado.

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável,** por exemplo, se paciente for casado; ou circunstâncias em que não haja possibilidade de contatos sexuais; ou normas culturais impossibilitem este contato.

#### **\* 2.6 Contatos sociais: discussão nas relações interpessoais fora de casa no último mês**

(i) \* Este item requer informação comprobatória do paciente.

Considerar: claro comportamento conflituoso do paciente envolvendo argumentos inapropriados, aborrecimentos, raiva ou marcada irritabilidade aparecendo em situações sociais fora de casa, por exemplo:

(a) com supervisores, colegas, clientes, etc., se o paciente estiver trabalhando;

(b) com vizinhos, outras pessoas da comunidade, etc., se o paciente é uma dona de casa ou não trabalha;

(c) com professores, administradores, outros estudantes, etc., se o paciente é um estudante. Para pacientes em pensão ou outras acomodações comunitárias, incluir discussão com outros hóspedes.

#### **PERGUNTAS GUIA:**

- *Como o paciente se comporta com estranhos? Ele é educado? Supondo que alguém lhe pergunte as horas ou uma informação? Ele se comporta bem em público? Ele consegue esperar a sua vez em filas?*
- *Como o paciente “se dá” com pessoas no trabalho, escola, universidade, vizinhos? Será que gostam dele? O paciente já comentou alguma discussão? Alguma vez ele já se envolveu em brigas?*
- *Como o paciente se comporta com pessoas que não gostam dele? Consegue se controlar em público?*
- *Quais as conseqüências do comportamento do paciente na família? Ele já deixou alguém envergonhado? A família já teve que consertar algum erro do paciente nesse sentido? Ele é assim o tempo todo?*

**0= Sem disfunção:** não há discussão indevida nas relações interpessoais; relaciona-se razoavelmente bem com outras pessoas; é apreciado e geralmente bem aceito nas atividades grupais.

**1= Disfunção mínima:** alguma discussão ocorreu em ocasiões isoladas no último mês, mas não ocorreram conflitos sérios ou desentendimentos; tolerado pelas pessoas.

**2= Disfunção óbvia:** as respostas do paciente às pessoas tendem a ser beligerantes ou argumentativas; isto é observado pelos outros e leva a um certo ostracismo.

**3= Disfunção séria:** desentendimento visível com pelo menos uma pessoa, afetou marcadamente a aceitação e integração do paciente com seu grupo social ou ocupacional e ambiental.

**4= Disfunção muito séria:** mais generalizado ou mais grave o desentendimento, causando sérios problemas na vida diária e/ou trabalho; agentes externos podem ser chamados para mediar.

**5= Disfunção muito séria:** paciente está num conflito sério e contínuo com um ou mais indivíduos numa das categorias (a), (b) ou (c). Tensão enorme, hostilidade, raiva, ou violência para com um indivíduo particular deverá ter escore (5), mesmo que as relações com outras pessoas sejam aceitáveis. Em contrapartida, um escore de (5) deverá também ser dado quando um conflito generalizado, embora não excepcionalmente grave, esteja presente entre o paciente e muitas outras pessoas, levando a exclusão das atividades sociais e/ou sanções, principalmente de agentes externos tiveram que ser envolvidos para a situação ficar sob controle.

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável**

## **2.7 Papel ocupacional: performance no trabalho durante o último mês** **(incluindo estudantes e pessoas em emprego abrigado)**

(i) \* Este item requer informação comprobatória do paciente.

Perguntar sobre:

(a) se o paciente se enquadra à rotina de trabalho – se vai trabalhar regularmente e pontualmente, respeitando às regras, etc;

(b) qualidade da performance e produção. Trabalhos domésticos estão excluídos deste item (item 2.1). Se o informante principal for incapaz de fornecer informação, faça uma avaliação após consultar fontes alternativas.

### **PERGUNTAS GUIA:**

- *O paciente vai ao trabalho regularmente? O familiar tem algum problema ao levá-lo ao trabalho? Quantos dias ele “matou” o trabalho no último mês?*
- *O paciente gosta de seu trabalho? Como é que se sabe? Ele conversa sobre trabalho com a família? Ele sente-se orgulhoso pelo que faz?*
- *Como o paciente lida com seu trabalho? Ele já reclamou que era muita coisa para ele? Quando chega em casa, parece exausto? Já esteve assim alguma vez?*
- *A família pode contar com a renda do paciente? As atitudes do paciente causam problemas financeiros para a família? A família consegue lidar bem com isso?*
- *Como o familiar se sente com relação ao trabalho do paciente? Preocupa-se com o futuro dele? De que maneira isso afeta o resto da família?*

**0= Sem disfunção:** paciente trabalha ou estuda regularmente; produção e qualidade da performance dentro de níveis aceitáveis para a função.

