



Beatriz Filipa Silva Moura

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA GEOPTE PARA A COGNIÇÃO
SOCIAL: RELAÇÃO ENTRE A COGNIÇÃO SOCIAL E A
FUNCIONALIDADE EM DOENTES COM ESQUIZOFRENIA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA**

*Área de especialização:
Psicologia da Saúde*

2011

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Adaptação e Validação da Escala GEOPTE para a Cognição Social: Relação entre
a Cognição Social e a Funcionalidade em Doentes com Esquizofrenia**

Beatriz Moura

Outubro de 2011

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação da Universidade do Porto para
prestação de provas de Mestrado Integrado em Psicologia,
na área de Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a
orientação do Professor Doutor João Marques-Teixeira.

A todos os doentes que tornaram este trabalho possível!

“Did they get you to trade your heroes for ghosts”

(Pink Floyd – Wish you were here)

Agradecimentos

Ao meu Orientador, Professor Marques – Teixeira, um Muito Obrigado por tudo.

Aos meus pais e irmã, obrigado por todo o amor, carinho e acima de tudo pela paciência, é por vocês todo o meu esforço.

À minha avó Marquinhas, que fazia todo o gosto em vivenciar este momento, no entanto, não estando fisicamente entre nós, sei que deve estar muito feliz.

Ao Diogo, pelo amor, compreensão e por teres estado sempre presente.

Às minhas Amigas, pelo seu contributo essencial, minha zeta, elsa, ste, ana lima, eva (e todas as outras não mencionadas). Obrigado também prima linha e bete.

À María Calado, pela preocupação que tudo corresse pelo melhor.

Ao Hospital S.João e ao Centro Hospitalar Conde Ferreira por aprovarem este projecto, em especial à Dra. Celeste, Dra. Anabela, Dra. Carla, Dra Diana e Dr. Romero.

Obrigado Sofia e Dr. Hugo pelos conselhos.

Resumo

A descoberta de que a cognição social se relaciona com o funcionamento social tem gerado um notável interesse devido à possibilidade de intervir na cognição social como meio para melhorar resultados funcionais em doentes com esquizofrenia.

Neste sentido, este estudo descreve o processo de adaptação e validação da Escala Geopte que avalia a cognição social na psicose (Sanjuán et al, 2003) para uma população de 75 doentes com esquizofrenia portugueses e os seus cuidadores. Como requisito estes doentes tinham que ter diagnóstico de Esquizofrenia segundo os critérios do DSM-IV-TR e idades compreendidas entre os 18 e os 60. Este instrumento foi igualmente aplicado a uma população de 75 sujeitos controlos que teriam que ser maiores de idade e não ter diagnóstico de perturbação mental, apenas com o objectivo de comparar os resultados destes sujeitos com os dos doentes e assim avaliar o poder discriminativo da escala, uma vez que a Escala Geopte é utilizada apenas em contexto clínico. Simultaneamente à adaptação do instrumento estabeleceu-se a relação entre este instrumento e uma escala que avalia o funcionamento social, Escala de Funcionamento Social e Pessoal (PSP) no sentido de perceber a relação existente entre os dois conceitos.

De uma forma geral, todos os objectivos foram alcançados. A adaptação da escala revelou bons resultados no que diz respeito à sua validade e consistência interna. Encontrou-se ainda correlação entre o domínio de auto-cuidado da escala PSP com a percepção que os cuidadores têm acerca do défice dos doentes e com a média geométrica, que se trata de uma medida calculada para chegar a um ponto de equilíbrio entre a percepção do doente e a percepção do cuidador sobre o seu défice na cognição social.

Palavras – chave: Cognição Social, Funcionalidade, Esquizofrenia, Validação, Relação

Abstract

The discovery that social cognition is related with social functioning has raised considerable interest due to the possibility to intervene in social cognition as a mean to improve functional results in patients with schizophrenia.

In this sense, this study describes the process of adaptation and validation of Geopte Scale that evaluates social cognition in psychosis (Sanjuán *et al*, 2003) to a population of 75 portuguese patients with schizophrenia and their caregivers. As requirement, patients had to have diagnostic of schizophrenia according to DSM-IV-TR criteria and ages between 18 and 60. This instrument was also applied to a population of 75 subject controls, adulthood and without a diagnostic of mental disorder, with the aim of compare results and so assess the discriminative power of the scale, which is only used in clinical context. Simultaneously to the adaptation of the instrument was established the relationship between this one and a scale that assesses social functioning, Personal and Social Performance Scale (PSP) in order to understand the relationship between both concepts.

In general, the objectives have been achieved. The adaptation of the scale had good results concerning to its validity and internal consistency. There was also correlation between the domains of self care of PSP scale with the perception that caregivers have about deficit of patients and geometric average, which is a measure calculated to reach a balance between the perception of the patient and caregiver's perception about their deficit in social cognition.

Keyword: Social Cognition, Functionality, Schizophrenia, Validation, Relationship.

Resumé

La constatation selon laquelle la cognition sociale est liée au fonctionnement social a suscité un intérêt considérable en raison de la possibilité d'intervenir dans la cognition sociale comme un moyen d'améliorer les résultats fonctionnels chez les patients atteints de schizophrénie.

Ainsi, cette étude décrit le processus d'adaptation et de validation de l'Échelle Geopte qui évalue la cognition sociale dans la psychose (Sanjuán *et al*, 2003) pour une population de 75 patients portugais atteints de schizophrénie et de leurs soignants. Comme condition, ces patients devaient avoir un diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-IV-TR et être âgés entre 18 et 60 ans. Cet instrument a été également appliqué à une population de 75 sujets témoins qui devraient être majeurs et ne pas avoir de diagnostic de trouble mental, uniquement dans le but de comparer les résultats de ces sujets avec ceux des patients et ainsi évaluer le pouvoir discriminant de l'échelle, vu que l'échelle Geopte est uniquement utilisée dans le contexte clinique. Simultanément à l'adaptation de l'instrument s'est établi la relation entre cet instrument et une échelle qui évalue le fonctionnement social, Échelle de Fonctionnement Social et Personnel (PSP) afin de comprendre la relation qui existe entre les deux concepts.

Globalement, tous les objectifs ont été atteints. L'adaptation de l'échelle a montré de bons résultats quant à sa validité et sa cohérence interne. On a également constaté une corrélation entre le domaine de l'auto-soin de l'échelle PSP et la perception que les soignants ont sur le déficit des patients et la moyenne géométrique, qui est une mesure calculée pour atteindre un point d'équilibre entre la perception du patient et la perception du soignant sur leur déficit dans la cognition sociale.

Mots-clés: Cognition Sociale, Fonctionnalité, Schizophrénie, Validation, Rapport

Índice Geral

Introdução	13
CAPÍTULO I.....	15
Revisão bibliográfica	15
1. Revisão Bibliográfica.....	16
1.1 Cognição Social na Esquizofrenia.....	16
1.2 Funcionalidade na Esquizofrenia	19
1.3 Relação entre a Cognição Social e a Funcionalidade na Esquizofrenia	20
CAPÍTULO II.	23
Metodologia	23
2. Metodologia	24
2.1 Objectivos da Investigação.....	24
2.2 Participantes	24
2.2.1 Constituição da amostra	24
2.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	24
2.2.3 Caracterização dos grupos	25
2.3 Material	25
2.3.1 Selecção dos Instrumentos	25
2.3.2 Escala Geopte Cognição social para a psicose	26
2.3.3 Escala de Funcionamento Pessoal e Social (PSP).....	27
2.3.4 Variáveis Sócio demográficas	28
2.3.5 Variáveis clínicas	28
2.4 Procedimento e Recolha de dados.....	28
2.4.1 Tradução dos Instrumentos.....	28
2.4.2 Aplicação dos Instrumentos	29
2.4.3 Dificuldades de Aplicação	30

2.4.4 Racional Estatístico.....	30
CAPÍTULO III.....	32
Resultados	32
3. Resultados	33
3.1 Validação da Escala Geopte	33
3.1.1 Análise de Validade.....	33
3.1.2 Consistência Interna – Análise de Fidelidade	37
3.1.3 Poder Discriminativo da escala	39
CAPÍTULO IV	41
Discussão dos Resultados.....	41
4. Discussão.....	42
CAPÍTULO V	46
Conclusão	46
5. Conclusão.....	47
6. Referências Bibliográficas	49
ANEXOS.....	53

Abreviaturas

PSP – Escala de Funcionamento Social e Pessoal

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
(Text Review)

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

KMO- Kaise-Meyer-Olkin

M – Média

DP- Desvio Padrão

Sig. – Nível de Significância

Índice de Quadros

Quadro I – Comunalidades (Pág. 34)

Quadro II – Análise Factorial: Método de extracção de componentes principais e rotação varimax (Pág. 35)

Quadro III – Análise dos valores próprios (eigenvalues) e variância explicada acumulada (Pág. 36)

Quadro IV – Alpha de Cronbach para cada ítem (Pág. 37)

Quadro V – Coeficiente de Correlação de Pearson entre as dimensões da PSP e pontuações da Geopte (Pág. 38)

Quadro VI – Pontuações de todos os ítems da escala geopte para doentes e controlos (Pág. 39)

Índice de Gráficos

Gráfico I – Scree Plot (Pág. 36)

Índice de Anexos

Anexo A – Escala Geopte de cognição social para a psicose (Pág. 54)

Anexo B – Entrevista PSP (Pág.55/61)

Anexo C – Escala de Funcionamento Social e Pessoal (PSP) (Pág.62/65)

Anexo D – Questionário Sociodemográfico (Pág. 66/67)

Anexo E – Questionário Clínico (Pág. 68/69)

Anexo F – Consentimento Informado (Pág. 70)

Anexo G – Quadro Kaiser –Meyer- Olkin (KMO) (Pág. 71)

Anexo H – Quadro com itens pertencentes ao Factor 1 e ao Factor 2 (Pág. 72/73)

Introdução

A esquizofrenia é uma perturbação mental complexa caracterizada por uma série de dificuldades em vários níveis. Além dos défices cognitivos a esquizofrenia afecta o funcionamento diário dos doentes manifestando-se em diversas áreas, como na autonomia, na capacidade de iniciar ou manter relações interpessoais, no funcionamento profissional ou no lazer (Bellack *et al.*, 2007; Couture, Penn & Roberts, 2006; Green *et al.*, 2008).

