

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Instituto de Ciências Biológicas

**Programa de Pós-Graduação em Neurociências**

Emmanuely Dantas Macedo Gonçalves Santana

**Avaliação da Influência de Vivências Traumáticas na Infância e Adolescência Sobre o Primeiro Surto Psicótico, a Funcionalidade e a Cognição de Pacientes com Esquizofrenia**

Belo Horizonte

2017

**Emmanuely Dantas Macedo Gonçalves Santana**

**Avaliação da Influência de Vivências Traumáticas na Infância e Adolescência Sobre o Primeiro Surto Psicótico, a Funcionalidade e a Cognição de Pacientes com Esquizofrenia**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Orientador: Professor Doutor João Vinícius Salgado

Belo Horizonte

2017

043 Santana, Emmanuely Dantas Macedo Gonçalves.

Avaliação da influência de vivências traumáticas na infância e adolescência sobre o primeiro surto psicótico, a funcionalidade e a cognição de pacientes com esquizofrenia [manuscrito] / Emmanuely Dantas Macedo Gonçalves Santana. - 2017.

80 f. : il. ; 29,5 cm.

Orientador: Professor Doutor João Vinícius Salgado.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas.

1. Neurociências - Teses. 2. Esquizofrenia. 3. Infância - Aspectos psicológicos. 4. Trauma psíquico. 5. Manifestações psicológicas de doenças. I. Salgado, João Vinícius. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

CDU: 612.8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

UFMG

## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA EMMANUELY DANTAS MACEDO GONÇALVES

Realizou-se, no dia 24 de maio de 2017, às 09:00 horas, Sala Prof. Moacyr Gomes de Freitas, 208 (Sala da Congregação) ICB/UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a 140ª defesa de dissertação, intitulada *AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE VIVÊNCIAS TRAUMÁTICAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA SOBRE O PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO, A FUNCIONALIDADE E A COGNIÇÃO DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA*, apresentada por EMMANUELY DANTAS MACEDO GONÇALVES SANTANA, número de registro 2015712369, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em NEUROCIÊNCIAS, perante a seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). João Vinicius Salgado - Orientador (UFMG), Prof(a). Fabricio de Araujo Moreira (UFMG), Prof(a). Debora Marques de Miranda (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão,  
Belo Horizonte, 24 de maio de 2017.

Prof(a). João Vinicius Salgado ( Doutor )

Prof(a). Fabricio de Araujo Moreira ( Doutor )

Prof(a). Debora Marques de Miranda ( Doutora )

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Edilson e Masé, por me ensinarem a curiosidade diante do que é humano e a coragem para a construção do meu próprio caminho.

Aos meus irmãos, Emmily e Edilson Filho, por nossa amizade e companheirismo ao longo da vida.

Aos meus sobrinhos, Saulo Filho e Edilson Neto, por toda a ternura e a inocência, que fazem os dias mais leves. Ao meu sobrinho Gabriel, diante da alegria de esperá-lo chegar ao nosso convívio.

Ao meu marido Vicente, por nossa parceria e sintonia nos projetos e na vida. Aos meus sogros, Maria Helena e Jaime, por toda a torcida sincera e vibrante desde o início dessa etapa.

Às alunas da Iniciação Científica, Camilla e Isabela, por todo o zelo na coleta dos dados e, sobretudo, por todo o respeito e a delicadeza no lidar com as nuances e a complexidade do tema.

Ao meu orientador João Vinícius Salgado, por sustentar a pesquisa clínica, apesar de todas as dificuldades. Por apostar no meu desejo de pesquisar o tema, permitindo a autonomia necessária ao meu crescimento. Por conduzir o caminho com cuidado e bom humor.

Por fim, agradeço a todos os pacientes que participaram dessa pesquisa, por confiarem um pouco de sua história, inclusive suas experiências mais difíceis e traumáticas, para que prossigamos com os esforços de possibilitar a escrita de histórias cada vez melhores.

“Que a importância de uma coisa

não se mede com fita métrica

nem com balanças, nem barômetros, etc.

Que a importância de uma coisa há que ser medida

pelo encantamento que a coisa produza em nós”

(Manoel de Barros)

## RESUMO

**Introdução:** A Esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico complexo, de difícil conceituação e causas ainda desconhecidas. Inúmeras hipóteses envolvendo fatores de maior risco e vulnerabilidade têm sido propostas, dentre elas destaca-se o Trauma na Infância como possível fator envolvido com a gravidade dos sintomas e do prognóstico desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar as correlações entre a ocorrência de Traumas na Infância, de maneira geral e quanto aos seus subtipos, e fatores de sabido impacto prognóstico na Esquizofrenia, como idade do primeiro surto psicótico, funcionalidade global e desempenho cognitivo. **Métodos:** 105 pacientes diagnosticados com Esquizofrenia, segundo os critérios do DSM 5 e em tratamento psiquiátrico, foram avaliados através das escalas ILSS-BR/P (para a funcionalidade), SCoRS-BR (para testagem cognitiva) e CTQ (presença de Traumas na Infância em geral, Negligência Emocional, Negligência Física, Abuso Físico, Abuso Emocional e Abuso sexual). A inclusão dos pacientes e controle de possíveis variáveis foram realizadas através dos instrumentos MINI-Plus, PANSS, dados sociodemográficos, da história clínica e tratamento. A análise estatística foi realizada através do Coeficiente de Correlação de Spearman e Teste de Mann-Whitney e a análise multivariada por regressão linear. **Resultados:** A ocorrência de Traumas na Infância, de uma maneira geral, apresentou correlação significativa e inversa com o funcionamento global e significativa e direta com o comprometimento cognitivo. O Abuso Emocional apresentou correlação significativa e inversa com a idade de início dos sintomas e significativa e direta com o comprometimento cognitivo. A Negligência Emocional apresentou correlação significativa e inversa com o funcionamento global. O Abuso Sexual, Abuso Físico e Negligência Física apresentaram correlação significativa e direta com o comprometimento cognitivo dos pacientes com Esquizofrenia. **Conclusão:** O Trauma na Infância estaria relacionado a um prognóstico mais grave da Esquizofrenia, com impacto no início precoce dos sintomas, funcionamento global e cognição. Subtipos de trauma podem estar associados a riscos prognósticos diferentes.

**Palavras-chave:** Trauma na infância; primeiro surto psicótico; funcionalidade; cognição.

## ABSTRACT

**Introduction:** Schizophrenia is a complex psychiatric disorder, difficult to conceptualize and which causes are still unknown. Several hypotheses involving higher risk and vulnerability factors have been proposed, such as Childhood Trauma as a possible factor involved in the severity of the symptoms and the prognosis of these patients. **Objective:** To evaluate the correlations between the occurrence of Childhood Trauma in general and also its subtypes, and the known factors that have a prognostic impact in Schizophrenia, such as the age in which the first psychotic episode occurred, global functionality and cognitive performance. **Methods:** 105 patients diagnosed with Schizophrenia according to DSM 5 criteria and those in psychiatric treatment were evaluated using the ILSS-BR / P (for functionality), SCoRS-BR (for cognitive testing) and CTQ (General Childhood Trauma, Emotional Neglect, Physical Neglect, Physical Abuse, Emotional Abuse, and Sexual Abuse). The inclusion of patients and the control of possible variables were conducted through MINI-Plus, PANSS, socio-demographic data, clinical history and treatment. The statistical analysis was performed using the Spearman Correlation Coefficient and Mann-Whitney Test and by multivariate linear regression analysis. **Results:** The occurrence of Childhood Trauma, in general, showed a significant and inverse correlation with the overall functioning and a significant and direct correlation with the cognitive impairment. Emotional Abuse showed a significant and inverse correlation with the age of onset of symptoms and it showed significant and direct correlation with the cognitive impairment. Emotional Neglect showed a significant and inverse correlation with the overall functioning. Sexual Abuse, Physical Abuse and Physical Neglect showed a significant and direct correlation with the cognitive impairment of patients with Schizophrenia. **Conclusion:** Childhood Trauma are related to a more severe Schizophrenia prognosis, with impact on the early onset of symptoms, overall functioning and cognition. Childhood Trauma subtypes may be associated with different prognostic risks.

**Keywords:** Childhood Trauma; first psychotic episode; functionality; cognition.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

BNDF – *Brain derived neurotrophic factor* – Fator neurotrófico derivado do encéfalo.

CTQ – *Childhood Trauma Questionnaire* – Questionário de Trauma na Infância.

DNA – *Deoxyribonucleic acid* – Ácido desoxirribonucleico

DP – Desvio-Padrão.

DSM 5 – *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição.

EF – Ensino Fundamental.

EM – Ensino Médio.

ES – Ensino Superior.

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

ILSS – *Independent Living Skills Survey* – Inventário de Habilidades de Vida Independente.

MINI – *Mini International Neuropsychiatric Interview* – Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale* – Escala das Síndromes Positiva e Negativa.

RNAm – Messenger Ribonucleic acid - Ácido Ribonucleico Mensageiro.

SCoRS – *Schizophrenia Cognition Rating Scale* – Escala de Pontuação de Cognição em Esquizofrenia.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01.</b> Dados Sociodemográficos de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	28
<b>Tabela 02.</b> Dados do Início dos Sintomas e da História Psiquiátrica Geral de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	29
<b>Tabela 03.</b> Distribuição de Frequências Sobre a Utilização de Medicamentos de 105 Pacientes com Esquizofrenia.....	30
<b>Tabela 04.</b> Análise Descritiva dos Resultados das Escalas ILSS-BR/P, SCoRS-BR e CTQ de 105 Pacientes com Esquizofrenia.....	31
<b>Tabela 05.</b> Associação entre os Resultados da Escala CTQ e as Variáveis Sociodemográficas: Gênero, Situação Conjugal, Escolaridade e Filhos de 105 Pacientes com Esquizofrenia.....	33
<b>Tabela 06.</b> Associação Entre os Resultados da Escala CTQ e as Variáveis Sociodemográficas: Situação Laboral, Situação Previdenciária e Religião de 105 Pacientes com Esquizofrenia.....	35
<b>Tabela 07.</b> Correlação entre os Resultados da Escala CTQ e as Variáveis Numéricas Relacionadas ao Início dos Sintomas e História Psiquiátrica Geral de 105 Pacientes com Esquizofrenia.....	37
<b>Tabela 08.</b> Associação entre os Resultados da Escala CTQ e a Variável Idade de Início dos Sintomas Categorizada de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	38
<b>Tabela 09.</b> Correlação entre os Resultados da Escala CTQ e as Variáveis Numéricas Relacionadas às Escalas ILSS-BR/P e SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	40
<b>Tabela 10.</b> Modelo Final da Análise Multivariada analisando a Associação dos Subtipos de Trauma na Infância e a Pontuação Total na Escala CTQ de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	43
<b>Tabela 11.</b> Modelo Final da Análise Multivariada Avaliando os Fatores Associados aos Resultados da Escala CTQ (Subitens e Total) – incluindo apenas a Escala SCoRS-BR (Sem a Escala ILSS-BR/P).....	44