**1= Disfunção mínima:** quando comparado com o empregado médio (ou o estudante), no mesmo tipo de trabalho ou na mesma escola, classe, etc., o paciente esteve ausente do trabalho com mais frequência no último mês; ou houve um declínio perceptível em sua produção e qualidade de performance; ou paciente se queixa que o trabalho está muito pesado para ele. Se a descrição acima se aplica para trabalho abrigado, atribuir escore 2.

**2= Disfunção óbvia:** como acima, mas agravada por uma visível perda de interesse pelo paciente.

**3= Disfunção séria:** marcado declínio da performance e produção; isto é percebido pelas pessoas responsáveis do trabalho (ou da escola) como ruptura.

**4= Disfunção muito séria:** deterioração na performance atingiu um ponto crítico; paciente está com risco de sanções administrativas.

**5= Disfunção máxima:** paciente ausentou-se do trabalho a maior parte do tempo; ou tem mostrado negligência grosseira ou perigosa no trabalho por mais de uma vez; ou performance tem sido extremamente pobre; por alguma destas razões, foram tomadas sanções administrativas (p.ex., demissão do trabalho).

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável,** por exemplo, paciente não está empregado ou é dona de casa.

## **2.8 Papel ocupacional: interesse em conseguir emprego ou voltar ao trabalho ou estudos**

OBS: Para avaliar pacientes que já tem idade para trabalhar, mas atualmente não estão empregados ou não estão trabalhando; incluir estudantes. Se o paciente for dona de casa, pondere sobre as expectativas locais a respeito de donas de casa procurando emprego fora de casa ou não, considere:

- (a) interesse em obter ou retornar ao trabalho e estudos;
- (b) medidas tomadas atualmente para obter um emprego ou iniciar estudos.

### **PERGUNTAS GUIA:**

- *O paciente gostaria de voltar ao trabalho? Se sim, de que maneira ele demonstra? Procura emprego? Quando? Como? Ele já quis/buscou algum emprego?*
- *Já foi oferecido algum emprego para o paciente? Se sim, o que aconteceu?*
- *O paciente comenta sobre voltar a trabalhar? Ele já pediu conselhos ao médico? O que o médico disse?*
- *Como o familiar se sente com o fato de o paciente não estar trabalhando? Que tipo de preocupações isso causa na família? Preocupam-se com o futuro do paciente?*
- *O desemprego do paciente causa problemas financeiros na família? O quê foi feito a esse respeito?*

**0= Sem disfunção:** paciente fala sobre seu interesse na obtenção de um emprego ou estudo; há evidência de que durante o último mês tem tomado providências ativas para conseguir um emprego ou continuar estudos.

**1= Disfunção mínima:** paciente declara ter interesse em obter emprego (estudo); mas fez apenas tentativas tímidas para conseguir um emprego ou continuar estudando; ou tentativas que são irrealísticas.

**2= Disfunção óbvia:** paciente mostra hesitação; consideraria conseguir um emprego (estudo) se empurrado; sem iniciativa própria.

**3= Disfunção séria:** paciente não cogita a idéia de trabalhar ou estudar; dá várias desculpas irrealísticas para isto; não responde a persuasão.

**4= Disfunção muito séria:** total perda de interesse em trabalhar (estudar) e não se preocupa com a perspectiva de ficar sem ocupação.

**5= Disfunção máxima:** paciente resiste a idéia de conseguir emprego (ou continuar estudos); evitou ou rejeitou oportunidade real de obter emprego ou estudar; ou tem revelado fantasias totalmente irrealísticas a esse respeito.

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável**

## **\* 2.9 Interesse e informações durante o mês que passou**

- (i) \* Este item requer informação comprobatória do paciente.

Considere:

- (a) interesse mostrado pelo paciente em eventos locais ou mundiais ou em outros assuntos proporcionais a seu nível social, educacional e inteligência.
- (b) Esforços para obter tal informação.