Outro dos principais défices destes doentes diz respeito à cognição social, domínio que permite aos indivíduos traçarem inferências acerca dos comportamentos, das crenças e das intenções dos outros, de forma a orientarem a sua própria acção (Green *et al.*, 2008). A cognição social apesar de independente dos tradicionais domínios cognitivos (atenção, memória, funcionamento executivo) parece ser o preditor mais forte de alterações no funcionamento social na esquizofrenia (Couture *et al.*, 2006).

Apesar destas dificuldades na cognição social e das implicações significativas ao nível da funcionalidade (Pinkham & Penn, 2006) esta é ainda uma dimensão pouco utilizada nomeadamente em programas de reabilitação.

Neste sentido, este estudo pretende enriquecer a investigação com a validação de mais um instrumento para avaliação da cognição social na esquizofrenia. E, de seguida encontrar relações entre este domínio e funcionamento social.

Este trabalho encontra-se organizado ao longo de três grandes capítulos.

O primeiro capítulo diz respeito à revisão bibliográfica onde são apresentados os racionais teóricos sobre os quais este estudo se apoiou. Esta revisão aborda os domínios da cognição social e da funcionalidade na esquizofrenia, terminando com a revisão dos principais estudos que apontam para a relação existente entre dois domínios.

No segundo capítulo são apresentados todos os aspectos relativos à concretização da investigação. Desde a formulação dos objectivos, a selecção e tradução dos instrumentos, a caracterização da amostra, o procedimento de recolha e o tratamento dos dados.

O terceiro e último capítulo exhibe todos os resultados encontrados após a aplicação dos instrumentos e a validação da escala, bem como a discussão desses

mesmos resultados. Será ainda apresentada uma pequena conclusão, que funciona como uma espécie de reflexão sobre todo o processo de investigação, sobre as principais dificuldades e possíveis sugestões para investigações futuras.

CAPÍTULO I

Revisão bibliográfica

1. Revisão Bibliográfica

É consensual que actualmente a esquizofrenia é muito mais do que uma doença de delírios e alucinações e o tratamento destes aspectos da doença não garante, por si só, melhorias no funcionamento social e na qualidade de vida destes doentes (Marques-Teixeira, 2007). Uma das áreas onde os doentes com esquizofrenia apresentam um défice significativo é ao nível da cognição social.

1.1 Cognição Social na Esquizofrenia

A cognição é uma característica que permite aos sujeitos darem sentido a tudo que os rodeia (Frith, 2008). Este domínio é uma das componentes básicas para a funcionalidade dos indivíduos, sendo que para os doentes com esquizofrenia existem alguns défices na cognição social com implicações no funcionamento social, interpessoal e vocacional.

Várias são as definições que têm sido feitas sobre a cognição social e sobre a sua importância no estudo da esquizofrenia. A cognição social refere-se à forma como as pessoas pensam sobre si próprias e sobre outros e à forma como essa informação é processada nos contextos sociais. (Penn, Sanna & Roberts, 2008). Pode então falar-se da cognição social enquanto uma operação mental que é feita tendo por base as interações sociais, onde são envolvidos processos como a percepção, interpretação e a capacidade de gerar respostas às intenções e comportamentos dos outros (Green *et al.*, 2005). Este domínio cognitivo permite aos indivíduos detectar pistas verbais e não verbais das pessoas que os rodeiam. Analisar essas pistas tendo em conta as suas expectativas e o conhecimento que já possuem dessas pessoas e, a partir daí, criar inferências acerca das crenças, comportamentos ou intenções dos outros, de modo a orientarem a sua própria acção (Berr & Oschner, 2006; Green *et al.*, 2008).

No âmbito da pesquisa da cognição social são as áreas como *Processamento Emocional*, *Teoria da Mente*, *Percepção Social*, *Conhecimento Social* e *Estilo Atribucional* que mais interesse tem recebido, conforme definido num encontro organizado em 2006 pelo *National Institute of Mental Health nos Estados Unidos da America*, com o propósito de definir uma terminologia comum facilitadora da

comunicação entre os diferentes campos científicos que se dedicam à investigação nesta área (Green *et al.*, 2008)

Processamento Emocional

O processamento emocional refere-se a todos os aspectos relacionados com a percepção e o uso das emoções (Kohler *et al.*, 2003; Penn *et al.*, 2002), sendo este uso influenciado pela forma como estas são identificadas, compreendidas e geridas em cada situação (Green *et al.*, 2008). Importante realçar que neste domínio a percepção emocional exerce um papel importante por ser a capacidade do indivíduo para identificar e perceber os estados emocionais dos outros através da análise das expressões faciais, de verbalizações, da prosódia, ou mesmo da conjugação destes vários aspectos (Couture *et al.*, 2006). O processamento emocional assume uma indispensável importância no desenvolvimento da comunicação e das relações sociais, daí que este seja um domínio da cognição social fundamental para um funcionamento adequado em sociedade (Kee, Kern & Green, 1998; Kee, Green, Mintz & Brekke, 2003; Hooker & Park, 2002).

Teoria da Mente

Referida também como “Inteligência social” trata-se da capacidade do indivíduo interferir nas intenções e crenças dos outros (Green *et al.*, 2005) e compreender que os outros têm diferentes estados mentais (Marques-Teixeira, 2007). No entanto a literatura não fornece dados conclusivos acerca da presença ou ausência de défices na TOM na esquizofrenia.

Percepção Social

Capacidade de compreender os papéis e as regras sociais. Os doentes com esquizofrenia passam mais tempo a dar atenção a aspectos menos relevantes e têm dificuldades em captar informação abstracta e não familiar (Nuechterlein & Dawson, 1984).

Conhecimento Social

Também habitualmente denominado de esquemas sociais, refere-se ao conhecimento que os indivíduos têm das acções, das regras, dos papéis e dos objectivos que caracterizam as situações e interacções sociais, influenciando a sua capacidade

responder de modo adequado (Corrigan, Garman & Nelson, 1996; Green *et al.*, 2008). Os doentes com esquizofrenia em comparação com sujeitos saudáveis, parecem apresentar défices ao nível do processamento da informação¹ (Corrigan *et al.*, 1996). Nestes défices destaca-se o processamento da informação social, algo que é habitualmente avaliado através do desempenho dos doentes em provas de identificação e ordenação dos componentes de uma acção social em sequências apropriadas (Corrigan, Wallace & Green, 1992).

Os esquemas sociais são essenciais para um funcionamento social adequado dos indivíduos, havendo evidências da existência de défices a este nível nos doentes com esquizofrenia.

Estilo Atribucional

Capacidade para procurar explicações causais para acções ou comportamentos da vida do sujeito. Alguns autores defendem que o estilo atribucional se processa geralmente de modo pouco consciente (Pennington, 2000). Quando indivíduos procuram explicações para o comportamento de outras pessoas ou mesmo para o seu próprio comportamento, estão a recorrer ao processo cognitivo de atribuição causal, que lhe permite gerar explicações sobre os acontecimentos da sua vida (Green *et al.*, 2005). Neste domínio das atribuições, geralmente distingue-se atribuições internas, que explicam uma dada situação tendo por base características internas como a personalidade ou o estado emocional das atribuições externas, que explicam acontecimentos como algo externo ao indivíduo, dependente apenas das características da situação (Pennington, 2000).

É de acordo geral que a cognição social é um valioso constructo para compreender a natureza e o défice na esquizofrenia (Rocca & Castagna, 2007). De facto, os défices na cognição social parecem ser os principais determinantes nos resultados funcionais, incluindo nos resultados do funcionamento social e profissional (Green *et al.*, 2005).

Grande parte da investigação na área de cognição social pretende compreender as implicações desta dimensão cognitiva na vida dos doentes com esquizofrenia e, desta

¹ O processamento de informação social necessita de processos da neurocognição como atenção memória, etc, no entanto estudos mostram que a neurocognição e a cognição social são domínios distintos (Pinkham & Penn, 2006)

forma, contribuir para avanços na melhoria da sua funcionalidade em geral (Penn *et al.*, 2008).

Sabendo que a intervenção farmacológica na área da cognição social tem encontrado pouco suporte científico, existem, os programas de intervenção psicossocial, que apesar de constituir um meio através do qual se pode melhorar a cognição social (Horan, Kern, Green & Penn, 2008) são ainda desconhecidos se os ganhos a este nível se reflectem no comportamento dos indivíduos.

No entanto, e apesar das dificuldades apresentadas pelos doentes neste domínio e das implicações significativas ao nível da funcionalidade (Pinkham & Penn, 2006) a cognição social é ainda uma dimensão pouco utilizada nas intervenções nesta doença. Em Portugal, esta área é também pouco contemplada quer ao nível da investigação realizada, quer ao nível dos planos de reabilitação (Palha & Marques-Teixeira, 2009).

1.2 Funcionalidade na Esquizofrenia

A funcionalidade pode ser definida como a área que envolve a participação do indivíduo em actividades no plano pessoal e cultural, abrangendo o funcionamento pessoal em contexto social, comunitário e familiar (Vaz-Serra *et al.*, 2010). E também como a qualidade da participação dos indivíduos em ocupações significativas no plano pessoal e cultural, na qual a compreensão das interacções entre a pessoa e o ambiente se torna um requisito essencial (Marques – Teixeira, 2008).

A importância da funcionalidade em doentes com esquizofrenia foi há muitos anos incluída como um dos cinco eixos do estado clínico no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, terceira edição (DSM-III) e é agora descrito como uma das características fundamentais no diagnóstico da doença (Lindenmayer, 2008).

Défices no funcionamento social podem levar à diminuição da adesão à medicação, ao aumento do risco de hospitalizações e a dificuldade em estabelecer/manter relações com a família, amigos ou no local de trabalho. (Lindenmayer, 2008; Burns & Patrick, 2007).

A maioria dos doentes com esquizofrenia revela dificuldades no funcionamento individual e social necessitando de algum tipo de apoio ou supervisão (Hadzi-

Angelkovska *et al.*, 2010). Este conjunto de dificuldades pode ser explicado por vários factores, uns deles respeitantes aos défices nas competências sociais e interpessoais (Pinkham & Penn, 2006) e outros devido à presença de sintomatologia negativa (Aubin *et al.*, 2009). Para além disso, quando falamos de funcionalidade na esquizofrenia e nos factores que a influenciam, os défices cognitivos assumem um papel de relevo nesta relação (Marques-Teixeira, 2007), bem como a neurocognição e a cognição social (Brekke, Hoe, Long & Green, 2007). Embora a neurocognição e a cognição social estejam relacionadas, elas constituem duas dimensões independentes, podendo cada uma delas contribuir de forma diferente para a funcionalidade na esquizofrenia (Couture *et al.*, 2006; Pinkham & Penn, 2006). No entanto, apesar dos modelos que expliquem a relação deste triângulo, o nosso estudo apenas se apoiará na tríade cognição social e funcionalidade.

