



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO - POSNEURO

TATIANA CALDAS NEVES DA SILVA

SINTOMAS NEGATIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL NA ESQUIZOFRENIA

Recife

2018

TATIANA CALDAS NEVES DA SILVA

SINTOMAS NEGATIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL NA ESQUIZOFRENIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Área de concentração: Neurociências.

Orientador: Prof^o. Dr. Everton Botelho Sougey.

Recife

2018

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

S586s Silva, Tatiana Caldas Neves da.
Sintomas negativos e capacidade funcional na esquizofrenia / Tatiana Caldas
Neves da Silva. – Recife: o autor, 2018.
103 f. ; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de
Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências
do Comportamento.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Esquizofrenia. 2. Atividades cotidianas. 3. Comportamento. I. Sougey,
Everton Botelho (orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 300)

TATIANA CALDAS NEVES DA SILVA

SINTOMAS NEGATIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL NA ESQUIZOFRENIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Neurociências.

Aprovada em: 27/07/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Everton Botelho Sougey
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Tatiana de Paula Santana da Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Selene Cordeiro Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Nélia e Neves, por todo o suporte para conseguir chegar até aqui. Jamais terei como retribuir tudo que recebi de vocês...

Ao meu filho, Miguel, que já em seu nascimento e diariamente ensina-me sobre a pressa, em especial, a de ser feliz.

Ao meu companheiro, Eduardo, e meu enteado, Pedro, por entenderem as minhas ausências, pela paciência e por apoiar meu crescimento. Nego, ao final tudo é mais leve contigo...

A minha prima e osteopata, Brenda, por me fortalecer para que eu suporte a cada dia mais...

Aos amigos, em especial, Alice, Marília e Leandro, por se fazerem sempre presentes.

A “família” de terapeutas ocupacionais do Hospital das Clínicas por dividirem comigo o peso e a alegria para além do profissional.

A um antigo paciente, Júnior, pela inspiração e exemplo.

Aos membros do Ambulatório de Saúde Mental que me acolheram e apoiaram, em especial, a cada voluntário que aceitou fazer parte desta investigação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Everton Sougey, pela orientação e conhecimento. A Dr^a. Ada Caldas, pelo acolhimento e incentivo. A Prof.^a Dr^a. Selene Vasconcelos e a Prof.^a Dr^a. Tatiana Silva pela disponibilidade e gentileza nos momentos de dificuldade. As apreciações de todos vocês foram fundamentais no decurso deste trabalho.

Aos membros da Posneuro, em especial, Prof.^a. Dr^a. Sandra Souza, pelo exemplo de força e resiliência.

Aos membros da banca examinadora por aceitarem o convite e pela colaboração.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse trabalho, em especial, André Câmara.

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade (NISE DA SILVEIRA).

RESUMO

Sintomas negativos são comuns nos transtornos mentais, sobretudo na esquizofrenia, considerada a oitava doença mais incapacitante do mundo. Além da mensuração desses sintomas, a análise sobre seus impactos na capacidade funcional pode ser um importante parâmetro no manejo terapêutico desses pacientes. Nesse sentido, a presente dissertação teve como objetivo verificar qual subdomínio dos sintomas negativos está mais correlacionado ao declínio da capacidade funcional. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal em amostra não probabilística ($n = 30$). Foram aplicados os instrumentos: *Brief Negative Symptom* (BNSS) e *UCSD Performance Based Skills Assessment* – versão abreviada (UPSA-B), além de questionário sociodemográfico. Os dados foram analisados por meio de parâmetros de estatística descritiva e inferencial. Houve predomínio do gênero masculino (60%), além de elevada taxa de desemprego (46,7%) e benefício (53,3%). Observou-se um déficit significativo da capacidade funcional (45,49), tendo em vista o escore de 21,01 pontos abaixo do ponto de corte, além de maior prejuízo nas habilidades financeiras (25,67). Dentre os sintomas negativos, houve maior comprometimento do gesto do afeto embotado (3,33); comportamento da sociabilidade (3,13); experiência interna da avolição (2,97) e prazer esperado da anedonia (2,93), bem como predominância do subdomínio Motivação Prazer. Entretanto, ressalta-se que foi a Expressividade Emocional o subdomínio que obteve maior correlação com a capacidade funcional (-0,53) com prejuízos tanto nas habilidades financeiras (-0,42) quanto nas habilidades de comunicação (-0,44). Em relação à última, destaca-se, também, a importante correlação com o comportamento da sociabilidade (-0,61), apesar de este pertencer a outro subdomínio. Na esquizofrenia, os sintomas negativos mais comuns pertencem ao subdomínio da Motivação Prazer. Entretanto, destaca-se a influência do subdomínio Expressividade Emocional que associado ao comportamento da sociabilidade prejudica significativamente a capacidade funcional de indivíduos com esquizofrenia, em especial, sua habilidade de comunicação, tão necessária para um comportamento social e independente de vida.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Atividades cotidianas. Comportamento.

ABSTRACT

Negative symptoms are common in mental disorders, especially in schizophrenia, considered the eighth most disabling disease in the world. In addition to measuring these symptoms, the analysis of their impact on functional capacity may be an important parameter in the therapeutic management of these patients. In this sense, the present dissertation had the objective of verifying which subdomain of the negative symptoms has greater correlation to functional capacity decline. This is a descriptive-exploratory cross-sectional study on a non-probabilistic sample (n = 30). The study applied the instruments: Brief Negative Symptom (BNSS) and UCSD Performance Based Skills Assessment – abbreviated version (UPSA-B), as well as a sociodemographic questionnaire. The data was analyzed using descriptive and inferential statistic parameters. There was a predominance of the male gender (60%), as well as high unemployment rate (46.7%) and disability benefits (53.3%). There was a significant functional capacity deficit (45.49), in view of the score of 21.01 points below the cut-off point, as well as considerable deficit in financial skills (25.67). Among the negative symptoms, there was a greater impairment of the gesture of blunt affection (3.33); behavior of sociability (3.13); internal experience of avolition (2.97) and expected pleasure of anhedonia (2.93), as well as a predominance of the subdomain Motivation Pleasure. However, it is important to emphasize that the Emotional Expressiveness subdomain obtained the highest correlation with functional capacity (-0.53), with losses in both financial skills (-0.42) and communication skills (-0.44). In relation to the latter, it is also important to highlight its correlation with sociability behavior (-0.61), even though it belongs to another subdomain. In schizophrenia, the most common negative symptoms belong to the Pleasure Motivation subdomain. However, there is important influence from the Emotional Expressiveness subdomain, which when associated with sociability behavior significantly impairs the functional capacity of individuals with schizophrenia, especially their communication skills – so necessary for social and independent behavior in life.

Key words: Schizophrenia. Activities of Daily Living. Behavior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas, clínicas e marcos funcionais da amostra.....	29
Tabela 2 –	Estatísticas dos itens relativos às subescalas da UPSA-B.....	31
Tabela 3 –	Estatísticas dos itens relativos às subescalas da BNSS.....	32
Tabela 4 –	Correlações entre subdomínios e subescalas da BNSS e UPSA-B.....	33
Tabela 5 –	Correlações entre os itens das subescalas da BNSS e UPSA-B.....	35
Tabela 6 –	Média, desvio padrão e mediana dos subdomínios e subescalas da BNSS segundo a renda familiar.....	37
Tabela 7 –	Média, desvio padrão e mediana dos subdomínios e subescalas da BNSS segundo a ocorrência de comorbidades psiquiátricas ou neurológicas.....	38
Tabela 8 –	Média, desvio padrão e mediana das subescalas da UPSA-B segundo o sexo.....	39
Tabela 9 –	Média, desvio padrão e mediana das subescalas da UPSA-B segundo o estado civil.....	39
Tabela 10 –	Média, desvio padrão e mediana das subescalas da UPSA-B segundo a escolaridade.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
BNSS	<i>Brief Negative Symptom</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EE	Expressividade Emocional
FDA	<i>Food Drugs and Administration</i>
HC	Hospital das Clínicas
MATRICS	<i>Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia</i>
MP	Motivação/Prazer
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPSA – B – UCSD	<i>Performance Based Skills Assessment</i> - Avaliação Baseada no Desempenho da Universidade da Califórnia em São Diego – versão abreviada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	HIPÓTESE	20
5	MATERIAL E MÉTODOS	21
5.1	DESENHO DO ESTUDO	21
5.2	LOCAL DE ESTUDO	21
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO	21
5.3.1	Critérios de inclusão	21
5.3.2	Critérios de exclusão	21
5.4	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E MARCOS FUNCIONAIS	22
5.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA	23
5.5.1	Identificação dos participantes	23
5.5.2	Avaliação dos sintomas negativos	23
5.5.3	Avaliação da capacidade funcional	24
5.5.3.1	Habilidades financeiras	25
5.5.3.1.1	<i>Cálculo de troco</i>	25
5.5.3.1.2	<i>Preenchimento de cheque</i>	25
5.5.3.2	Habilidades de comunicação	26
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	27
5.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5.8	ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	28
6	RESULTADOS	29
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E MARCOS FUNCIONAIS DA AMOSTRA	29
6.2	ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL	31
6.3	ANÁLISES DOS SINTOMAS NEGATIVOS	32
6.4	ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS NEGATIVOS E	

	CAPACIDADE FUNCIONAL	33
6.5	ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS NEGATIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E MARCOS FUNCIONAIS DA AMOSTRA	36
7	DISCUSSÃO	41
8	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES	58
	APÊNDICE C – FICHA DE INTERPRETAÇÃO	59
	ANEXO A – BRIEF NEGATIVE SYMPTOM (BNSS)	60
	ANEXO B – UCSD PERFORMANCE BASED SKILLS ASSESSMENT (UPSA-B-BR)	68

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia foi inicialmente conceituada, por Kraepelin em 1893, como uma demência precoce de curso crônico e deteriorante, caracterizada por sintomas que posteriormente foram denominados sintomas negativos (ELKIS, 2000; SILVA, 2012). Os termos “positivo” e “negativo” foram usados pela primeira vez pelo médico John Russel Reynolds em 1857, o termo positivo referindo-se ao exagero de uma função ou comportamento e o termo negativo à diminuição das atividades vitais. Poucos anos após, Hughlings Jackson, neurologista britânico, sugeriu uma hierarquia entre as funções mentais, na qual aquelas consideradas superiores (negativas) controlariam ou inibiriam as inferiores (positivas) (AVRICHIR, 2004).

Em 1908, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, propôs pela primeira vez o uso do termo esquizofrenia (esquizo = divisão, phrenia = mente) e definiu os sintomas patognomônicos da doença, dividindo-os em fundamentais e acessórios. Os primeiros, considerados os quatro A's - associação, ambivalência, autismo e afeto, envolvem uma perda das funções estando sempre presentes, caracterizando a doença. Os últimos, os acessórios - alucinações e delírios correspondem a alterações das funções psíquicas, sendo observados apenas nos episódios agudos. Kurt Schneider, psicopatologista alemão em 1948, também defendia que os sintomas de primeira ordem (chamados negativos desde então) é que seriam patognomônicos no diagnóstico da esquizofrenia. Na época, buscava-se a identificação de subgrupos psicopatológicos na tentativa de obter uma maior compreensão de sua etiologia (SILVA, 2006).

Bleuler e Kraepelin definiram a esquizofrenia baseando-se nessa estrutura, ou seja, nos sintomas “fundamentais” acompanhados de sintomas “acessórios”. A Esquizofrenia tipo II de Crow (1982), a síndrome negativa de Andreasen e a síndrome deficitária de Carpenter (1988), representam algumas dessas tentativas. Crow propôs dicotimização da doença em síndrome positiva com alucinações e delírios e síndrome negativa com embotamento afetivo e pobreza do discurso. Para esse autor, a esquizofrenia do tipo II era caracterizada por um predomínio de sintomas negativos (SILVA, 2006). Já Andreasen e Olsen defendiam a simplificação e polarização nos subtipos “positivo”, “negativo” e “misto”. Por último, a síndrome deficitária proposta por Carpenter com o predomínio de sintomas negativos

duradouros e primários (AVRICHIR, 2004).

Percebe-se que partindo de uma concepção psicopatológica, sempre se procurou dividir e agrupar os diferentes sintomas para melhor compreender a doença e, apesar das variações em seu conceito, a esquizofrenia quase sempre foi descrita em termos dessa dicotomia positivo/negativo (QUILES; PROUTEAU; VERDOUX, 2013). No decorrer do tempo os sintomas negativos assumiram tamanho reconhecimento que em 1994 passaram a compor oficialmente os critérios diagnósticos. Apesar de ser uma doença antiga e dos avanços científicos dos últimos anos, em especial, na neuroimagem, a esquizofrenia permanece com etiologia desconhecida sendo considerado um transtorno do desenvolvimento desencadeado por fatores genéticos, epigenéticos e ambientais (ELKIS, 2000; MILLAN, 2014; VIZOTTO, 2013).

Segundo a classificação psiquiátrica americana, o Manual Diagnóstico e Estatístico - 4ª edição revisada (DSM-IV-TR, APA, 2000), para o seu diagnóstico é necessária presença de ao menos dois dos seguintes sintomas: ideias delirantes, alucinações, discurso e comportamento desorganizado, além dos sintomas negativos já citados. Vale ressaltar, que a disfunção social/ocupacional é tão relevante que é necessária sua presença durante boa parte do curso do transtorno para que seja atribuído o diagnóstico (SILVA, 2012). Acrescenta-se que em sua quinta edição (DSM-V) os sintomas negativos não precisam necessariamente estar presentes, no entanto apresentam-se divididos em dois grandes grupos: expressão emocional diminuída e avolição. Por fim, alogia, anedonia e falta de sociabilidade também são referenciados como sintomas negativos (APA, 2014; MEDEIROS, 2017).

Sabe-se que a esquizofrenia possui uma incidência de 15,2 a cada 100.000 habitantes (MILLAN, 2014), afeta aproximadamente sete em cada mil adultos (KALACHE, 2014) e possui uma prevalência de 0,8% por ano no Brasil (MEDEIROS, 2017). Dessa forma, compromete não apenas a vida dos portadores do transtorno como também suas famílias e a sociedade em geral. Quando em pessoas menores de sessenta anos, nos países de alta renda, está associada à incapacidade moderada e grave (MENENDEZ-MIRANDA, 2015). A capacidade funcional está relacionada à aptidão do indivíduo em executar uma tarefa ou uma ação, necessária para comportamento independente de vida e comportamento social (MENENDEZ-MIRANDA, 2015; OMS, 2004; VIZZOTTO, 2013).

Utilizou-se a *UCSD Performance Based Skills Assessment* considerada o padrão ouro na avaliação da capacidade funcional na esquizofrenia tendo sido validada por Mantovani (2015) para uso no Brasil. Sua versão breve (UPSA-B) é recomendada pelo projeto *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia* (MATRICS) por sua vantagem de extrapolar o resultado da bateria para o desempenho do paciente em suas atividades do dia a dia, sendo capaz de capturar de 15 a 37% da variância em resultados do mundo real. (COUTURE, 2011; KALACHE, 2015; MANTOVANI, 2015). Portanto, ao analisarmos a capacidade funcional baseada em desempenho verificamos se os indivíduos são capazes de realizar certos comportamentos necessários para o funcionamento no dia a dia, como ser capaz de interagir adequadamente com outras pessoas (funcionamento social) e pagar contas ou remarcar uma consulta (funcionamento comunitário) (COUTURE, 2011; MANTOVANI, 2015; MENENDEZ-MIRANDA, 2015; VESTERAGER, 2012; KALACHE, 2014).

Percebe-se uma distinção importante entre a capacidade de realizar essas habilidades diárias em condições ideais, denominada capacidade funcional, e o desempenho do indivíduo no seu ambiente de vida habitual, chamado de funcionamento do mundo real, ou seja, de como o indivíduo exerce suas atividades diárias e se engaja na sua vida social (CAVALCANTI, 2010; OMS, 2004).

Logo, em comparação com a população geral, essas pessoas tendem a ter menor escolaridade, a estar mais desempregados, a ser solteiros, a não ter filhos, a ser incapazes de administrar a própria casa, além de ter pior qualidade de vida (MANTOVANI, 2015; ROMÃO, 2013). A avaliação desse tipo de funcionamento pode ser feita por meio do alcance nos marcos funcionais típicos da vida adulta, tais como emprego, a construção de uma família ou o sustento do lar, os quais são indicadores precisos de recuperação e variáveis analisadas neste estudo (ROCCA, 2014; YAMADA, 2010).

Diante das altas taxas de incapacidade em vários domínios, incluindo vida independente, funcionamento social e habilidades vocacionais, muito esforço tem sido feito no intuito de identificar os principais determinantes e direcionar intervenções mais efetivas (COUTURE, 2011; VASKINN, 2015; VENTURA, 2014). Vários já foram identificados incluindo percepção, história pré-mórbida, cognição social, capacidade funcional e crenças derrotistas, no entanto, considera-se, que os

déficits cognitivos e os sintomas negativos representam os principais fatores de incapacidade (GREEN, 2012; STRASSNIG, 2015).

O estudo de Rabinowitz realizado em 2012 com uma amostra significativa de 1447 pessoas sugeriu que os sintomas negativos estão mais fortemente ligados à função, em comparação com outros tipos de sintomas (KURTZ, 2013). Em contrapartida, Vesterager e colaboradores (2012) encontraram que eles são responsáveis por apenas uma pequena proporção (4-7%) da variação na capacidade funcional. Ventura e colaboradores (2015) afirmam que a sua presença no início da doença têm um amplo impacto na escola/trabalho, além de acarretar problemas sociais. Já Strassnig e colaboradores (2015) referem que eles preveem os déficits sociais, em pacientes com maior tempo de evolução da doença, mas que não prejudicam as atividades cotidianas e profissionais (DEL-MONTE, 2013). De uma forma geral, estamos apenas começando a entender a complexidade dos sintomas negativos e seu importante papel na recuperação.

O estudo dos conceitos relacionados a essa doença e sua etiologia são norteados por diferentes correntes de pensamento. Será adotado, neste estudo, a corrente que considera os sintomas negativos como um distúrbio neurocognitivo funcional, resultante de alterações nas conexões e redes de circuitos neurais em diferentes domínios da cognição e da emoção (AVRICHIR, 2004). Dessa forma, a disfunção frontal na esquizofrenia compromete múltiplos domínios e a capacidade de coordenar esses circuitos durante as tarefas de processamento de informações (CHEN, 2015). Os resultados no estudo de neuroimagem de Avsar e colaboradores (2013) corroboram com a interrupção de várias dessas redes neurais (função executiva, recompensa, emocional, *default mode network*) prejudicando assim uma resposta integrada na tomada de decisão dessas pessoas.

Nesse sentido, na concepção de Vercammen e colaboradores (2012) essas alterações em redes do controle cognitivo sobre o processamento da emoção pode ser à base dos prejuízos no comportamento dirigido a um objetivo e no funcionamento psicossocial desses indivíduos. Miotto (2012) defende que o córtex pré-frontal dorsolateral está associado ao controle e direcionamento de ações. O córtex pré-frontal ventral relaciona-se à busca de recompensa e regulação do comportamento. A região medial é responsável pela modulação do comportamento associado à apatia. Por fim, os processos metacognitivos relacionados à região frontal que dizem respeito à personalidade, cognição social e autocrítica.