<b>Tabela 12.</b> Modelo Final da Análise Multivariada Avaliando os Fatores Associados aos Resultados da Escala CTQ (Subitens e Total) – incluindo apenas a Escala ILSS-BR/P (Sem a Escala SCoRS-BR).....	45
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01</b> – Descrição (mediana) dos subtipos de Trauma na Infância e Adolescência de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	46
<b>Gráfico 02</b> – Associação entre o subtipo Negligência Física e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	46
<b>Gráfico 03</b> – Associação entre o subtipo Abuso Físico e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	47
<b>Gráfico 04</b> – Associação entre o subtipo Abuso Sexual e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	47
<b>Gráfico 05</b> – Associação entre o subtipo Negligência Emocional e a Escala ILSS-BR/P de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	48
<b>Gráfico 06</b> – Associação entre o subtipo Abuso Emocional e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	48
<b>Gráfico 07</b> – Associação entre o subtipo Abuso Emocional e a Idade de Início dos Sintomas de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	49
<b>Gráfico 08</b> – Associação entre a Pontuação Total na Escala CTQ e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	49
<b>Gráfico 09</b> – Associação entre a Pontuação Total na Escala CTQ e a Escala ILSS-BR/P de 105 pacientes com Esquizofrenia.....	50

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS .....	14
2.1. A Esquizofrenia e o Trauma na Infância.....	14
2.2. A Esquizofrenia e a Neurobiologia do Trauma na Infância.....	15
2.3. O Início dos Sintomas na Esquizofrenia e o Trauma na Infância.....	16
2.4. A Funcionalidade na Esquizofrenia e o Trauma na Infância.....	17
2.5. A Cognição na Esquizofrenia e o Trauma na Infância.....	17
3. JUSTIFICATIVA.....	19
4. OBJETIVOS.....	20
4.1. Objetivo Geral.....	20
4.2. Objetivos Específicos.....	20
5. MÉTODOS.....	21
5.1. Delineamento do estudo.....	21
5.2. Critérios de inclusão.....	21
5.3. Critérios de exclusão.....	21
5.4. Instrumentos.....	22
5.4.1. MINI-Plus.....	22
5.4.2. PANSS.....	22
5.4.3. Questionário Sociodemográfico e História Psiquiátrica Geral.....	23
5.4.4. ILSS-BR/P.....	23
5.4.5. SCoRS-BR.....	23
5.4.6. CTQ.....	24

5.5. Procedimentos.....	24
5.6. Análise estatística.....	25
6. RESULTADOS.....	27
6.1. Caracterização da amostra.....	27
6.1.1. Dados Sociodemográficos dos Pacientes com Esquizofrenia.....	27
6.2.2. Dados do Início dos Sintomas e da História Psiquiátrica Geral dos Pacientes com Esquizofrenia.....	27
6.2. Análise Descritiva dos Resultados das Escalas de Funcionalidade (ILSS-BR/P), Cognição (SCoRS-BR) e Traumas na Infância e Adolescência (CTQ).....	30
6.3. Associação entre os Resultados da Escala de Traumas na Infância e Adolescência (CTQ) e os Dados Sociodemográficos.....	31
6.3.1. Associação com o gênero, a escolaridade, a situação conjugal e filhos.....	31
6.3.2. Associação com situação laboral, situação previdenciária e religião.....	32
6.4. Associação Entre os Resultados da Escala de Traumas na Infância e Adolescência (CTQ) e Variáveis Relativas ao Início dos Sintomas e História Psiquiátrica Geral.....	36
6.5. Associação Entre os Resultados da Escala de Traumas na Infância e Adolescência (CTQ) e a Funcionalidade (ILSS-BR/P).....	39
6.6. Associação Entre os Resultados da Escala de Traumas na Infância e Adolescência (CTQ) e a Cognição (SCoRS-BR).....	39
6.7. Análise Multivariada dos Fatores Confundidores.....	41
7. DISCUSSÃO.....	51
8. CONCLUSÕES.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXO 1 .....	63
ANEXO 2.....	79
ANEXO 3.....	80

## 1 INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico complexo, permanecendo até hoje como de difícil conceituação, devido seu caráter heterogêneo, o qual agrupa múltiplos subconceitos conflitantes entre si (ELKIS, 2000). O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM), em sua 5ª edição, define a Esquizofrenia como uma síndrome constituída por delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos, como expressão emocional diminuída e avolia, estipulando sua prevalência ao longo da vida entre 0,3% a 0,7%. Desse modo, apesar de ser uma doença relativamente frequente na prática psiquiátrica, a Esquizofrenia segue como um desafio clínico, a começar por sua conceituação, até seus fatores etiológicos e prognósticos (SELTEN *et al.*, 2013).

As causas da Esquizofrenia permanecem desconhecidas. Inúmeras hipóteses etiológicas, tais como: fatores genéticos, fatores neuroquímicos, intercorrências durante a gestação e no período perinatal, toco-traumatismos, condições neurológicas e neuropsiquiátricas, história familiar de esquizofrenia, anormalidades no neurodesenvolvimento e vivências traumáticas na infância são propostas (SILVA, 2006; GIL, 2006).

Essa hipótese neurodesenvolvimental para a Esquizofrenia tem se firmado com maior aceitação atualmente, devido procurar entender a complexidade de fatores associados ao quadro, para além dos riscos genéticos e familiares, mas também fatores ambientais de risco e fatores de vulnerabilidade (OWEN *et al.*, 2011).

São notórios os esforços científicos com o intuito de melhor conhecer esses fatores envolvidos com a Esquizofrenia, sobretudo aqueles para os quais exista a possibilidade de intervenções preventivas ou de minimização de impactos (MORGAN e FISHER, 2007). Nesse aspecto, o Trauma na Infância tem recebido especial atenção na última década (ALVAREZ *et al.*, 2015).

Em recente revisão de 2016, Davis *et al.* descrevem o Trauma na Infância como um firmado fator de vulnerabilidade para a Esquizofrenia, sobretudo em conjunto com outros insultos potenciais, entretanto permanecendo incertas perguntas que envolvem especificidades sobre o tema, especialmente no que diz respeito aos impactos a longo prazo da ocorrência de traumas no início da vida para esse grupo de pacientes.

## 2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

### 2.1 A Esquizofrenia e o Trauma na Infância

O Trauma na Infância é sabidamente uma ocorrência comum em nosso meio e tem sido sugerido como um dos principais fatores de vulnerabilidade para Esquizofrenia na idade adulta (DVIR *et al.*, 2013).

Segundo Sahin *et al.* (2013), indivíduos com história de Trauma na Infância e Adolescência apresentam quase três vezes maior risco de desenvolver um quadro psicótico, ideia essa compartilhada por Dvir *et al.* (2013), que chegaram a lançar a proposta de que, partindo do princípio da causalidade, se as adversidades da infância fossem removidas como um fator de risco da população em geral, o número de pessoas com psicose poderia ser reduzido em um terço.

Evidências demonstram que diversos subtipos de Trauma na Infância e Adolescência associam-se ao aumento do risco de Transtornos Psicóticos na idade adulta, incluindo a Esquizofrenia, entre eles: abuso emocional, abuso sexual, abuso físico, negligência emocional, negligência física, morte e separação dos pais (PAKSARIAN *et al.*, 2015) e ocorrência de *bullying* (JANSSEN *et al.*, 2004; VARESE *et al.*, 2012). Em uma metanálise de 2013, Bonold *et al.* estimaram a prevalência de abuso sexual, abuso físico e abuso emocional em quadros psicóticos em 26, 39 e 34%, respectivamente.

Há discordância na literatura acerca da influência de cada subtipo de Trauma no quadro da Esquizofrenia (FISHER *et al.*, 2014). Em revisão realizada por Carr *et al.* (2013), o subtipo Abuso Emocional foi o que mais se associou aos quadros de Esquizofrenia na vida adulta, enquanto os resultados de Green *et al.* (2014) não apontaram nenhum subtipo de Trauma que demonstrasse maior risco em particular.

No que tange aos impactos sobre a sintomatologia, há evidências de que a ocorrência de Traumas na Infância guarda relação direta a frequência do trauma (HEINS *et al.*, 2011) e com a gravidade do quadro clínico (BRAEHLER *et al.*, 2013), principalmente quanto ao impacto e refratariedade dos sintomas positivos (COHEN *et al.*, 2012). Chae *et al.* (2015) encontraram uma maior associação das formas de abuso infantil com os sintomas positivos da Esquizofrenia e das formas de negligência infantil com os sintomas negativos.



Além disso, há descrita associação do Trauma na Infância com auto experiências anômalas em fases iniciais da Esquizofrenia, incluindo sintomas dissociativos e depressivos (VAN DAM, *et al.*, 2015), os quais podem dificultar a avaliação e possível confusão com os sintomas positivos e negativos, respectivamente (HAUG *et al.*, 2015).

Em relação aos impactos do Trauma na Infância sobre o prognóstico da Esquizofrenia, os dados permanecem pouco claros, com relatos de associação com utilização de substâncias ilícitas na vida adulta, sobretudo o *cannabis*, idade precoce de início dos sintomas, pior qualidade de vida, pior funcionamento geral, maior risco de suicídio e maior número de hospitalizações (BAUDIN *et al.*, 2016; MISIAK *et al.*, 2015).

## **2.2 A Esquizofrenia e a Neurobiologia do Trauma na Infância**

Evidências recentes têm demonstrado correlatos biológicos envolvendo o Trauma na Infância e a Esquizofrenia. Diversos estudos demonstraram fatores que estão possivelmente correlacionados, como aumento da atividade do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HPA) e aumento da secreção de cortisol (BRADLEY e DINAN, 2010), redução dos níveis de BDNF – fator neurotrófico derivado do cérebro (FERNANDES *et al.*, 2014) e do RNA mensageiro da expressão de BDNF em algumas áreas, inclusive o hipocampo (LAGOPOULOS e BENNETT, 2014) e redução do volume cerebral (GREEN *et al.*, 2014).

Fatores genéticos também têm sido descritos, sobretudo a associação entre o distúrbio do eixo HPA e mecanismos epigenéticos, principalmente envolvendo a hipometilação do DNA, sendo uma provável evidência de associação entre o Trauma na Infância e a instabilidade genômica (STEPANOV *et al.*, 2015; MISIAK *et al.*, 2015).

Ruby *et al.* (2014), revisando as relações entre a Neurobiologia do Trauma na Infância e a Esquizofrenia, apontam que a ocorrência do estresse precoce se associa à integridade do hipocampo e memória e dos níveis de glicocorticoides a longo prazo, o que pode corroborar com achados prognósticos da Esquizofrenia.

Além disso, sugerem que o Trauma na Infância pode atuar como uma via de interação dupla entre os fatores genéticos e ambientais (RUBY *et al.*, 2015), pois, ao passo já ser sabido que ocorre um aumento da sensibilidade e reatividade ao estresse em indivíduos com

predisposição genética à psicose, o Trauma na Infância também pode alterar a expressão gênica, que, por sua vez, modifica a sensibilidade ao estresse (HUSTED *et al.*, 2010).

### 2.3 O Início dos Sintomas na Esquizofrenia e o Trauma na Infância

É bem documentado que a idade de início dos sintomas na Esquizofrenia apresenta relação com o prognóstico (SOARES *et al.*, 2011; TENGAN e MAIA, 2004). Para Burstejn (2005), o início precoce da doença vai de encontro à teoria neurodesenvolvimental da Esquizofrenia, demarcando um grupo de pacientes severamente mais atingido por inúmeros fatores influenciadores.

O DSM 5 expõe que pacientes que iniciam o quadro de Esquizofrenia antes da adolescência apresentam, em geral, pior prognóstico, curso gradual e progressivo dos sintomas, além de prevalência de sintomas negativos. O Trauma na Infância aparece como um fator de impacto prognóstico na Esquizofrenia, podendo estar associado à precocidade do início dos sintomas, porém ainda não é claro de que forma isso ocorreria ou se há maior influência de algum subtipo de trauma, com resultados até então conflitantes (MISIAK *et al.*, 2015).