### **PERGUNTAS GUIA:**

- *O paciente demonstra algum interesse pelo que está acontecendo ao seu redor? Que tipo de coisas interessam-no? De que maneira o paciente demonstra seu interesse? Compra jornais e revistas? Torce por algum time? Compra CDs?*

- *O paciente se interessa por pessoas ao seu redor? Ele conversa sobre o que outras pessoas estão fazendo? Com quem?*
- *Quão envolvido o paciente fica com coisas que lhe interessam? Ele comenta sobre coisas que tenha aprendido?*
- *O familiar pode contar com o paciente para saber, por exemplo, o dia do vencimento de uma conta?*
- *O desinteresse do paciente preocupa a família? Tentam estimular seu interesse?*

**0= Sem Disfunção:** paciente mostrando interesse em eventos locais ou mundiais e procurando informação (por exemplo, lendo jornais livros ou outra literatura, ouvindo noticiários do rádio, assistindo programas de TV ou conversando com outras pessoas), de forma adequada a seu contexto sócio-cultural.

**1= Disfunção Mínima:** paciente mostra interesse menor que a média em eventos locais e mundiais e não está fazendo esforços especiais para obter informação, ocasionalmente lê jornais ou outras literaturas, ou escuta noticiários de rádio ou assiste programas de TV.

**2= Disfunção óbvia:** paciente não se preocupa com informação, não lê, pode ocasionalmente ouvir rádio ou ver TV. Tem apenas idéias superficiais a respeito de eventos locais ou mundiais.

**3= Disfunção séria:** paciente mostra falhas grosseiras e óbvias na informação sobre eventos correntes, que a maioria das pessoas saberiam a respeito.

**4= Disfunção muito séria:** paciente mostra falta quase total de informação, embora reivindique superficialmente o contrário ao responder a questão.

**5= Disfunção máxima:** paciente totalmente desinteressado dos eventos locais ou mundiais, não lê nada, não assiste TV e não escuta rádio.

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável**

#### 2.10 Comportamento do paciente em emergências ou situações fora do comum, que tenham ocorrido nos últimos seis meses

Considere a resposta do paciente a eventos tais como:

- doença ou acidente envolvendo membro da família;
- doença, acidente ou incidente envolvendo outras pessoas;
- emergências menores (por ex: quebra de equipamento)
- qualquer outra situação fora da rotina para o paciente que normalmente requeira ação (por ex: pedir que tome conta de uma criança, pedir para o paciente mandar uma mensagem, etc.).

#### *PERGUNTAS GUIA:*

- *O paciente tem iniciativa?*
- *A família confiaria no paciente para cuidar de uma criança?*
- *Dá para confiar no paciente para transmitir uma mensagem?*
- *Que problemas a falta de confiança no paciente causa à família? Precisa ser supervisionado? Pode ser deixado sozinho em casa?*

**0= Sem disfunção:** paciente tem respondido de forma adequada e razoavelmente eficiente a situações não usuais.

**1= Disfunção mínima:** paciente tem mostrado alguma resposta e preocupação, mas nenhuma iniciativa própria e pouca eficiência se instruído como agir.

**2= Disfunção óbvia:** resposta ineficiente e inadequada para as situações na qual a maior parte das pessoas teria achado soluções sem dificuldade.

**3= Disfunção séria:** paciente tem mostrado incompetência (mas não indiferença) nas situações com potenciais conseqüências perigosas.

**4= Disfunção muito séria:** paciente tem mostrado indiferença, e também incompetência, em situações com potenciais conseqüências perigosas.

**5= Disfunção máxima:** paciente tem mostrado indiferença e apatia total em situações, cuja resposta seria simples e possível; isto tem causado conseqüências adversas.

**8= Informação indisponível**

**9= Não aplicável**

### 3. PACIENTE NO HOSPITAL

OBS: A sessão 3 não deverá ser respondida. Deve ser aplicada somente com pacientes internados.

### 4. FATORES MODIFICADORES

#### 4.1 Recursos pessoais

**4.1.1** Durante os **últimos 6 meses** o paciente teve alguma atividade regular com o **objetivo de aumentar seu conhecimento** ou de obter ou melhorar habilidades numa área particular, por exemplo: aulas de costura, cozinha, mecânica, carpintaria, encanamento, outras atividades tipo “faça você mesmo”, leitura para graduação, aprendizado de língua estrangeira, aprendizado de um negócio?

Atribuir o escore baseado no real esforço despendido, independente do paciente ser estudante, freqüentar qualquer curso local, ou apenas por estudar por sua própria conta; não considerar aqui leitura como forma de lazer.