Diferentemente do que considera a corrente anterior, também é importante destacar a corrente cognitiva defendida por Aaron Beck e colaboradores, a qual refere que a capacidade reduzida leva a experiências desencorajadoras o que geram crenças negativas generalizadas. Essas crenças disfuncionais, por sua vez, contribuem para diminuir a motivação e o interesse, o que é visto clinicamente como sintoma negativo (GREEN, 2012). Em linha com essa perspectiva, esses sintomas podem ser considerados primários ou uma reação psicológica secundária às crenças derrotistas (VASKINN, 2015).

Considerando que não havia concordância com relação à definição dos sintomas negativos, nem sobre quais seriam esses sintomas, o *National Institute of Mental Health* (NIMH) realizou em 2005 a Conferência de Desenvolvimento de Consenso sobre Sintomas Negativos de Esquizofrenia. Dentre as deliberações, foram delimitados os cinco sintomas negativos que serão, inclusive, considerados neste estudo, são eles: afeto embotado (diminuição da expressividade) e alogia (pobreza do discurso), os quais compõem o subdomínio Expressividade Emocional (EE); além de avolição (incapacidade de iniciar/persistir em atividade dirigida a um objetivo), anedonia (ausência de prazer) e asocialidade (falta de sociabilidade), os quais compõem o subdomínio da Motivação Prazer (GREEN, 2012; KIRKPATRICK *et al.*, 2011; ROCCA, 2014; STRAUSS *et al.*, 2015). Além disso, deliberou-se sobre a necessidade de criar instrumentos que fossem capazes de mensurar esse novo constructo dando origem a *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS) (MEDEIROS, 2017). Acrescenta-se que esse é o primeiro estudo brasileiro a utilizar esse instrumento, recentemente validado por Medeiros (2017).

Vale ressaltar que quando persistentes e significativos, os sintomas negativos são considerados um alvo terapêutico importante segundo o projeto MATRICS/NIMH. Apesar de haver mais de 40 antipsicóticos indicados para esquizofrenia, nenhum, até o presente momento, foi aprovado pelo *Food Drugs and Administration* (FDA) para o tratamento específico desses sintomas, o que tem levado a sua persistência em 20 a 25% dos casos ainda de primeiro episódio (DEL-MONTE, 2013; MEDEIROS, 2017; SÁNCHEZ, 2013; VENTURA, 2014).

Um estudo de meta análise conduzido por Fusar-Poli (2015) avaliou a eficácia do tratamento dos sintomas negativos em 168 ensaios clínicos randomizados e controlados. No entanto, não foram identificadas intervenções (psicofármacos e/ou psicossociais) que mostrassem efetividade referente à melhora

destes sintomas (MEDEIROS, 2017). Em contrapartida, um estudo conduzido por Rus-Calafell e colaboradores (2013) que fez uso da realidade virtual para treinamento das habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia obteve melhora da sintomatologia negativa, psicopatologia, disfunção social, além de contribuir para generalização de novas habilidades no funcionamento diário. Abordagens de reabilitação, tais como funcionamento sócio emocional, que auxiliem no manejo comportamental e no comportamento orientado para metas contribuem na redução da sintomatologia negativa e da incapacidade funcional na esquizofrenia (SERPER, 2017; DEPP, 2011).

A remissão psicopatológica e as intervenções psicossociais são a base do tratamento baseado em evidência na esquizofrenia. O primeiro visa reduzir e estabilizar os sintomas psiquiátricos, enquanto o último aborda o funcionamento para promover a integração na comunidade e melhorar a qualidade de vida (YAMADA, 2010). Entretanto, as limitações no tratamento farmacológico associadas às deficiências de alternativas não farmacológicas de tratamento em nosso meio, em especial, no âmbito ambulatorial, limitam o alcance de melhores resultados funcionais tendo em vista que apenas 40% dos pacientes apresentam uma capacidade funcional satisfatória. Portanto, a remissão funcional é um objetivo de tratamento, além de medida de eficácia e prognóstico (HORAN, 2010; LAMBERT, 2006; WALTHER, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que a recuperação de indivíduos com esquizofrenia se refere não apenas à melhora dos sintomas psicóticos, mas também a realização de um funcionamento produtivo e de uma vida independente. E diante da ausência de um consenso sobre as correlações dos sintomas negativos na capacidade funcional dessas pessoas, ressalta-se a importância dos métodos voltados a melhor mensuração e a uma compreensão mais específica dos sintomas negativos. Nesse sentido, além da mensuração dos seus subdomínios, a análise sobre seus impactos na capacidade funcional pode ser um importante parâmetro no manejo terapêutico dos pacientes, sendo a análise dessa correlação o diferencial desse estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar qual subdomínio dos sintomas negativos está mais correlacionado com o declínio da capacidade funcional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar os sintomas negativos de adultos com esquizofrenia;
- b) Verificar a capacidade funcional desses pacientes;
- c) Correlacionar os sintomas negativos e a capacidade funcional desses indivíduos.

4 HIPÓTESE

Maior correlação do subdomínio Motivação Prazer com os prejuízos na capacidade funcional de indivíduos com esquizofrenia.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo-exploratório, transversal, quantitativo.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa ocorreu no Ambulatório de Saúde Mental de um Hospital Universitário em Recife-PE, Brasil.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra foi não probabilística, perfazendo um total de trinta participantes, que após a consulta psiquiátrica foram convidados a participarem do estudo e responderam os instrumentos de pesquisa, a saber: questionário de identificação dos participantes com variáveis sociodemográficas, clínicas e marcos funcionais, além das versões brasileiras da BNSS e da UPSA-B.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes acima de 18 anos de idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de esquizofrenia realizado pelo médico Psiquiatra, de acordo com os critérios do DSM-IV, em cumprimento da prescrição medicamentosa e acompanhamento no respectivo ambulatório.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos analfabetos e/ou indivíduos com retardo mental por dificultar a compreensão dos instrumentos de pesquisa.

5.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E MARCOS FUNCIONAIS

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas, clínicas e marcos funcionais.

Variáveis	Enquadramento	Definição
Sociodemográficas	Sexo	Diferença física e constitutiva do homem e da mulher.
	Idade	Tempo decorrido em anos desde o nascimento do sujeito até o dia da coleta dos dados.
	Renda familiar	Soma da renda individual dos moradores do domicílio.
Clínicas	Tempo de diagnóstico	Tempo decorrido em anos desde o surgimento da doença até o dia da coleta dos dados.
	Comorbidades	Presença ou associação de duas ou mais doenças psiquiátricas ou neurológicas no mesmo paciente.
	Prescrição medicamentosa atual	Uso contínuo de medicação antipsicótica associada ou não a antidepressivo ou benzodiazepínico, conforme prescrição médica.
	Sintomas negativos	Estados deficitários em que os processos básicos emocionais e comportamentais estão diminuídos ou ausentes. São eles: afeto embotado (diminuição da expressividade); alogia (pobreza do discurso); avolição (incapacidade iniciar/persistir em atividade dirigida a um objetivo); anedonia (ausência de prazer); asocialidade (falta de sociabilidade).
Marcos funcionais	Estado civil	Situação do indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal. São eles: solteiro; casado ou coabitante.
	Filhos	Possuem-se filhos.
	Habitação	Com quem mora. São eles: habitação de origem e habitação independente
	Escolaridade	Período de educação em anos de estudo do sujeito até a data da entrevista. São eles: primário (1 a 4 anos), secundário (5 a 11 anos) e superior (> 11 anos).
	Trabalho	Profissão ou trabalho que realiza no momento. São eles: trabalha, desempregado/nunca trabalhou e em benefício.

	Capacidade funcional	Habilidade de executar tarefas cotidianas, simples ou complexas, necessárias para uma vida independente e autônoma na sociedade.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA

A coleta dos dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2017, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNCIDE A) e a preencher o questionário de identificação dos participantes (APÊNDICE B) e, se necessário, informações também foram coletadas nos prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e/ou com o Psiquiatra responsável. Em seguida, os voluntários foram triados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Após esse momento, foram aplicadas a *Brief Negative Symptom/BNSS* (ANEXO A) e a *UCSD Performance Based Skills Assessment* – versão abreviada UPSA-B (ANEXO B).

5.5.1 Identificação dos participantes

O questionário de identificação dos participantes, elaborado especificamente para esta pesquisa, foi respondido individualmente em local privado e reservado para este fim. Este questionário foi construído com as seguintes variáveis: sexo, idade, renda familiar, estado civil, filhos, habitação, escolaridade, trabalho, diagnóstico/subtipo, tempo de diagnóstico, comorbidades psiquiátricas e/ou neurológicas e prescrição medicamentosa atual. As variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos, de condições clínicas e marcos funcionais foram utilizadas para caracterização da população pesquisada.

5.5.2 Avaliação dos sintomas negativos

A *Brief Negative Symptom* (BNSS), validada para o Brasil (MEDEIROS, 2017), é uma escala breve de sintomas negativos para esquizofrenia que possui treze itens organizados em 5 subescalas, as quais avaliam os cinco principais

domínios de sintomas negativos. São itens de cada subescala: anedonia (intensidade de prazer durante as atividades, frequência de prazer durante as atividades, intensidade do prazer esperado de atividades futuras, ausência usual de emoções desagradáveis); sociabilidade (comportamento e experiência interna); avolição (comportamento e experiência interna); afeto embotado (expressão facial, expressão vocal, gestos expressivos); alogia (quantidade de fala e elaboração espontânea). As subescalas se distribuem em dois subdomínios: Expressividade Emocional (embotamento do afeto e alogia) e Motivação/Prazer (apatia, anedonia e asocialidade). Vale ressaltar, a vantagem que o instrumento oferece para reabilitação ao viabilizar a análise tanto da experiência interna quanto do comportamento observado de alguns sintomas, tendo em vista que o paciente pode melhorar inicialmente a experiência interna do sintoma sem necessariamente melhorar seu comportamento. Todos os itens são classificados em uma escala tipo Likert de sete pontos, variando de ausência do sintoma (0) a grave (6). A pontuação total da escala é feita pelo somatório dos itens individuais variando de 0 a 78 pontos. O tempo médio para aplicação do instrumento foi de 15 minutos.

5.5.3 Avaliação da capacidade funcional

Para avaliação da capacidade funcional foi utilizada *UCSD Performance Based Skills Assessment* – versão abreviada (UPSA-B), validada por Mantovani (2015) para uso no Brasil. Trata-se de uma simulação baseada no desempenho de atividades diárias em habilidades consideradas essenciais para o funcionamento na comunidade sendo capaz, inclusive, de prever independência residencial. A UPSA-B compreende as duas escalas mais significativa e é uma medida efetiva de capacidade funcional com propriedades psicométricas comparáveis ao instrumento original. A pontuação é feita com base na porcentagem de acertos dentro de cada um dos subdomínios “habilidades financeiras” e “habilidades de comunicação”, variando entre 0 e 50 cada, totalizando um escore de 100 pontos, com ponto de corte de 66,5 para UPSA-B, indicando que a pessoa não possui condição de morar sozinho (BECATTINI-OLIVEIRA, 2018). Pontuações acima de 66,5 indicam melhor capacidade funcional. O tempo médio para aplicação do instrumento foi de 15 minutos (GREEN, 2012; VESTERAGER, 2012).

5.5.3.1 Habilidades financeiras

Consiste na capacidade de manejo do dinheiro em espécie em transações que simulam a vida diária.

5.5.3.1.1 *Cálculo de troco*

Disponer em uma superfície na frente do paciente, da direita para a esquerda do examinador: 1 nota de dez reais; 2 notas de dois reais; 1 nota de cinco reais; 1 moeda de um real; 1 moeda de cinquenta centavos; 2 moedas de vinte e cinco centavos; 1 moeda de dez centavos; 2 moedas de cinco centavos. Após o término de cada etapa desta tarefa, o dinheiro precisa ser recolocado na posição original. Solicitar ao paciente as seguintes instruções (se necessário, as instruções poderão ser repetidas, mas somente 2 vezes):

- a) *Mostre dois reais e quinze centavos, apenas em moedas;*
- b) *Mostre sete reais e noventa centavos;*
- c) *Mostre catorze reais e quarenta centavos;*
- d) *Imagine que você tenha comprado alguns produtos em uma loja e tenha me dado, o caixa, dez reais para pagar. (Neste momento, o examinador pega a nota de dez reais do dinheiro apresentado ao paciente). Os produtos custaram R\$ 6,20. Mostre quanto de troco que eu tenho que lhe dar para R\$ 10,00.*

Para as três primeiras perguntas (a-c) atribuem-se um ponto para cada resposta correta, a quarta pergunta (d) atribui-se 2 pontos, e independente do número da questão, atribui-se 0 às respostas incorretas. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 5 e deve levar cerca de dois minutos para ser executada.

5.5.3.1.2 *Preenchimento de cheque*

Mostrar ao paciente uma conta de luz e entregar uma cópia do cheque dizendo: *imagine que você recebeu esta conta pelo correio. Por favor, preencha este cheque para pagar a conta. Use a data de hoje.* A pontuação é baseada nas seis etapas de preenchimento do cheque, que devem estar completas e corretas. Isto inclui se a data correta (dia / mês / ano do teste) no local correto; se está nominal

para a companhia correta (CEMIG); se a quantia por extenso (cento e onze reais e cinquenta e três centavos) e a quantia numérica (R\$111,53) estão no lugar correto e correspondem à quantia informada na conta; se o cheque está assinado (nome do paciente). Atribuem-se um ponto para cada resposta correta no local correto e 0 pontos para respostas incorretas ou posicionadas incorretamente. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 5 e deve levar cerca de três minutos para ser executada.

5.5.3.2 Habilidades de comunicação

A comunicação é avaliada por meio da realização de tarefas ao telefone. Posicionar o telefone em frente ao paciente e dar as seguintes instruções:

a) *Mostre para qual número você discaria, para obter ajuda, em caso de emergência.* Resposta: 190 ou 192 ou 193;

b) *Por favor, telefone para o Serviço de Informações (Auxílio à Lista) e peça o número de telefone de João Silva, morador de Santa Luzia! (Ou outra área, dentro da localidade do paciente).* Resposta: 102 – João Silva & Santa Luzia (ou a cidade alternativa mencionada pelo examinador);

c) *Escute com atenção este número e disque para ele “de cabeça”: 3596-6996;*

d) *Leia em voz alta a ficha de interpretação #4 (lembrete de consulta médica);*

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

f) *Retirar a ficha de interpretação e perguntar o seguinte: que duas coisas descritas no lembrete você precisa levar para a consulta?;*

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

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

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas percentuais para as variáveis categóricas e das estatísticas (média, desvio padrão, mediana e percentis) para as variáveis numéricas e inferencialmente por meio dos testes estatísticos t-Student com variâncias iguais ou Mann-Whitney na comparação de duas categorias e F (ANOVA) ou Kruskal-Wallis na comparação de mais de duas categorias.

A verificação da hipótese de normalidade dos dados foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk e a da igualdade de variâncias foi através do teste F de Levene. Para avaliar o grau de associação entre variáveis numéricas foi obtido o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman e foi utilizado um teste para a hipótese de correlação nula. Os testes t-Student com variâncias iguais, F (ANOVA) e a correlação de Pearson foram realizados quando verificadas distribuições normais (em cada categoria ou cada variável) e os testes de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação de Spearman nas situações de rejeição da normalidade dos dados em pelo uma das categorias ou variável.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi IBM - SPSS na versão 23.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os voluntários foram informados sobre o objetivo, riscos e benefícios do estudo e assinaram o TCLE (APÊNDICE A). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos por meio da plataforma Brasil (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde) obtendo o CAAE 76369317.7.0000.5208 e de número 106631/2017.

5.8 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo ofereceu um risco mínimo à saúde dos pacientes por não haver processos invasivos ou terapêuticos. Considerou-se risco a possibilidade de ocorrer algum constrangimento emocional durante o questionário e as avaliações. Contudo, a fim de minimizar esse risco não houve conduta invasiva à intimidade dos voluntários, foram adotadas medidas de proteção à confidencialidade e privacidade cujos dados coletados foram garantidos pelo sigilo e anonimato. Assim como, foi assegurada a opção de recusa em responder a uma questão específica do instrumento ou desistência de participação em qualquer fase da pesquisa. Neste caso, o participante seria excluído da amostra. As avaliações foram aplicadas de forma individual em ambiente hospitalar ambulatorial por profissional experiente na área de saúde mental.

Como o intuito foi verificar correlação entre os sintomas negativos e a capacidade funcional objetivou-se contribuir com um conhecimento mais específico para prática clínica dos profissionais envolvidos na assistência a esses participantes e, dessa forma, possibilitar o direcionamento de tratamentos mais eficazes na recuperação funcional dessa população. A pesquisa trouxe como benefícios diretos aos participantes a possibilidade de compreender melhor suas habilidades e dificuldades clínicas e funcionais, bem como receber orientações relacionadas ao seu manejo, sendo estas, realizadas pela própria pesquisadora.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E MARCOS FUNCIONAIS DA AMOSTRA

As características sociodemográficas e clínicas dessa população, inclusive, seus marcos funcionais, são representadas em escores e porcentagem na tabela 1. Mostram uma predominância do sexo masculino (60,0%); faixa etária entre 20 a 39 anos ou a partir dos 40 anos; escolaridade com 5 a 11 anos de estudo (73,3%); solteiros (80,0%); sem filhos (70%); residem em sua habitação de origem (73,3%); a renda familiar é de um salário mínimo (63,3%), desempregados (46,7%) e recebem benefício devido à esquizofrenia (53,3%).

Quanto às variáveis clínicas, predominantemente a esquizofrenia era do tipo paranóide (56,7%); tempo de diagnóstico entre 1 a 10 anos, 11 a 20 anos ou a partir de 21 anos; presença de comorbidades psiquiátricas ou neurológicas (16,7%); antipsicóticos atípicos (83,3%); benzodiazepínico ou antidepressivo associado (33,3%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, clínicas e marcos funcionais da amostra

Variáveis	N	%
TOTAL	30	100,0
Sexo		
Masculino	18	60,0
Feminino	12	40,0
Faixa etária (anos)		
20 a 39 anos	15	50,0
40 ou mais	15	50,0

Escolaridade

Primário (1 a 4)	1	3,3
Secundário (5 a 11)	22	73,3
Superior (>11)	7	23,3

Estado civil

Solteiro (a)	24	80,0
Casado (a) ou coabitante	6	20,0

Filhos

Sim	9	30,0
Não	21	70,0

Habitação

De origem	22	73,3
Independente	8	26,7

Trabalho

Desempregado	14	46,7
Em benefício	16	53,3

Renda familiar

1 salário mínimo	19	63,3
2 a 4 salários mínimos	8	26,7
5 ou mais mínimos	3	10,0

Subtipo da esquizofrenia

Paranóide	17	56,7
Hebefrênica	4	13,3
Simples	3	10,0
Refratária	1	3,3
Não especificada	5	16,7

Tempo de diagnóstico (anos)

1 a 10	12	40,0
11 a 20	9	30,0
21 ou mais	9	30,0

Comorbidades psiquiátricas ou neurológicas

Sim	5	16,7
-----	---	------

Não	25	83,3
-----	----	------

Classe de antipsicóticos

AT - Antipsicóticos típicos	5	16,7
AA - Antipsicóticos atípicos	25	83,3

Psicofármaco associado – Benzodiazepínico e/ou antidepressivo

Sim	10	33,3
Não	20	66,7

AT: Antipsicóticos Típicos. AA: Antipsicóticos Atípicos.