Alguns estudos apontam possíveis impactos do Trauma na Infância sobre pacientes no decurso do primeiro surto psicótico. Misiak e Frydecka (2016), estudando pacientes no início do quadro clínico da Esquizofrenia, encontraram relação entre o Trauma na Infância, sobretudo o Abuso Emocional, e uma pior resposta ao tratamento com antipsicóticos.

Já Wang *et al.* (2013) encontraram, em pacientes no decurso do primeiro surto psicótico, uma maior prevalência de sintomas positivos e maior relato de histórico de Abuso Sexual, o que confronta os achados de Sahin *et al.* (2013), os quais relatam, durante estudo com pacientes no primeiro surto psicótico e pacientes de alto risco para desenvolvimento de psicose, maior prevalência de Abuso Emocional, Abuso Físico, Negligência Física e Negligência Emocional quando comparados aos controles.

Os achados dos estudos até o momento sugerem haver uma associação significativa entre o Trauma na Infância e o início dos sintomas na Esquizofrenia, porém maiores especificidades envolvendo o início ainda na infância e adolescência e os subtipos de trauma que conferem maior risco permanecem pouco claros.

## 2.4 A Funcionalidade na Esquizofrenia e o Trauma na Infância

Embora já bem descrita a associação do Trauma na Infância com fatores prognósticos na Esquizofrenia envolvendo a funcionalidade dos pacientes, continuam desconhecidos os mecanismos que ligam os dois fatores, sobretudo em casos de início precoce, assim como o impacto de subtipos de Trauma na Infância em particular (ALAMEDA *et al.*, 2016).

Os impactos funcionais dos pacientes com Esquizofrenia parecem acompanhar os impactos clínicos gerais já descritos, os quais sofrem significativa influência do Trauma na Infância (MISIAK *et al.*, 2015). Trauelson *et al.* (2015) encontraram associação entre maior ocorrência de adversidades na infância e piores resultados de funcionamento global pré mórbido em pacientes com Esquizofrenia, sugerindo que os impactos podem ter início anteriormente ao desencadeamento da doença, tema também abordado por Horton *et al.* (2015), estudando a funcionalidade durante o primeiro surto psicótico.

Os estudos até o momento sugerem que o impacto funcional, de início precoce associado ao Trauma na Infância, acompanha o curso da Esquizofrenia, com reflexos na vida adulta ainda pouco especificados. Lysaker *et al.* (2001), estudando 54 pacientes com Esquizofrenia na idade adulta, encontraram relação entre a ocorrência de Abuso Sexual na infância e piores resultados funcionais nessa faixa etária, entretanto há poucos dados mais abrangentes desde então.

## 2.5 A Cognição na Esquizofrenia e o Trauma na Infância

Há evidências de que pacientes com Esquizofrenia apresentam comprometimento cognitivo global já durante o decurso do primeiro surto psicótico. Esses achados sugerem que alterações cognitivas podem estar ligadas ao modelo neurodesenvolvimental da Esquizofrenia, envolvendo efeito negativo ao estresse e vulnerabilidade genética (AAS *et al.*, 2014).

Berthelot *et al.* (2015) parecem corroborar esses achados, quando, mesmo estudando jovens de alto risco para quadros psicóticos, encontraram associação entre Traumas na Infância e Adolescência e comprometimento de domínios cognitivos sabidamente prejudicados em pacientes adultos com Esquizofrenia, sugerindo a cognição como um fator mediador precoce.

Correlatos neurobiológicos do Trauma na Infância parecem guardar relação com o comprometimento cognitivo na Esquizofrenia, sobretudo quanto à associação com a integridade do hipocampo e memória e os níveis de glicocorticoides, envolvidos com o envelhecimento cerebral (RUBY *et al.*, 2014). Há, ainda, relato de possível relação entre polimorfismos do BDNF, em especial o Val66 Met, já descrito como associado ao Trauma na Infância, e o comprometimento cognitivo nesse grupo de pacientes (SAHU *et al.*, 2016).

Aas *et al.* (2012) encontraram associação entre Trauma na Infância e redução da função cognitiva global, sobretudo nos domínios de memória de trabalho e funções executivas, principalmente relacionados à ocorrência de Abuso Sexual, Abuso Físico e Negligência Física.

Apesar de alvo de esforços científicos atuais, ainda se faz necessário melhor entendimento da relação entre Trauma na Infância e o comprometimento cognitivo na Esquizofrenia, assim como do impacto dos subtipos de trauma abordados individualmente.

### 3 JUSTIFICATIVA

O Trauma na Infância é bem documentado como um fator de vulnerabilidade para a Esquizofrenia, com impactos prognósticos a longo prazo, identificados já no decurso do primeiro surto psicótico e na idade adulta. Correlatos neurobiológicos têm sustentado essa relação, embora sejam necessários estudos mais complexos.

Apesar disso, ainda pouco se sabe acerca dos mecanismos que levam o Trauma na Infância a influenciar o prognóstico desses pacientes, assim como a proporção em que isso ocorre, sobretudo no que diz respeito à precocidade do início dos sintomas, à funcionalidade e à cognição, sabidamente fatores de grande importância na qualidade de vida.

O estudo do Trauma na Infância, com a preocupação de identificar subtipos de Trauma que possam acarretar riscos prognósticos específicos, pode propiciar a identificação precoce de indivíduos de risco e o desenvolvimento de estratégias de intervenção ainda na infância e adolescência, visando evitar as consequências diretas na gênese do transtorno ou, ao menos, minimizar os múltiplos impactos deletérios durante o curso da doença.

Ademais, espera-se contribuir para a ênfase atual atribuída à necessidade de reconhecer crianças e adolescentes com maior probabilidade de desenvolver Esquizofrenia e oferecer a elas a proteção necessária por meio de medidas de prevenção e manejo e de políticas públicas adequadas.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Avaliar a influência do Trauma na Infância e Adolescência sobre o prognóstico de pacientes com Esquizofrenia.

### **4.2 Objetivos Específicos**

4.2.1. Identificar a associação entre os principais subtipos de Trauma na Infância e Adolescência - Abuso Físico, Abuso Emocional, Negligência Física, Negligência Emocional e Abuso Sexual – e a Idade de Início dos Sintomas de pacientes com Esquizofrenia.

4.2.2. Conhecer o impacto do Trauma na Infância e Adolescência, de uma forma geral e em relação aos seus principais subtipos, sobre a funcionalidade de pacientes com Esquizofrenia.

4.2.3. Conhecer o impacto do Trauma na Infância e Adolescência, de uma forma geral e em relação aos seus principais subtipos, sobre a cognição de pacientes com Esquizofrenia.

4.2.4. Correlacionar os achados encontrados com as Variáveis Sociodemográficas e Dados da História Psiquiátrica Geral de pacientes com Esquizofrenia.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal e multicêntrico, o qual foi realizado com 105 pacientes diagnosticados com Esquizofrenia, em acompanhamento psiquiátrico na rede de Atenção Básica dos municípios de Contagem e Nova Lima e nos Ambulatórios de Especialidades dos Hospitais Instituto Raul Soares e Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, em Belo Horizonte, todos no Estado de Minas Gerais.

Todos os participantes foram corretamente informados acerca da natureza e objetivo do estudo antes de entrarem na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Raul Soares, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – sob parecer número 078/2015.

### 5.2 Critérios de Inclusão

- Idade entre 18 anos e 70 anos;
- Diagnóstico de Esquizofrenia segundo os critérios do DSM 5 e confirmado pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI-Plus*;
- Em acompanhamento psiquiátrico regular;

### 5.3 Critérios de Exclusão

- Analfabetismo ou marcada dificuldade de preenchimento ou compreensão dos instrumentos da pesquisa;
- Presença de outro diagnóstico psiquiátrico comórbido e atual, incluindo Transtornos do Humor e Transtornos por Uso de Substâncias;
- Diagnóstico de Doenças Neurológicas;

- Instabilidade clínica no momento da entrevista, considerada se pontuação acima de 19 na subescala de sintomas positivos da PANSS ou pontuação acima de 4 em qualquer subitem avaliado;

## **5.4 Instrumentos**

### **5.4.1 MINI-Plus**

O *Mini International Psychiatric Interview* consiste em um instrumento, baseado em entrevista estruturada breve, que se destina à investigação clínica e científica dos diagnósticos compatíveis com o DSM IV e a CID-10, no contexto de cuidados primários e Psiquiatria. Pode ser usado por clínicos em geral após realização de treinamento breve.

Sua versão mais detalhada, o *Mini-Plus*, destina-se aos diagnósticos positivos, a partir de uma avaliação mais aprofundada, dos principais transtornos mentais ao longo da vida (AMORIM, 2000). É constituído de módulos diagnósticos independentes, incluindo um módulo individual para Transtornos Psicóticos, entre eles a Esquizofrenia, explorando critérios de inclusão, critérios de exclusão e cronologia dos quadros.

### **5.4.2 PANSS**

A PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale* ou Escala de Sintomas Positivos e Negativos é utilizada para avaliação psicopatológica, através de quantificação de sintomas, nos casos de Esquizofrenia. É composta por 30 itens, os quais avaliam três domínios psicopatológicos – sintomas positivos, sintomas negativos e psicopatologia geral, através de uma pontuação que varia de “1” (ausente) a “7” (extremo), proporcional à gravidade dos sintomas (CHAVES e SHIRAKAWA, 1998). O ponto de corte utilizado foi uma pontuação superior a 19 na subescala de Sintomas Positivos ou uma pontuação superior a 4 em qualquer subitem do instrumento.



### 5.4.3 Questionário Sociodemográfico e História Psiquiátrica Geral

Questionário padronizado para o estudo, aplicado através de entrevista direta, abordando os seguintes dados: nome, sexo, idade em anos, naturalidade e procedência, situação marital, filhos, nível de escolaridade, situação laboral, recebimento de benefício/aposentadoria e religião.

Além disso, são abordados aspectos relacionados à História Psiquiátrica Geral do paciente, como: idade do início dos sintomas, idade de início do tratamento, número de internações e medicações em uso.

### 5.4.4 ILSS - BR/P

A escala ILSS - *Independent Living Skills Survey*, em sua versão para o paciente validada no Brasil – BR/P (MARTINI *et al.*, 2011), visa medir as habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos com doença mental grave e persistente, em diversas áreas do seu funcionamento na vida cotidiana.

Através de 70 itens, avalia-se a funcionalidade do paciente dividida em dez categorias: (1) aparência e vestuário, (2) higiene pessoal, (3) cuidado com objetos pessoais, (4) alimentos, (5) saúde, (6) dinheiro, (7) transporte, (8) lazer, (9) emprego e (10) trabalho. A escala é autoaplicável, porém conduzida pelo orientador. A pontuação por resposta ocorre da seguinte maneira: 1 ponto para as respostas marcadas como “sim” e nenhum ponto para as respostas marcadas como “não” ou “não se aplica”. O nível de funcionamento pode ser medido por subescala e pela pontuação total na escala (BANDEIRA *et al.*, 2003).