Apesar da funcionalidade ser considerada uma característica importante na esquizofrenia, a avaliação do funcionamento pessoal e social continua a ser uma área com alguma controversia e incerteza, principalmente pela falta de consenso quanto à sua definição (Brissos *et al.*, 2011). Desta forma, existe uma gama de instrumentos disponíveis para a avaliação do funcionamento social. A criação destes instrumentos que avaliam apenas os domínios da funcionalidade permitiu, por um lado compreender o impacto destes défices funcionais na esquizofrenia e por outro incluir nos programas de tratamento os domínios específicos do funcionamento que se encontram deficitários (Lindenmayer, 2008).

1.3 Relação entre a Cognição Social e a Funcionalidade na Esquizofrenia

Em vários estudos tem sido demonstrado que a cognição é significativamente associada ao funcionamento social (Addington & Addington, 1999; Penn *et al.*, 1997; Pinkham & Penn, 2003). Esta relação tem vindo a ser comprovada em estudos comparativos e em estudos longitudinais (Brekke *et al.*, 2007).

Uma recente revisão feita por Couture (2006) tentou relacionar a funcionalidade com a cognição social, tendo por base a medida de cada um dos domínios. Como medida para a funcionalidade apontou quatro grandes áreas, comportamento social, funcionamento em comunidade, competências sociais e resolução de problemas sociais.

Para a cognição social propôs os domínios já referidos anteriormente, percepção social, teoria da mente, estilo atribucional e processamento emocional, deixando de parte apenas o conhecimento social. Verificou então, que nem todos os domínios da cognição social influenciavam de forma significativa o desempenho funcional, sendo a percepção social e emocional os domínios onde se verificou uma maior relação.

Desta forma, Couture e colaboradores (2006) propoem um modelo conceptual explicativo da forma como os défices na cognição social influenciam a funcionalidade na esquizofrenia. De acordo com este modelo, perante um estímulo social, o doente com esquizofrenia, devido aos défices apresentados ao nível da percepção emocional e social, poderá interpretá-lo de modo errado, levando-o, portanto, a uma conclusão desadequada relativamente a esse mesmo estímulo. De seguida, influenciado pela ambiguidade da situação, o indivíduo poderá interpretar ameaça nesse estímulo social, percepção essa que é favorecida pela dificuldade do doente inferir sobre estados mentais do outro ou também pela dificuldade em gerar hipóteses alternativas para as causas de uma situação. Finalmente, esta interpretação dos acontecimentos poderá levar o doente a agir de modo socialmente inadequado e pouco funcional relativamente à pessoa ou situação em questão.

Por sua vez, Pinkham e Penn (2006) acrescentam algo aos estudos de Couture, os esquemas sociais, afirmando que estes são melhores preditores dos comportamentos interpessoais que a percepção emocional.

Relativamente ao processamento emocional, outros estudos corroboram a hipótese que este domínio apresenta uma correlação significativa com a funcionalidade de doentes com esquizofrenia (Addington, Saeedi & Addington, 2006; Kee *et al.*, 2003). Quanto à “teoria da mente” e ao estilo atribucional, os resultados obtidos mostraram existir apenas uma relação moderada entre estas duas dimensões e a funcionalidade.

Com este capítulo, tentou-se fazer uma síntese da investigação existente nesta área demonstrando a importância que a cognição social e a funcionalidade têm na esquizofrenia, bem como os ganhos a prática clínica pode ter se conhecer a forma como estas duas dimensões se relacionam. Deste modo, esta investigação propoem-se a disponibilizar para a população portuguesa um valioso instrumento que avalia a cognição social (Escala Geopte). Seguidamente, correlacionar os domínios avaliados

por esta escala (percepção das funções cognitivas básicas e cognição social) com domínios da Escala de Funcionamento Social e Pessoal. Não são, de facto, as dimensões mais utilizadas nos estudos de correlações apresentados sobre estes conceitos, por isso se pode realçar o carácter inovador deste estudo.

CAPÍTULO II.

Metodologia

2. Metodologia

2.1 Objectivos da Investigação

Adaptar e Validar a Escala Geopte de cognição social para a psicose numa amostra de doentes com esquizofrenia portugueses e seus cuidadores. Aqui podem-se destacar dois objectivos específicos que se prendem com a garantia da validade² e fiabilidade³ do instrumento.

Encontrar correlações entre os domínios avaliados pela Escala Geopte e os domínios avaliados pela escala PSP, de forma a encontrar relações entre a cognição social e a funcionalidade na esquizofrenia.

2.2 Participantes

2.2.1 Constituição da amostra

O grupo experimental foi constituído por doentes com esquizofrenia, de ambos os sexos, recolhidos em duas instituições do Grande Porto.

O grupo de controlo foi constituído por adultos, de ambos os sexos, sem diagnóstico de perturbação mental recolhidos nos Centros de Novas oportunidades (CNO) do Grande Porto. A amostra foi escolhida de forma a que todos os sujeitos cumprissem os critérios de inclusão. Importante referir que a escala Geopte foi aplicada ao grupo de controlo unicamente para avaliar o poder discriminativo na escala, uma vez que este instrumento é apenas para uso clínico.

2.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para o grupo experimental o principal critério de inclusão era que os sujeitos tivessem diagnóstico de esquizofrenia segundo os critérios da DSM-IV-TR. Além disso todos tinham que ser maiores de idade e não ultrapassar os 60 anos.

² Indica até que ponto um instrumento consegue medir a variável em causa (Ribeiro, 2007)

³ Consiste na determinação da consistência interna. A literatura defende que uma variável é considerada fiável se for consistente, assim um instrumento será mais fiável quanto mais consistente se apresentar (Pestana & Gageiro, 2000).

Determinou-se, ainda, como critério de exclusão sujeitos com diagnóstico de perturbação esquizoaffective ou outra comorbilidade psiquiátrica. O rigor para o cumprimento destes critérios foi verificado junto dos médicos psiquiatras /enfermeiros dos doentes.

Relativamente ao grupo de controlo, teria que cumprir como principais critérios de inclusão a ausência de qualquer perturbação mental e ser maior de idade. O preenchimento dos critérios para este grupo foi controlado pelo questionamento directo dos participantes.

2.2.3 Caracterização dos grupos

O grupo experimental é constituído por 75 doentes com esquizofrenia (48 indivíduos do sexo masculino e 27 do sexo feminino) com idades compreendidas entre 21 e 60 ($M=46,45$; $DP=10,43$), recolhidos em duas instituições do Grande Porto – Hospital São João (15 doentes) a frequentar o hospital de dia ou a receber apenas acompanhamento psiquiátrico regular. Estes sujeitos foram previamente informados pela médica psiquiátrica que a sua colaboração no estudo era meramente voluntária. Os restantes 60 doentes foram recolhidos no Centro Hospitalar Conde Ferreira, sob a condição de além de preencher os critérios de inclusão, terem permissão para sair da instituição, de forma a que não estivessem totalmente privados dos estímulos sociais. O grupo de controlo foi recolhido maioritariamente nos Centros de novas oportunidades (60 sujeitos). Os restantes 15 foram indivíduos que se voluntariaram para participar no estudo e que cumpriam os critérios de inclusão. Destes 75 indivíduos que integram o grupo de controlo, 38 são do sexo masculino e 37 do sexo feminino. A idade destes sujeitos variava entre 19 e 58 ($M=39,36$; $DP=9,95$). A todos os participantes foi garantido o anonimato e confidencialidade.

2.3 Material

2.3.1 Selecção dos Instrumentos

A selecção dos instrumentos não teve a influência da investigadora, uma vez que se trata de um projecto de parceria com uma equipa de investigação de Vigo⁴, por isso

⁴ Equipa de Investigação sob a tutoria de José Manuel Olivares (Vigo)

os instrumentos além de previamente selecionados já tinham a devida autorização dos autores para a sua utilização.

Por questões de complexidade do projecto e de limitações de espaço da tese decidiu-se apenas escolher um instrumento para validação para a população portuguesa, que avalia a cognição social *Escala Geopte de Cognição social para a Psicose* (Sanjuán et al, 2003) e outro instrumento que avalia a funcionalidade, *Escala de Funcionamento Pessoal e social (PSP)* e, assim, avaliar as correlações existentes entre os dois.

2.3.2 Escala Geopte Cognição social para a psicose

A Geopte (Sanjuán et al, 2003; Anexo A) é uma escala de auto-relato que avalia a percepção do doente acerca dos seus défices cognitivos e da cognição social, bem como a percepção do seu cuidador. A escala geopte foi desenhada para ser de fácil aplicação e contribuir para diminuição da distância entre a investigação e a prática clínica dentro do campo do diagnóstico e da intervenção na esquizofrenia (Sanjuán et al, 2003).

Os quinze itens que compoem o instrumento original estão formulados em pequenas perguntas, respondidas utilizando uma escala de cinco respostas possíveis (1- *Não*; 2- *Um pouco*; 3- *Regular*; 4- *Bastante* e 5- *Muito*). Estes quinze itens recolhem dois tipos de informação, item 1 ao 7 a percepção acerca das funções cognitivas básicas e item 8 a 15 questões sobre a cognição social.

Para facilitar a aplicabilidade e diminuir problemas de fiabilidade a informação é recolhida em duas fontes:

1. Percepção subjectiva dos doentes – Assumindo que há uma distorção provocada por vezes pela falta de consciência da doença e dos défices (anosognosia) e pelo estado de ânimo.
2. Avaliação do Cuidador – Informação que por vezes, também pode ser distorcida, mas para isso é muito importante obter junto destes informação acerca funcionamento do quotidiano do doente e assim contrastar com a visão do próprio doente.

A escala deve ser auto-administrada ao doente e ao cuidador em momentos distintos. Para pontuar este instrumento basta fazer o somatório dos valores numéricos assinalados como resposta a cada item, obtendo-se assim, tanto para os doentes como para cuidadores, uma pontuação que varia entre um mínimo de 15 (melhor estado possível de cognição social) e um máximo de 75 (pior estado possível de cognição social). Obtem-se ainda uma outra pontuação, que funciona como um ponto de equilíbrio entre as pontuações do doente e do cuidado, ao qual se dá o nome de Média Geométrica ($MG = \sqrt{p_{doente} \times p_{cuidador}}$)

2.3.3 Escala de Funcionamento Pessoal e Social (PSP)

Desenvolvida por Morosini et al (2000) classifica o grau de disfunção social e pessoal em quatro domínios; Auto-Cuidado; Actividades Sociais incluindo trabalho e estudo; Relações pessoais e sociais e Comportamentos perturbadores e agressivos.