6.2 ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional verificada na tabela 2 a partir da análise da pontuação da UPSA-B apresentou um escore médio de 45,49 (DP. 22,97) e maior prejuízo na subescala de habilidades financeiras (25,67). Vale ressaltar que 80% da amostra apresentou o escore abaixo do ponto de corte estabelecido (66,5), demonstrando déficit na capacidade funcional e incapacidade de viver de forma independente.

Tabela 2 – Estatística dos itens relativos às subescalas da UPSA-B

Variável	Média	Desvio padrão	Mediana
Troco	3,43	1,70	4,00
Cheque	1,70	1,60	1,50
SHF (pontuação bruta)	5,13	2,76	5,00
SHF (% acerto)	25,67	13,82	25,00
Telefonar	1,73	1,39	2,00
Remarcas consulta	0,87	0,68	1,00
Memória	0,97	0,89	1,00
SHC (pontuação bruta)	3,57	2,28	4,00
SHC (% acerto)	19,82	12,69	22,22

UPSA-B Total (pontuação bruta)	8,70	4,38	10,00
UPSA-B Total (% acerto)	45,49	22,97	51,11

UPSA-B: *Performance Based Skills Assessment – versão abreviada*. SHF: Subescala de Habilidade Financeira. SHC: Subescala de Habilidade de Comunicação.

6.3 ANÁLISE DOS SINTOMAS NEGATIVOS

É possível verificar na tabela 3 as médias de cada subescala com valores mais elevados nos itens: gestos do afeto embotado (3,33), comportamento da sociabilidade (3,13), experiência interna da avolição (2,97) e prazer esperado da anedonia (2,93). Vale ressaltar o maior comprometimento do subdomínio Motivação Prazer (20,67).

Tabela 3 – Estatística dos itens relativos às subescalas da BNSS

Variável	Média	Desvio Padrão	Mediana
Intensidade	2,00	2,32	0,50
Frequência	2,90	2,12	3,00
Prazer esperado	2,93	2,46	3,00
Emoções desagradáveis	1,67	2,11	0,00
Subescala de anedonia	9,50	6,39	9,00
Comportamento	3,13	2,10	3,50
Experiência interna	2,27	2,20	1,50
Subescala sociabilidade	5,40	4,10	4,50
Comportamento	2,80	1,79	3,00
Experiência interna	2,97	1,87	2,50
Subescala avolição	5,77	3,54	5,50
Exp. Facial	2,47	1,43	2,00
Exp. Vocal	0,80	1,30	0,00
Gestos	3,33	1,56	3,00
Subescala afeto embotado	6,60	3,89	6,00

Quantidade de fala	1,07	1,48	0,00
Elaboração espontânea	1,83	2,28	0,00
Subescala alogia	2,90	3,65	0,50
MP	20,67	11,91	19,50
EE	9,50	7,22	6,50
BNSS Total	30,17	17,23	26,50

MP: Motivação/Prazer. EE: Expressão Emocional. BNSS: *Brief Negative Symptom*.

6.4 ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS NEGATIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL

As correlações entre os sintomas negativos e a capacidade funcional de adultos com esquizofrenia foi evidenciada na tabela 4 que mostra correlações negativas, indicando uma relação inversa entre as duas escalas. Podemos observar que a correlação mais elevada ocorreu entre o subdomínio Expressividade Emocional com a capacidade funcional (-0,53) apresentando prejuízos tanto nas habilidades financeiras (-0,42) quanto nas habilidades de comunicação (-0,44). Em seguida, observa-se a significativa correlação entre a subescala de sociabilidade com a habilidade de comunicação (-0,52). Portanto, ressalta-se a comunicação como a habilidade que sofreu maior impacto dos sintomas negativos.

Tabela 4 – Correlações entre subdomínios e subescalas da BNSS e UPSA-B

BNSS	UPSA – B		
	SHF	SHC	UPSA-B Total
Subescala de Anedonia	-0,05 (0,782) ¹	-0,16 (0,398) ²	-0,06 (0,758) ²
Subescala de Sociabilidade	-0,19 (0,303) ²	-0,52 (0,004*) ²	-0,41 (0,026*) ²

Subescala de Avolição	-0,09 (0,629) ¹	-0,38 (0,036*) ²	-0,25 (0,181) ²
Subescala Afeto Embotado	-0,40 (0,030*) ²	-0,40 (0,028*) ²	-0,49 (0,006*) ²
Subescala de Alogia	-0,40 (0,028*) ²	-0,33 (0,074) ²	-0,46 (0,010*) ²
MP	-0,13 (0,502) ¹	-0,33 (0,072) ²	-0,24 (0,205) ²
EE	-0,42 (0,019*) ²	-0,44 (0,016*) ²	-0,53 (0,003*) ²
BNSS Total	-0,29 (0,127) ¹	-0,39 (0,033*) ²	-0,35 (0,059) ²

(*) Estatisticamente significativo a 5 %. (1) Correlação de Pearson. (2) Correlação de Spearman.

UPSA-B: *Performance Based Skills Assessment* – versão abreviada. MP: Motivação/Prazer. EE: Expressão Emocional. BNSS: *Brief Negative Symptom*. SHF: Subescala de Habilidade Financeira. SHC: Subescala de Habilidade de Comunicação.

O comportamento clínico dos dados pode ser observado nos gráficos de dispersão abaixo que mostram os subdomínios da BNSS em relação à UPSA-B, indicando uma linha de tendência com maior inclinação na Expressividade Emocional o que evidencia a maior correlação deste subdomínio com a capacidade funcional na amostra.

Gráfico 1 - Dispersão entre subdomínio Motivação Prazer e UPSA-B

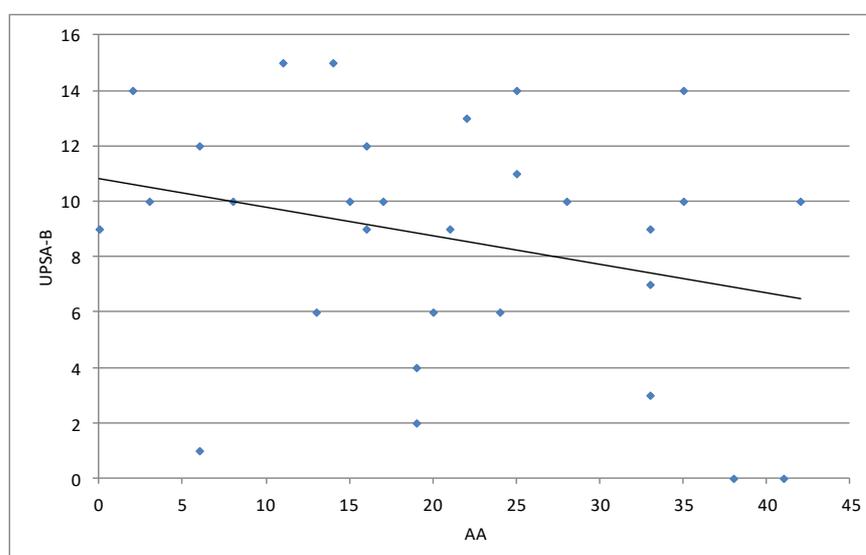
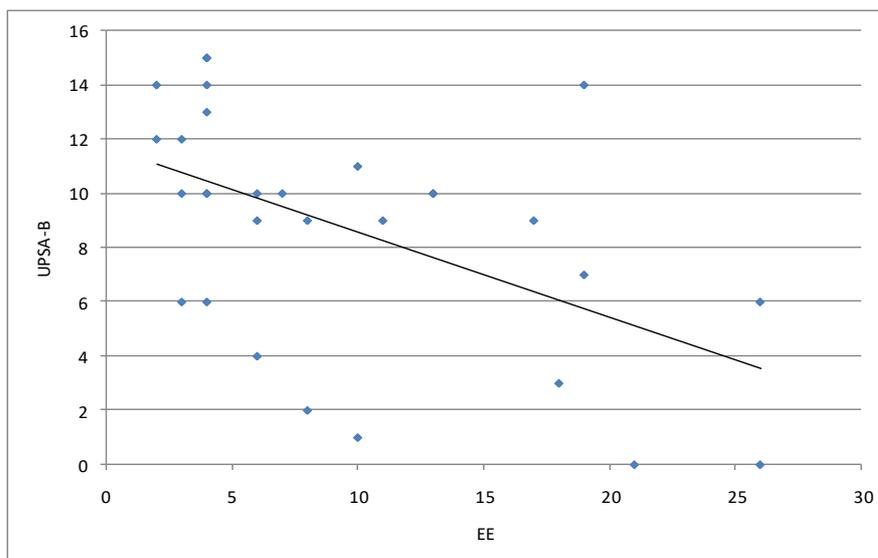


Gráfico 2 - Dispersão entre subdomínio Expressividade Emocional e UPSA-B

Analisando as correlações entre sintomas negativos e capacidade funcional de forma mais detalhada observou-se na tabela 5 que todos os sintomas negativos do subdomínio Expressividade Emocional apresentaram correlações estatisticamente diferentes de zero com a capacidade funcional (UPSA-B), em especial, gestos (-0,50) e expressão facial (-0,46) do afeto embotado. No entanto, o sintoma negativo específico que obteve maior associação com a capacidade funcional pertencente ao subdomínio da Motivação Prazer trata-se do comportamento (-0,49) da sociabilidade, em especial, na habilidade de comunicação (-0,61).

Tabela 5 – Correlações entre os itens das subescalas da BNSS e UPSA-B

BNSS	UPSA-B		
	SHF	SHC	UPSA-B Total
Anedonia			
Intensidade	0,01 (0,963)	-0,17 (0,361)	-0,12 (0,534)
Frequência	-0,05 (0,783)	-0,25 (0,180)	-0,20 (0,279)
Prazer esperado	0,19 (0,316)	-0,02 (0,903)	0,12 (0,517)

Emoções desagradáveis	-0,21 (0,254)	0,02 (0,919)	-0,04 (0,848)
Sociabilidade			
Comportamento	-0,25 (0,189)	-0,61 (< 0,001*)	-0,49 (0,006*)
Experiência interna	-0,13 (0,500)	-0,39 (0,031*)	-0,30 (0,104)
Avolição			
Comportamento	-0,16 (0,407)	-0,34 (0,065)	-0,27 (0,143)
Experiência interna	-0,04 (0,827)	-0,43 (0,019*)	-0,23 (0,220)
Afeto embotado			
Expressão facial	-0,35 (0,059)	-0,46 (0,011*)	-0,46 (0,010*)
Expressão vocal	-0,25 (0,190)	-0,26 (0,157)	-0,32 (0,080*)
Gestos	-0,45 (0,012*)	-0,34 (0,062)	-0,50 (0,005*)
Alogia			
Quantidade de fala	-0,39 (0,033*)	-0,35 (0,058)	-0,45 (0,012*)
Elaboração espontânea	-0,36 (0,049*)	-0,35 (0,060)	-0,43 (0,018*)

(*) Estatisticamente significativo a 5 %. (1) Correlação de Spearman. BNSS: *Brief Negative Symptom*. UPSA-B: *Performance Based Skills Assessment* – versão abreviada. SHF: Subescala de Habilidade Financeira. SHC: Subescala de Habilidade de Comunicação.

6.5 ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS NEGATIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E MARCOS FUNCIONAIS DA AMOSTRA

Diante da complexidade da esquizofrenia e de seu impacto na vida de uma pessoa, considerou-se oportuno ampliar as análises e verificar a existência de outros fatores relacionados aos sintomas negativos e à capacidade funcional. Nesse sentido, em relação aos sintomas negativos observou-se variação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) do escore de sintomas negativos (BNSS) em relação à renda familiar para a subescala alogia (tabela 6) e presença de comorbidades psiquiátricas ou neurológicas para os sintomas negativos (BNSS), em especial, o subdomínio Expressividade Emocional (tabela 7). No entanto, outras variáveis isoladamente não se mostraram correlacionadas com os sintomas negativos na amostra estudada.

Já em relação à capacidade funcional, observou-se variação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) apenas no escore da subescala de habilidades financeiras da UPSA-B em relação ao sexo (tabela 8), estado civil (tabela 9) e escolaridade (tabela 10), sendo a última a única variável relacionada ao escore total da UPSA-B.

Tabela 6 – Média, desvio padrão e mediana dos subdomínios e subescalas da BNSS segundo a renda familiar

Variável	Renda familiar (salários mínimos)		Valor de p
	Um salário	Dois ou mais	
	Media ± DP (Mediana)	Media ± DP (Mediana)	
Subescala de anedonia (%)	38,16±26,22 (29,17)	42,05 ± 28,47 (41,67)	p ⁽¹⁾ = 0,758
Subescala de sociabilidade (%)	39,04 ± 28,74 (33,33)	55,30 ± 41,38 (75,00)	p ⁽¹⁾ = 0,308
Subescala de avolição (%)	49,12 ± 25,14 (41,67)	46,21 ± 37,15 (66,67)	p ⁽¹⁾ = 0,974
MP (%)	41,12 ± 22,02 (35,42)	46,40 ± 29,86 (52,08)	p ⁽¹⁾ = 0,504
Subescala de afeto embotado (%)	31,88 ± 16,44 (22,22)	44,94 ± 27,38 (33,33)	p ⁽¹⁾ = 0,232
Subescala de alogia (%)	15,35 ± 22,61 (0,00)	39,39 ± 36,91 (41,67)	p ⁽¹⁾ = 0,032*
EE (%)	25,26 ± 17,58 (20,00)	42,73 ± 30,18 (36,67)	p ⁽¹⁾ = 0,133
BNSS Total (%)	35,02 ± 17,90 (30,77)	44,99 ± 27,74 (56,41)	p ⁽¹⁾ = 0,378

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1) Através do teste Mann-Whitney. MP: Motivação/Prazer. EE: Expressividade Emocional. BNSS: *Brief Negative Symptom*.

Tabela 7 – Média, desvio padrão e mediana dos subdomínios e subescalas da BNSS segundo a ocorrência de comorbidades psiquiátricas ou neurológicas

Variável	Comorbidades psiquiátricas ou neurológicas		Valor de p
	Sim	Não	
	Media ± DP (Mediana)	Media ± DP (Mediana)	
Subescala de anedonia (%)	51,67 ± 19,23 (54,17)	37,17 ± 27,56 (29,17)	p ⁽¹⁾ = 0,234
Subescala de sociabilidade (%)	68,33 ± 29,11 (83,33)	40,33 ± 33,65 (33,33)	p ⁽¹⁾ = 0,083
Subescala de avolição (%)	63,33 ± 25,41 (66,67)	45,00 ± 29,76 (41,67)	p ⁽²⁾ = 0,210
MP (%)	58,75 ± 12,27 (58,33)	39,92 ± 25,63 (35,42)	p ⁽²⁾ = 0,123
Subescala de afeto embotado (%)	58,89 ± 16,48 (61,11)	32,22 ± 19,90 (22,22)	p ⁽¹⁾ = 0,006*
Subescala de alogia (%)	58,33 ± 36,32 (66,67)	17,33 ± 24,64 (0,00)	p ⁽¹⁾ = 0,010*
EE (%)	58,67 ± 22,80 (63,33)	26,27 ± 20,76 (20,00)	p ⁽¹⁾ = 0,010*
BNSS Total (%)	58,72 ± 11,12 (64,10)	34,67 ± 21,65 (30,77)	p ⁽¹⁾ = 0,021*

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1) Através do teste Mann-Whitney. (2) Através do teste t-Student com variâncias iguais. MP: Motivação/Prazer. EE: Expressividade Emocional. BNSS: *Brief Negative Symptom*.

Tabela 8 – Média, desvio padrão e mediana das subescalas da UPSA-B segundo o SEXO

Subescalas e escala total	Sexo		Valor de p
	Masculino	Feminino	
	Media ± DP (Mediana)		
Habilidades financeiras (%)	21,39 ± 14,02 (20,00)	32,08 ± 11,17 (35,00)	p ⁽¹⁾ = 0,035*
Habilidades comunicação (%)	19,14 ± 13,64 (22,22)	20,83 ± 11,63 (22,22)	p ⁽²⁾ = 0,692
UPSA-B Total (%)	40,53 ± 25,74 (50,28)	52,91 ± 16,32 (51,11)	p ⁽³⁾ = 0,118

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1) Através do teste t-Student com variâncias iguais. (2) Através do teste Mann-Whitney. (3) Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

Tabela 9 – Média, desvio padrão e mediana das subescalas da UPSA-B segundo o estado civil

Subescalas e escala total	Estado civil		Valor de p
	Solteiro/Separado	Casado	
	Media ± DP (Mediana)		
Habilidades financeiras (%)	28,13 ± 14,36 (30,00)	15,83 ± 3,76 (15,00)	p ⁽¹⁾ = 0,028*
Habilidades comunicação (%)	19,68 ± 12,26 (22,22)	20,37 ± 15,58 (22,23)	p ⁽¹⁾ = 0,839
UPSA-B Total (%)	47,80 ± 23,69 (52,22)	36,21 ± 18,70 (39,73)	p ⁽¹⁾ = 0,178

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1) Através do teste Mann-Whitney.

Tabela 10 – Média, desvio padrão e mediana das subescalas da UPSA-B segundo a escolaridade

Subescalas e escala total	Escolaridade Primário a secundário	Ensino Superior	Valor de p
	Media ± DP (Mediana)	Media ± DP (Mediana)	
Habilidades financeiras (%)	22,17 ± 13,55 (20,00)	37,14 ± 6,99 (40,00)	p ⁽¹⁾ = 0,009*
Habilidades comunicação (%)	17,87 ± 12,75 (22,22)	26,19 ± 10,98 (27,78)	p ⁽²⁾ = 0,096
UPSA-B Total (%)	40,05 ± 22,92 (47,78)	63,33 ± 11,84 (63,33)	p ⁽¹⁾ = 0,016*

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%. (1) Através do teste t-Student com variâncias iguais. (2) Através do teste Mann-Whitney.

7 DISCUSSÃO

Este estudo verificou qual subdomínio dos sintomas negativos possui maior correlação com o declínio da capacidade funcional em indivíduos com esquizofrenia. Observou-se uma amostra relativamente jovem, predominantemente masculina e com baixos índices de alcance nos marcos funcionais típicos da vida adulta, dados equivalentes a outros estudos. Entretanto, ressalta-se a elevada taxa de desemprego (46,7%) e benefício (53,3%) encontrada (COUTURE, 2011; MANTOVANI, 2015; MEDEIROS, 2017; MOORE, 2013; ROMÃO, 2013).