### 5.4.5 SCoRS-BR

A escala SCoRS – *Schizophrenia Cognition Rating Scale*, em sua versão brasileira validada para o paciente, consiste em uma medida coprimária para avaliação da cognição na Esquizofrenia, quanto à performance cognitiva e ao funcionamento no mundo real (KEEFE *et*

*al.*, 2006). A SCoRS foi desenvolvida para avaliar a atenção, a memória, o raciocínio e a capacidade de resolver problemas, a memória de trabalho, a linguagem e as habilidades motoras especificamente em pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia. É composta por 20 itens com pontuação de 0 a 4, sendo “0” ausência de alterações e “4” comprometimento máximo, além de um item final que varia de “0” a “10” para a impressão global das dificuldades apresentadas pelo paciente, na visão do entrevistador. A mesma aplica-se pelo método de entrevista e foi validada também para contextos clínicos sem informantes (FERREIRA JÚNIOR *et al.*, 2010).

#### **5.4.6 CTQ**

A escala CTQ - *Childhood Trauma Questionnaire*, em sua versão breve, é um questionário que investiga a presença de cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional, através de 28 itens autoaplicáveis a adolescentes e adultos, segundo a versão brasileira traduzida e validada em 2006 em “Questionário sobre Traumas na Infância” (GRASSI-OLIVEIRA *et al.*, 2006).

As respostas dividem-se em 5 modalidades, a saber: “nunca”, “poucas vezes”, “às vezes”, “muitas vezes” ou “sempre”. Dos 28 itens, 25 deles avaliam cada uma das cinco dimensões traumáticas e três são de uma escala de minimização/negação. Ao final, o avaliador obtém um escore para cada um dos cinco subtipos de Trauma na Infância, além de um escore total para todos os Traumas - CTQ total (KIM *et al.*, 2013).

### **5.5 Procedimentos**

Os pacientes foram convidados para a pesquisa ao chegarem à consulta psiquiátrica previamente agendada em algum dos locais de coleta de dados, no período compreendido entre setembro de 2015 e dezembro de 2016.

Após exposição dos objetivos e assinatura do TCLE, foi ofertado ambiente privativo e tranquilo, onde pudesse ser realizada a entrevista adequadamente. Sempre que possível, realizou-se discussão clínica com o médico assistente, buscando uma delimitação inicial sobre o diagnóstico de Esquizofrenia segundo o DSM 5 e a estabilidade clínica do paciente.

Inicialmente, foram aplicadas as escalas *Mini-Plus* e PANSS para confirmação diagnóstica, exclusão de comorbidades psiquiátricas atuais e avaliação da estabilidade clínica. Em um segundo momento, foram aplicados o questionário sociodemográfico e da História Psiquiátrica Geral, as escalas ILSS-BR/P e SCoRS-BR, em entrevista conduzida pelo pesquisador.

Em um último momento, o paciente respondeu a escala CTQ, tendo caráter autoaplicável, apenas com oferta de orientação e retirada de dúvidas por parte do entrevistador, buscando garantir segurança frente à complexidade subjetiva e delicadeza do tema abordado. Houve ainda o cuidado de repetir, antes do preenchimento da escala, informações acerca do anonimato e confidencialidade dos dados.

Após a coleta dos dados, passou-se à fase de conferência e tabulação do material e transferência para banco de dados para realização de análise estatística.

## **5.6 Análise estatística**

As análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico SPSS versão 19.0, sendo considerado um nível de significância de 5% em todas as análises realizadas.

Para a descrição da amostra, foram utilizadas tabelas de distribuição de frequência na análise das variáveis categóricas e medidas de tendência central, posição e variabilidade na análise das variáveis numéricas.

Optou-se por utilizar testes não-paramétricos, devido à maior parte das variáveis apresentarem distribuição assimétrica, conforme analisado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Durante a análise univariada, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman na comparação de variáveis numéricas (idade atual, idade de início dos sintomas, número de internações e pontuações das escalas ILSS-BR/P e SCoRS-BR), em associação aos resultados da escala CTQ, e o teste não-paramétrico de Mann-Whitney na comparação com variáveis categóricas (gênero, situação conjugal, escolaridade, filhos, situação laboral, religião e idade de início dos sintomas categorizada – na infância e adolescência ou na vida adulta).

Para a análise multivariada, foi utilizado o modelo de regressão linear, estabelecendo-se como critério de entrada um valor de  $p$  menor que 0,20 na análise univariada, com retirada

das variáveis do modelo pelo critério *backward*, mantendo-se nível de significância de 5%. O ajuste do modelo final foi avaliado por meio de estimativa de coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e gráficos de diagnóstico.

## **6 RESULTADOS**

Os resultados serão distribuídos em 1) Caracterização da Amostra, 2) Análise Descritiva dos Resultados das Escalas ILSS-BR/P, SCoRS-BR e CTQ, 3) Correlação entre as Variáveis Sociodemográficas e da História Psiquiátrica Geral, da Funcionalidade e da Cognição com Variáveis relativas ao Trauma na Infância e Adolescência e 4) Análise multivariada dos fatores de confusão.

### **6.1 Caracterização da Amostra**

#### **6.1.1 Dados Sócio Demográficos dos Pacientes com Esquizofrenia**

Foram avaliados um total de 105 pacientes com Esquizofrenia, dos quais 57,1% do sexo masculino e 42,9% do sexo feminino, apresentando média de idade de 41 anos ( $\pm 13,3$ ). Destes, 63,8% apontaram solteiro para sua situação conjugal, 56,2% não tinham filhos e a escolaridade mais frequente foi Ensino Fundamental Incompleto (34,3%).

No que se refere à situação laboral, apenas 18,1% dos pacientes estava trabalhando no momento da entrevista e 62,9% recebe algum tipo de benefício previdenciário ou aposentaria. A maioria dos entrevistados (74,3%) afirmou ter alguma religião, conforme visto na Tabela 1.

#### **6.1.2 Dados do Início dos Sintomas e História Psiquiátrica Geral dos Pacientes com Esquizofrenia**

Como apresentado na Tabela 2, observou-se uma idade média de 24,3 anos ao início dos sintomas ( $\pm 9,7$  anos) e mediana de 21 anos. Quando categorizada a idade de início dos sintomas, avaliou-se que 68,6% dos pacientes abriram o quadro clínico na vida adulta, ou seja, com 18 anos ou mais, enquanto 31,4% iniciaram seus sintomas ainda na infância ou adolescência (menos de 18 anos). A idade de início do tratamento teve mediana de 24 anos e o número mediano de internações foi de 1, com mínimo de zero e máximo de 30.

**Tabela 1: Dados Sociodemográficos de 105 pacientes com Esquizofrenia**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Gênero</b>		
feminino	45	42,9
masculino	60	57,1
<b>Idade</b>		
Média ± desvio-padrão	41,0 ± 13,3	
Mediana (Mínimo – Máximo)	42,0 (18,0-70,0)	
<b>Situação conjugal</b>		
solteiro	67	63,8
casado	29	27,6
divorciado	6	5,7
viúvo	3	2,9
<b>Filhos</b>		
sim	46	43,8
não	59	56,2
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	1,0
EF incompleto	36	34,3
EM incompleto	32	30,5
EM completo	28	26,7
ES incompleto	3	2,9
ES completo	5	4,8
<b>Situação laboral</b>		
trabalhando	19	18,1
sem atividade laboral	86	81,9
<b>Situação previdenciária</b>		
recebe benefício ou aposentadoria	66	62,9
não recebe benefício/aposentadoria	39	37,1
<b>Religião</b>		
tem religião	78	74,3
não tem religião	27	25,7

**Tabela 2: Dados do Início dos Sintomas e da História Psiquiátrica Geral de 105 pacientes com Esquizofrenia**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Idade de início dos sintomas (em anos)</b>		
Média ± desvio-padrão	24,3 ± 9,7	
Mediana (Mínimo – Máximo)	21,0 (5,0 - 63,0)	
<b>Idade de início dos sintomas (categorizada)</b>		
Menos de 18 anos	33	31,4
18 anos ou mais	72	68,6
<b>Idade de início do tratamento (em anos)</b>		
Média ± desvio-padrão	25,3 ± 9,7	
Mediana (Mínimo – Máximo)	24,0 (10,0 - 63,0)	
<b>Número de internações</b>		
Média ± desvio-padrão	2,8 ± 4,1	
Mediana (Mínimo – Máximo)	1,0 (0,0 - 30,0)	

Em relação ao uso de medicamentos no momento da entrevista, conforme apresentado na Tabela 3, observou-se que os medicamentos mais utilizados foram os antipsicóticos atípicos com prevalência de 56,2%, enquanto 23,8% dos pacientes estava em uso de antipsicóticos típicos. Em segundo lugar quanto à frequência, os sedativos foram utilizados por 35,2% dos pacientes, antidepressivos por 26,7%, biperideno por 20%, estabilizadores de humor por 12,4% e clozapina por 10,5% dos pacientes da amostra. Apenas 1 paciente tinha histórico de realização de eletroconvulsoterapia.

**Tabela 3: Distribuição de frequências sobre a utilização de medicamentos**

	Frequência	Percentual
Antipsicóticos típicos	25	23,8
Antipsicóticos atípicos	59	56,2
Clozapina	11	10,5
Eletroconvulsoterapia	1	1,0
Sedativos	37	35,2
Estabilizadores de humor	13	12,4
Antidepressivos	28	26,7
Biperideno	21	20,0

## **6.2 Análise Descritiva dos Resultados das Escalas de Funcionalidade (ILSS-BR/P), Cognição (SCoRS-BR) e Trauma na Infância e Adolescência (CTQ)**

Entre os 105 pacientes com Esquizofrenia analisados, observou-se escore mediano de 72 para a Escala de Funcionalidade (ILSS-BR/P), com mínimo de 39 e máximo de 94. Já para a escala de Cognição (SCoRS-BR), o total do paciente teve mediana de 35, muito próximo ao total do entrevistador, que obteve uma mediana de 36.

Com relação à Escala de Traumas na Infância e Adolescência (CTQ), verificou-se mediana de 11 para o subtipo Negligência Emocional, mediana de 10 para os subtipos Negligência física e Abuso emocional, mediana de 8 para o subtipo Abuso Físico e mediana de 7 para o subtipo Abuso Sexual, conforme apresentado no Gráfico 1. Na pontuação total da escala (CTQ total), a mediana foi de 47, com mínimo de 27 e máximo de 95, assim como apresentado na Tabela 4.



**Tabela 4: Análise descritiva dos resultados das Escalas ILSS-BR/P, SCoRS-BR e CTQ de 105 pacientes com Esquizofrenia**

	Média	Desvio- padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
ILSS total	71,4	13,9	72,0	39,0	94,0
SCoRS-BR - Total paciente	38,5	13,2	35,0	19,0	72,0
SCoRS-BR - Total entrevistador	39,2	13,1	36,0	19,0	74,0
SCoRS-BR - Impressão global	5,0	1,9	5,0	1,0	9,0
CTQ Negligência física	10,6	3,8	10,0	5,0	22,0
CTQ Negligência emocional	12,2	5,2	11,0	5,0	25,0
CTQ Abuso emocional	10,9	5,0	10,0	5,0	25,0
CTQ Abuso físico	8,5	3,4	8,0	5,0	23,0
CTQ Abuso sexual	9,9	6,2	7,0	5,0	25,0
CTQ total	52,1	16,2	47,0	27,0	95,0

### **6.3 Associação entre os resultados da Escala de Trauma na Infância e na Adolescência (CTQ) e os Dados Sociodemográficos**

#### **6.3.1 Associação com o gênero, a escolaridade, a situação conjugal e filhos**

De acordo com os dados apresentados na Tabela 5, os fatores gênero e filhos não mostraram associação significativa com os resultados da escala CTQ, tanto em relação aos subtipos de trauma, como quanto à pontuação total (valores de  $p > 0,05$ ).