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**9= não sabe ou não foi perguntado**

**4.1.2** Durante a maior parte do tempo nos **últimos 6 meses** o paciente teve algum interesse especial ou alguma atividade regular em especial em qualquer área? (inclua aqui *hobbies*, esportes, tocar instrumentos musicais, atividades artísticas, etc.).

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**9= não sabe ou não foi perguntado**

#### OBSERVAÇÃO

**4.1.3** No julgamento do entrevistador o paciente tem algum recurso ou habilidade **acima da média** em qualquer área, por exemplo: inteligência superior, talentos especiais, habilidades especiais ou realizações que são altamente valorizadas na comunidade do paciente, aparência muito atraente?

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**8= impossível avaliar**

**9= não se sabe ou não foi perguntado**

### **OBSERVAÇÃO**

**4.1.4** Há qualquer outra característica no **ambiente** em que o paciente vive que, na avaliação do entrevistador, **POSSA ESTAR INFLUENCIANDO POSITIVAMENTE** o nível de funcionamento do paciente, por exemplo: participação em grupo social de apoio, ser financeiramente privilegiado, morar confortavelmente, ou qualquer outra característica, mesmo que de menor importância, como ter e **cuidar** de um animal de estimação? Considere a cultura local e as circunstâncias socioeconômicas ao fazer a avaliação.

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**8= impossível avaliado**

**9= não se sabe ou não foi perguntado**

**4.1.5** Paciente tem uma relação íntima estável com qualquer pessoa, que não um parente ou cônjuge? Isto é, uma pessoa com quem o paciente discute problemas pessoais, divide interesses específicos, pede conselhos, etc.? Note que o escore deste item não pode ser 1 se um escore de 5 foi dado ao item 1.4. (se Isolamento Social 5 = disfunção máxima)

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**8= impossível avaliar**

**9= não se sabe**

### **4.2 Fatores modificadores favoráveis:**

### **OBSERVAÇÃO**

**4.2.1** Há qualquer característica do meio atual do paciente que imponha ao mesmo alguma desvantagem específica? Exemplos: pertencer a um grupo desprivilegiado; não falar a língua local fluentemente; moradia **muito** inadequada; dificuldades financeiras **sérias** ou **pobreza**; ambiente doméstico **severamente** perturbado; membros da família **gravemente** doentes ou incapacitados. Contudo, **sem que haja relação com a doença do paciente**.

#### *PERGUNTAS GUIA:*

- *Como está a situação financeira da família? Falta dinheiro para a comida e remédios? Sempre falta dinheiro no final do mês?*
- *Como é a casa? Têm luz, água? É precária? O bairro é muito perigoso, com assalto e/ou tiroteios?*
- *E os familiares, são muito perturbados? O ambiente doméstico é caótico? Têm outros doentes mentais ou com problemas físicos?*

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**8= impossível avaliar**

**9= não se sabe**

### **OBSERVAÇÃO**

**4.2.2** O paciente tem algum déficit físico, neurológico ou sensorial?

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**9= não conhecido ou não perguntado**

### **OBSERVAÇÃO**

**4.2.3** Há qualquer outra característica do paciente que no julgamento do entrevistador influencia desfavoravelmente o nível de funcionamento do paciente? Por exemplo, distúrbio da personalidade, aparência, hábitos?

**0= não**

**1= sim**, especifique: \_\_\_\_\_

**8= impossível avaliar**

**9= não conhecido ou não perguntado**

### **4.3 Atmosfera Doméstica**

OBS: Os itens desta seção foram incluídos para abordar condições como a “Emoção Expressada”.

### **OBSERVAÇÃO**

**4.3.1** Na avaliação do entrevistador quem foi a pessoa mais importante no ambiente doméstico do paciente nos últimos 6 meses?

OBS: A pessoa mais importante é aquela que passou mais tempo com o paciente.

0= nenhuma pessoa mais importante identificável

1= mãe

2= pai

3= cônjuge

4= outro parente, especificar: \_\_\_\_\_

5= outra pessoa não parente, especificar: \_\_\_\_\_

9= impossível avaliar

**4.3.2** Estime quantas horas de contato direto (acordado), face-a-face, o paciente teve com a pessoa mais importante indicada acima, durante uma semana em média, do mês passado. Contato face-a-face implica na presença física da pessoa.