Estes domínios são classificados numa escala de seis pontos de gravidade (1-ausente; 2-leve; 3-manifesta; 4-marcada; 5- grave e 6-muito grave). Esta escala é aplicada através da realização de uma entrevista estruturada, contendo perguntas que avaliam estes quatro domínios. De seguida, o entrevistador atribui uma pontuação a cada um dos domínios com base na informação da entrevista (Cf. Anexo B) que é feita tanto ao doente como ao seu cuidador. Por fim, quando todos os domínios tiverem atribuída uma pontuação, é feita uma análise a um quadro de cotação que varia entre 0 e 100 e se encontra organizado em intervalos de dez pontos classificando a severidade do défice no funcionamento social. De uma forma geral do intervalo 71 – 100 (leve ou nenhuma dificuldade no funcionamento), 31 -70 (graus variados de dificuldades) e 0-30 (funcionamento deficitário de tal forma que o doente necessita de apoio intenso ou supervisão. (Cf. Anexo C)

Tal como anteriormente referido a entrevista da PSP é administrada aos doentes e aos seus cuidadores, sendo que quando a informação do doente é diferente da do cuidador, toma-se em consideração a entrevista do cuidador.

Esta escala, apesar de aplicada através de uma entrevista, demora cerca de 10 minutos e em comparação com outras escalas como a GAF (Global Assessment of Functioning) e a SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) apresenta vantagens pelo facto de não misturar aspectos psicopatológicos com aspectos

psicossociais, e de possuir uma distinção e operacionalização exacta dos domínios do funcionamento pessoal, social e ocupacional (Juckel *et al.*, 2008) permitindo assim identificar exactamente os domínios mais deficitários nos doentes.

2.3.4 Variáveis Sócio demográficas

Através de um simples questionário recolheu-se informação como a idade, data de nascimento, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, nível sócio-económico e rede social (Cf. Anexo D).

2.3.5 Variáveis clínicas

Questionário clínico (Cf. Anexo E) recolhe informação acerca do tipo de esquizofrenia, nº de episódios psicóticos, data do último internamento, antecedentes psiquiátricos e medicação. Este questionário geralmente é preenchido pelo psiquiatra do doente, no entanto, no grupo de doentes recolhidos no CHCF por questões de falta de tempo dos médicos, ficou a cargo da investigadora com a supervisão de uma psicóloga consultar os processos de cada doente e retirar a informação necessária.

2.4 Procedimento e Recolha de dados

2.4.1 Tradução dos Instrumentos

A tradução dos instrumentos utilizados neste estudo passou por duas etapas. Em primeiro, após tomar conhecimento do projecto de investigação e dos instrumentos a utilizar, procedeu-se à sua tradução da língua original, neste caso do espanhol, para a língua portuguesa. Durante este processo houve o cuidado de, além de se cumprir regras lexicais escolher termos facilmente compreendidos.

Numa segunda etapa, a tradução dos instrumentos foi revista pelo orientador de investigação, procedendo-se desta forma, a um acordo inter-tradutores. As principais alterações surgiram no sentido de manter a estrutura original do instrumento, e de escolher determinados “termos” culturalmente mais utilizados. Após este procedimento, os questionários já traduzidos para português foram enviados para os membros da equipa de investigação de Vigo para ser feita a contra-tradução, garantindo que o instrumento se mantinha o mais fiel possível em relação ao original. Por fim, e antes da

aplicação propriamente dita, estes questionários foram passados a quatro sujeitos, com o objectivo de avaliar a clareza das instruções, das perguntas e da forma de resposta. Este procedimento não suscitou qualquer tipo de dificuldade.

2.4.2 Aplicação dos Instrumentos

O primeiro passo, neste procedimento de recolha de dados, foi a construção de um pequeno resumo acerca dos objectivos do estudo, bem como um anexo contendo todos os instrumentos a ser utilizados para ser entregue às instituições, já referidas, onde se pretendia fazer a recolha. Este projecto foi submetido à Comissão de Ética, tendo sido igualmente aprovado nas duas instituições.

De seguida, todos os sujeitos foram devidamente informados através de uma breve explicação oral acerca dos objectivos e características do estudo, bem como a estrutura dos instrumentos de medida e o que cada um avalia. Para além disso, todos os participantes do estudo assinaram um consentimento informado (Cf. Anexo F), onde é garantido que todos os dados fornecidos serão mantidos confidenciais, sendo divulgado apenas os resultados globais sem qualquer referência que leva à identificação do respectivo participante.

Relativamente ao grupo de controlo, primeiramente foi entregue o questionário sociodemográfico e de seguida a Geopte.⁵ Apesar de previamente se ter explicado a estrutura dos instrumentos e forma de resposta, houve o cuidado de após recolher certificar que não existiam erros. A recolha destes sujeitos ocorreu nas salas onde habitualmente têm aulas. Para o grupo experimental, a escala GEOPTE geralmente foi preenchida pelo doente e a entrevista da PSP foi aplicada pela investigadora. Neste grupo a aplicação decorreu num ambiente privado, num gabinete médico, de modo a garantir a protecção do anonimato e da confidencialidade da informação cedida pelos sujeitos, bem como eliminar possíveis elementos distractores.

Este grupo exigia que além de o doente, também o cuidador tivesse que responder às duas escalas. Para isso, garantiu-se que a investigadora aplicasse o

⁵ A este grupo foram aplicados mais instrumentos que não são referidos por não serem utilizados neste estudo, mas certamente em futuras investigações.

instrumento ao doente e ao familiar/cuidador em momentos distintos, para que nenhum dos sujeitos se inibisse de dar informação importante.

2.4.3 Dificuldades de Aplicação

A principal dificuldade sentida nesta investigação foi precisamente a necessidade de administrar os dois instrumentos aos doentes e aos seus cuidadores. Relativamente aos doentes recolhidos no Hospital São João, foi necessário contactar os seus familiares, que em alguns dos casos não se mostraram receptivos nem colaboradores com este tipo de investigações. Os cuidadores dos doentes do Centro Hopsitar Conde Ferreira foram os enfermeiros responsáveis pelas enfermarias e para tal, foi necessário haver uma grande articulação em termos de disponibilidade de horários para não interferir com o trabalho dos profissionais.

Apesar de a escala GEOPTE ser auto-administrada, surgiram doentes que devido à sua baixa escolaridade apresentaram dificuldades na interpretação das perguntas, sendo por isso necessário ser o investigador a aplicar o instrumento.

2.4.4 Racional Estatístico

Para a validação da escala GEOPTE foram realizadas análises para confirmar a validade e fiabilidade. Realizou-se a análise do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)⁶ e o teste de esfericidade de Bartlett, que dão a indicação de se poder seguir ou não para a análise factorial. A extracção de factores realizou-se através da análise de Componentes Principais com Rotação Varimax de modo a facilitar a interpretação dos resultados. O método de rotação varimax permite reduzir o número de factores em que intervem cada variável, facilitando a interpretação dos factores em função das variáveis. Considera-se não ser adequado realizar análise factorial quando a maior parte das correlações observadas entre os itens for inferior a 0.30. Estas análises permitiram comprovar a validade de constructo do instrumento.

Por fim, para comprovar a fiabilidade do instrumento recorreu-se ao teste alpha de Cronbach , que é um modelo de consistência interna que avalia se todos os itens do instrumento avaliam o mesmo constructo, e que se considera adequado quando é

⁶ O KMO é uma estatística que varia entre 0 e 1 em que os valores perto de 1 indicam coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos de 0 indicam que a análise factorial pode não ser uma boa ideia porque existe uma correlação fraca entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000).

superior a 0,70. A partir destas análises, foi aplicado o teste de Pearson , no sentido de identificar as correlações entre os resultados da Escala geopte já validada e a escala PSP. Após a validação do instrumento, realizou-se um teste T, no sentido de averiguar as diferenças entre doentes e controlos e assim avaliar o poder discriminativo da escala Geopte.

CAPÍTULO III.

Resultados

3. Resultados

3.1 Validação da Escala Geopte

3.1.1 Análise de Validade

O estudo da validade inicia-se com a análise do KMO (Kaiser-Mayer-Olkin) e do teste de esfericidade de Bartlett, que são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise factorial (Pestana & Gageiro, 2000). Desta forma observa-se que os índices de factorabilidade indicam a possibilidade de prosseguir para a análise dos componentes, pois para a medida de KMO foi obtido o valor de 0,85 revelando uma boa adequação da amostragem (Cf. Anexo G). Também o teste de esfericidade de Bartlett se mostrou significativo ($\chi^2=890,058$; $p <,000$).

O passo seguinte constitui na análise das comunalidades entre as variáveis, que são os itens que compõem a escala. As comunalidades variam entre 0 e 1, ou seja, o valor apresentar-se-à 0 quando os factores comuns não explicam nenhuma variância da variável e 1 quando explicam toda a sua variância. Os dados obtidos das comunalidades encontram-se no quadro seguinte.

Quadro I – Comunalidades

	Inicial	Extracção
Geopte 1	1,000	,544
Geopte 2	1,000	,629
Geopte 3	1,000	,589
Geopte 4	1,000	,379
Geopte 5	1,000	,590
Geopte 6	1,000	,650
Geopte 7	1,000	,635
Geopte 8	1,000	,592
Geopte 9	1,000	,442
Geopte 10	1,000	,664
Geopte 11	1,000	,679
Geopte 12	1,000	,102
Geopte 13	1,000	,286
Geopte 14	1,000	,375
Geopte 15	1,000	,341

De acordo com os dados obtidos, verificamos que os itens 4,12,13,14 e 15 apresentam uma comunalidade inferior a 0,5, o que de acordo com (Tabachnick & Fidell, 1998) se deve ponderar a sua eliminação. Analisando os itens da escala considerou-se adequada eliminar ou manter estes itens depois de realizada a análise factorial, passo que se segue.

Assim, de seguida procedeu-se à verificação da análise factorial exploratória. Como método extracção foi escolhido o método de componentes principais, e como método de rotação, o Varimax.

Deste modo, apresenta-se a matriz de correlações que permitiu identificar a carga factorial que cada um dos itens apresenta relativamente a cada um dos factores extraídos, de forma a identificar com qual dos factores cada item se encontra relacionado. Optou-se por considerar os itens com valores mínimos de saturação de ,40

de acordo com autores como Tabachnick (1998). Os dados encontram-se expostos no Quadro II.