O fator situação conjugal obteve associação significativa com o subtipo Abuso Sexual (valor- $p < 0,05$ ), de modo que os pacientes com Esquizofrenia que vivam com um parceiro apresentaram maior escore mediano nesse subtipo de trauma que aqueles sem parceiro (solteiros, divorciados ou viúvos).

O fator Nível de Escolaridade mostrou associação significativa com o subtipo Negligência Física ( $p < 0,05$ ), demonstrando que os pacientes com Escolaridade a partir de Ensino Médio Incompleto ou mais apresentaram menores escores no domínio Negligência Física do que aqueles com Escolaridade apenas até o Ensino Fundamental.

### **6.3.2 Associação com a situação laboral, a situação previdenciária e a religião**

Conforme exposto na Tabela 6, os fatores situação laboral e previdenciária não mostraram associação significativa com os resultados da escala CTQ, em relação a qualquer subtipo ou à pontuação total da escala (valores  $p > 0,05$ ).

O fator religião apresentou associação significativa com os subtipos Abuso Emocional e Abuso Sexual, além da pontuação total da Escala CTQ (valor  $p < 0,05$ ), observando-se que os pacientes com Esquizofrenia que não tinham nenhuma religião apresentaram maior escore mediano nos domínios Abuso Emocional e Abuso Sexual e na pontuação total da Escala que aqueles que seguiam alguma religião.

**Tabela 5: Associação entre os resultados da escala CTQ e as Variáveis Sociodemográficas gênero, situação conjugal, escolaridade, e filhos de 105 pacientes com Esquizofrenia**

		Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	CTQ total
<b>Gênero</b>							
Feminino	Média	10,2	11,8	11,3	8,9	10,5	52,7
	Mediana	9,0	11,0	10,0	8,0	7,0	48,0
	Desvio-padrão	3,5	4,8	5,1	3,9	6,5	15,4
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	31,0
	Máximo	19,0	22,0	25,0	23,0	25,0	89,0
Masculino	Média	10,9	12,6	10,6	8,2	9,5	51,7
	Mediana	10,0	11,5	9,0	8,0	6,0	47,0
	Desvio-padrão	4,0	5,5	5,0	2,9	6,0	16,8
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	22,0	25,0	25,0	17,0	25,0	95,0
	Valor-p*	0,492	0,563	0,462	0,463	0,573	0,558
<b>Situação conjugal</b>							
Sem companheiro	Média	10,4	12,2	10,8	8,5	9,3	51,1
	Mediana	9,0	10,5	9,0	8,0	5,0	46,0
	Desvio-padrão	3,8	5,4	5,2	3,5	6,4	17,1
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	22,0	25,0	25,0	23,0	25,0	95,0
Com companheiro	Média	11,1	12,4	11,1	8,6	11,4	54,7
	Mediana	10,0	12,0	10,0	8,0	12,0	54,0
	Desvio-padrão	3,6	4,7	4,6	3,0	5,5	13,2
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	33,0
	Máximo	19,0	20,0	25,0	17,0	22,0	78,0
	Valor-p*	0,243	0,669	0,579	0,602	<b>0,021</b>	0,119

Tabela 5 – Continuação

		Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	CTQ total
<b>Escolaridade</b>							
Até Fundamental	Média	11,4	13,0	11,2	9,3	11,7	56,6
	Mediana	11,0	12,0	10,0	9,0	9,0	53,0
	Desvio-padrão	3,2	5,9	5,7	4,2	7,2	18,7
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	18,0	25,0	25,0	23,0	24,0	95,0
Médio ou mais	Média	10,1	11,8	10,7	8,1	8,9	49,7
	Mediana	9,0	10,0	9,5	8,0	6,0	46,0
	Desvio-padrão	4,0	4,7	4,6	2,7	5,4	14,2
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	28,0
	Máximo	22,0	23,0	25,0	18,0	25,0	91,0
	Valor-p*	<b>0,036</b>	0,488	0,987	0,198	0,147	0,078
<b>Filhos</b>							
Não	Média	10,7	12,0	10,9	9,1	10,5	53,2
	Mediana	10,0	12,0	9,0	8,5	9,0	51,5
	Desvio-padrão	3,3	4,8	4,9	4,0	6,0	14,1
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	31,0
	Máximo	19,0	22,0	25,0	23,0	24,0	89,0
Sim	Média	10,5	12,4	10,9	8,0	9,4	51,3
	Mediana	9,0	10,0	10,0	8,0	5,0	46,0
	Desvio-padrão	4,2	5,5	5,1	2,8	6,3	17,7
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	22,0	25,0	25,0	18,0	25,0	95,0
	Valor-p*	0,473	0,853	0,992	0,209	0,188	0,245

\*Teste Mann-Whitney

**Tabela 6: Associação entre os resultados da escala CTQ e as variáveis Sociodemográficas situação laboral, situação previdenciária e religião para 105 pacientes com Esquizofrenia**

		Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	CTQ total
<b>Situação laboral</b>							
Trabalhando	Média	10,1	13,0	10,6	8,1	9,4	51,2
	Mediana	9,0	12,0	9,0	8,0	8,0	49,0
	Desvio-padrão	3,7	5,6	4,9	2,6	5,0	14,5
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	32,0
	Máximo	17,0	25,0	22,0	13,0	21,0	84,0
Sem atividade laboral	Média	10,7	12,1	11,0	8,6	10,0	52,3
	Mediana	10,0	10,5	10,0	8,0	6,0	47,0
	Desvio-padrão	3,8	5,1	5,1	3,5	6,4	16,6
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	22,0	23,0	25,0	23,0	25,0	95,0
	Valor-p*	0,477	0,520	0,741	0,771	0,714	0,993
<b>Situação previdenciária</b>							
Recebe benefício ou aposentadoria	Média	11,0	12,1	11,2	8,6	10,4	53,3
	Mediana	10,0	12,0	9,5	8,0	6,5	48,0
	Desvio-padrão	3,9	5,1	5,5	3,4	6,6	17,9
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	22,0	22,0	25,0	23,0	25,0	95,0
Não recebe benefício ou aposentadoria	Média	9,9	12,5	10,4	8,3	9,0	50,1
	Mediana	9,0	10,0	10,0	8,0	7,0	47,0
	Desvio-padrão	3,5	5,3	4,1	3,3	5,5	12,7
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	32,0
	Máximo	18,0	25,0	22,0	21,0	25,0	91,0
	Valor-p*	0,182	0,661	0,910	0,610	0,428	0,691

Tabela 6 - Continuação

		Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	CTQ total
<b>Religião</b>							
Tem religião	Média	10,3	11,9	10,1	8,3	9,1	49,7
	Mediana	9,0	11,0	9,0	8,0	6,0	46,0
	Desvio-padrão	3,7	5,1	4,1	3,3	5,4	13,9
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	19,0	25,0	22,0	23,0	24,0	89,0
Não tem religião	Média	11,9	13,8	14,9	9,3	13,8	63,8
	Mediana	12,0	13,0	15,0	8,5	13,5	60,5
	Desvio-padrão	4,1	5,6	6,8	3,6	8,3	21,1
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	35,0
	Máximo	22,0	22,0	25,0	18,0	25,0	95,0
Valor-p*		0,086	0,167	<b>0,005</b>	0,278	<b>0,027</b>	<b>0,009</b>

\*Teste Mann-Whitney

#### 6.4 Associação entre os Resultados da Escala de Trauma na Infância e na Adolescência (CTQ) e Variáveis Relativas ao Início dos Sintomas e História Psiquiátrica Geral

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 7, o subtipo Negligência Física apresentou correlação significativa e inversa com a idade no início do tratamento (valor- $p < 0,05$ ). O subtipo Negligência Emocional apresentou correlação significativa e inversa com idade no início dos sintomas e do tratamento, além de correlação direta com número de internações (valores- $p < 0,05$ ).

Já o subtipo Abuso Emocional apresentou correlação significativa (valor- $p < 0,05$ ) e inversa com a idade no início dos sintomas e do tratamento. O subtipo Abuso Físico apresentou associação significativa apenas com a idade no início dos sintomas (valor- $p < 0,05$ ) e o coeficiente também foi negativo, indicando também, nesse caso, correlação inversa.

O subtipo Abuso Sexual apresentou associação significativa e inversa com a idade no início dos sintomas e do tratamento e correlação direta com número de internações (valores- $p < 0,05$ ). Por fim, o resultado total da Escala CTQ, o qual nos diz da presença de Traumas na Infância e Adolescência em geral, apresentou correlação significativa e inversa com a idade no início dos sintomas e do tratamento e correlação direta com o número de internações.

**Tabela 7: Correlação entre os resultados da Escala CTQ e as variáveis numéricas relacionadas ao Início dos Sintomas e História Psiquiátrica Geral de 105 pacientes com Esquizofrenia**

	Idade no início dos sintomas (em anos)		Idade no início do tratamento (em anos)		Número de Internações	
	Coefficiente*	Valor-p	Coefficiente*	Valor-p	Coefficiente*	Valor-p
<b>Negligência física</b>	-0,145	0,139	<b>-0,208</b>	<b>0,033</b>	0,117	0,241
<b>Negligência emocional</b>	<b>-0,218</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,228</b>	<b>0,019</b>	<b>0,222</b>	<b>0,025</b>
<b>Abuso emocional</b>	<b>-0,388</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,386</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,174	0,079
<b>Abuso físico</b>	<b>-0,232</b>	<b>0,017</b>	-0,166	0,091	0,185	0,061
<b>Abuso sexual</b>	<b>-0,260</b>	<b>0,007</b>	<b>-0,290</b>	<b>0,003</b>	<b>0,267</b>	<b>0,006</b>
<b>CTQ total</b>	<b>-0,356</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,344</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,286</b>	<b>0,003</b>

\*Coeficiente de Correlação de Spearman

Quando avaliada de forma categorizada, a idade de início dos sintomas apresentou associação significativa com os subtipos Negligência Emocional, Abuso Emocional e Abuso Físico e com a Escala CTQ total (valores- $p < 0,05$ ). Observou-se que os pacientes cujos sintomas iniciaram antes dos 18 anos de idade, ou seja, ainda na infância e adolescência, cursaram com maiores escores medianos na escala CTQ total e nos subtipos citados, quando comparados aos pacientes cujos sintomas iniciaram na idade adulta, como apresentado na Tabela 8.

**Tabela 8: Associação entre os resultados da Escala CTQ e a variável Idade de Início dos Sintomas Categorizada de 105 pacientes com Esquizofrenia**

		Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	CTQ total
<b>Idade no início dos sintomas</b>							
	Média	11,5	14,0	13,7	9,1	11,4	59,7
	Mediana	10,0	15,0	12,0	9,0	9,0	58,0
Menos de 18 anos	Desvio-padrão	4,3	5,2	5,4	2,4	6,9	17,3
	Mínimo	6,0	5,0	5,0	5,0	5,0	32,0
	Máximo	19,0	23,0	25,0	14,0	23,0	95,0
18 anos ou mais	Média	10,2	11,4	9,6	8,2	9,2	48,6
	Mediana	9,0	10,0	9,0	7,5	5,0	44,0
	Desvio-padrão	3,5	5,0	4,3	3,7	5,8	14,5
	Mínimo	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	27,0
	Máximo	22,0	25,0	25,0	23,0	25,0	91,0
	Valor-p*	0,185	<b>0,014</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,021</b>	0,060	<b>0,002</b>

\*Teste Mann-Whitney



### **6.5 Associação entre os resultados da Escala de Trauma na Infância e na Adolescência (CTQ) e a Funcionalidade (ILSS-BR/P)**

Os subtipos Negligência Física, Negligência Emocional, Abuso Emocional e Abuso Sexual e a pontuação total na Escala CTQ mostraram correlação significativa e inversa (valores de  $p < 0,05$ ) com os resultados da Escala ILSS-BR/P, conforme apresentado na Tabela 9. O subtipo Abuso Físico não apresentou correlação significativa.