Sabe-se que a esquizofrenia acomete homens em sua maioria (1,42: 1) cujo pico de incidência ocorre entre 18 e 25 anos e, um pouco mais tardiamente nas mulheres, entre 25 e 35 anos, comprometendo sua vida escolar e início da vida produtiva. Tomando por base as evidências apresentadas por Holshausen e colaboradores (2014) de que o nível de experiência pode limitar a aquisição de alguma habilidade (ou capacidade), os prejuízos encontrados podem estar relacionados à exclusão social, de forma a não vivenciarem satisfatoriamente tais atividades em seu cotidiano. Dessa forma, a severidade dos sintomas, o elevado impacto funcional e a falha rede de apoio (família e sociedade) estão relacionados ao elevado desemprego e custo econômico/social atrelado à doença (MEDEIROS, 2017; MILLAN, 2014; MOORE, 2013).

Nesse contexto, o Estudo Global de Carga das Doenças evidenciou o impacto funcional da esquizofrenia ao considerá-la dentre as dez principais causas de anos vividos com incapacidade correspondendo a 4% do total, caracterizando-se um grave problema de saúde pública. No entanto, o Brasil gasta menos de US\$ 2,00 per capita no tratamento e prevenção dos transtornos mentais. A falta de investimento nas políticas públicas de saúde ocasionou o desmonte da rede de saúde mental, necessária para um cuidado integral do indivíduo com esquizofrenia e sua família. Portanto, é crucial a articulação efetiva dessa rede e o direcionamento de políticas públicas que promovam o aumento dos anos de vida vividos com saúde, independência funcional e efetiva inclusão social dessas pessoas (BONADIMAN, 2017; HELLDIN, 2012).

No entanto, o que se observou na amostra foi uma incapacidade de vida independente tendo em vista que o escore médio encontrado foi 21,01 pontos abaixo do ponto de corte (BECATTINI-OLIVEIRA, 2018), como também 24,71

pontos abaixo do resultado descrito por Menendez-Miranda (2015). Houve maior prejuízo em itens relacionados ao manejo de dinheiro e uso do telefone e, de forma geral, um maior comprometimento nas habilidades financeiras principalmente em indivíduos casados, com escolaridade inferior a 11 anos e do sexo masculino. Ressalta-se que a incapacidade funcional encontrada está em consonância com as evidências na literatura de prejuízos na vida independente, social e produtiva de pessoas com esquizofrenia, já considerada pelo World Health Organization (2011) como a oitava doença mais incapacitante do mundo (MENENDEZ-MIRANDA, 2015; STRASSNIG, 2015).

Aproximadamente 28 a 36% dos indivíduos com esquizofrenia apresentam níveis elevados de sintomas negativos com uma incidência de 50 a 90% no início da doença e de 35 a 70% após o tratamento (DEL-MONTE, 2013; MEDEIROS, 2017; SÁNCHEZ, 2013; VENTURA, 2014). Também se verificou uma presença significativa desses sintomas, tendo em vista que o escore médio encontrado foi o maior dentre todas as validações da BNSS e, mais especificamente, 2,33 pontos acima da validação brasileira realizada por Medeiros (2017).

Em consonância com esta, destacam-se dentre os sintomas mais acometidos o comportamento da sociabilidade (3,13), a experiência interna da avolição (2,97) e a frequência da anedonia (2,90) todos pertencentes ao subdomínio Motivação Prazer, portanto o mais acometido na amostra. Entretanto o sintoma negativo que especificamente se mostrou mais comprometido foi o gesto do afeto embotado (3,33), pertencente ao outro subdomínio. Walther (2016) também destaca sua relevância ao afirmar que o comprometimento da percepção e desempenho do gesto está presente em 67% dos casos e é estritamente relacionado à esquizofrenia.

Sabe-se da estreita relação entre os sintomas negativos e o prejuízo na capacidade funcional de indivíduos com esquizofrenia. Também se verificou na amostra uma associação significativa entre ambos (-0,35), em especial, nas habilidades de comunicação (-0,39). Logo, uma maior presença de sintomas negativos esteve associada a uma pior comunicação dessas pessoas. No entanto, ainda não está claro na literatura se existem sintomas negativos específicos que representam a maior parte da influência no funcionamento ou se cada sintoma contribui igualmente (JOSEPH, 2017; MEDEIROS, 2017; MILLAN, 2014; VENTURA, 2015).

Há evidências nos estudos de Del-Monte (2013), Horan (2010) e Menendez-Miranda (2015) de uma maior correlação do subdomínio Motivação Prazer com o resultado funcional. Acredita-se, inclusive, ser preditor das relações interpessoais e do desempenho social (ROCCA, 2014; STRAUSS, 2013). Em contrapartida, verificou-se que esse subdomínio não obteve correlação significativa com a capacidade funcional na amostra (-0,24). Entretanto, ao analisá-lo em detalhes, verificou-se que o comportamento (-0,61) da sociabilidade junto à sua experiência interna (-0,39), como também a experiência interna da avolição (-0,43) estão relacionados a um pior desempenho na habilidade de comunicação dessas pessoas. O estudo conduzido por Bobes (2010) que avaliou 1552 pacientes também observou o retraimento social como o mais relevante sintoma negativo (MEDEIROS, 2017).

Ainda em relação a este subdomínio, destaca-se o importante papel da anedonia na amostra estudada tendo em vista o elevado comprometimento no prazer esperado (2,93) e frequência (2,90). Os estímulos sociais ativam o sistema de recompensa e são altamente gratificantes, dessa forma Tsoa (2010) também alerta sobre a presença de emoções positivas igualmente intensas, porém menos frequentes, além de maior anedonia entre pessoas com esquizofrenia. Serper (2017) também defende uma frequência reduzida de experiências prazerosas ao invés da capacidade diminuída de experimentar prazer (anedonia consumatória), exceto o prazer esperado para atividades futuras (anedonia antecipatória).

Apesar de a Motivação Prazer ter sido o subdomínio mais comprometido, foi a Expressividade Emocional que obteve maior correlação com a capacidade funcional (-0,53), com todos os seus sintomas apresentando correlação significativa (-0,32 a -0,46). Dessa forma, o prejuízo foi mais abrangente comprometendo habilidades de comunicação (-0,44) e financeiras (-0,42). Em consonância, Kurtz (2013) e colaboradores também verificaram uma influência moderada desse subdomínio em uma variedade de índices de status funcional, incluindo função comunitária, desempenho e vida cotidiana. Em contrapartida, Rocca (2014) defende que a Expressividade Emocional não influencia o desempenho dos pacientes.

Ao analisar o subdomínio Expressividade Emocional em maiores detalhes, ressalta-se que o gesto do afeto embotado não obteve correlação com a habilidade de comunicação, sendo esta correlação encontrada apenas na expressão facial do

afeto embotado (-0,46). Em contrapartida, Walther (2016) defende que a comunicação é prevista pelo desempenho do gesto e percepção social não verbal. Acrescenta-se que o comprometimento das habilidades perceptivas não verbais tem despertado interesse da comunidade científica nos últimos anos devido às consequências negativas para o funcionamento social (ENGELSTAD, 2017). A exemplo o estudo realizado por Abram e colaboradores (2014), o qual verificou que a percepção de emoções negativas, em especial, a raiva, influencia a capacidade funcional de pessoas com esquizofrenia.

As dificuldades na compreensão e expressão da fala também estão relacionadas a um pior funcionamento social na esquizofrenia (MEDEIROS, 2017). Verificou-se, de fato, uma redução na quantidade de palavras faladas (elaboração espontânea da alogia). Essa elaboração espontânea (-0,36) e quantidade de fala (-0,39) da alogia junto ao gesto do afeto embotado (-0,45) correlacionaram-se apenas com as habilidades financeiras. Portanto, o maior impacto dos sintomas pertencentes a esse subdomínio se deu nas habilidades financeiras. Diante dessa complexidade, considerou-se oportuno analisar outros fatores que poderiam estar relacionados observando-se correlação (0,032) entre alogia e a variável sociodemográfica (renda familiar - dois ou mais salários), porém potenciais causas para esse número merecem investigação suplementar.

Entende-se que os sintomas negativos são preditivos de um baixo nível de funcionamento social na vida diária e nas interações, refletindo, dessa forma, a relevância clínica da expressividade emocional no cotidiano dessas pessoas (COUTURE, 2011; LLORCA, 2012). Ressalta-se que diante de outras comorbidades neurológicas ou psiquiátricas os pacientes estudados apresentaram intensificação dos sintomas negativos (0,021) principalmente naqueles relacionados à Expressividade Emocional (0,010), mais especificamente, afeto embotado (0,006) e alogia (0,010).

As limitações desse estudo perpassam por uma amostra não probabilística composta por pessoas com esquizofrenia em sua forma crônica, representando uma limitação quanto à generalização devido à ausência de pacientes de primeiro episódio ou hospitalizados. Além de outras limitações do estudo como a discrepância entre as diferentes escolaridades, a grande variabilidade do tempo de diagnóstico e os critérios mais amplos de inclusão e exclusão. Em relação à baixa

renda familiar, a mesma pode estar relacionada a um viés de recrutamento dos participantes, por se tratar de clientela atendida em um hospital de nível terciário do serviço público de saúde no Brasil. Por fim, por se tratar de um desenho transversal comparações muito específicas não são passíveis.

Optou-se por fazer uso de avaliações padronizadas, no entanto a escassez de dados normativos sobre os sintomas negativos e seu impacto funcional nos países ocidentais em desenvolvimento, cuja realidade cultural e educacional é tão distinta das encontradas nos países desenvolvidos, dificultou a análise dos dados encontrados. Dentre os instrumentos utilizados optou-se pelo mais recomendado para mensuração da capacidade funcional na esquizofrenia, UPSA-B, entretanto há evidências sobre o desuso do item preenchimento de cheque.

Ressalta-se também que a cognição não foi avaliada no estudo porque alguns dos mecanismos que conduzem aos déficits cognitivos na esquizofrenia também contribuem para os sintomas negativos. E semelhante aos estudos de Menendez-Miranda (2015) e Kalache (2014), também se questiona a redundância na mensuração da cognição e dos marcos funcionais, tendo em vista que são altamente correlacionados.

8 CONCLUSÃO

Os sintomas negativos estão relacionados a prejuízos na capacidade funcional, tão necessária para independência de vida, trabalho e efetiva inclusão social de indivíduos com esquizofrenia. A ausência de um consenso sobre os mecanismos envolvidos nessa correlação e de um tratamento efetivo tornaram os sintomas negativos um desafio à neurociência.

Este estudo fornece dados internacionalmente comparáveis, proveniente de um país em desenvolvimento, a fim de auxiliar a neurociência na identificação dos sintomas negativos cruciais para o declínio funcional dessa população. Nesse sentido, o estudo pôde alcançar o objetivo proposto ao evidenciar uma influência mais abrangente do subdomínio expressividade emocional no declínio funcional dessas pessoas, em especial, gesto do afeto embotado. Além da influência negativa de outras comorbidades psiquiátricas e neurológicas

Podemos compreender também a predominância de sintomas como comportamento da sociabilidade, a experiência interna da avolição e frequência da anedonia pertencentes ao subdomínio Motivação Prazer, portanto o mais acometido. No entanto, ressalta-se o comportamento da sociabilidade como o mais relevante sintoma negativo por seu impacto na habilidade de comunicação, tão prejudicada entre indivíduos com esquizofrenia. Em linha com essa perspectiva, um acompanhamento longitudinal deve ser realizado para observar os efeitos em longo prazo, em especial, na reabilitação desse sintoma.

Por fim, sugere-se a inclusão da capacidade funcional, em especial, a habilidade de comunicação, no protocolo de avaliação da esquizofrenia a fim de identificar precocemente esses déficits e auxiliar na análise e no direcionamento de tratamentos e políticas públicas direcionadas à independência funcional e efetiva inclusão social de indivíduos com esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

ABRAM S. V. *et al.* Accurate perception of negative emotions predicts functional capacity in schizophrenia. **Psychiatry Research**, v. 216, n. 1, pp. 6-11, 2014.

AVRICHIR, B. S. **Sintomas negativos na esquizofrenia refratária e super-refratária**. 2004. 122 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

AVSAR, K. B. *et al.* An fMRI investigation of delay discounting in patients with schizophrenia. **Brain and Behavior**, v. 3, n. 4, pp. 384-401, 2013.

BECATTINI-OLIVEIRA, A.C. *et al.* A systematic review of a functional assessment tool: UCSD Performance-based skill assessment (UPSA). **Psychiatry Research**, v. 267, pp. 12-18, 2018.

BONADIMAN, C.S.C. *et al.* A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, s. 1, 2017.

BOVEND'EERDT, T. J. H.; BOTELL, R. E.; WADE, D. T. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. **Clinical Rehabilitation**, v. 23, n. 4, pp.352-361, 2009.

BOWIE C. R. *et al.* Combined cognitive remediation and functional skills training for schizophrenia: effects on cognition, functional competence, and real-world behavior. **The American Journal Psychiatry**, v. 169, n. 7, pp. 710-718, 2012.

CAVALCANTI, A. S. **Características do olfato, do paladar e do desempenho ocupacional em indivíduos submetidos e não-submetidos à laringectomia total**. 2010. 146 f. Dissertação (Mestrado em Patologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

CHEN, Y. *et al.* Frontal slow-wave activity as a predictor of negative symptoms, cognition and functional capacity in schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, v. 208, n. 2, pp. 160-167. 2016.

COUTURE, S.; GRANHOLM, E.; FISH, S. A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 125, n. 2-3, pp. 152-160, 2011.

DEEP, C. A. *et al.* Psychopathological and functional correlates of behavioral activation and avoidance in schizophrenia. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 199, n. 11, pp. 861-865, 2011.

DELIS, D. C.; KAPLAN, E.; KRAMER, J. H. **Delis–kaplan executive function system Examiner’s manual**. San Antonio: Psychological Corporation, 2001.

DEL-MONTE, J. *et al.* Évolution du concept d’apathie: nécessité d’une approche multifactorielle dans la schizophrénie. **L'Encéphale**, v. 39, s. 1, pp. 57-63, 2013.

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 22, s. 1, pp. 6-23, 2000.

EMSLIE, H. *et al.* **BADS**: behavioural assessment of the dysexecutive syndrome. London: Thames Valley Test Company, 1996.

ENGELSTAD, K. N. *et al.* Body language reading of emotion in schizophrenia: associations with symptoms and functional outcome. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 58, n. 5, pp. 359-366, 2017.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial de saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, pp. 187-93, 2005.

FARRENY, A. *et al.* REPYFLEC cognitive remediation group training in schizophrenia looking for an integrative approach. **Schizophrenia Research**, v. 142, n. 1-3, pp. 137-144, 2012.

GREEN, M. F. *et al.* From perception to functional outcome in schizophrenia: modeling the role of ability and motivation. **Archives of General Psychiatry**, v. 69, n. 12, pp. 1216-1224, 2012.

HELLDIN, L.; CAVALLARO, R.; GALDERISI, S. A functional comparison of patients with schizophrenia between the north and south of Europe. **European Psychiatry**, v. 27, n. 6, pp. 442-444, 2012

HOLSHAUSEN, K. *et al.* Neurocognition, functional capacity and functional outcomes: the cost of inexperience. **Schizophrenia Research**, v. 152, n. 2-3, pp. 430-434, 2014.

HOLT, D. V. *et al.* The plan-a-day approach to measuring planning ability in patients with schizophrenia. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 17, n. 2, pp. 2011.

HORAN, W. P. *et al.* Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia. **Journal of Psychiatry Research**, v. 44, n. 8, pp. 499-505, 2010.

JOSEPH, J. *et al.* Predictors of current functioning and functional decline in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 188, s. n. pp. 158-164, 2017.

KALACHE, S. M. *et al.* The impact of aging, cognition, and symptoms on functional competence in individuals with schizophrenia across the lifespan. **Schizophrenia Bulletin**, v. 41, n. 2, pp. 374-381, 2014.

KARADAYI, G.; EMIROGLU, B.; ÜÇÖK, A. Relationship of symptomatic remission with quality of life and functionality in patients with schizophrenia. **Comprehensive Psychiatry**, v. 52, n. 6, pp.701-707, 2011.

KIRKPATRICK, B. *et al.* The brief negative symptom scale: psychometric properties. **Schizophrenia Bulletin**, v. 37, n. 2, pp. 300-305, 2011.

KURTZ, M. M.; OLDFSON, R. H.; ROSE, J. Self-efficacy and functional status in schizophrenia: Relationship to insight, cognition and negative symptoms. **Schizophrenia Research**, v. 145, n. 1-3, pp. 69-74, 2013.

LALOYLAUX, *et al.* Multitasking capacities in persons diagnosed with schizophrenia: a preliminary examination of their neurocognitive underpinnings and ability to predict real world functioning. **Psychiatry Research**, v. 217, n. 3, pp. 163-170, 2014.

LAMBERT, M. *et al.* Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 67, n. 11, pp. 1690-1697, 2006.

LIPSKAYA-VELIKOVSKY, L. *et al.* From hospital admission to independent living: is prediction possible? **Psychiatry Research**, v. 226, n. 2-3, pp. 499-506, 2015.

MALEC, J. F. Goal attainment scaling in rehabilitation. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 9, n. 3-4, pp. 253-275, 1999.

MANTOVANI, L. M. **Estudo de tradução, adaptação e validação da versão brasileira da ucspd performance-based skills assessment (upsa) em pacientes com esquizofrenia**. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado em Neurociências clínicas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

MAUSBACH, *et al.* Development of a brief scale of everyday functioning in persons with serious mental illness. **Schizophrenia Bulletin**, v.33, n. 6, pp.1364-1372, 2007.

MEDEIROS, H. L. V. Validação da Brief Negative Symptom Scale para uso no Brasil. 2017. 190f. Tese (Doutorado em Patologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MENENDEZ-MIRANDA *et al.* Predictive factors of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia. **European Psychiatry**, v. 30, n. 5, pp. 622-627, 2015.

MILLAN, M.J. *et al.* Negative symptoms of schizophrenia: clinical, characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. **European Neuropsychopharmacology**, v. 24, n. 5, pp. 645-692, 2014.

MIOTTO, E. C. Reabilitação neuropsicológica das funções executivas. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. *et al.* (orgs.). **Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012. pp. 188-195.

MOORE, R. C. *et al.* Initial validation of a computerized version of the UCSD Performance-Based Skills Assessment (C-UPSA) for assessing functioning in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 144, n. 1-3, pp. 87-92, 2013.

OLSSON, A.; HJÄRTHAG, F.; HELLDIN, L. Predicting real-world functional milestones in schizophrenia. **Psychiatry Research**, v. 242, pp. 1-6, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS, 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Editora USP, 2004.

PENADÉS, R. *et al.* Executive function needs to be targeted to improve social functioning with cognitive remediation therapy (CRT) in schizophrenia. **Psychiatry Research**, v. 177, n. 1-2, pp. 41-45, 2010.