*PERGUNTA GUIA:*

- *Em um dia típico, quantas horas o paciente fica em contato direto com a pessoa chave? (Multiplique o resultado por 7)*

Horas/semana: \_\_\_\_\_

OBS: Escreva 99 se não aplicável.

### **OBSERVAÇÃO**

**4.3.3** Com base em todas as impressões e informações disponíveis avalie o nível de envolvimento emocional com o paciente demonstrado pela figura chave (pessoa mais importante) no mês passado. Note que este escore avalia a intensidade do envolvimento emocional, pouco levando em conta sua qualidade (que pode ser positiva ou negativa). Não há nenhum escore normal ou anormal, a escala refere-se apenas a temperatura emocional da interação.

**0= Nenhum envolvimento emocional é observado.** A figura chave é estritamente reservada e insípida na interação diária com o paciente.

**1= Há algum envolvimento emocional**, mas a figura chave permanece algo indiferente na relação com o paciente.

**2= Envolvimento emocional considerável** com manifestações que podem incluir, entre outras coisas: figura chave mostra preocupação real, teve que se adaptar ao comportamento do paciente fez coisas específicas para suprir a necessidade do paciente.

**3= Envolvimento emocional muito forte.** Manifestações podem incluir entre outras coisas: figura chave excessiva e constantemente preocupada com o paciente, respondendo emocionalmente e seus problemas; vida diária da figura chave inteiramente dominada pelos problemas do paciente.

**8= Impossível avaliar.**

**9= Não aplicável,** nenhuma figura chave identificável ou não perguntado.

**4.3.4** Avalie o grau em que no mês passado a figura chave indicada acima exerceu controle (no sentido de organizar a rotina diária do paciente) e pressionou o paciente em relação a sua performance.

Considere:

(a) controle exercício sobre a execução de tarefas diárias;

(b) demandas, pressões e expectativas de atividades a serem realizadas pelo paciente, acima de seu nível espontâneo de performance.

**0= nenhuma pressão indevida**

**1= pressão indevida exercida em ocasiões específicas** (por exemplo: paciente forçado a socializar-se para gratificar a figura chave).

**2= pressão indevida exercida no paciente constantemente** (por exemplo: figura chave insiste na obediência total do paciente)

**8= impossível avaliar**

**9= não aplicável,** nenhuma figura chave identificado ou não perguntado.

#### **OBSERVAÇÃO**

**4.3.5** Avalie qualquer evidência surgida durante a entrevista, assim como a impressão global, de quaisquer evidências de rejeição do paciente pela figura chave na família ou ambiente domiciliar.

Considere o tom de voz, críticas manifestas, comentários abusivos, expressões de desagrado, etc., feitos a respeito do paciente.

**0= nenhuma rejeição**

**1= críticas ocasionais,** sempre relacionadas a comportamentos específicos do paciente

**2= expressões ocasionais de desagrado** em relação à pessoa do paciente

**3= 1 e 2 presentes e freqüentes**

**8= impossível avaliar**

**9= não aplicável,** nenhuma figura chave identificada ou não foi perguntado.

**4.3.6** Avalie o acesso do paciente à privacidade em seu ambiente domiciliar

Considere:

(a) oportunidade de retirar-se fisicamente da companhia dos outros;

(b) aceitabilidade de tal comportamento no lar. Avalie o acesso potencial à privacidade e não o uso real de tais oportunidades.

**0= paciente tem acesso à privacidade e sua ausência seria aceitável aos outros membros da casa**

**1= paciente tem acesso à privacidade, mas sua ausência seria inaceitável**

**2= nenhuma oportunidade para privacidade**

**8= impossível avaliar**

**9= Não aplicável,** nenhuma figura chave identificada ou não foi perguntado.

#### **4.4 Suporte Externo**

**4.4.1** No mês passado o paciente ou sua família procurou, mas não recebeu, ajuda externa ou assistência para qualquer problema?

Considere:

- (a) assistência financeira ou ajuda material em espécie;
- (b) assistência em dirigir a casa, ou cuidar das crianças;
- (c) assistência em quaisquer atividades da família ou da casa.

- de parentes;
- de vizinhos, amigos ou outros membros da comunidade local;
- de agentes comunitários, por exemplo: médicos, assistentes sociais, esquemas de reabilitação, administração local. Especificar: \_\_\_\_\_
- de outras fontes, por exemplo: organizações voluntárias, corporações religiosas.