### **6.6 Associação entre os resultados da Escala de Trauma na Infância e na Adolescência (CTQ) e a Cognição (SCoRS-BR)**

O subtipo Negligência Física apresentou correlação significativa e direta com os resultados da Escala SCoRS-BR em relação aos critérios de Pontuação Total do Paciente e Entrevistador, enquanto o subtipo Negligência Emocional apresentou o mesmo padrão em relação ao critério Impressão Global (valores de  $p < 0,05$ ).

Os subtipos Abuso Físico, Abuso Emocional e Abuso Sexual e a pontuação total na Escala CTQ mostraram correlação significativa e direta com os três critérios da Escala SCoRS-BR avaliados – Pontuação Total do Paciente, Pontuação Total do Entrevistador e Impressão Global, conforme apresentado na Tabela 9.

**Tabela 9: Correlação entre os resultados da escala CTQ e as variáveis numéricas relacionadas às escalas ILSS-BR/P e SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia**

	ILSS-BR/P		SCoRS-BR – Total paciente		SCoRS-BR – Total entrevistador		SCoRS-BR – Impressão global	
	Coeficiente	Valor-	Coeficiente	Valor-	Coeficiente	Valor-	Coeficiente	Valor-
		p		p		p		p
<b>Negligência física</b>	<b>-0,250</b>	<b>0,010</b>	<b>0,240</b>	<b>0,013</b>	<b>0,212</b>	<b>0,030</b>	0,191	0,051
<b>Negligência emocional</b>	<b>-0,338</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,180	0,067	0,182	0,063	<b>0,204</b>	<b>0,037</b>
<b>Abuso emocional</b>	<b>-0,362</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,418</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,393</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,361</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Abuso físico</b>	-0,179	0,067	<b>0,332</b>	<b>0,001</b>	<b>0,313</b>	<b>0,001</b>	<b>0,245</b>	<b>0,012</b>
<b>Abuso sexual</b>	<b>-0,321</b>	<b>0,001</b>	<b>0,406</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,380</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,362</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>CTQ total</b>	<b>-0,444</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,446</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,422</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,389</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*Coeficiente de Correlação de Spearman

## 6.7 Análise multivariada dos fatores confundidores

Realizou-se análise multivariada dos possíveis fatores intervenientes, através de regressão linear das variáveis com valor de  $p$  menor que 0,20, para cada subtipo de trauma e para a pontuação total na Escala CTQ. Os fatores pesquisados que permaneceram associados no modelo final estão descritos na Tabela 10.

Para os subtipos de trauma Negligência Física, Abuso Físico e Abuso Sexual, permaneceu associada, no modelo final, a Escala SCoRS-BR, relativa à Cognição, indicando que o aumento de uma unidade nessa escala acarreta o aumento de 0,08 nos escores de Negligência Física (IC95% = 0,02 a 0,13), 0,10 nos escores de Abuso Físico (IC95% = 0,06 a 0,15) e 0,20 nos escores de Abuso Sexual (IC95% = 0,12 a 0,29), conforme apresentado nos Gráficos 2, 3 e 4.

Para o subtipo de trauma Negligência Emocional, o único fator que permaneceu associado foi a Escala ILSS-BR/P, relativa à Funcionalidade, indicando que o aumento de uma unidade nessa escala acarreta uma diminuição de 0,13 unidades nos escores de Negligência Emocional (IC95% = -0,20 a -0,07), exposto no Gráfico 5.

Já para o subtipo de trauma Abuso Emocional, permaneceram associados a Escala SCoRS-BR e a idade no início dos sintomas. O aumento na escala SCoRS-BR está associado a um aumento na Escala Abuso Emocional (coeficiente igual a 0,17, IC95% = 0,10 a 0,23). Além disso, os pacientes que iniciaram os sintomas com 18 anos de idade ou mais tem um escore 2,10 unidades menor que aqueles que iniciaram antes dos 18 anos (IC95% = -3,90 a -0,31), como pode ser visto nos Gráficos 6 e 7.

Por fim, para a pontuação total na Escala CTQ, permaneceram associadas as Escalas SCoRS-BR e ILSS, relativas à Cognição e à Funcionalidade. O aumento de uma unidade na escala SCoRS-BR está associado a um aumento de 0,55 nos escores da Escala Total CTQ (IC95% = 0,30 a 0,80). Já o aumento de uma unidade na escala ILSS-BR/P acarreta uma diminuição de 0,28 unidades nos escores da escala total CTQ (IC95% = -0,51 a -0,04), de acordo com os Gráficos 8 e 9.

Considerando uma possível colinearidade entre os resultados das Escalas ILSS-BR/P e SCoRS-BR, foi realizada Análise Multivariada do modelo final com as escalas separadas, conforme apresentado nas Tabelas 11 e 12, de modo que os modelos permaneceram bastante

semelhantes quando incluída uma ou outra escala, alterando muito pouco as estimativas de ajuste ( $R^2$ ).

**Tabela 10: Modelo final de Análise Multivariada avaliando a associação dos subtipos de Trauma na Infância e a pontuação total na Escala CTQ de 105 pacientes com Esquizofrenia**

Fatores	Coeficiente e IC95%					CTQ total
	Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	
Escala SCoRS - BR paciente	0,08 [0,02; 0,13]		0,17 [0,10; 0,23]	0,10 [0,06; 0,15]	0,20 [0,12; 0,29]	0,55 [0,30; 0,80]
Escala ILSS	-	-0,13 [-0,20; -0,07]	-	-	-	-0,28 [-0,51; -0,04]
Idade $\geq$ 18 anos no início dos sintomas	-	-	-2,10 [-3,90; -0,31]	-	-	-
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	6,10%	12,2%	36,1%	16,3%	27,2%	38,2%

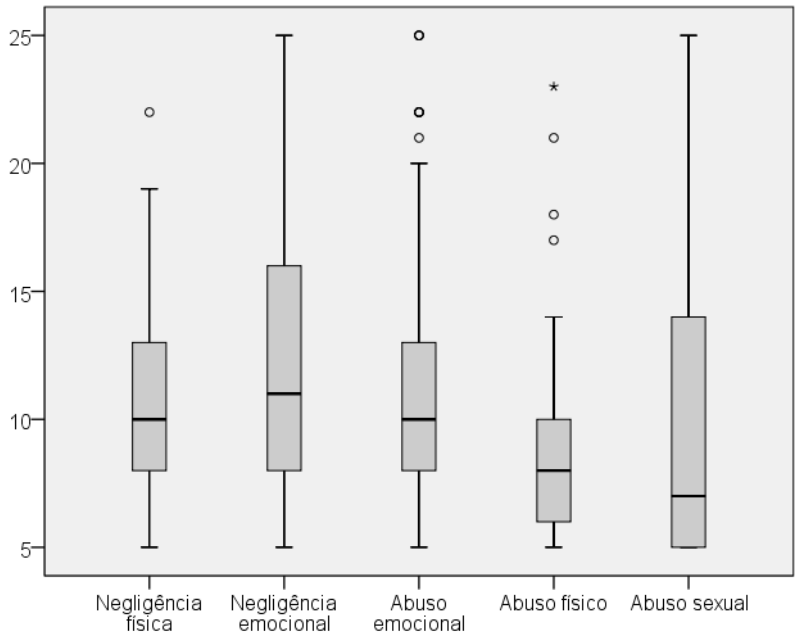
**Tabela 11: Modelo final avaliando os fatores associados aos resultados da Escala CTQ (subitens e total) – incluindo apenas a Escala SCoRS-BR (sem a Escala ILSS-BR/P)**

Fatores	Coeficiente e IC95%					CTQ total
	Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	
Escala SCoRs - BR paciente	0,08 [0,02; 0,13]	0,12 [0,05; 0,19]	0,17 [0,10; 0,23]	0,10 [0,06; 0,15]	0,20 [0,12; 0,29]	0,74 [0,55; 0,93]
Idade 18 anos ou + no início dos sintomas	-	-	-2,10 [-3,90; -0,31]	-	-	-
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	6,10%	8,5%	36,1%	16,3%	27,2%	35,6%

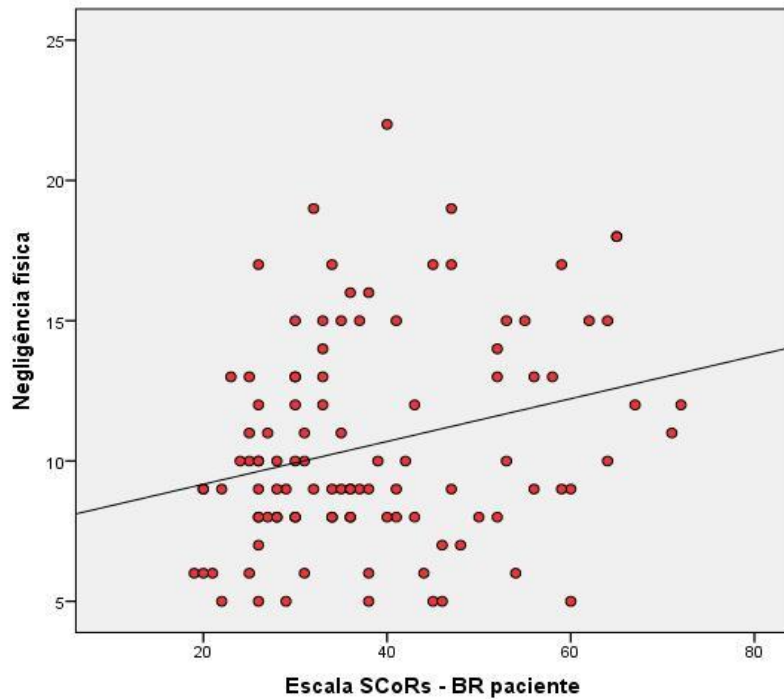
**Tabela 12: Modelo final avaliando os fatores associados aos resultados da Escala CTQ (subitens e total) – incluindo apenas a escala ILSS-BR/P (sem a Escala SCoRS-BR)**

Fatores	Coeficiente e IC95%					CTQ total
	Negligência física	Negligência emocional	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	
Escala ILSS	-0,07 [-0,12; -0,02]	-0,13 [-0,20; -0,07]	-0,14 [-0,21; -0,08]	-0,06 [-0,11; -0,01]	-0,16 [-0,24; -0,08]	-0,62 [-0,81; -0,42]
Idade 18 anos ou + no início dos sintomas	-	-				-
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	6,00%	12,2%	27,1%	5,4%	22,4%	27,4%

**Gráfico 01 – Descrição (mediana) dos subtipos de Trauma na Infância e Adolescência de 105 pacientes com Esquizofrenia**