PUIG, O. *et al.* Processing speed and executive functions predict real-world everyday living skills in adolescents with early-onset schizophrenia. **Europeans Child & Adolescent Psychiatry**, v. 21, n. 6, pp. 315-326, 2012.

QUILES, C.; PROUTEAU, A.; VERDOUX, H. Caractéristiques et impact des déficits métacognitifs dans la schizophrénie: revue de la littérature. **L'Encéphale**, v. 39, n. 2, pp. 123-129, 2013.

REEDER, C. *et al.* Does change in cognitive function predict change in costs of care for people with a schizophrenia diagnosis following cognitive remediation therapy? **Schizophrenia Bulletin**, v. 40, n. 6, pp. 1472-1481, 2014.

ROCCA, P. *et al.* Negative symptoms and everyday functioning in schizophrenia: a cross-sectional study in a real world-setting. **Psychiatry Research**, v. 218, n. 3, pp. 284-289, 2014.

ROMÃO, M. M. C. **O método kumon para remediação cognitiva de portadores de esquizofrenia: um ensaio clínico randomizado, controlado com placebo.** 2013. 221 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

RUS-CALAFELL, M.; GUTIÉRREZ-MALDONADO, J.; RIBAS-SABATÉ, J. A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: a pilot study. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry**, v. 45, n. 1, pp. 81-89, 2013.

SÁNCHEZ, P. *et al.* Improvements in negative symptoms and functional outcome after a new generation cognitive remediation program: a randomized controlled trial. **Schizophrenia Bulletin**, v. 40, n. 3, pp. 707-715, 2013.

SERPER, M. *et al.* Allocating effort and anticipating pleasure in schizophrenia: relationship with real world functioning. **European Psychiatry**, v. 46, s. n., pp. 57-64, 2017.

SILVA, R. C. B. da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, pp. 263-285, 2006.

SILVA, T. S. F. INECO Frontal Screening: uma ferramenta breve, sensível e específica para avaliar as funções executivas na esquizofrenia. 2012. 74f. Dissertação (Mestrado em Neuropsicologia Clínica) – Instituto Superior de Ciências da Saúde, Norte, 2012.

SILVA, T. G. de P. A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. 2011. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, pp. 102-106, 2010.

STRASSNIG, M. T. *et al.* Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: the roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. **Schizophrenia Research**, v. 165, n. 1, pp. 76-82, 2015.

STRAUSS, G. P. *et al.* Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolitioneapathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. **Journal of Psychiatric Research**, v. 47, n. 6, pp. 783-790, 2013.

STRAUSS, G. P. *et al.* The role of low cognitive effort and negative symptoms in neuropsychological impairment in schizophrenia. **Neuropsychology**, v. 29, n. 2, pp. 282-291, 2015.

TEIXEIRA, E. *et al.* Integrative literature review step-by-step & convergences with other methods of review. **REUFPI**, v. 2, n. 5, pp. 3-7, 2013.

TSOA, I. F.; GROVEA, T. B.; TAYLORA, S. F. Emotional experience predicts social adjustment Independent of neurocognition and social cognition in schizophrenia.

Schizophrenia Research, v. 122, n. 1-3, pp. 156-163, 2010.

TWAMLEY, E. W. *et al.* Compensatory cognitive training for psychosis: effects in a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 73, n. 9, pp. 1212-1219, 2012.

VASKINN, A. *et al.* A social path to functioning in schizophrenia: From social self-efficacy through negative symptoms to social functional capacity. **Psychiatry**

Research, v. 228, n. 3, pp. 803-807, 2015.

VENTURA, J. *et al.* Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. **Schizophrenia Research**, v. 161, n. 2-3, pp. 407-413, 2015.

VENTURA, J. *et al.* The relationship of attitudinal beliefs to negative symptoms, neurocognition and daily functioning in recent-onset schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 40, n. 6, pp. 1308-1318, 2014.

VERCAMMEN, A. *et al.* Reduced neural activity of the prefrontal cognitive control circuitry during response inhibition to negative words in people with schizophrenia. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, v. 37, n. 6, pp. 379-388, 2012.

VESTERAGER, L. *et al.* Cognitive and clinical predictors of functional capacity in patients with first episode schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 141, n. 2-3, pp. 251-256, 2012.

VESTERAGER, L. *et al.* Cognitive training plus a comprehensive psychosocial programme (OPUS) versus the comprehensive psychosocial programme alone for patients with first-episode schizophrenia (the NEUROCOM trial): a study protocol for a centrally randomised, observer-blinded multi-centre clinical trial. **Trials**, v. 12, n. 35, pp. 12-35, 2011.

VIZZOTTO, A. D. B. **Estudo piloto randomizado e controlado para avaliar a eficácia da terapia ocupacional na reabilitação de funções executivas em pacientes com esquizofrenia refratária**. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

WALTHER, S. *et al.* Gesture performance in schizophrenia predicts functional outcome after 6 months. **Schizophrenia Bulletin**, v. 42, n. 6, pp. 1326-1333, 2016.

WECHSLER, D. **Wechsler adult intelligence scale**. San Antonio: Psychological Corporation, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: new understanding, new hope**. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Disability**, Geneva: WHO, 2011.

YAMADA, A. *et al.* Intrinsic motivation as a mediator of relationships between symptoms and functioning among individuals with schizophrenia spectrum disorders in a diverse urban community. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 198, n. 1, pp. 28-34, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Sintomas Negativos e Capacidade Funcional na Esquizofrenia”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Tatiana Caldas Neves da Silva, mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (Hospital das Clínicas, Departamento de Terapia Ocupacional, Avenida Professor Moraes Rêgo 1235, Cidade Universitária – Recife-PE, CEP 50670-901, telefone (81) 2126 3922 ou email tatianacaldasn@gmail.com para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar). Esta pesquisa está sob a orientação do Prof. Dr. Everton Botelho Sougey, telefone: 2126 8539, email: evertonbs@yahoo.com e co-orientação da Dra. Ada Salvetti Cavalcanti Caldas, telefone: 98747 8607, email: adasc@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: o objetivo deste trabalho consiste em investigar o impacto dos sintomas negativos sobre a capacidade funcional de adultos com esquizofrenia. Você não será submetido a nenhum procedimento invasivo e será avaliado para investigar seus sintomas negativos e sua capacidade funcional, habilidade importante para vida independente. Para tal, terá informações coletadas em seu prontuário, se necessário, e será convidado a responder um questionário de identificação com aspectos sócio-demográficos e de condições clínicas podendo, para tal, contar com o auxílio de seu acompanhante. Em seguida, será realizada uma entrevista para avaliação dos sintomas negativos através da Escala Breve de Sintoma Negativo. Dando continuidade será aplicada outra avaliação capaz de detectar a capacidade funcional baseada em interpretação de situações, ou seja, os indivíduos testados farão uso de acessórios para demonstrar como executariam as atividades do dia a dia.
- Os atendimentos ocorrerão em um único encontro de aproximadamente 30 minutos.
- Entendemos como risco a possibilidade de ocorrer algum constrangimento emocional durante os questionários e avaliações. Contudo, a fim de minimizar esse risco não haverá conduta invasiva à intimidade dos voluntários, serão adotadas medidas de proteção à confidencialidade e privacidade cujos dados coletados serão garantidos pelo sigilo e anonimato. Assim como, será assegurada a opção de recusa em responder a uma questão específica do instrumento ou desistência de participação em qualquer fase da pesquisa com a garantia de que isso não lhe trará qualquer prejuízo.
- Você está sendo esclarecido sobre os benefícios da pesquisa para a ciência ao contribuir com um conhecimento mais específico da prática clínica dos profissionais envolvidos na assistência a esses sujeitos e, dessa forma, possibilitar o aumento da independência e melhor qualidade de vida dessa população. A pesquisa trará como benefícios diretos aos participantes a possibilidade de compreender melhor suas habilidades e dificuldades clínicas e funcionais, bem como receber orientações, sendo estas, realizadas pela própria pesquisadora. Além disso, poderá ser encaminhado para acompanhamento no setor de Terapia Ocupacional do Hospital das Clínicas ou a outros profissionais da equipe multidisciplinar dessa instituição, caso seja identificada alguma necessidade.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa nas entrevistas e avaliações, ficarão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador no Departamento de Terapia Ocupacional do Hospital das Clínicas no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “Sintomas Negativos e Capacidade Funcional na Esquizofrenia”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data

Assinatura do participante:

Impres
são
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

Pesquisa: “Sintomas negativos e capacidade funcional na esquizofrenia”.

Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

• Dados sócio-demográficos

Nome: _____

Acompanhante
responsável/parentesco: _____

Telefone: _____

Sexo: ()M ()F Data de nascimento: ___/___/___ Faixa etária: _____

Estado civil: _____ Nº filhos: ___ Habitação: _____

Renda familiar: _____

Escolaridade: _____

Trabalho: _____

• Dados clínicos

Diagnóstico: (X) Esquizofrenia, especifique: _____

() CID-10 () DSM-V

Tempo de diagnóstico da doença: _____

Comorbidades: _____

Prescrição medicamentosa

atual: _____

APÊNDICE C – FICHA DE INTERPRETAÇÃO

Hospital Barão de Lucena

Avenida Caxangá, 3860 - Iputinga, Recife - PE, 50731-000

Prezado Paciente:

Este é um lembrete da sua próxima consulta:

SEGUNDA-FEIRA (10/01/2018) às 8h da manhã – Dr. Salgado, Psiquiatria.

LOCAL: Hospital Barão de Lucena, Entrada da Urgência, Corredor do Ambulatório

Se você desejar remarcar, cancelar, ou tiver quaisquer dúvidas sobre a marcação acima, por favor entre em contato conosco no (81) 3239-9934.

Obrigado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Nesta consulta você também fará um exame de sangue.

Não se alimente ou beba líquidos (exceto água) nas 12 horas anteriores à consulta.

Por favor, lembre-se de levar o cartão de marcação de consultas e sua lista de medicamentos atualmente em uso.

Atenciosamente,

Secretaria do Ambulatório

ANEXO A – BRIEF NEGATIVE SYMPTOM (BNSS)

I. SUBESCALA DE ANEDONIA

Perguntas: itens 1 e 2

ATIVIDADES SOCIAIS: Com quem você passou o tempo na última semana? O que você fez? Como você se sentiu quando você estava com ele / ela? Com que frequência você passou tempo com eles?

SENSAÇÕES FÍSICAS: Na semana passada, houve outra coisa que fez você se sentir bem fisicamente, algo que você gostou do cheiro, provou (saboreou), ou sentiu? Se sim: Como você se sentiu quando você fez isso? Com que frequência você aproveitou (usufruiu) disso?

ATIVIDADES DE LAZER: O que você fez para se divertir na última semana? Como você se sentiu quando você fez isso? Quantas vezes você gosta de fazer isso?

TRABALHO E ESCOLA: Você gosta de trabalho (ou escola)? Se sim: O quanto você gosta dele ou dela? Quando você está trabalhando (ou estudando), com que frequência você aprecia essa atividade?

ITEM 1: INTENSIDADE DO PRAZER DURANTE ATIVIDADES

0. Normal: Capaz de desfrutar plenamente de uma variedade de atividades; nenhum prejuízo na intensidade do prazer

1. Questionável: Aprecia atividades menos intensamente do que muitas pessoas, mas pode ainda estar dentro da faixa de normalidade.

2. Leve: Uma ligeira diminuição na intensidade do prazer em algumas atividades, estando fora da faixa de normalidade.

3. Moderado: Uma ligeira diminuição na intensidade do prazer na maioria das atividades, ou uma redução moderada em algumas.

4. Moderadamente grave: Pelo menos uma diminuição moderada na intensidade do prazer na maioria das atividades; pode haver uma diminuição grave em uma das áreas.

5. Grave: Uma diminuição acentuada na intensidade do prazer na maioria das atividades; alguma capacidade de sentir prazer permanece; pode sentir somente leve prazer, mesmo em face do que deveria ser uma experiência intensamente agradável.

6. Extremamente grave: Nenhuma experiência de prazer, sejam quais forem as circunstâncias.

ITEM 2: FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES PRAZEROSAS

0. Normal: Capaz de desfrutar de atividades frequentemente; nenhum prejuízo

1. Questionável: Engaja-se em atividades prazerosas com menos frequência do que muitas pessoas, mas pode ainda estar dentro da faixa de normalidade.

2. Leve: Uma ligeira diminuição na frequência com que realiza algumas das atividades prazerosas, que esteja fora da faixa de normalidade.

3. Moderado: Uma ligeira diminuição na frequência com que realiza a maioria das atividades prazerosas, ou uma redução moderada em algumas
4. Moderadamente grave: Pelo menos um decréscimo moderado na frequência com que realiza a maioria das atividades prazerosas; pode ter uma diminuição grave em uma das áreas.
5. Grave: Uma diminuição grave na frequência com que realiza a maioria das atividades prazerosas; raramente experimenta prazer e quase nunca procura atividades externas que poderiam trazer divertimento
6. Extremamente grave: Nenhuma atividade prazerosa durante a semana anterior.

ITEM 3: INTENSIDADE DO PRAZER ESPERADO DAS ATIVIDADES FUTURAS

Questões:

Se o indivíduo realmente desfrutou de algumas atividades durante a semana passada: Você disse que gostava (liste as atividades acima). Você espera fazer qualquer um dessas atividades novamente em breve?

Se sim: Como você acha que vai se sentir quando você fizer isso? Você está animado por esse momento?

Se não: Você quer fazer isso de novo? Existe alguma coisa que você gostaria de fazer em substituição? (Se sim: Como você acha que vai se sentir quando você fizer isso?)

Se o indivíduo não gostou de todas as atividades na semana passada: Existem algumas atividades que você está animado (empolgado) para fazê-las? Existe alguma outra coisa que você está animado para fazer?

Alguns indivíduos podem ter dificuldade de entender o conceito de prazer esperado, que é a base deste item. Isto pode ser devido a prejuízo cognitivo, a falta global de prazer, ou alguma outra razão. Se os indivíduos não podem entender o conceito, marcar a pontuação como 6.

0.Normal: Capaz de sentir prazer quando pensa em atividades futuras; nenhum prejuízo na antecipação do prazer das atividades futuras.

1. Questionável: Menos prazer ao pensar sobre as atividades futuras do que muitas pessoas, mas ainda dentro da faixa de normalidade.

2. Leve: Uma ligeira diminuição no prazer quando pensa em atividades futuras, isto é, está fora da faixa de normalidade.

3. Moderado: Definitivamente menos prazer do que é normal quando pensa em atividades futuras, mas vivencia algum prazer.

4. Moderadamente grave: Pode até experimentar algum prazer ao pensar sobre atividades futuras, mas geralmente não o sente/vivencia.

5. Grave: Raramente experimenta prazer quando pensa em atividades futuras, mesmo quando considera uma atividade que deve ser muito agradável.

6.Extremamente grave: Nenhum prazer ao pensar sobre atividades futuras, não importa a natureza da atividade futura.

II. AUSÊNCIA USUAL DE EMOÇÕES DESAGRADÁVEIS

ITEM 4: AUSÊNCIA USUAL DE EMOÇÕES DESAGRADÁVEIS

Questões:

O que fez você se sentir mal na última semana? Aconteceu alguma coisa que você não gostou? Alguma coisa fez você se sentir triste ou deprimido? Preocupado ou ansioso? Zangado ou irritado?

Se nada desagradável aconteceu: O que aconteceu com você no passado que fez você se sentir mal? Como você se sente sobre isso agora?

0. Normal: Capacidade normal de experimentar sofrimento e emoções desagradáveis.

1. Questionável: Menos sofrimento em face dos acontecimentos perturbadores do que muitas pessoas, mas ainda dentro da faixa de normalidade.

2. Leve: Um pouco menos angustiado do que o normal em face de eventos perturbadores.

3. Moderado: Definitivamente menos angustiado do que o normal em face de eventos perturbadores, mas experimenta algum desconforto (sofrimento).

4. Moderadamente grave: Pode até experimentar/vivenciar emoções desagradáveis, mas normalmente precisa de um problema sério para provocar isso.

5. Grave: Experimenta/vivencia apenas de forma leve as emoções desagradáveis, mesmo em face de um problema grave.

6. Extremamente grave: Não experimenta emoções desagradáveis, não importa qual problema esteja enfrentando.

III. SUBESCALA DA FALTA DE SOCIABILIDADE

ITEM 5: FALTA DE SOCIABILIDADE: COMPORTAMENTO

Questões

Com quem você passou o tempo na última semana? Quantas vezes você os viu? O que vocês fizeram juntos? Quando você passou um tempo com eles, você entrou em contato com eles ou eles fizeram contato com você? Quantas vezes você fala com eles sobre coisas pessoais, privadas (particulares)? Você tentou entrar em contato com alguém mais?

0. Nenhum prejuízo: Envolve-se frequentemente com os outros, discute abertamente as questões pessoais com uma ou mais pessoas; dentro dos limites normais.

1. Déficit muito leve: Tem uma relação estreita em que a maioria das questões pessoais pode ser discutida, envolve-se ativamente com os outros, e tem alguma discussão de assuntos pessoais com os outros.

2. Déficit leve: interações sociais não são raras, mas ele / ela não é tão ativo como a maioria das pessoas; apenas algumas questões pessoais são discutidas; relações não são próximas e íntimas.

3. Déficit moderado: Não tem estreitas relações íntimas com os outros, relações e envolvimento em eventos são casuais, mas geralmente não evita os outros.

4. Déficit moderadamente grave: Contato e envolvimento com os outros tendem a ser raros e superficiais; tende a evitar outras pessoas. Geralmente não discute assuntos pessoais com os outros.

5. Déficit acentuado: Envolvimento com os outros é quase sempre superficial, passa pouco tempo com os outros por escolha.

6. Déficit grave: Raramente interage com os outros, pode ativamente evitar outros a maior parte do tempo.

ITEM 6: FALTA DE SOCIABILIDADE: EXPERIÊNCIA INTERNA

Questões

Se envolvido em atividades sociais: Algumas pessoas gostam de estar sozinhas; outros gostam de estar perto de outras pessoas. O que você prefere?

Você se sente perto das pessoas mencionadas acima? Você pensa muito sobre as pessoas citadas acima? Estes relacionamentos são importantes para você? Você gostaria de estar mais perto? Você se sente solitário às vezes?

Se não estiver envolvido em atividades sociais: Você gostaria de ter mais contato com as pessoas? Você pensa muito sobre isso? Como você se sente sobre estar sozinho a maior parte do tempo?

0. Nenhum prejuízo: O indivíduo está muito interessado em relacionamentos, vê relacionamentos com outras pessoas como uma das partes mais importantes da vida; se isolado, muitas vezes se sente sozinho e ele deseja que não estivesse sozinho.

1. Déficit muito leve: O indivíduo considera os relacionamentos como importantes; está interessado em outras pessoas; se isolado, às vezes se sente sozinho e gostaria de não estar sozinho.