Especificar: \_\_\_\_\_

**0= não**

**1= sim**

**8= não sabe**

**9= não aplicável**

**4.4.2** No mês passado o paciente ou sua família realmente recebeu ajuda do tipo especificado em 4.4.1

- de parentes;
- de vizinhos, amigos ou outros membros da comunidade local.
- de agentes comunitários, por exemplo: médicos, assistentes sociais, esquemas de reabilitação, administração local. Especificar: \_\_\_\_\_
- de outras fontes, por exemplo: organizações voluntárias, corporações religiosas.

Especificar: \_\_\_\_\_

**0= não**

**1= sim**

**8= não sabe**

**9= não aplicável**

#### **OBSERVAÇÃO**

**4.4.3** Com base em uma avaliação de situação econômica atual do país, quão fácil seria, no julgamento do entrevistador, para um indivíduo da mesma idade, sexo e nível educacional do paciente, mas que não tivesse uma história de doença mental, conseguir qualquer trabalho logo, no presente momento.

**0= muito fácil.** Emprego imediatamente disponível.

**1= alguma dificuldade em achar o emprego certo,** mas nenhum obstáculo sério.

**2= muito difícil,** poucos empregos apropriados disponíveis.

**3= quase impossível conseguir qualquer emprego,** devido às circunstâncias econômicas atuais.

**8= impossível julgar**

**9= não aplicável**

OBSERVAÇÃO  
5. AVALIAÇÃO GLOBAL

Considerando todas as informações obtidas e avaliadas nesse escala, qual a sua avaliação geral do ajustamento social atual deste paciente? Por favor, observe que esta avaliação global do ajustamento social **não deve refletir mecanicamente as incapacidades específicas** obtidas nas secções que abordam comportamentos e papéis particulares; **deve ser baseada no julgamento do total funcionamento social do paciente** em relação aos padrões apropriados ao seu contexto sócio-econômico na sua especificidade cultural.

**0= excelente ou ajustamento muito bom**

**1= ajustamento bom**

**2= ajustamento razoável**

**3= ajustamento pobre**

**4= desajustamento grave**

**5= desajustamento muito grave**

**8= impossível atribuir um escore**

**BREVE RESUMO**

Por favor, escreva **no verso** um “retrato” deste paciente como uma pessoa, e de seu ambiente no qual ele/ela vive. Se o paciente pertence a um grupo social com certas características especiais, descreva-o também.

## ANEXO 4

### Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ)

Estas afirmações se referem a algumas de suas experiências enquanto você estava crescendo, desde criança e até sua adolescência. Compreendemos a natureza pessoal de muitas destas questões, mas ainda assim gostaríamos que você tentasse respondê-las o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, coloque um X na resposta que melhor descrever como você se sentiu. Se você desejar mudar sua resposta, risque a errada.

Enquanto eu crescia...	Nunca foi verdade	Raramente foi verdade	Algumas vezes foi verdade	Muitas vezes foi verdade	Quase sempre foi verdade
1. Eu não tinha comida suficiente para comer.					
2. Eu sabia que havia alguém para me cuidar e me proteger					
3. As pessoas, na minha família, me chamavam de coisas do tipo "estúpido", "preguiçoso" ou "feio de doer".					
4. Meus pais estavam sempre muito bêbados ou drogados para cuidar da família.					
5. Havia alguém na família que ajudava a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tinha que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado.					
8. Eu achava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da família que por isto tive que ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não havia nada que eu desejasse mudar em minha família.					
11. Alguém, em minha família, me bateu tanto que isso me deixou com marcas e contusões (roxo).					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou várias outras coisas que machucavam.					
13. As pessoas em minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas, em minha família, disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui fisicamente abusado (machucado).					
16. Eu tive uma infância perfeita.					
17. Eu apanhei tanto que isso foi notado por um professor, vizinho ou médico.					
18. Eu sentia que alguém na minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam próximas umas das outras (como uma família).					
20. Alguém tentou me tocar de maneira sexual ou me obrigou a tocá-lo.					
21. Alguém ameaçou me machucar, ou contar mentiras sobre mim, se eu não fizesse algo sexual com ele ou ela.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Alguém tentou me obrigar a praticar algo sexual, ou a assistir algum ato sexual, ou coisas relativas a sexo.					
24. Alguém já me molestou (importunou, bolinou, "se passou" comigo).					
25. Eu acredito que fui emocionalmente maltratado (humilhado, ofendido, desvalorizado)					
26. Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisasse.					
27. Eu acredito que fui sexualmente abusado.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio sempre que precisei.					