Quadro II – Análise Factorial: Método de Extracção de Componentes Principais e Rotação Varimax

	Componente	
	1	2
Geopte 6	,778	
Geopte 3	,751	
Geopte 5	,751	
Geopte 2	,744	
Geopte 8	,740	
Geopte 7	,730	,326
Geopte 1	,702	
Geopte 9	,673	
Geopte 4	,623	
Geopte 11		,815
Geopte 10		,794
Geopte 15	,314	,500
Geopte 13		,497

Decidiu-se retirar o item 12 e 14 por dois motivos, em primeiro porque apresenta comunalidades baixas e em segundo porque na extracção de factores se inserem no factor 1 (funções cognitivas básicas), que segundo a literatura não estão bem enquadrados nesta dimensão. No entanto, existem outros itens, como já referido, que também apresentam comunalidades baixas, no entanto enquadram-se em factores que do ponto de vista teórico se podem manter.

Após realizada a análise factorial, podemos verificar que todos os itens se encontram agrupados ao longo de dois factores. O factor 1 (percepção das funções cognitivas básicas) integra os itens de 1 a 9 (Cf. Anexo H) e explica 37,43% da

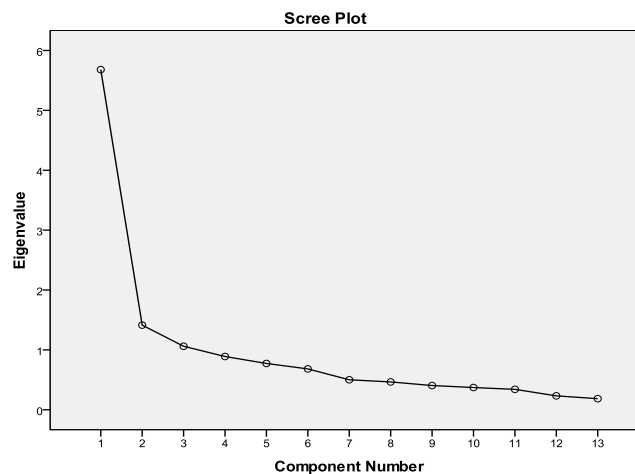
Variância. O factor 2 (cognição social), por sua vez integra os itens 10, 11, 13 e 15 (Cf. Anexo H) e explica 17,14% da Variância, resultados obtidos no seguinte quadro.

Quadro III: Análise dos valores próprios (eigenvalues) e variância explicada acumulada

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,680	43,693	43,693	4,856	37,426	37,426
2	1,414	10,874	54,567	2,228	17,141	54,567

Pensando nos factores que o instrumento sugere e na variância de cada um deles, Pestana e Gageiro (2000) aconselham a extracção do gráfico Scree Plot no sentido averiguar quantos factores o teste nos indica (Gráfico 1). O número de factores a reter corresponde ao número de valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1. Assim, e de acordo com o que já tinha sido concluído anteriormente através da análise factorial dos componentes principais são dois os factores encontrados para a escala.

Gráfico 1



3.1.2 Consistência Interna – Análise de Fidelidade

Seguidamente, procedeu-se à análise da consistência interna⁷ do instrumento, bem como de cada uma das sub-escalas. Neste sentido, determinou-se o Alpha de Cronbach para cada um dos itens, no sentido de conferir a consistência interna do instrumento na íntegra e de cada ítem separadamente.

Quadro IV – Alpha de Cronbach para cada item

Item	Factor	Alpha	Correlação item total	Scale if Item Deleted
I1	F1	.902	,669	,892
I2			,733	,886
I3			,710	,888
I4			,509	,903
I5			,696	,890
I6			,756	,885
I7			,724	,887
I8			,700	,889
I9			,557	,889
I10			,408	,570
I11	F2	.635	,538	,474
I13			,341	,618
I15			,379	,590

Pode verificar-se que o instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* de 0,88 (Cf. Anexo G), bem como cada um dos factores. No factor 1 foi obtido um alpha de 0,92. Já o factor 2, revela-se um factor menos consistente, estando ainda assim acima de 0.6, considerado um valor questionável de aceitação (Tabachnick & Fidell, 1998). Não faria sentido eliminar uma sub-escala cujos itens avaliam um constructo tão importante. A salientar ainda que, relativamente ao factor 2, voltamos a reparar que o item 13 é problemático, anteriormente já apresentava baixa comunalidade e agora se eliminado faria aumentar a consistência interna da sub-

⁷ A consistência interna dos factores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquirido seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões. Para tal, é necessário conhecer: a característica de cada item quanto à sua média e desvio padrão; a média, desvio padrão e correlação dos itens que integram o factor; a relação entre cada item e o factor, em termos do coeficiente de correlação, do coeficiente de determinação de cada item com os restantes, e do efeito que cada item produz na média, na variância e no Alfa de Cronbach do factor (Pestana & Gageiro, 2000).

escala. No entanto há que ponderar duas situações, que na extracção de factores se enquadra num factor adequado e se retirássemos este item, a sub-escala da cognição social passaria a ser constituída apenas por 3 itens, o que não parece razoável dada a complexidade do conceito. Foi portanto decidido manter este item, porque parece bom sob o ponto de vista teórico.

Seguidamente, e no sentido de identificar as correlações existentes entre as quatro dimensões avaliadas pela psp (Cf 2.3.3.) e as pontuações obtidas na Escala Geopte por doentes, cuidadores e pela convergência das duas percepções (Média Geométrica) foi calculado o R de Pearson.

Quadro V - Coeficiente de Correlação de Pearson entre as dimensões da PSP e pontuações da geopte

	Funções Cog. doente	Cognição Social doente	GEOPTE Total doente	Funções Cog. Cuidador	Cognição Social Cuidador	GEOPTE Total Cuidador	Media Geométrica Funções Cognitivas	Media Geométrica Cognição Social	Media Geométrica GEOPTE Total
Auto-cuidado	,215	,031	,194	,218	,135	,228*	,266*	,088	,242*
Actividades sociais	,157	,075	,173	,191	,046	,198	,223	,082	,210
Relaciones pessoais e sociais	,146	,054	,162	,164	,008	,166	,204	,048	,190
Comportamento s agressivos	,011	-,031	,001	,063	,076	,082	,041	,028	,050
PSP Total	-,166	-,093	-,178	-,187	,011	-,169	-,224	-,072	-,207

** A correlação é significativa acima 0,01 (bilateral); * A correlação é significativa acima de 0,05 (bilateral).

Analisando a tabela e quanto à relação dos domínios das duas escalas, verifica-se uma correlação positiva entre o domínio de auto-cuidado da Escala PSP e Média geométrica para a sub-escala das funções cognitivas e Média geométrica total da escala. Assim quanto maior for a disfunção no auto-cuidado do doente, maior também será a percepção do cuidador acerca do défice do doente na cognição social em geral, devido à correlação com a pontuação total da geopte do cuidador. A correlação encontrada entre este domínio do auto-cuidado e a Média geométrica indica que um comprometimento nas competências de auto-cuidado do doente, faz com que a percepção tanto do doente como do cuidador acerca do seu défice na cognição social sejam altas e próximas. Este

facto é facilmente compreendido se pensar na fórmula que calcula a média geométrica, e perceber que esta média aumenta, quanto mais alta e mais próximas forem as pontuações de doentes e cuidadores na escala geopte.

3.1.3 Poder Discriminativo da escala

Foi realizado um T-student comparando a pontuação da escala Geopte entre doentes e controlos. Os resultados apresentam-se no quadro seguinte.

Quadro VI - Pontuações para todos os itens da escala Geopte para doentes e controlos

	N	Média	DP	Sig.
Geopte 1				
doente	75	2,56	1,34	,00
controlo	75	1,41	,74	
Geopte 2				
doente	75	2,21	1,27	,00
controlo	75	1,33	,70	
Geopte 3				
doente	75	2,67	1,29	,00
controlo	75	1,43	,82	
Geopte 4				
doente	75	2,16	1,35	,00
controlo	75	1,41	,68	
Geopte 5				
doente	75	2,21	1,19	,00
controlo	75	1,37	,67	
Geopte 6				
doente	75	2,32	1,40	,00
controlo	75	1,24	,69	
Geopte 7				
doente	75	2,32	1,27	,00
controlo	75	1,20	,54	
Geopte 8				
doente	75	2,09	1,32	,00
controlo	75	1,19	,59	
Geopte 9				
doente	75	1,56	1,08	,09
controlo	75	1,19	,59	
Geopte 10				
doente	75	2,37	1,50	,04
controlo	75	1,77	,98	
Geopte 11				
doente	75	2,20	1,38	,00
controlo	75	1,21	,64	
Geopte 13				

doente	75	2,15	1,43	,00
controlo	75	1,19	,56	
Geopte 15				
doente	75	4,00	1,51	,00
controlo	75	1,47	,92	

Em todos os itens, à excepção do item 9, são encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre doentes e controlos. Podendo assim acrescentar mais uma característica à escala Geopte, que é a sua capacidade para diferenciar a população clínica dos sujeitos de controlo. No entanto, é importante referir que esta escala foi criada para uso clínico.

CAPÍTULO IV

Discussão dos Resultados

4. Discussão

Este capítulo pretende discutir, interpretar e analisar os resultados, demonstrando que os objectivos propostos foram alcançados.

Interessa, antes de mais, justificar que o tratamento de dados, relacionado com a análise factorial, se adequou sobretudo na fundamentação teórica de Pestana e Gageiro (2000). E, apesar de não existirem normas concretas que determinem o tamanho mínimo de uma amostra para a validação de um instrumento, alguns autores sugerem que o tamanho mínimo deve ser 5 vezes superior ao número de itens do instrumento (Crocker & Algina, 1986), assim sendo, falando da escala em questão composta por 15 itens, seriam necessários 75 sujeitos. Partindo deste pressuposto, a validação da escala Geopte para a população portuguesa ultrapassou a número mínimo, pois foram utilizados 150 sujeitos (75 doentes e 75 cuidadores).

Antes de avançar para a análise dos resultados propriamente dita, importa salientar que a validação de um instrumento para a população portuguesa deve ser valorizada pela importância que tem na interpretação adequada dos resultados.