2. Déficit leve: O indivíduo considera os relacionamentos estreitos com membros da família como algo importante, é moderadamente interessado em outras pessoas; não é próximo e nem íntimo com os outros; pensa sobre relacionamentos, às vezes.

3. Déficit moderado: O indivíduo considera relações estreitas como de pouca importância; raramente deseja estar mais perto de outras pessoas.

4. Déficit moderadamente grave: Quando se trata de estreitar relacionamentos com os outros, é indiferente. Geralmente não tem nenhuma vontade de discutir assuntos pessoais com os outros, raramente sente falta de relações estreitas ou deseja ter relações mais próximas.

5. Déficit acentuado: O indivíduo considera relações como sendo de quase nenhuma importância, vivencia muito pouco interesse em relacionamentos estreitos com os outros, não se sente solitário.

6. Déficit grave: O indivíduo não tem interesse em relacionamentos com os outros, não sentindo falta de ter quaisquer relacionamentos estreitos.

IV. SUBESCALA DE AVOLIÇÃO

ITEM 7: AVOLIÇÃO: COMPORTAMENTO

Questões:

Geral: Diga-me como você passa seu tempo. Você passa muito tempo sentado, sem fazer nada especificamente?

Trabalho e escola:

Se está trabalhando ou vai à escola:

Quanto tempo você passou trabalhando (ou na escola ou estudando) esta semana? Você vai lá sozinho? Você espera pelos outros para lhe dizer o que fazer, ou você

começa o trabalho (ou a tarefa escolar) sozinho?

(Se estiver em um programa de tratamento, e pergunta é adaptada): Você participou de atividades em grupo, em seu programa de tratamento? Se sim: Alguém encorajou você a fazer isso, ou você fez isso sozinho?

Se não estiver trabalhando atualmente ou indo para a escola:

Você já procurou trabalho ou pensou em ter aulas na semana passada? Alguém sugeriu isso, ou você fez isso sozinho? Quais são suas metas?

Se sim: O que você fez?

Se não: Por que não? [Peça para distinguir a oportunidade da motivação]

Recreação / hobbies / passatempos: (Considere a informação sobre as atividades de lazer a partir de itens: 1 - 3.) Você passa muito tempo assistindo TV? (Se respondeu sim a última pergunta: Você está interessado no que você assiste, ou você está apenas passando o tempo?)

Autocuidado: Quantas vezes você tomou banho na semana passada? Quantas vezes você limpou o seu {apartamento, sala, casa}? Alguém precisou lembrá-lo de fazer isso? Alguém mais lembra a você de fazer essas coisas? (Se for o caso): Você precisou procurar um lugar para morar? O que você fez a esse respeito?

0. Nenhum prejuízo: O indivíduo inicia e persiste no trabalho ou na escola, / passatempos / hobbies, e autocuidado; dentro dos limites normais.

1. Déficit muito leve: Um pouco menos consistente em iniciar e persistir em atividades do que muitas pessoas, mas de relevância clínica questionável.

2. Déficit leve: Um déficit leve em iniciar e persistir em atividades; por exemplo, pode ter iniciado atividades apropriadamente na semana passada, mas com persistência moderada; ou outros providenciaram a iniciativa para atividades tão frequentemente quanto o indivíduo fez.

3. Déficit moderado: Um déficit notável em iniciar e persistir nas atividades; poderá não iniciar as atividades com frequência, ou não persistir em atividades por muito tempo; outros podem frequentemente dar o ímpeto (estímulo) para quaisquer atividades.

4. Déficit moderadamente grave: Um déficit significativo ao iniciar; pode dar início a algumas atividades, mas não persiste por muito tempo. Outros costumam fornecer o ímpeto (estímulo) para quaisquer atividades.

5. Déficit acentuado: Há uma evidente falta de iniciação e persistência; pode iniciar ocasionalmente com pouca persistência nas atividades. Outros fornecem o ímpeto (estímulo) para as atividades do indivíduo.

6. Déficit grave: Ausência quase total de início das atividades.

ITEM 8: AVOLIÇÃO: EXPERIÊNCIA INTERNA

Questões

Trabalho e Escola:

Se estiver trabalhando, no momento, ou indo à escola: O seu trabalho (ou escola) é importante para você? Você pensa muito sobre isso? Você se sente motivado a respeito?

Se não estiver trabalhando ou indo à escola: Você pensa em conseguir um emprego ou ir para a escola? Você sente falta de ter um emprego (ou ir para a escola)?

Se sim: O que você fez? (para que isso ocorresse)

Se não: Por que não? [Peça para distinguir oportunidade da motivação]

Recreação / Passatempos / Hobbies: O que você faz no seu tempo livre? Que passatempos você tem? Você estava pensando sobre isso nesta semana?

Autocuidado: Você se sentiu motivado a cuidar de si mesmo esta semana? (Se for necessária uma explicação: motivado sobre o banho, a limpeza de sua casa, cuidar de sua saúde, etc.)

Se sim: De que forma?

0. Nenhum prejuízo: O indivíduo sente-se muito motivado e interessado na escola ou no trabalho, atividades de lazer e autocuidado; pensa sobre essas coisas muitas vezes, e refere que ele se preocupa com tais atividades. Claramente normal nesta área.

1. Déficit muito leve: Um pouco menos interessado e motivado sobre essas áreas do que muitas pessoas, mas de relevância clínica questionável.

2. Déficit leve: O indivíduo está usualmente estimulado para estas áreas, mas ocasionalmente mostra uma falta de interesse ou motivação; pensa sobre essas coisas e refere se preocupar com tais coisas um pouco menos do que é normal.

3. Déficit moderado: O indivíduo está (se sente) um pouco estimulado para estas áreas, mas também apresenta algumas deficiências claras na motivação ou interesse; pode persistir em uma situação de trabalho, mas não está interessado em fazer quaisquer melhorias, ou passa pouco tempo pensando sobre relacionamentos ou passatempos.

4. Déficit moderadamente grave: O indivíduo está apenas levemente estimulado para estas áreas; apenas ocasionalmente pensa sobre elas.

5. Déficit acentuado: Falta evidente de interesse e motivação nestas áreas; pensa e se preocupa com elas muito pouco.

6. Déficit grave: Essencialmente nenhum interesse nessas áreas; não pensa ou se preocupa com elas.

V. SUBESCALA DE AFETO EMBOTADO

ITEM 9: EXPRESSÃO FACIAL

0. Nenhum prejuízo: Dentro dos limites normais; animado ao falar das experiências emocionais, com muitas mudanças adequadas nas expressões faciais.

1. Déficit muito leve: Diminuição muito leve de relevância clínica questionável na frequência e intensidade das expressões faciais ao relatar as experiências emocionais.

2. Déficit leve: Ligeira diminuição na frequência ou intensidade das expressões faciais; mostra pelo menos duas mudanças no rosto enquanto relata cada experiência emocional.

3. Déficit moderado: Notável diminuição na frequência e intensidade das expressões faciais, tais como mostrar apenas uma mudança na expressão facial em resposta a cada pergunta.

4. Déficit moderadamente grave: Significativa falta de expressões faciais ao relatar as experiências emocionais, mostrando expressões faciais para apenas uma ou duas perguntas; podendo mostrar apenas três ou quatro mudanças na expressão em toda a conversação.

5. Déficit acentuado: Óbvia falta de expressões faciais positivas e negativas em resposta a todas as perguntas; podendo mostrar apenas uma ou duas pequenas

alterações na expressão facial durante toda a conversa.

6. Déficit grave: Falta total ou quase total de expressões faciais ao longo da conversa.

ITEM 10: EXPRESSÃO VOCAL

0. Nenhum prejuízo: Variação normal em todas as três dimensões: velocidade, volume e entonação (inclinação) da voz.

1. Déficit muito leve: Diminuição leve em uma das três dimensões.

2. Déficit leve: Diminuição leve em duas dimensões, ou diminuição moderada em uma dimensão.

3. Déficit moderado: Diminuição moderada em uma dimensão, e uma leve diminuição em uma das outras dimensões

4. Déficit moderadamente grave: Diminuição moderada em duas ou mais dimensões, ou uma diminuição grave em um aspecto.

5. Déficit acentuado: Grave diminuição em pelo menos uma dimensão, e moderada em ao menos uma outra.

6. Déficit grave: Diminuição grave em duas ou mais dimensões (velocidade, volume e inclinação da fala).

ITEM 11: GESTOS EXPRESSIVOS

0. Nenhum prejuízo: Os gestos estão dentro dos limites normais; o indivíduo usa muitos gestos dos braços, mãos, ombros, cabeça e / ou corpo ao relatar as experiências emocionais.

1. Déficit muito leve: Diminuição muito leve na frequência de gestos expressivos; de relevância clínica questionável, uma ligeira diminuição no uso dos braços, mãos, cabeça ou corpo.

2. Déficit leve: Diminuição leve na frequência de gestos expressivos; o indivíduo exibe pelo menos dois gestos expressivos durante a narração de cada experiência emocional.

3. Déficit moderado: Diminuição notável na frequência gestos expressivos; pode mostrar um pequeno gesto em resposta a cada pergunta.

4. Déficit moderadamente grave: Significativa falta de gestos expressivos exibindo um gesto em resposta a apenas uma ou duas das perguntas; o indivíduo pode mostrar apenas três ou quatro gestos ao longo da conversa inteira.

5. Déficit acentuado: Óbvia falta de gestos expressivos. O número reduzido de gestos ocorre para todas as questões; o indivíduo pode mostrar apenas um ou dois pequenos gestos durante toda a conversa.

6. Déficit grave: Quase total ausência de gestos expressivos; praticamente nenhum movimento de braços, mãos, cabeça ou corpo ao relatar todas as experiências emocionais.

VI. SUBESCALA DE ALOGIA

ITEM 12: QUANTIDADE DE FALA

0. Nenhum prejuízo: Quantidade normal da fala ou o indivíduo fala excessivamente

1. Déficit muito leve: Diminuição questionável na quantidade de fala; respostas são

tipicamente concisas.

2. Déficit leve: As respostas são geralmente breves.
3. Déficit moderado: Muitas respostas consistem em uma ou duas palavras.
4. Déficit moderadamente grave: Pelo menos metade das respostas é composta de uma ou duas palavras.
5. Déficit acentuado: A maioria das respostas são fornecidas em uma ou duas palavras.
6. Déficit grave: Tudo ou quase todas as respostas compreendem uma ou duas palavras.

ITEM 13: ELABORAÇÃO ESPONTÂNEA

0. Nenhum prejuízo: O indivíduo geralmente fornece informações além do que é necessário para responder à pergunta; esta informação pode ou não ser apropriada. O indivíduo pode até ser excessivamente falante ou ter pressão por falar

1. Déficit muito leve: O indivíduo muitas vezes dá informações além do que é necessário para responder à pergunta, embora, por vezes, mais informações poderiam ter sido fornecidas
2. Déficit leve: O indivíduo fornece informações adicionais várias vezes, mas as respostas são normalmente restritas à informação que é necessária.
3. Déficit moderado: O indivíduo ocasionalmente dá informações adicionais; entrevistador pode, ocasionalmente, pedir mais detalhes.
4. Déficit moderadamente grave: O indivíduo raramente dá informações além do que é necessário para responder à pergunta. O entrevistador poderá pedir mais detalhes várias vezes.
5. Déficit grave: Quase todas as respostas fornecem apenas as informações necessárias, ou menos que o solicitado; o entrevistador poderá frequentemente solicitar mais informações.
6. Déficit grave: Nenhuma elaboração espontânea é dada a qualquer momento durante a entrevista.

ANEXO B - UCSD PERFORMANCE BASED SKILLS ASSESSMENT (UPSA – B – BR)

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

MANUAL DE APLICAÇÃO E PONTUAÇÃO

Tradução e Adaptação: Março de 2012

Lucas Machado Mantovani, M.D.

Instituto Raul Soares, FHEMIG
Av. do Contorno, 3017 – Sta. Efigênia
Belo Horizonte, MG 30110-080
Telefone (31) 88217868

E-mail: lmantovani@gmail.com

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA SEGUINTE ESCALA ORIGINAL:

ÍNDICE

Introdução	3
Aplicação e Pontuação	6
Módulo 1A: Organização e Planejamento: Ida ao Clube	7
Módulo 1A: Organização e Planejamento: Ida ao Zoológico	8
Módulo 2A: Habilidades Financeiras: Troco	9
Módulo 2B: Habilidades Financeiras: Preenchimento de Cheque	10
Módulo 3: Habilidades de Comunicação: Telefone	11
Módulo 4: Habilidades de Transporte	13
Módulo 5: Tarefas Domésticas	14

Apêndices:

A. Ficha de Interpretação #1: Ida ao Clube.....	15
B. Ficha de Interpretação #2: Passeio no Zoológico.....	16
C. Ficha de Interpretação #3: Conta de Luz.....	17
D. Cópia de Cheque em Branco.....	18
E. Ficha de Interpretação #4: Lembrete de Consulta Médica.....	19
F. Exemplos de Fichas de Interpretação #s 5-7: Itinerários de ônibus.....	20
G. Ficha de Interpretação #8: Receita de Arroz Doce.....	21
H. Lista de Itens de Dispensa para a Avaliação de Atividades Domésticas.....	22
I. Diagrama de Disposição dos Itens de Dispensa.....	23
J. Modelo da Lista de Compras.....	25
K. Exemplos de Pontuação de Itens a Serem Levados ao Clube.....	26
L. Exemplos de Pontuação de Itens a Serem Levados ao Zoológico.....	27
M. Quadro Comparativo entre UPSA-1-BR, UPSA-2*, e UPSA-B-BR.....	28
N. Formulário de Pontuação da UPSA-1-BR em branco.....	31
O. Resumo das Instruções e Planilha de Pontuação da UPSA-1-BR.....	34
P. Apresentação de Propriedades Psicométricas Seleccionadas da UPSA.....	36

* Escala não-traduzida e não-adaptada para o Brasil.

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

A área das **Finanças** testa as habilidades de uma pessoa no cálculo de troco e no preenchimento de cheques. Na primeira parte deste teste, fornece-se dinheiro de verdade (notas e moedas) aos pacientes, solicitando-os que calculem quantias específicas (por exemplo, R\$14,40; R\$7,90; R\$2,15) e o troco para dez reais. A segunda parte deste teste compreende o preenchimento de um cheque para o pagamento de uma conta. Os pacientes são apresentados a uma fatura de verdade de uma concessionária (por exemplo *Cemig*) e solicitados a preencherem um cheque. A pontuação é somada considerando cada elemento correto fornecido (por exemplo, o cheque é nominal à *Cemig*, a quantia escrita por extenso corresponde ao valor total da conta, o cheque está assinado, etc). Estas tarefas levam cerca de oito minutos e compreendem pontuação entre 0 e 10.

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

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

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

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

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

OUTRAS VERSÕES

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

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

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

REFERÊNCIA PRIMÁRIA

Patterson, T.L., Goldman, S., McKibbin, C.L., Hughs, T., and Jeste, D.V. UCSD Performance-Based Skills Assessment: Development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophrenia Bulletin*. 27 (2): 235-245, 2001.

REFERÊNCIAS ADICIONAIS

Bellack, A.S., Green, M.F., Cook, J.A., Fenton, W., Harvey, P.D., Heaton, R.K., Laughren, T., Leon, A.C., Mayo, D.J., Patrick, D.L., Patterson, T.L., Rose, A., Stover, E., and Wykes, T. Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*. 33 (3): 805-22, 2007.

Bowie, C.R., Anderson, H., Halpern, B., Patterson, T.L., Twamley, E.W., and Harvey, P.D. Self-assessment of functional status in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 41 (12): 1012-8, 2007.

Bowie, C.R., Leung, W.W., Reichenberg, A., McClure, M.M., Patterson, T.L., Heaton, R.K., and Harvey, P.D. Predicting schizophrenia patients' real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological Psychiatry*. 63 (5): 505-11, 2008.

Mausbach, B.T., Bowie, C.R., Harvey, P.D., Twamley, E.W., Goldman, S.R., Jeste, D.V., and Patterson, T.L. Usefulness of the UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA) for predicting residential independence in patients with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 42: 320-327, 2008.

Mausbach, B.T., Harvey, P.D., Goldman, S.R., Jeste, D.V., and Patterson, T.L. Development of a brief scale of everyday functioning in persons with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 33 (6): 1364-72, 2007.

McKibbin, C.L., Brekke, J.S., Sires, D., Jeste, D.V., and Patterson, T.L. Direct assessment of functional abilities: Relevance to persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 72 (1): 53-67, 2004.

Moore, D.J., Palmer, B.W., Patterson, T.L., and Jeste, D.V. A review of performance-based measures of functioning living skills. *Journal of Psychiatric Research*. 41: 97-118, 2007.

Patterson, T.L., Klapow, J.C., Eastham, J., Heaton, R.K., Evans, J., Koch, W.L., and Jeste, D.V. Correlates of functional status in older patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 80(1): 41-52, 1998.

Patterson, T.L., McKibbin, C.L., Mausbach, B.T., Goldman, S., Bucardo, J., and Jeste, D.V. Functional Adaptation Skills Training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 86: 291-299, 2006.

Price, M.A., Hill, C.D., Williams, V.S.L., Morlock, R.J., Leeuwenkamp, O., Patterson, T.L. Measures of functional status and quality-of-life in schizophrenia. *Current Psychiatry Reviews*. 4; 28-38, 2008.

Twamley, E.W., Doshi, R.R., Nayak, G.V., Palmer, B.W., Golshan, S., Heaton, R.K., Patterson, T.L., and Jeste, D.V. Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 159 (12): 2013-2020, 2002.

APLICAÇÃO E PONTUAÇÃO

Instruções Gerais

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

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

Material

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

1A. ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO: *IDA AO CLUBE*

Acessórios

- ! **Ficha de Interpretação #1** – Ida ao Clube (veja o Apêndice A para copiar o modelo ou adaptá-lo)

Procedimento

1. Mostre ao paciente a primeira ficha de interpretação (Ida ao Clube) e dê as seguintes instruções:

Por favor, leia esta história em voz alta sobre uma ida ao clube. Leia com atenção, porque eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre ela.

2. Quando o paciente terminar de ler a história, retire ou esconda a ficha de interpretação e proceda com as seguintes perguntas:

- a. **De acordo com a história que você acabou de ler, como você faria para chegar ao clube?**
- b. **Me diga duas atividades que você poderia fazer no clube.**
- c. **Imagine que você está indo passar o dia no clube. É possível pensar em várias coisas que você gostaria de levar, mas me diga CINCO coisas que você NÃO PODE DEIXAR de usar ou levar para passar o dia inteiro no clube.**

OBSERVAÇÕES AO EXAMINADOR

1. A resposta à pergunta “a” é: **ÔNIBUS**
2. Exemplos de respostas apropriadas à pergunta “b” são: **toboágua, natação, banho de sol, jogar peteca, futebol**, etc. Exemplos de respostas inapropriadas seriam: **tiro ao alvo, tomar cachaça**.
3. Exemplos de repostas apropriadas à pergunta “c” seriam: **trajes de banho ou sungas/maiôs, protetor/filtro solar, toalha, água, almoço, roupa para saída da piscina**, etc. Veja o Apêndice K para mais exemplos.