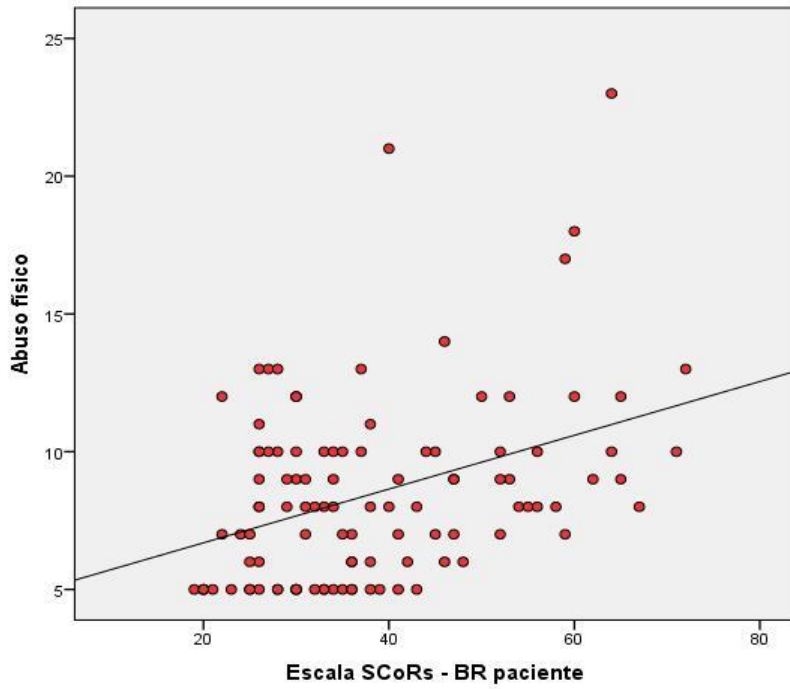


**Gráfico 02 – Associação entre o subtipo Negligência Física e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia**

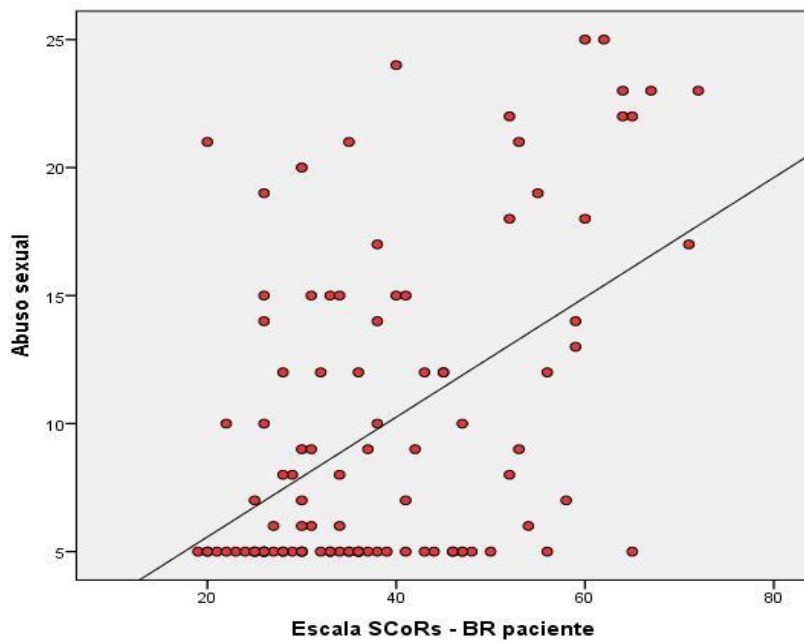




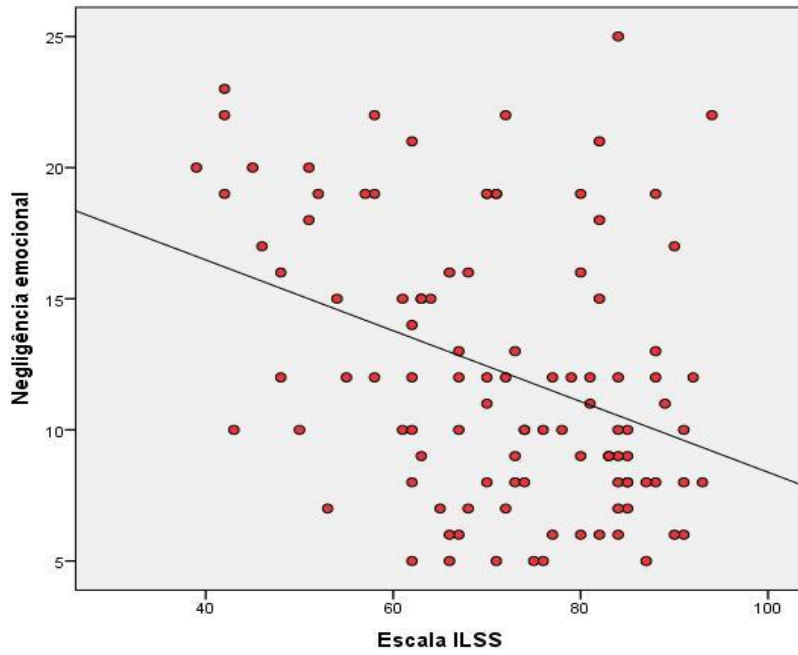
**Gráfico 03 – Associação entre o subtipo Abuso Físico e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia**



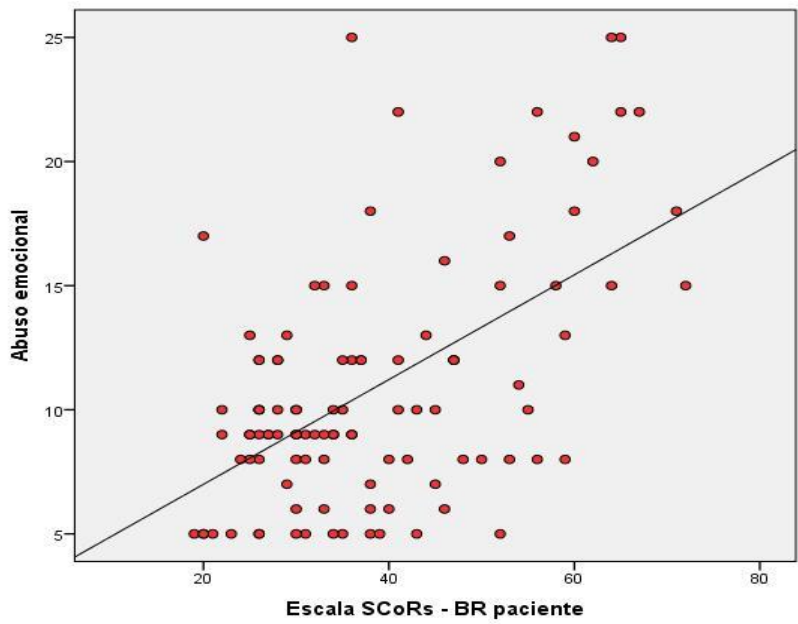
**Gráfico 04 – Associação entre o subtipo Abuso Sexual e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia**



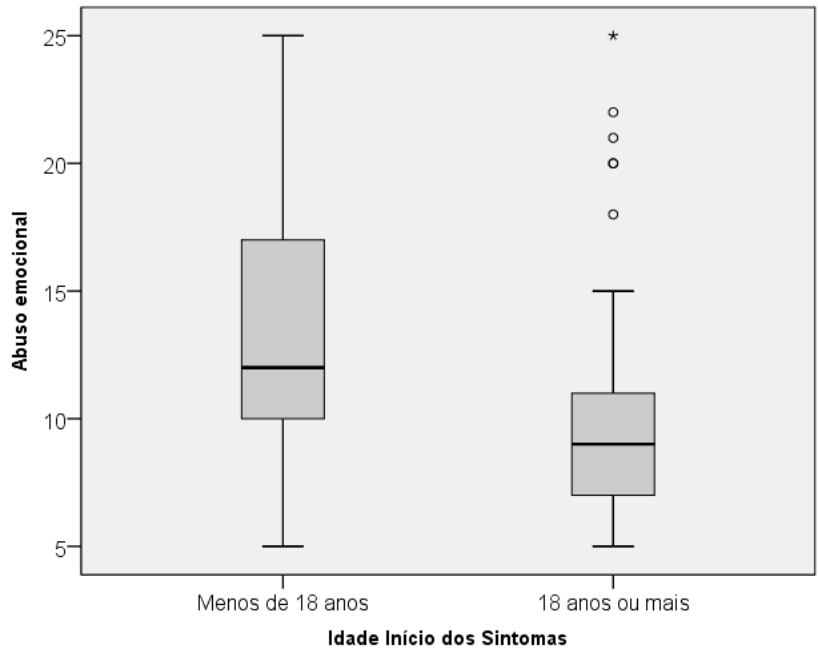
**Gráfico 05 – Associação entre o subtipo Negligência Emocional e a Escala ILSS-BR/P de 105 pacientes com Esquizofrenia**



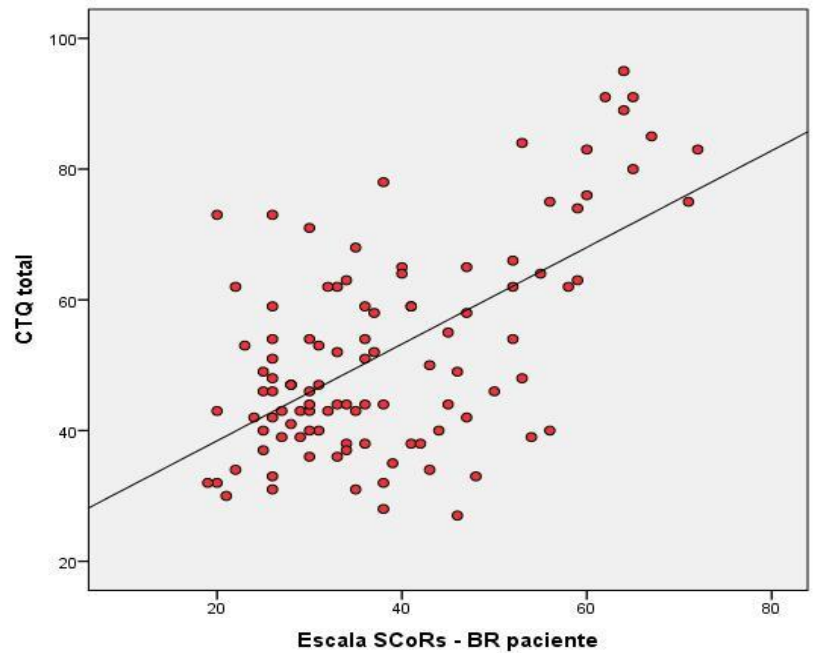
**Gráfico 06 – Associação entre o subtipo Abuso Emocional e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia**