Os resultados da validação apontam que a Escala Geopte de cognição social para a psicose apresenta boas características psicométricas. Através da Matriz de extracção de factores verificou-se que todos os itens da escala se encontram organizados em dois factores, tal como na versão validada em Espanha (Sanjuán *et al.*, 2003). Factor 1 (percepção das funções cognitivas básicas) e Factor 2 (cognição social). No entanto, após a análise cautelosa das comunalidades e da extracção de factor decidiu-se eliminar dois itens, o item 12 “Custa-lhe tomar banho e arranjar-se” e o item 14 “Tem dificuldades em fazer amigos” não só por apresentarem baixas comunalidades, mas também por se terem agrupado no factor 1 (percepção das funções cognitivas básicas) que do ponto de vista teórico não faz sentido. É de realçar que, por exemplo o item 13 apesar de apresentar uma baixa comunalidade, se enquadra no factor 2, que do ponto de vista teórico faz todo o sentido, por isso mantem-se.

Assim, concluindo, a escala Geopte validada para a população portuguesa é composta por 13 itens divididos em duas sub-escalas, a percepção das funções cognitivas básicas que engloba do item 1 ao 9 e explica 37,43% da variância e não apenas do 1 ao 7 como a versão espanhola. A sub-escala da cognição social composta

por o item 10, 11, 13 e 15 explica 17,14% da variância, enquanto a versão espanhola agrupava nesta sub-escala do item 8 ao 15. Além da validade também é possível verificar a fiabilidade deste instrumento com um Alpha de cronbach de ,88 indicando uma boa consistência interna e uma alpha de ,90 para a sub-escala da percepção das funções cognitivas que se revela mais consistente que a sub-escala da cognição social que apresenta um alpha de ,63.

Comparativamente com o estudo de validação espanhola de Sanjuán (2003) a escala Geopte validada para a população portuguesa mantém a mesma estrutura factorial. Foram eliminados dois itens, pelas razões já explicadas, e a distribuição dos mesmos pelos factores passa também a ser diferente, o que se justifica pelas especificidades culturais e de linguagem.

Passando agora para outro momento do estudo que se relaciona com o objectivo de encontrar relações entre a cognição social e a funcionalidade na esquizofrenia. Para esta correlação utilizou-se todas as pontuações obtidas na escala Geopte e a Escala PSP que avalia a funcionalidade nas dimensões de auto-cuidado, actividades sociais e habituais, relações pessoais e sociais e comportamentos perturbadores e agressivos.

A correlação entre as referidas dimensões da Escala PSP e todas as pontuações totais para doentes e para cuidadores, bem como a Média Geométrica na Geopte foi realizada através da aplicação do R de Pearson. Foram encontradas correlações significativas entre o domínio de auto-cuidado da PSP e as três seguintes pontuações, a pontuação total da geopte do cuidador, a Média Geométrica total e a Média Geométrica para funções cognitivas. Analisando por partes, quando um doente apresenta um maior défice ao nível do auto-cuidado, então os cuidadores também percebem que a cognição social do doente se encontra mais deteriorada. Este resultado parece sugerir que para os cuidadores o facto de o doente apresentar défices no domínio do auto-cuidado fará com que estes o vejam, também, com mais défices na cognição social. Em relação às correlações encontradas com as médias geométricas, convém esclarecer exactamente a pertinência do cálculo desta média, que se obtém fazendo a raiz quadrada da multiplicação da pontuação do doente pela pontuação do cuidador. Isto, pelo simples cálculo matemático permite concluir que a média geométrica aumenta quando as pontuações dos doentes e dos cuidadores são altas (indicando um défice maior) e acima

de tudo quando são próximas. Por vezes, a percepção dos doentes e a dos cuidadores diverge de tal forma, que a diferença entre as suas pontuações é muito grande. O cálculo da média geométrica proporciona-nos uma medida central, uma espécie de convergência entre a percepção do doente e a do seu cuidador. Esta média geométrica fornece um valor que de certo modo tenta encontrar um equilíbrio entre as pontuações dos doentes e cuidadores, que em determinados casos são tão extremas. As correlações encontradas entre a dimensão de auto-cuidado e a Média geométrica total e Média geométrica para as funções cognitivas indica que quanto maior for o défice no auto-cuidado, maior será a média geométrica, ou seja a percepção dos cuidadores e dos doentes são próximas, no que diz respeito aos défices. Este dado, que por vezes parece difícil de compreender sugere que a Escala Geopte se correlaciona com um domínio da funcionalidade, neste caso auto-cuidado quando a percepção interna da cognição social (doente) e a percepção externa (cuidador) convergem. Desta forma, em termos clínicos, fica a indicação que os cuidadores não se podem ser excluídos da avaliação da cognição social utilizando a escala Geopte.

Relativamente a este instrumento, comparando as pontuações dos doentes com controlos verificou-se que em todos os itens existem diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,005$), à excepção do item 9 “Quando está em grupo, dizem que você interpreta mal as atitudes, os olhares ou gestos dos outros?”. Portanto, pode afirmar-se que a escala Geopte tem o poder de discriminar uma população clínica de uma população normal. No que diz respeito ao item 9, parece que as dificuldades que surgiram no grupo dos doentes na interpretação deste item, surgiram também no grupo de controlo, mas eventualmente estes responderam sem compreender realmente o significado da pergunta. Apesar de ter sido comprovado o poder discriminativo da escala, daí a utilidade de ela ter sido aplicada a controlos, convém salientar que este instrumento foi criado para uso clínico.

Posto isto, após feitas as principais considerações sobre os resultados encontrados parece ser possível afirmar que se cumpriram os objectivos propostos para esta investigação. Ficando apenas o sentimento que relativamente à relação entre a cognição social e funcionalidade há ainda muito para explorar.

Apesar de neste trabalho não terem sido feitas relações entre os resultados da cognição social e da funcionalidade com características sociodemográficas ou clínicas, houve o controlo destas variáveis com o objectivo de em futuras investigações se poder aprofundar a relação destes conceitos com estas variáveis, pela relevância que estas variáveis podem assumir nos défices na cognição social (Couture *et al.*, 2006 & Addington *et al.*, 2007). Existem estudos indicando que os doentes com esquizofrenia que se encontram desempregados, solteiros e com baixa escolaridade são os que apresentam maiores défices na cognição social (Hadzi-Angelkowska *et al.*, 2010). Assim, tendo por base algumas investigações internacionais, seria interessante no nosso país explorar este tipo de relações.

CAPÍTULO V

Conclusão

5. Conclusão

Como síntese final, pode salientar-se os bons resultados obtidos na validação da versão portuguesa da Escala Geopte de cognição social para a psicose no que diz respeito à validade e fiabilidade.

Apesar de não se mencionar a variedade de instrumentos que avaliam a cognição social, trata-se de um ganho importante para a investigação nesta área o facto de disponibilizar de mais uma escala que avalia a percepção do doente acerca de seu défice na cognição social. Além de ser de fácil e rápida aplicação no uso clínico, conta também com a informação do cuidador, que apesar de ser visto pela investigadora como uma das limitações de aplicação do instrumento, dada a dificuldade sentida em várias situações de aceder a estes sujeitos, é um contributo valioso por poder diminuir problemas que apenas o auto-relato pode levantar. Neste sentido, estudos apontam para a necessidade de controlar a duração e a severidade da doença porque estas variáveis influenciam o funcionamento social e, em alguns casos, podem levantar questões sobre a validade do auto-relato (Burns & Patrick, 2007).

Além da validação da escala, merece igual importância a relação que se estabeleceu com os domínios avaliados pela escala Geopte e a PSP já discutidos no capítulo anterior. A PSP, foi proposta como uma melhor escala para avaliar o funcionamento social do que a conhecida GAF e SOFAS, por apresentar intervalos bem definidos de pontuações e assim fornecer uma noção mais clara acerca da severidade do défice (Burns & Patrick, 2007). Esta escala já foi validada em diversos países, mostrando em todos boas características psicométricas (Apiquian *et al.*, 2009; Juckel *et al.*, 2008; Tianmei *et al.*, 2011 & Brissos *et al.*, 2011).

Ainda assim, este trabalho pretende contribuir para a comunidade científica, não apenas com a adaptação de um novo instrumento que até então não existia, mas também com uma pista a seguir sobre a relação entre a cognição social e a funcionalidade.

Apesar desta investigação se ter apoiado num referencial teórico que aponta para a crescente importância no conceito de cognição social e de funcionalidade na esquizofrenia, bem como na relação destes conceitos. A pouca investigação existente nesta área compara dimensões diferentes das que são utilizadas na presente

investigação. Deste modo, este é mais um aspecto inovador neste trabalho, onde literatura é vazia para ajudar a justificar os resultados encontrados.

O mundo da relação entra a cognição social e a funcionalidade considera-se um mundo ainda por descobrir. A falta de investigação suficiente nesta área e a noção de que tanto a cognição social como a funcionalidade são conceitos complexos e multifactoriais que podem ser avaliados por diversas formas (Couture *et al*, 2006) faz ainda crescer o interesse na continuidade a dar ao estudo.

Seria importante, em outros trabalhos, clarificar realmente qual ou quais as dimensões da cognição social que sendo estimuladas em programas de reabilitação levarão a melhorias no funcionamento social dos indivíduos. Além disso, apesar de não se relacionar com o tema em questão, a Escala Geopte pode ser utilizada em provas de avaliação cognitiva, pois ajuda a compreender a percepção que o doente tem sobre as suas funções cognitivas básicas.

6. Referências Bibliográficas

- Addington, J., Penn, D., Woods, S.W., Addington, D., & Perkins, D.O. (2007). Social functioning in individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 99(1), 119-124.
- Addington, J, Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis?. *Schizophrenia Research*, 85, 142– 150.
- Addington & Addington (1999). Neurocognitive and Social Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(1): 173-182.
- Apiquian R, Elena Ulloa R, Herrera-Estrella M, Moreno-Gómez A, Erosa S, Contreras V & Nicolini H. (2009). Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia. *Schizophr Res* ,112:181-186.
- Aubin, G., Stip, E., Gelinas, I., Rainville, C., & Chaparro, C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107, 313-318.
- Beer, J.S., & Ochsner, K.N. (2006). Social cognition: A multi level analysis. *Brain Research*, 1709, 98-105.
- Brissos S, Palhavã F, Marques JG, Mexia S, Carmo AL, Carvalho M, Dias C, Franco JD, Mendes R, Zuzarte P, Carita AI, Molodynski A, Figueira ML. (2011) The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* .
- Burns, T. & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*, 116: 403-418.
- Corrigan P.W., Garman, A., & Nelson, D. (1996). Situational feature recognition in

schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 62, 251-257.