Pontuação e Tempo

Para as três primeiras perguntas, atribuem-se um ponto para cada resposta correta e 0 ponto para respostas incorretas. Na segunda parte, atribuem-se dois pontos para cada resposta apropriada e 0 pontos para respostas inapropriadas. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 13 deve levar cerca de quatro minutos para ser executada.

1B. ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO: PASSEIO NO ZOOLOGICO

Acessórios

- ! **Ficha de Interpretação #2** – Passeio no Zoológico (veja o Apêndice B para copiar o modelo ou adaptá-lo)

Procedimento

1. Mostre ao paciente a segunda ficha de interpretação (Passeio no Zoológico) e dê as seguintes instruções:

Por favor, leia esta história em voz alta sobre um passeio no zoológico. Leia com atenção, porque eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre ela.

2. Quando o paciente terminar de ler a história, retire ou esconda a ficha de interpretação e proceda com as seguintes perguntas:

- a. De acordo com a história que você acabou de ler, quais são os horários de funcionamento do zoológico? A que horas ele abre e a que horas ele fecha?
- b. Me diga duas atrações especiais do zoológico, sobre as quais você leu.
- c. Imagine que você está indo passar o dia no zoológico. É possível pensar em várias coisas que você gostaria de levar, mas me diga CINCO coisas que você NÃO PODE DEIXAR de usar ou levar para passar o dia inteiro no zoológico.

OBSERVAÇÕES AO EXAMINADOR

1. A resposta à pergunta "a" é: **9 às 16 (ou 9 da manhã às 4 da tarde)** (pontuem-se como duas respostas separadas)
2. Exemplos de respostas apropriadas à pergunta "b" são: **o aquário de peixes e fêmeas de Gorila.**
3. Exemplos de repostas apropriadas à pergunta "c" seriam: **capa-de-chuva, casaco, guarda-chuva/sombrinha, sapato confortável, dinheiro, máquina fotográfica,** etc. Veja o Apêndice L para mais exemplos.

Pontuação e Tempo

Para as quatro primeiras perguntas, atribuem-se um ponto para cada resposta correta e 0 ponto para respostas incorretas. Na segunda parte, atribuem-se dois pontos para cada resposta apropriada e 0 pontos para respostas inapropriadas. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 14 deve levar cerca de quatro minutos para ser executada.

2A. HABILIDADES FINANCEIRAS: CÁLCULO DE TROCO

Acessórios

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

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

Procedimento

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

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

Pontuação e Tempo

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

2B. HABILIDADES FINANCEIRAS: *PREENCHIMENTO DE CHEQUE*

Acessórios

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

Procedimento

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

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

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

Pontuação e Tempo

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

3. HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO: TELEFONE

Acessórios

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

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

Procedimento

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

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

Resposta: 190 ou 192 ou 193

2. Peça o paciente para fazer o seguinte:

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

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

3. Peça o paciente para fazer o seguinte:

**Escute com atenção este número e disque para ele “de cabeça”:
3596-6996**

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

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

5. Peça ao paciente para fazer o seguinte:

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

O paciente precisa encontrar no lembrete o número do telefone para remarcação das consultas, **(31) 3239-9934**, discar para o número correto, informar seu nome, a data atual de sua consulta, e solicitar a remarcação da consulta para o dia seguinte, no mesmo horário.

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

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

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

7. Pergunte o seguinte:

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

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

Pontuação e Tempo

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

4. HABILIDADES DE TRANSPORTE

Acessórios

! Fichas de Interpretação #5, #6, #7 – para esta tradução e adaptação da UPSA-1-BR (Março de 2012), os mapas de ônibus de Belo Horizonte foram impressos na dimensão de 145mm x 420mm, o que pode ser feito através de sua impressão em metade de uma folha A3 (297mm x 420mm), laminando-os ao final. Caso o examinador queira obter os informativos na companhia de trânsito local, basta escaneá-los ou imprimi-los, adaptando-os na medida do possível às dimensões de uma folha A3 (297mm x 420mm). Se forem usados mapas diferentes (de outras localidades ou mais atuais), as perguntas e respostas abaixo devem ser adaptadas, mantendo-as o mais próximo possível das descritas abaixo (por exemplo, a pergunta “d” deve ser a respeito de pontos de referência presentes na rota do ônibus, etc).

Procedimento

Posicione os três informativos sobre horários de ônibus na frente do paciente (da direita do examinador para a esquerda 3503A, 1510, SC04A) e prossiga com as seguintes perguntas:

- a. Olhando para estes informativos, em qual ônibus você deve embarcar para ir para o bairro São Gabriel?
Resposta: *Ônibus 3503A*
- b. Quanto custa a passagem para um trecho?
Resposta: *R\$2,65*
- c. Para qual telefone você deve ligar para obter informações.
Resposta: *156*
- d. Olhe para o mapa da linha 3503. Mostre duas estações de metrô.
Resposta: *Duas das três: Carlos Prates, Lagoinha ou Central*
- e. Aponte um lugar onde você pode descer do ônibus para pegar outro ônibus na Rodoviária.
Resposta: *Secretaria da Agricultura 1 ou Restaurante Popular 1 ou Shopping Oiapoque 1*

Pontuação e Tempo

Para cada uma das perguntas acima, atribuem-se um ponto para cada resposta correta e 0 ponto para cada resposta incorreta. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 6 e deve levar cerca de cinco minutos para ser executada.

5. HABILIDADES PARA TAREFAS DOMÉSTICAS

Acessórios

- ! **Ficha de Interpretação #8** – Receita de Arroz Doce (veja o Apêndice G para copiar o modelo)
- ! **Dispensa simulada** (veja o Apêndice H para conhecer a lista de produtos). Prepare os itens da dispensa de acordo com o diagrama do Apêndice I. Os itens devem estar numa prateleira ou num carrinho com aproximadamente as seguintes medidas: 100cm C x 33cm A x 40cm P. Os itens devem estar escondidos do paciente até que o examinador apresente o conteúdo da dispensa para esta tarefa.
- ! **Lista de Compras** (veja o Apêndice J para copiar o modelo)
- ! **Cronômetro**

Procedimento

1. Apresente ao paciente a Ficha de Interpretação #8 (receita de Arroz Doce) e diga o seguinte:

Nossa próxima tarefa diz respeito a habilidades para tarefas domésticas. Olhe esta receita de arroz doce. Aqui você vê a lista de ingredientes que você precisa para fazer este doce.

2. Mostre a lista de ingredientes e peça para o paciente fazer as seguintes instruções:

Imagine que esta é a dispensa da sua casa. Olhe para a lista de ingredientes que você precisa para esta receita e confira a dispensa para ver quais itens você tem e quais itens você não tem. Eu quero que você anote qualquer item que você não tenha nesta lista de compras para que você possa ir ao supermercado para comprá-los.

3. Dê a lista de compras e uma caneta para o paciente, e diga para o paciente prosseguir com a tarefa.

4. Ajuste o cronômetro para 5 minutos e retire a lista de compras quando encerrar o tempo.

Pontuação e Tempo

Os itens na lista de compras devem ser **açúcar, leite de coco, canela e cravos**. Se a lista contiver mais de quatro itens, a pontuação deve se basear somente **nos primeiros quatro itens**. Atribuem-se um ponto para cada resposta correta e 0 ponto para cada resposta incorreta. Esta tarefa compreende um intervalo de pontuação entre 0 e 4 e, por ser uma tarefa cronometrada, ela deve levar cinco minutos ou menos para ser executada.

APÊNDICE A



Você está em casa, num sábado de manhã do mês de janeiro. A previsão do tempo diz que o dia será quente e ensolarado, com uma temperatura máxima de 35°C e mínima de 28°C. Você recebe um telefonema de um amigo, que lhe convida para passar o dia, sem pagar nada, num clube de onde ele é sócio, o Minas Tênis Clube. Durante a conversa, ele lhe explica o seguinte:

Belo Horizonte é uma cidade sem praias, mas repleta de clubes com piscinas espalhados por todas as regionais. O Minas Tênis Clube, localizado no bairro de Lourdes, é um dos maiores e mais conhecidos da cidade, excelente para se nadar, especialmente num dia quente. Além das piscinas, ele é caracterizado pelas quadras de peteca, vôlei, futebol e tênis, além de áreas de lazer e lanchonetes. Lá dentro funciona um Habbib's, com um cardápio muito diversificado e preços razoáveis nos finais de semana. Os estacionamentos são limitados, mas linhas de ônibus como a 5102, 8108 e 9103 podem lhe deixar muito perto do clube. Para maiores informações sobre o Minas Tênis Clube, entre em contato com a Central de Atendimento no número (31) 3516-1114.

Você decide ir passar o dia no clube.



APÊNDICE B



O Zoológico de Belo Horizonte é uma instituição nacionalmente conhecida por ter sido uma das pioneiras na exibição de animais em seus ambientes naturais, sem grades. Cerca de 3 mil animais de mais de 200 espécies, entre répteis, aves, peixes, anfíbios e mamíferos, representantes dos cinco continentes, vivem em sua área. A mais nova atração é o Aquário de Peixes do Rio São Francisco, onde os visitantes podem ficar a poucos metros de espécies como o dourado e o matrinxã. Outra atração especial são duas fêmeas de Gorila, que foram emprestadas pela Inglaterra e estarão em exibição somente até o final de Agosto. Localização do Zoológico: Fundação ZooVBotânica; Horário de Funcionamento: 9:00 – 16:00; Informações: (31) 3277V7439. Lembre-se que animais de estimação não são permitidos no Zoológico.

Já estamos quase no final de Agosto, e você não vai querer perder as fêmeas Gorilas, que serão devolvidos à Inglaterra amanhã. Mesmo com a previsão de tempo nublado e chuva, com temperatura máxima de 15°C e mínima de 10°C, você decide ir ao Zoológico hoje



APÊNDICE C

CEMIG www.cemig.com.br/atendimento
Distribuição S.A. Fale com a Cemig 118

Cemig Distribuição S.A. CNPJ 06.901.988/0001-00 | Fax: Belo Horizonte 051-20179-2007 | Belo Horizonte 051-20179-2007 | Belo Horizonte 051-20179-2007
Av. Belvedere, 1.300 - 17ª andar - Ala A1 - CEP 30140-101 - Belo Horizonte - MG | Belo Horizonte 051-20179-2007 | Belo Horizonte 051-20179-2007

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE V Nº 00028413 - PTA Nº16.200716027-70

Classificação Res. Serviço 8176-00	Medição #00000000	Dados de Leitura Ano: 23/01 Mês: 02/02 Dia: 23/02	Dados de Hora Fatura Intervalo: 24/02 Hora: 00:00	Nº DA INSTALAÇÃO 3006496061
---	-----------------------------	---	--	--

Tipo de Medição Energia	Letura Anterior 12.873	Letura Atual 13.901
----------------------------	---------------------------	------------------------

Informações Gerais
Tabela vigente conforme Res. Anatel nº 1127, de 20/04/11.
Nota Fiscal de 12/2011 quitada em 06/02/2012.
Considere esta fatura quitada após 60 dias em sua fatura.
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
Para obter, todos os dados, procedimentos legais vigentes (contabilização) entre outros, consulte o site da Cemig.

Valores Faturados	Energia / Cobrança	Tarifas aplicadas (sem impostos)
Energia 0,001126 kWh 100,00	Energia 0,001126 kWh 6,00	Energia 0,001126 kWh 2,207000

Indicadores de Qualidade de Fornecimento
Mês: 12/2011

Índice	Mês		Valor Faturado	
	Atual	Anterior	Atual	Anterior
SAI	6,28	4,71	9,42	15,80
FIQ	1,22	1,05	8,70	12,20
SAI/FIQ	5,18	4,50	-	-

Fonte: Sistema 11220-101 e 404-101/116 e 404-101/105 e 404-101/106 do Set. Distribuição - 06/02/12

Informações de Pagamentos	
Parcela	Valor R\$ % Parcela Valor R\$ %
Empre	21,84 20,88 100,00 5,93 5,74
Consumo	35,53 34,20 100,00 87,82 86,61
Taxas	2,89 2,76 100,00 100,00 100,00

Informações de Pagamento

VENCIMENTO: **06/04/2012** VALOR A PAGAR: **R\$ 111,53**

Resumo de Fatura: 2393.75E6.2207.4451.2987.D0C8.8550.BFB2

Base de cálculo (R\$)	ICMS	IPI
100,00	30	00,00

PASEP (R\$)	COFINS (R\$)
1,20	9,60

Histórico de Consumo

Mês	Consumo kWh	Valor Faturado R\$	Valor de Pagamento R\$
FEV/12	100	5,00	50
JAN/12	102	5,81	51
DEZ/11	111	6,00	52
NOV/11	113	5,79	50
OUT/11	100	6,00	50
SET/11	111	5,90	50
AGO/11	100	6,00	50
JUL/11	100	6,00	50
JUN/11	100	6,70	50
MAY/11	110	6,25	50
ABR/11	102	4,81	50
MAR/11	0	0,00	00
FEV/11	312	15,70	70

Apresentamos a Conta de Energia Elétrica - FASES 101 - Ligação gratuita de telefonia fixa e telefonia móvel para serviços essenciais. Consulte o 118 ou 0800 000 118

CEMIG Unidade de Leitura: 5880102 Conta Consumo: 00004960610 Vencimento: 06/04/2012 Total a Pagar: R\$ 111,53

DÉBITO AUTOMÁTICO 63030000001-2 11530138009-9 00142856411-7 00064960610-0



APÊNDICE D

Comp	Banco	Agência	DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque N.º	C3
Pague por este									
chêque a quantia de _____									
_____ e centavos acima									
a _____ ou à sua ordem									
_____ de _____ de _____									



APÊNDICE E



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

Prezado Paciente:

Este é um lembrete da sua próxima consulta:

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

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

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

Obrigado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Nesta consulta você também fará um exame de sangue.

**Não se alimente ou beba líquidos (exceto água) nas 12 horas anteriores
à consulta.**

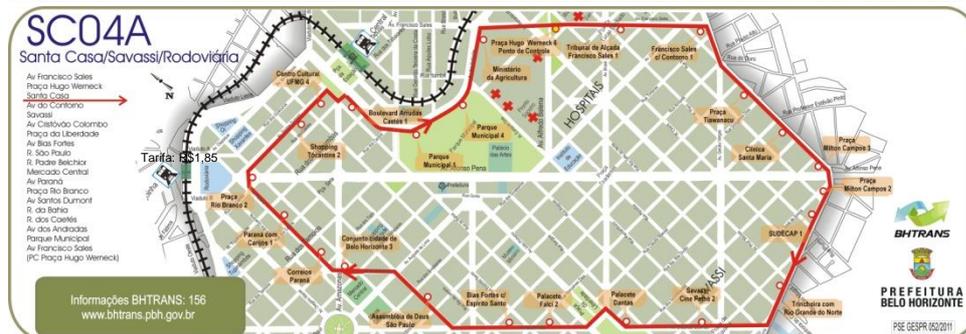
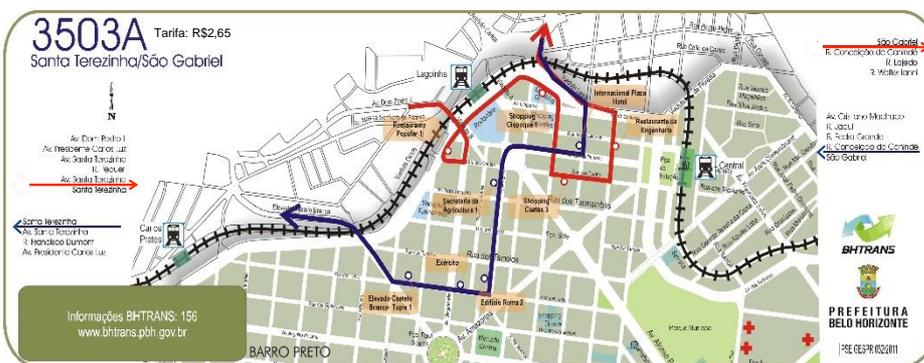
**Por favor, lembre-se de levar o cartão de marcação de consultas e sua
lista de medicamentos atualmente em uso.**

Atenciosamente,

Secretaria do Ambulatório

APÊNDICE F V MAPAS DE ÔNIBUS

Os mapas a seguir foram obtidos diretamente com a Companhia de Trânsito de Belo Horizonte (BHTRANS). Alternativamente, as tarefas de Transporte podem ser modificadas para representar os mapas atuais dos ônibus na região onde a UPSA-1-BR está sendo administrada. Deve-se tomar cuidado durante esta modificação de modo a preservar um nível de complexidade e dificuldade equivalente nas perguntas. Para maiores orientações, por favor entre em contato com Immantovani@gmail.com.



APÊNDICE G

ARROZ DOCE**Serve 8 porções**

**1 xícara (chá) de arroz
branco 2 xícaras (chá) de
leite
1 vidro de leite de coco
1 lata de leite condensado
2 colheres (sopa) de
açúcar 1 colher (chá) de
canela
1/4 colher (chá) de noz-
moscada 1/4 colher (chá) de
cravo em pó**

Na panela de pressão, coloque o arroz, 4 xícaras (chá) de água, o leite, a canela, a noz-moscada e o cravo. Tampe a panela e deixe cozinhar durante 5 minutos após o início da pressão.

Abra a panela com os devidos cuidados, junte o leite condensado, o açúcar e o leite de coco e deixe cozinhar por mais 5 minutos sem pressão.

APÊNDICE

H

Lista de Itens da Dispensa

(Nota: produtos semelhantes podem ser usados como substitutos quando aqueles aqui listados não estiverem disponíveis ou quando os examinadores desejarem utilizar marcas locais)

1.	Arroz Branco Prato Fino.....	1Kg
2.	Sal Cisne.....	1Kg
3.	Pêssego em Caldas Juçara	840g
4.	Sucrilhos Kellogg's.....	300g
5.	Catchup Arisco.....	390g
6.	Leite Itambé	1L
7.	Atum Light Coqueiro	130g
8.	Esponja 3M	2 esponjas
9.	Sprite.....	2 litros
10.	Ervilhas Swift.....	300g lata
11.	Lenços faciais Kleenex	1 caixa
12.	Gelatina Royal.....	35g
13.	Milho Verde Swift	300g lata
14.	Macarrão pena Amália	500g pacote
15.	Molho de Saladas Hellmanns	236g frasco
16.	Ovos.....	1 dúzia.
17.	Castanhas-de-Caju Iracema	100g lata
18.	Biscoitos Club Social.....	28g
19.	Geléia de Goiaba Predileta	320g
20.	Suco de Laranja Mais	1L
21.	Sabão-em-pó Omo.....	1Kg caixa
22.	Sopa de Legumes Knorr	23g pacote
23.	Margarina (deve dizer margarina, não óleo vegetal)	400g embalagem
24.	Bala Freegells (hortelã).....	700g pacote
25.	Pasta-de-Dente Colgate (sabor normal)	50g
26.	Coca-Cola	350mL lata
27.	Noz-moscada Kitano.....	8g
28.	Batata Chips Ruffles	60g pacote
29.	Leite Condensado Moça	395g lata

APÊNDICE I**Diagrama para o Posicionamento dos Itens da Dispensa****Fila de Trás**

Sucodelaranja "Sprite" "Leite" "Arroz" "Biscoitos" "Cereal" "Catchup

Margarina "Balas" "Esponjas" "Sal" "Molho Salada" "Geleia" "Sabão

Castanhas "Coca-Cola" "Sopa" "Milho" "Batata Chips

Pasta de Dente "Gelatina" "Ervilhas" "Lenço de Papel

Ovos "Atum" "Noz-moscada" "Pêssego" "Leite Condensado" "Massas

Fila da Frente

(Veja na próxima página a montagem de figuras para a dispensa. Se a montagem for usada no lugar dos itens de verdade, ela deve ser maximizada para 279mm x 432mm e laminada para uma melhor legibilidade e durabilidade.)

Fila de Trás



Fila da Frente

APÊNDICE J

LISTA DE COMPRAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

APÊNDICE K

Exemplos de Pontuação para Itens a Levar para ao Clube

Traje de banho.....	2
Filtro Solar.....	2
Toalha	2
Chapéu de Sol	2
Guarda-Sol.....	2
Almoço/Lanche/Piquenique	2
Água/Bebidas.....	2
Toalha (para assentar).....	2
Dinheiro/Carteira/Documentos	2
Roupas para trocar	2
Livro/Rádio.....	2
Bola/Pés-de-Pato/Frescobol	2
Cadeira de Praia	2
Bolsa de Praia/Sacola.....	2
Remédios.....	2
Jet Ski	0
Fogão para o almoço	0
Cachaça.....	0
Bolo	0
Roupa nova.....	0
Maionese	0
Coisas sem sentido.....	0
Corda de Salva-vidas.....	0

Estas pontuações são apenas sugestões, pois cada situação será muito individual. Para pontuar adequadamente as perguntas, o examinador deverá se basear no seguinte critério:

2 = um item para levar ou usar no clube que será realmente necessário para passar o dia, com conforto.

0 = um item que não faz sentido, inaceitável, sem motivo, ilegal, etc.

Por favor, consulte-se com o autor caso ocorra algum problema específico de pontuação, que não foi previsto. Veja também o Apêndice M.

APÊNDICE L

Exemplos de Pontuação para Itens a Levar para o

Casaco/Jaqueta.....	2
Sapatos confortáveis	2
Guarda-Chuva	2
Máquina Fotográfica	2
Binóculos	2
Chapéu para chuva	2
Almoço/Lanche/Piquenique.....	2
Água/Bebidas	2
Dinheiro/Carteira/Documentos	2
Filtro Solar	2/0*
Chapéu de Sol	2/0*
Guarda-Sol	0
Fogão para o almoço.....	0
Skate.....	0
Animais de Estimação	0
Vestido leve	0
Bermuda	0

Estas pontuações são apenas sugestões, pois cada situação será muito individual. Para pontuar adequadamente as perguntas, o examinador deverá se basear no seguinte critério:

2 = um item para levar ou usar no zoológico que será realmente necessário para passar o dia com conforto.

0 = um item que não faz sentido, inaceitável, sem motivo, ilegal, etc.

Alguns itens podem ser pontuados como 2 ou 0, dependendo do contexto. Por exemplo, se um item realmente reflete uma necessidade, como o uso de filtro solar independente do tempo, ele deve ser pontuado como 2. Se um item indicar pensamento perseverativo ou inflexivo, por exemplo, ele o levaria ao clube e, por conseguinte, o levaria ao zoológico mesmo com um tempo totalmente diferente, ele deve ser pontuado como 0.

Por favor, consulte-se com o autor caso ocorra algum problema específico de pontuação, que não foi previsto.

APÊNDICE M: Quadro comparativo entre UPSAV1VBR, UPSAV2*, e UPSAVBVR

	UPSA-1-BR	UPSA-2	UPSA-B-BR
1: ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO			
Habilidade:	Planejamento e saída	Planejamento e saída	(n/a)
<i>Acessório 1:</i>	Ida ao Clube	Parque Aquático	
<i>Perguntas:</i>	3 perguntas (1 pt cd) 5 itens (2 pts cd)	7 perguntas (1 pt cd) 7 itens (1 pt cd)	
Pont. Sub-sessão:	13	14	
<i>Acessório 2:</i>	Passeio no Zoológico		
<i>Perguntas:</i>	4 perguntas (1 pt cd) 5 itens (2 pts cd)		
Pont. Sub-sessão:	14		
Pont. da Sub-	27	14	
2: HABILIDADES FINANCEIRAS			
Habilidade 1:	Calcular o Troco	Calcular o Troco	Calcular o Troco
<i>Acessório (notas):</i>	R\$10, R\$5, 2 x \$2	\$10, \$5, 3 x \$1	R\$10, R\$5, 2 x \$2
<i>Acessório (moedas):</i>	1 x R\$1,00 1 x R\$0,50, 2 x R\$0,25, 1 x R\$0,10, 2 x R\$0,05	1 x \$0,25, 4 x \$0,10, 6 x \$0,05, 8 x \$0,01	1 x R\$1,00 1 x R\$0,50, 2 x R\$0,25, 1 x R\$0,10, 2 x R\$0,05
<i>Perguntas:</i>	R\$2,15 (1 pt) R\$7,90 (1 pt) R\$14,40 (1 pt)	\$1.02 (1 pt) \$6.73 (1 pt) \$12.49 (1 pt)	R\$2,15 (1 pt) R\$7,90 (1 pt) R\$14,40 (1 pt)
Habilidade 2:	Troco para R\$10	Troco para \$10	Troco para R\$10
<i>Pergunta:</i>	R\$10 – 6,20 = R\$3,80 (2 pts)	\$10 – 6.27 = \$3.73 (1 pt)	R\$10 – 6,20 = R\$3,80 (2 pts)
Pont. Sub-sessão:	5	4	5
Habilidade 3:	Preencher o Cheque	Entender a conta	Preencher o Cheque
<i>Perguntas:</i>	Preenchendo: Data, nominal a, quantia escrita, quantia em numeral, assinatura	Perguntas sobre a conta: Empresa, pqm. devido, cobrança atual, saldo, vencimento, cliente #, tel. ajuda #	Preenchendo: Data, nominal a, quantia escrita, quantia em numeral, assinatura
Pont. Sub-sessão:	5	7	5
Pont. da Sub-	10	11	10

* Escala não-traduzida e não-adaptada para o Brasil.

	UPSA-1-BR	UPSA-2	UPSA-B-BR
3: COMUNICAÇÃO			
Habilidade 1:	Telefonar	Telefonar	Telefonar
<i>Acessório:</i>	Telefone	Telefone	Telefone
<i>Perguntas:</i>	190 / 192 / 193 (1 pt) 102 (1 pt) Nome, cidade (1 pt) Discar 3596-6996(1 pt)	911 (1 pt) 411 (1 pt) Nome, cidade (1 pt) Discar 596-6996 (1 pt)	190 / 192 / 193 (1 pt) 102 (1 pt) Nome, cidade (1 pt) Discar 3596-6996(1 pt)
Habilidade 2:	Remarcar consulta	Remarcar consulta	Remarcar consulta
<i>Acessório:</i>	Telefone, Lembrete	Telefone, Carta do VA	Telefone, Lembrete
<i>Perguntas:</i>	Discar o número (1 pt) Remarcar (1 pt)	Discar o número (1 pt) Nome paciente (1 pt) Marcação atual (1 pt) Remarcação (1 pt) Tel. paciente # (1 pt)	Discar o número (1 pt) Remarcar (1 pt)
Habilidade 3:	Perguntas Memória	Perguntas Memória	Perguntas Memória
<i>Acessório:</i>	Lembrete (memória)	Carta VA (memória)	Lembrete (memória)
<i>Perguntas:</i>	Cartão Consulta (1 pt) Medicamentos (1 pt) Jejum de 12 hrs. (1 pt)	Cartão Seguro (1 pt) Medicamentos (1 pt) Jejum de 12 hrs. (1 pt)	Cartão Consulta (1 pt) Medicamentos (1 pt) Jejum de 12 hrs. (1 pt)
Pont. da Sub-	9	12	9
4: TRANSPORTE			
Habilidade:	Ler Mapa de Ônibus	Ler Mapa de ônibus e Horários	(n/a)
<i>Acessório:</i>	3 informativos horário	3 informativos horário	
<i>Perguntas:</i>	Identificar informativo correto (1 pt) Preço Passagem(1 pt) Informações # (1 pt) Estação Metrô. 1 (1 pt) Estação Metrô. 2 (1 pt) Local de Troca de Ônibus (1 pt)	Identificar informativo correto (1 pt) Preço Passagem(1 pt) Informações # (1 pt) Estação Metrô. 1 (1 pt) Estação Metrô. 2 (1 pt) Local de Troca de Ônibus (1 pt) Tempo Espera (1 pt) Hora Chegada (1 pt) Hora Ônibus (1 pt)	
Pont. da Sub-	6	9	

	UPSA-1-BR	UPSA-2	UPSA-B-BR
5: HABILIDADES PARA TAREFAS DOMÉSTICAS			
Habilidade:	Escrever lista de compras	Escrever lista de compras	(n/a)
<i>Acessório:</i>	Receita do arroz doce 29 itens de dispensa Modelo Lista Compras	Receita do pudim 29 itens de dispensa Modelo Lista Compras	
<i>Perguntas:</i>	Açúcar (1 pt) Leite de Coco (1 pt) Canela (1 pt) Cravos (1 pt)	Açúcar (1 pt) Uva-Passas (1 pt) Canela (1 pt) Cravos (1 pt)	
Pont. da Sub-Escala:	4	4	
6: ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS (MMAA) – ESCALA TRADUZIDA E ADAPTADA NO BRASIL			
Habilidade:	(n/a)	Desenvolver e seguir esquema de remédio	(n/a)
<i>Acessório:</i>		3 frascos etiquetados	
<i>Perguntas:</i>		Parlenol (7 pts) BRB (7 pts) Ciclomeovam (10 pts) Linofeno (13 pts)	
Pont. da Sub-Escala:		37	

RESUMO DA PONTUAÇÃO	0-100* (5 sub-escalas x 20 pts cd.)	0-120* (6 sub-escalas x 20 pts cd.)	0-100** (2 sub-escalas x 50 pts cd.)
UPSA, Média (DP) (independente)¹	78.4 (15.3) p < .001	sem dados	72.5 (18.8) p < .001
UPSA, Média (DP) (não-independente)¹	63.0 (20.3) p < .001	sem dados	54.5 (22.9) p < .001

* Pontuação: Para cada sub-escala, divida o número de pontos obtidos pelo total possível (= porcentagem de acertos), e multiplique este resultado por 20. Adicione a pontuação da etapa ao resumo da pontuação. Para a UPSA-1-BR, veja também os Apêndices O e P.

** Pontuação: Para cada sub-escala, divida o número de pontos obtidos pelo total possível (= porcentagem de acertos), e multiplique este resultado por 50. Adicione a pontuação da etapa ao resumo da pontuação.

¹ Todas as informações destas duas linhas foram retiradas de: Mausbach, B.T., Harvey, P.D., Goldman, S.R., Jeste, D.V., and Patterson, T.L. (2007) Development of a brief scale of everyday functioning in persons with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 33 (6): 1364-72.

APÊNDICE N

Formulário de Pontuação da UPSA-1-BR em Branco

(deve ser usado juntamente com o Formulário de Resumo de Pontuação, Apêndice O,
para o cálculo da Pontuação Total da UPSA-1-BR)

Módulo e Detalhes da Tarefa**Pontuação:****Observações:****1. ENTENDIMENTO E PLANEJAMENTO***Correto = 1 ponto***A. Situação
(1)***Incorreto = 0 ponto*

Como ir

O que fazer (duas atividades)

Correto = 2 pontos
Incorreto = 0 ponto

Itens a levar (listar 5)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

B. Situação (2)*Correto = 1 ponto*
Incorreto = 0 ponto

Hora de abertura do Zoológico

Hora de fechamento do Zoológico

Atrações especiais (listar 2)

_____	_____
-------	-------

Módulo e Detalhes da Tarefa	Pontuação:	Observações
	<i>Correto = 2 pontos Incorreto = 0 ponto</i>	
Itens a levar (listar 5)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
2^A. HABILIDADES FINANCEIRAS: Calcular o Troco	<i>Correto = 1 ponto Incorreto = 0 ponto</i>	
R\$2,15 (em moedas)		
R\$7,90		
R\$14,40		
	<i>Correto = 2 pontos Incorreto = 0 ponto</i>	
Troco R\$10,00		
2B. HABILIDADES FINANCEIRAS: Preencher o Cheque	<i>Correto = 1 ponto Incorreto = 0 ponto</i>	
Data		
Nominal a		
Quantia escrita		
Quantia em numeral		
Assinatura		

Módulo e Detalhes da Tarefa	Pontuação:	Observações
3. COMUNICAÇÃO	<i>Correto = 1 ponto</i> <i>Incorreto = 0 ponto</i>	
Discar número da emergência		
Discar número de informações		
Solicitação de informações		
Discar número "de cabeça"		
Discar número indicado no lembrete		
Remarcar a consulta		
Cartão de marcação de consulta		
Lista de medicamentos		
Jejum para o exame de sangue		
4. TRANSPORTE	<i>Correto = 1 ponto</i> <i>Incorreto = 0 ponto</i>	
Ônibus para o bairro São Gabriel		
Custo da passagem		
Telefone de Informações		
Primeira Estação de Metrô		
Segunda Estação de Metrô		
Troca de Ônibus		
5. HABILIDADES PARA TAREFAS DOMÉSTICAS	<i>Correto = 1 ponto</i> <i>Incorreto = 0 ponto</i>	
Açúcar		
Leite de Coco		
Canela		
Cravo		

APÊNDICE O

RESUMO DE PONTUAÇÃO DA UPSA-1-BR

A fim de dar pesos iguais a cada módulo na pontuação final da USPA-1-BR, a pontuação bruta é primeiramente convertida numa pontuação parcial de cada sub-escala, como mostrado a seguir (exemplificado abaixo com dados fictícios): Primeiro, o total de pontos alcançados em cada sub-escala é dividido pelo total de pontos possíveis. A “porcentagem de acertos” resultante é então multiplicada por 20, e o resultado é arredondado para o número inteiro mais próximo (por exemplo, 3,1 é arredondado para 3, enquanto 3,5 ou acima é arredondado para 4). A Pontuação Total da UPSA-1-BR (intervalo 0-100) é então obtida ao se somar a pontuação das sub-escalas na coluna 6. Uma planilha do resumo de pontuação em branco é apresentada na próxima página.

Planilha “Exemplo” de Resumo de Pontuação da UPSA-1-BR

1.	2.	3.	4.	5.	6.
Domínio	Pontuação Bruta	÷ Pont. Possível	= % Acertos	x 20	Pontuação Parcial
Entendimento e Planejamento	<u>6</u>	÷ 27	= <u>.22</u>	x 20 =	<u>4</u>
Financas	<u>5</u>	÷ 10	= <u>.50</u>	x 20 =	<u>10</u>
Comunicação	<u>4</u>	÷ 9	= <u>.44</u>	x 20 =	<u>9</u>
Transporte	<u>5</u>	÷ 6	= <u>.83</u>	x 20 =	<u>17</u>
Hab. Domésticas	<u>3</u>	÷ 4	= <u>.75</u>	x 20 =	<u>15</u>
Pont. Total UPSA					<u>55</u>
(Intervalo = 0-100)					

Planilha de Resumo de Pontuação da UPSA-

1. Domínio	2. Pontuação Bruta	3. ÷ Pont. Possível	4. % Acertos	5. x 20	6. Pontuação Parcial
Entendimento e Planejamento	_____	÷ 27	= _____	x 20	= _____
Finanças	_____	÷ 10	= _____	x 20	= _____
Comunicação	_____	÷ 9	= _____	x 20	= _____
Transporte	_____	÷ 6	= _____	x 20	= _____
Hab. Domésticas	_____	÷ 4	= _____	x 20	= _____
Pont. Total UPSA					
(Intervalo = 0–100)					

APÊNDICE P

Apresentação de Propriedades Psicométricas Seleccionadas da UPSA-1

Valor Preditivo Positivo (VPP) – A proporção de pacientes com resultados positivos nos testes que estão “diagnosticados” corretamente. Ou, se o teste disser que você tem uma particularidade, qual a percentagem de vezes que você de fato terá esta particularidade?

Exemplo da UPSA, se 183 pessoas apresentaram uma pontuação na UPSA de ≥ 75 (por exemplo, a UPSA disse que você pode morar sozinho) e 68 destas pessoas de fato moram sozinhas, então o VPP é 37,2%.

Sensibilidade – De todas as pessoas que de fato têm a particularidade, quantas foram corretamente identificadas pelo teste como tendo esta particularidade? Ou, se você tem uma “particularidade”, qual a percentagem de vezes que este teste identificará você como portador desta particularidade?

Exemplo da UPSA, se 99 pessoas de fato moravam sozinhas, e 68 destas pessoas pontuaram ≥ 75 , então o teste teria uma sensibilidade de 68,7%.

Valor Preditivo Negativo (VPN) – A proporção de pacientes com resultados negativos nos testes que estão “diagnosticados” corretamente. Ou, se o teste disser que você não tem uma particularidade, qual a percentagem de vezes que você de fato não terá a particularidade?

Exemplo da UPSA, se 252 pessoas pontuaram < 75 na UPSA (por exemplo, a UPSA disse que você não pode morar sozinho), e 221 destas pessoas de fato estão numa moradia assistida, então o VPN é 87,7%.

Especificidade – De todas as pessoas que não têm uma particularidade, quantas foram corretamente identificadas pelo teste como não tendo esta particularidade? Ou, se você não tem uma particularidade, qual a percentagem de vezes que este teste identificará você como não tendo a particularidade?

Exemplo da UPSA, se 336 pessoas não moravam sozinhas e 221 destas pessoas pontuaram < 75 na UPSA, então o teste teria uma especificidade de 65,8%.

RESULTADO FINAL:

- 1) A UPSA é uma boa “*case-finder*”. Ela pode identificar corretamente cerca de 2/3 das pessoas que moram sozinhas e 2/3 das que não.
- 2) A UPSA não é muito boa em determinar quem mora sozinho. Isto é, pessoas que pontuaram 75 ou mais não estavam, com frequência, morando sozinhas.
- 3) A UPSA é muito boa na determinação de quem não mora sozinho. Isto é, pessoas que pontuaram menos de 75 estavam, quase sempre, morando em moradias assistidas.
- 4) É possível que a UPSA seja melhor usada como um teste para determinar quem não pode morar sozinho, ao invés de um teste para determinar quem pode morar sozinho. Isto é, se alguém pontuar < 75 , é muito provável que ele não possa morar sozinho. Mas, se alguém pontuar ≥ 75 , ele pode ser ou não capaz de morar sozinho.