- Corrigan, P.W., Wallace, C.J., & Green, M.F. (1992). Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8, 129-135.
- Couture, S.M., Penn, D.L. & Roberts, D.L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), S44-S63.
- Crocker, L. & Algina, J. (1986). Introduction to classical and modern test theory. Fort worth: *Harcourt Brace Jovanovich*.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Frith, C.D. (2008). Review: Social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, Published Online, 1-7.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Kring, A.M., Park, S., Silverstein, S.M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: A NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220.
- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. & Silverstein, S. (2005). Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia. New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4): 882-887.
- Hadzi-Angelkovska, A.S., Pejaska-Gerazova, V., Novotini, A. & Isjanovs, I. (2010). Personal and social functioning in patients with schizophrenia. *Sec. Biol. Med Sci*, XXXI/2: 209-221.
- Hooker, C. & Park, S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 111: 41-50.
- Horan, W.P., Kern, R.S., Green, M.F., & Penn, D.L. (2008). Social cognition training for individuals with schizophrenia: Emerging evidence. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 205–252.
- Juckel G, Schaub D, Fuchs N, Naumann U, Uhl I, Witthaus H, Bierhoff HW,

Brune M. (2008). Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophr Res* , 104:287-293

- Kee, K.S., Green, M.F., Mintz, J., & Brekke, J. (2003). Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 487-497.
- Kohler, C.G., Turner, T.H., Bilker, W.B., Brensinger, C.M., Siegel, S.J., Kahne, S.J., Gur, R.E., & Gur, R.C. (2003). Emotion recognition deficit in schizophrenia: Intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1768-1774.
- Lindnmayer, J.P. (2008). Increasing Awareness of Patient Functional Impairment in Schizophrenia and its Measurement. *Primary Psychiatry*, 15(1): 89-93.
- Marques-Teixeira, J. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9(6), 7-9.
- Marques-Teixeira, J. (2008). Conceito da funcionalidade em doentes com perturbações mentais. *Saúde Mental*, 10(4), 7-8.
- Morosini, P.L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 10(4): 323-329.
- Neuchterlein, K. & Dawson, M. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes in *Oxford Journals*.
- Palha, F. & Marques-Teixeira, J. (2009). Serviços de reabilitação na esquizofrenia em Portugal: Situação actual e perspectiva dos profissionais. Linda-a-Velha: VVKA, Lda.
- Pennington, D. (2000). Social cognition. London: Routledge.
- Penn, D.L., Sanna, L.J., & Roberts, D.L. (2008). Social cognition in schizophrenia: An overview, *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411.

- Penn, D.L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D. & Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*, 109: 149-159.
- Penn, D.L., Bentall, R.P., Newman, L., Corrigan, P.W. & Meg Racenstein, J. (1997). Social Cognition in Schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121 (1): 114-132.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais- A complementaridade do SPSS*, 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinkham, A.E. & Penn, D.L. (2006). Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143, 167-178.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rocca, P. & Castagna, F. (2007). Social cognition in schizophrenia. *Clinical Neuropsychiatry*, 4: 185-190.
- Sanjuán, J., Prieto, L., Olivares, J.M., Ros, S., Montejo, A., Ferre, F., Mayoral, F., González-Torres, M.A. & Bousoño, M. (2003). Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis. *Actas Esp Psiquiatr*, 31(3): 120-128.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1998). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins College Publications
- Tianmei S, Liang S, Yun'ai S, Chenghua T, Jun Y, Jia C, Xueni L, Qi L, Yantao M, Weihua Z, Hongyan Z. (2011). The Chinese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): Validity and reliability. *Psychiatry Res*, 185:275-279.
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M.L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., Damas-Reis, F., Ferreira, L., Gago, J., Jara, J., Relvas, J. & Marques-Teixeira (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na Esquizofrenia. *Acta Med Porto*, 23: 1043-1058.

ANEXOS

Anexo A

Escala GEOPTE de cognição social para a psicose

(Sanjuan et al., 2003)

Marque com um X a sua resposta sobre estes itens segundo a escala.

Não	Um pouco	Regular	Bastante	Muito/a
1	2	3	4	5
1 2 3 4 5				
1. Tem dificuldade em prestar atenção? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
2. Tem dificuldade para seguir uma conversa onde participam várias pessoas? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
3. Custa-lhe aprender coisas novas? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
4. Esquece-se de responsabilidades, recados ou tarefas? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
5. Quando tem que falar com alguém faltam-lhe as palavras? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
6. Custa-lhe entender o que se passa num filme? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
7. Custa-lhe encontrar o sentido de uma conversa? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
8. Tem dificuldade para reconhecer as emoções dos outros (p. ex., tristeza, alegria ou cólera)? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
9. Quando está em grupo, dizem que você interpreta mal as atitudes, os olhares ou gestos os outros? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
10. Sente-se muito sensível aos olhares, palavras ou gestos dos outros? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
11. Se está sozinho em casa e surge algum problema (p.ex., se avaria um electrodoméstico) é-lhe difícil “arranjar” uma solução? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
12. Custa-lhe tomar banho e arranjar-se? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
13. Custa-lhe fazer planos para o fim-de-semana? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
14. Tem dificuldades em fazer amizades? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
15. Está insatisfeito, em geral, com a sua vida sexual? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				

Anexo B

Dados da Entrevista PSP

Introdução

Vou lhe fazer algumas perguntas relativas ao último mês.

1. Autocuidado

1. Onde mora? Como acha que tem cuidado de si durante o último mês?

2. Tomo alguma medicação diariamente? Se toma como o faz (ex. horário do dia). Alguém tem que o lembrar ou ajudar a fazê-lo?

3. Tem comido pelo menos duas vezes ao dia durante o último mês? Alguém tem que o lembrar ou ajudar a fazê-lo? Se sim, com que frequência?

4. Com que frequência toma banho? Alguém tem que o lembrar ou ajudar a fazê-lo? Se sim, com que frequência?

5. Com que frequência lava os dentes? Alguém tem que o lembrar ou ajudar a fazê-lo? Se sim, com que frequência?

6. Como tem sido o seu aspecto durante o último mês?

7. Com que frequência lava a cabeça? Alguém tem que o lembrar ou ajuda-lo?
Se sim, com que frequência?

8. Com que frequência troca de roupa e a deita para lavar? Alguém tem que o lembrar ou ajudar a fazê-lo? Se sim, com que frequência?

(Pontuar na escala este item tendo em conta os critérios)

2. Actividades Sociais Habituais

1. Neste último mês trabalhou? Se sim qual o horário (dias/semana e horas por dia). Com que frequência o faz?

2. Tem participado em algum trabalho de voluntariado? Se sim, qual horário (dias, semana e horas por dia).

3. Ainda estuda? Se sim, qual o horário (dias/semana e horas por dia).

4. Participa em algum programa de tratamento? Se sim, qual o horário (dias/semana e horas por dia).

5. Fez/ participou em alguma tarefa doméstica neste último mês? (ex. cozinhar, limpar..) Se sim, com que frequência tinha que o fazer ou com que frequência o fez?

6. Participou em alguma actividade de grupo? (ex. algum grupo de apoio ou jogo em grupo). Se sim, com que frequência tinha que participar ou com que frequência participou.

7. Participou em alguma actividade de uma organização religiosa ou assistiu a algum tipo de serviço religioso? Se sim, com que frequência o fez.

8. Como preencheu o seu tempo livre? Actualmente tem algum passatempo? Se sim, com que frequência o faz.

(Pontuar na escala este item tendo em conta os critérios)

3. Relações Pessoais e Sociais

1. Com quem se tem relacionado ultimamente? Diria que é uma pessoa fechada?

2. Como diria que tem estado com essas pessoas que se relaciona?

3. Quanto tempo por dia tem passado sozinho?

4. Quanto tempo tem passado com a sua família?

5. Quanto tempo tem passado com amigos?

6. Liga para familiares ou amigos?

7. Convive com as pessoas do trabalho/instituto/programa de tratamento? (Se não fizer nada, não se faz esta pergunta).

(Pontuar na escala este item tendo em conta os critérios)

4. Comportamentos Perturbadores e Agressivos

1. O que tem feito neste último mês quando se tem irritado ou aborrecido com alguém?

2. Tem se comportado de alguma forma que os outros tenham considerado inapropriado? (ex. falar com desconhecidos com demasiada familiaridade, incomodar ou outros por falar muito alto..)

3. Durante este último mês, partiu ou estragou algo intencionalmente? Se sim, fale-me por favor um pouco sobre isso.

4. Insultou alguém?

5. Tem dado “murros” a algum móvel ou à parede? Se sim, quantas vezes ocorreu no último mês?

6. Durante o último mês, teve alguma discussão verbal ou física com alguém? Se sim, fale-me um pouco sobre isso.

7. Tem levantado a voz ou gritado com alguém?

8. Tem ameaçado alguém?

9. Durante este mês tentou agredir fisicamente alguém?

10. Tentou alguma vez magoar-se? Se sim, fale-me um pouco sobre isso.

11. Realizou alguma tentativa de suicídio? Se sim, fale-me ou pouco sobre isso.

(Pontuar na escala este item tendo em conta os critérios).

Anexo C

9. Escala de Funcionamento Pessoal e Social (PSP)

(1) Classificar o grau de disfunção do paciente durante o *ultimo mês* nas seguintes 4 áreas principais. Para determinar o grau de disfunção deve utilizar os critérios operacionais referidos em baixo. Observar se existem critérios comuns para as 4 áreas *a-c* e outros critérios específicos para a área *d*.

Ausente	Leve	Manifesta	Marcada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
a) Auto-cuidado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Actividades sociais habituais, incluindo o trabalho e estudo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Relações pessoais e sociais	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Comportamentos perturbadores agressivos	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Níveis de gravidade *a-c*

(I) Ausente

(II) **Leve:** somente conhecido por alguém muito próximo da pessoa

(III) **Manifesta:** dificuldades claramente perceptíveis por qualquer pessoa, muito embora não interfira com a capacidade para a pessoa executarem o seu papel nesta área, tendo em conta o seu contexto sociocultural, idade, sexo e nível de escolaridade.

(IV) **Marcada:** as dificuldades interferem consideravelmente com o desempenho do papel nesta área, no entanto a pessoa é capaz de realizar algumas coisas sem ajuda profissional ou social, muito embora inadequada ou ocasionalmente; se é ajudada por alguém é capaz de alcançar o nível de funcionamento anterior.

(V) **Grave:** as dificuldades fazem com que a pessoa seja incapaz de desempenhar qualquer papel nesta área se não é ajudada profissionalmente, ou leva a pessoa a um atitude destrutiva, sem no entanto, por em risco a sua sobrevivência.

(VI) **Muito Grave:** deteriorações e dificuldades de tal intensidade que pode por em perigo a sobrevivência da pessoa. O risco de suicídio deve ter-se em conta apenas na medida em que a ruminação suicida interfira com o funcionamento social.

Níveis de gravidade d

(I) Ausente

(II) **Leve:** grosseria, antisociabilidade, ou queixas leves

(III) **Manifesta:** fala demasiado alto ou fala com os outros numa forma demasiado familiar ou come de uma forma socialmente inaceitável

(IV) **Marcada:** insulta os outros em público, rompe ou tira objectos, actua frequentemente numa forma socialmente inapropriada mas não perigosa (p.e., despir-se ou urinar em publico), não ocasionalmente²

(V) **Grave:** ameaças verbais ou agressões físicas frequentes, sem intenção nem possibilidade de lesões graves, não ocasionalmente

(VI) **Muito Grave:** actos agressivos dirigidos ou com grande probabilidade de provocar lesões graves, não ocasionalmente.

2- Um comportamento perturbador e agressivo só é considerado ocasionalmente se ocorreu apenas 1-2 vezes durante o período avaliado e os profissionais e cuidadores acreditam que é muito improvável que aconteça novamente nos próximos 6 meses. Se o comportamento é considerado *ocasional*, a pontuação deveria reduzir-se 1 grau (ex. de marcado a grave)

- (2) Seleccione um intervalo de 10 pontos. A selecção do intervalo de 10 pontos baseia-se nos graus de disfunção que se determinou para as 4 áreas principais: (a) actividades sociais habituais, incluindo trabalho e estudo; (b) relações pessoais e sociais; (c) auto-cuidado; e (d) comportamentos perturbadores e agressivos.

100-91 Funcionamento excelente nas 4 áreas principais. Se apresentar elevada consideração pelas suas qualidades e enfrenta adequadamente os problemas da vida e se esta envolvido numa ampla gama de interesses e actividades.

90-81 Funcionamento bom nas 4 áreas, presença apenas de problemas ou dificuldades comuns.

80-71 Dificuldades leves em uma ou mais áreas *a-c*.

70-61 Dificuldades manifestas, mas não marcadas, em uma ou mais áreas *a-c* ou dificuldades leves em *d*. Na área *b* inclui o emprego protegido se o desempenho é bom.

60-51 Dificuldades acentuadas só na área *a-c* ou dificuldades manifestas em *d*.

50-41 Dificuldades marcadas em duas ou três áreas de *a-c* ou dificuldades graves em uma única uma área de *a-c* sem dificuldades marcadas nas outras 2 áreas; sem dificuldades marcadas em *d*.

40-31 Dificuldades graves em apenas uma área de *a-c* e dificuldades marcadas em pelo menos uma das outras 2 áreas; dificuldades marcadas em *d*.

30-21 Dificuldades graves em duas das áreas *a-c* ou dificuldades graves em *d*, mesmo que não haja dificuldades graves ou marcadas nas áreas *a-c*.

20-11 Dificuldades graves em todas as áreas de *a-c* ou muito graves em *d*, mesmo que não haja dificuldades graves em *a-c*. Se a pessoa reage a provocações externas é sugerida a pontuação de 20-16; se não, as pontuações sugeridas são de 15-11.

10-1 Falta de autonomia no funcionamento básico com comportamentos extremos, mas com risco de sobrevivência (pontuação 0-6), p.e., risco de morte por má nutrição, desidratação, infecções, incapacidade para reconhecer situações de perigo manifesto (pontuações 1-5).

(3) Ajuste dentro do intervalo de 10 pontos

- O nível de disfunção em outras áreas deve ser tomadas em conta para ajustar a pontuação dentro do intervalo decimal (p.e., de 31 a 40), como:
 - Cuidados de saúde física e psicológica
 - Alojamento, área de residência, cuidados de casa
 - Contribuição, actividades domésticas, participação na vida familiar e na vida do centro de dia /residência
 - Relações íntimas e sexuais
 - Cuidados com os filhos
 - Rede social, amigos e colaboradores
 - Ajuste às normas sociais.
 - Interesses gerais
 - Uso de transportes, telefone
 - Estratégias de confrontação em situações de crise

- Os riscos de comportamento suicida não são tidos em conta nesta escala.

(4) Registe, entre 1-100 a pontuação final _____

Anexo D

Código ____

2. Questionário Sociodemográfico

Data de nascimento ____ Idade ____

Sexo ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino

Estado civil 1.- ☐ solteiro/a 2.- ☐ casado/a 3.- ☐ separado/a 4.- ☐ divorciado/a
5.- ☐ viúvo/a 6.- ☐ Outro _____

Nacionalidade _____

Área de residência actual 1.- ☐ urbana 2.- ☐ rural

Nº de anos de escolaridade ____ Nível de ensino completo

1.- ☐ Sem estudos 2.- ☐ Ensino Básico 3.- ☐ Ensino Secundário 4.- ☐ Ensino Superior

Nível socioeconómico 1.- ☐ Alto 2.- ☐ Médio 3.- ☐ Baixo

Rede social: Nº de pessoas ____ Qualidade 1.- ☐ Alta 2.- ☐ Média 3.- ☐ Baixa

Situação laboral actual

- | | |
|---|--|
| 1.- ☐ Empregado/ a doméstico/a | 5.- ☐ Incapacidade temporária |
| 2.- ☐ Estuda e trabalha | 6.- ☐ Tarefas domésticas |
| 3.- ☐ Estuda | 7.- ☐ Reformado/ a |
| 4.- ☐ Desempregado/a | 8.- ☐ Activo/a: _____ |

Consumo de tóxicos

0.- ☐ Não 1.- ☐ Sim, especificar

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 1.- ☐ Tabaco | ☐ Consumo | ☐ Abuso |
| 2.- ☐ Opiáceos | ☐ Consumo | ☐ Abuso |

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| 3.- ☐ Cocaína | ☐ Consumo | ☐ Abuso |
| 4.- ☐ Álcool | ☐ Consumo | ☐ Abuso |
| 5.- ☐ Cannabis/ haxixe | ☐ Consumo | ☐ Abuso |
| 6.- ☐ Outros, especificar _____ | ☐ Consumo | ☐ Abuso |

Anexo E

Código ____ _

4. Questionário Clínico A1

Doentes com sintomatologia psicótica

Esquizofrenia

- 1.- ☐ Paranóide
- 2.- ☐ Desorganizada
- 3.- ☐ Catatónica
- 4.- ☐ Residual
- 5.- ☐ Indiferenciada

Antecedentes Psiquiátricos familiares

0. ☐ Não 1. ☐ Sim

	Primeira ordem		Segunda ordem	
1.- Esquizofrenia	0. ☐ Não	1. ☐ Sim	0. ☐ Não	1. ☐ Sim
2.- Perturbação bipolar	0. ☐ Não	1. ☐ Sim	0. ☐ Não	1. ☐ Sim
3.- Depressão	0. ☐ Não	1. ☐ Sim	0. ☐ Não	1. ☐ Sim
4.- Adições	0. ☐ Não	1. ☐ Sim	0. ☐ Não	1. ☐ Sim
5.- Outros	0. ☐ Não	1. ☐ Sim	0. ☐ Não	1. ☐ Sim

Nº de internamentos devido a quadros psicóticos ____ _

Data do último internamento ____ _

O doente apresenta

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1.- ☐ Primeiro episódio | 0. ☐ Não | 1. ☐ Sim |
| 2.- ☐ Outros episódios | 0. ☐ Não | 1. ☐ Sim |

Projectos 2009-10 e CRD: Marcadores clínicos, biológicos e neuropsicológicos em doenças mentais

Código ____

É o primeiro episódio? 0.- ☐ Não 1.- ☐ Sim

Nº de episódios prévios ____

Data do último internamento ____

História de agressividade 0.- ☐ Não 1.- ☐ Sim

História de ideação suicida 0.- ☐ Não 1.- ☐ Sim

História de conduta suicida 0.- ☐ Não 1.- ☐ Sim

História de automutilações 0.- ☐ Não 1.- ☐ Sim

Anexo F

Declaração de Consentimento

Enquanto alunas do Mestrado Integrado em Psicologia - Especialização em Psicologia da Saúde, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Encontramo-nos neste momento, sob a orientação do Professor Marques-Teixeira, a realizar uma Dissertação de Mestrado na área da Esquizofrenia.

O grande objetivo desta investigação é avaliar a cognição social e a funcionalidade na esquizofrenia através de instrumentos que serão validados para a população portuguesa.

A recolha do material empírico será efectuada mediante a aplicação dos instrumentos.

Face ao exposto, solicito a colaboração de V. Exa. para este estudo nos moldes supra referidos, que será um importante contributo para a investigação. As informações recolhidas são estritamente confidenciais e é garantido o anonimato dos participantes. Peço então que, caso aceite participar, assine a presente declaração de Consentimento.

A Investigadora

O participante

Anexo G

Quadro – Kaise-Meyer-Olkin e Teste de esfericidade de Bartlett

KMO	0,855
Teste de esfericidade de Bartlett	
Aproximação Qui-Quadrado	890,058
Significância	,000

Anexo H

Quadro – Identificação dos itens correspondentes a cada Factor

Factor I

- 1- Tem dificuldade em prestar atenção?
 - 2- Tem dificuldade para seguir uma conversa onde participam várias pessoas?
 - 3- Custa-lhe aprender coisas novas?
 - 4- Esquece-se de responsabilidades, recados ou tarefas?
 - 5- Quando tem que falar com alguém faltam-lhe as palavras?
 - 6- Custa-lhe entender o que se passa num filme?
 - 7- Custa-lhe encontrar o sentido de uma conversa?
 - 8- Tem dificuldade para reconhecer as emoções nos outros (p. ex. tristeza, alegria ou cólera)?
 - 9- Quando está em grupo, dizem que você interpreta mal as atitudes, os olhares ou gestos dos outros?
-

Factor II

- 10- Sente-se muito sensível aos olhares, palavras ou gestos dos outros?
-

11- Se está sozinho em casa e surge algum problema (p.ex. avaria algum electrodoméstico) é-lhe difícil arranjar uma solução?

13 – Custa-lhe fazer planos para o fim-de-semana?

15- Está insatisfeito, em geral, com a sua vida sexual?