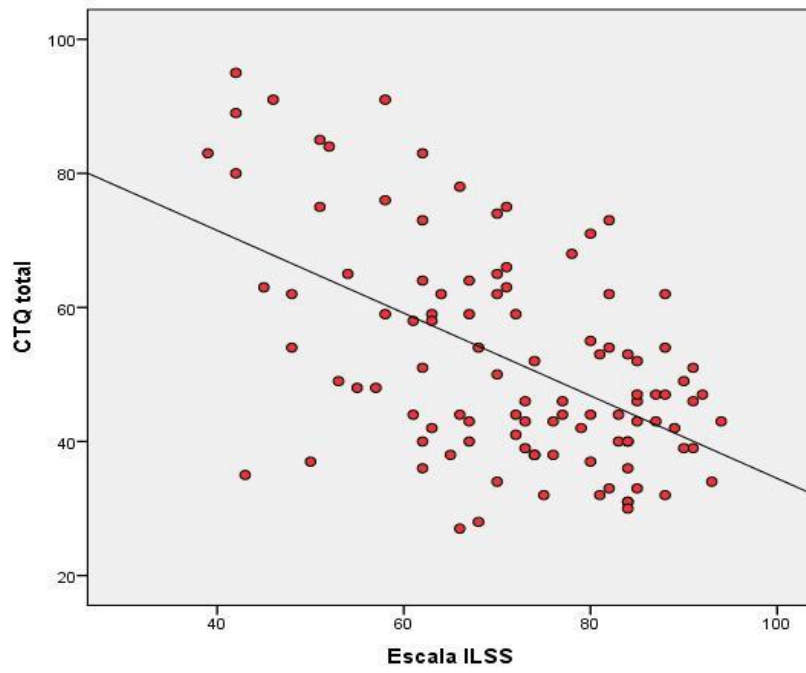
**Gráfico 07 – Associação entre o subtipo Abuso Emocional e a Idade de Início dos Sintomas de 105 pacientes com Esquizofrenia**



**Gráfico 08 – Associação entre a Pontuação Total na Escala CTQ e a Escala SCoRS-BR de 105 pacientes com Esquizofrenia**



**Gráfico 09 – Associação entre a Pontuação Total na Escala CTQ e a Escala ILSS-BR/P de 105 pacientes com Esquizofrenia**



## 7 DISCUSSÃO

O modelo neurodesenvolvimental talvez seja o mais aceito hoje para a Esquizofrenia, frente à complexidade de interação de fatores envolvidos na vulnerabilidade do quadro (FATEMI e FOLSON, 2009; KESHAVAN *et al.*, 2008). O perfil Sociodemográfico geral dos pacientes com Esquizofrenia analisados em nossa pesquisa parece ir de encontro com o que Howes e Murray (2013) chamam ainda de modelo integrado sóciodesenvolvimental-cognitivo, o qual teria reflexos tanto para o paciente como para a sociedade.

A amostra de pacientes analisada foi composta por uma maioria de homens (57,1%), solteiros (63,8%), sem filhos (56,2%), com maior frequência de nível de escolaridade Ensino Fundamental Incompleto, onde apenas 18,1% estava trabalhando e cerca de 62,9% estava aposentado ou recebendo algum tipo de benefício previdenciário. Esses achados podem corroborar, até mesmo se pensados de forma independente, com os impactos sociais e produtivos associados à Esquizofrenia (TANDON *et al.*, 2009).

A correlação do Trauma na Infância, um fator de vulnerabilidade já bem documentado dentro da teoria neurodesenvolvimental proposta para a Esquizofrenia (MATHESON *et al.*, 2013), com as variáveis relativas ao prognóstico, como idade de início dos sintomas, a funcionalidade e a cognição, trouxe resultados concordantes e discordantes da literatura científica atual.

A idade média dos pacientes avaliados para o início dos sintomas da Esquizofrenia foi de 24,3 anos. Em relação aos subtipos de Trauma na Infância, encontrou-se maior mediana para o subtipo Negligência Emocional, seguida por Negligência Física e Abuso Emocional, posteriormente por Abuso Físico e, por último, Abuso Sexual. Estudo recente também encontrou menor frequência de Abuso Sexual na amostra de pacientes com Esquizofrenia estudada (BONOLD *et al.*, 2013), o que parece marcar uma mudança de parâmetros frente ao tema, onde, por muito tempo, atribuiu-se ênfase diferenciada para os traumas sexuais, quanto a maiores riscos para Transtornos Psiquiátricos de maneira geral. Entretanto, pesquisas envolvendo variados Transtornos Psiquiátricos têm chamado atenção para a importância dos demais tipos de Trauma na Infância, sobretudo os abusos e negligências físicas e emocionais.

A correlação univariada entre os subtipos de Trauma na Infância, a idade de início dos sintomas e Dados da História Psiquiátrica Geral (a idade de início do tratamento e o número de

internações), demonstrou associação significativa entre os subtipos Abuso Físico e idade de início dos sintomas; Abuso Emocional e Negligência Física com a idade de início dos sintomas e idade de início do tratamento; além de associação significativa entre Negligência Emocional, Abuso Sexual e pontuação total na Escala CTQ com a idade de início dos sintomas, idade de início do tratamento e número de internações.

Categorizando-se a idade de início dos sintomas, encontrou-se correlação significativa e inversa com início do quadro antes dos 18 anos de idade para os subtipos Negligência Emocional, Abuso Emocional, Abuso Físico e pontuação total na Escala CTQ, apontando para a importância que os traumas não-sexuais podem exercer sobre o prognóstico da Esquizofrenia. Sahin *et al.* (2013), estudando pacientes em Primeiro Surto Psicótico e pacientes de alto risco para quadros psicóticos, também encontraram maior correlação entre os subtipos Abuso e Negligência Emocional e Abuso e Negligência Física.

Ao se realizar análise multivariada de possíveis fatores intervenientes, os resultados obtidos demonstraram uma associação para o mesmo sentido. O subtipo de trauma Abuso Emocional permaneceu com correlação significativa e inversa com a idade de início dos sintomas categorizada, de modo que, quanto maior a pontuação nessa Subescala de Trauma, menor a idade de início dos sintomas do quadro de Esquizofrenia nesse grupo de pacientes, sobretudo no que tange ao início do quadro antes dos 18 anos de idade, ou seja, ainda na infância e adolescência, de sabido impacto prognóstico.

Há evidências de que a ocorrência do Trauma na Infância guarda relação com a precocidade do início do quadro da Esquizofrenia (MISIAK *et al.*, 2015). Carr *et al.* (2013) também havia encontrado uma maior associação de Abuso Emocional na amostra estudada e Misiak e Frydecka (2016) encontraram o Abuso Emocional associado à pior resposta ao tratamento farmacológico em pacientes no decurso do Primeiro Surto Psicótico, sugerindo que o Abuso Emocional pode estar associado tanto ao início dos sintomas precoce, ainda na infância e adolescência, como à resposta pobre ao tratamento farmacológico instituído.

A correlação entre o Trauma na Infância e a Funcionalidade nos pacientes com Esquizofrenia da amostra apontaram uma relação significativa e inversa com a pontuação total na Escala CTQ e com os subtipos Negligência Física, Negligência Emocional, Abuso Sexual e Abuso Emocional. Entretanto, quando submetida à análise multivariada, apenas o subtipo Negligência Emocional e a pontuação total na Escala CTQ, ou seja, a presença em geral do Trauma na Infância, permaneceram associados à funcionalidade nesses pacientes, de modo que

quanto maior a pontuação de Negligência Emocional e da pontuação dos Traumas em geral, menor o funcionamento global do paciente. Esses achados vão de acordo com a já descrita ligação entre o Trauma na Infância e a Funcionalidade na Esquizofrenia, apresentando, entretanto, um dado novo quanto ao subtipo de trauma que poderia oferecer significativo risco, contrapondo Lysaker *et al.* (2001), que encontraram maior associação com Abuso Sexual.

Quanto à relação entre o Trauma na Infância e a Cognição dos pacientes com Esquizofrenia, os resultados da amostra estudada parecem de grande relevância. Na análise univariada, houve associação significativa e direta entre todos os subtipos de Trauma e da pontuação total na Escala CTQ e os resultados da escala SCoRS-BR, relativa à cognição, sendo que o subtipo Negligência Física se associou à pontuação do paciente, o subtipo Negligência Emocional à pontuação de Impressão Global, enquanto os subtipos Abuso Físico, Abuso Emocional e Abuso Sexual associaram-se aos três critérios da Escala de Cognição.

Após realizada a análise multivariada, os subtipos de Trauma Negligência Física, Abuso Físico, Abuso Sexual, Abuso Emocional e a pontuação total na Escala CTQ, ou seja, presença em geral de Trauma na Infância, permaneceram associados significativa e diretamente com os resultados relativos à Cognição dos pacientes com Esquizofrenia da amostra, no que tange ao critério pontuação total do paciente na Escala SCoRS-BR.

Segundo AAS *et al.* (2012) a grande associação do Trauma na Infância com a Cognição na Esquizofrenia pode corroborar o próprio modelo neurodesenvolvimental envolvendo esses dois fatores, visto os correlatos neurobiológicos apontarem para achados como redução do volume cerebral, integridade do hipocampo e alterações nos níveis de glicorticóides, os quais guardam relação com o envelhecimento cerebral, possivelmente associados ao declínio cognitivo nesses pacientes. Os achados da nossa amostra parecem concordar com achados do estudo supracitado, os quais mostraram associação dos subtipos Abuso Sexual, Abuso Físico e Negligência Física com maior comprometimento cognitivo de pacientes com Esquizofrenia.

De uma forma geral, na amostra estudada de pacientes com Esquizofrenia, a presença de Trauma na Infância apresentou associação significativa com menor funcionamento global e maior comprometimento cognitivo. Além disso, alguns subtipos de Trauma associaram-se de forma específica com diferentes impactos prognósticos, de modo que o Abuso Emocional se associou à idade precoce de início dos sintomas, ainda na infância e adolescência, e a um maior comprometimento cognitivo desses pacientes; a Negligência Emocional se associou a um

menor funcionamento global; e os subtipos Negligência Física, Abuso Físico e Abuso Sexual se associaram a um maior comprometimento cognitivo.

É importante ressaltar que o subtipo Abuso Emocional foi o único que apresentou associação com mais de um fator prognóstico estudado, quais sejam a idade de início dos sintomas e o comprometimento cognitivo. Apesar de ainda não estar claro o motivo que levaria um subtipo de Trauma na Infância em particular a oferecer maior risco prognóstico isolado em pacientes com Esquizofrenia, esse achado, em concordância com outros já apresentados, parece apontar para uma necessidade de explorar de forma mais aprofundada a ocorrência de Abuso Emocional na infância, frente a diferentes associações já encontradas com fatores de pior prognóstico na Esquizofrenia.

Um dos pontos positivos do estudo que deve ser destacado é o fato de ter sido realizado de forma multicêntrica, envolvendo amostras diferentes quanto ao nível socioeconômico e disponibilidade de dispositivos e recursos de tratamento, demonstrada também pela variedade no padrão de classes de medicamentos em uso, assim como, possivelmente, um padrão de exposição a diversos tipos de vivências traumáticas. Sobre isso, vale destacar, ainda, o uso da Escala CTQ como um instrumento de aplicação mundial em todos os mais relevantes estudos sobre o tema, o que permite ao menos aproximar, de forma comparativa, os dados vigentes com os da nossa amostra.

Houve o cuidado, durante o treinamento da equipe responsável pela coleta de dados, de manejar com respeito, discrição e garantia de privacidade a aplicação da Escala de Traumas na Infância (CTQ), buscando oferecer uma postura acolhedora diante da complexidade do tema e das sabidas dificuldades em expô-lo, mesmo em instrumentos que oferecem o anonimato e autoaplicáveis. Quando necessário explicar ou auxiliar o paciente quanto ao preenchimento da Escala, isso procurou ser feito sem nenhuma forma de julgamento ou reação pessoal.

Outro ponto positivo do estudo que merece destaque foi a escolha apenas por Escalas validadas no Brasil e, sobretudo, para contextos clínicos de ausência de acompanhantes, em suas versões voltadas para o paciente, pois essa é, sabidamente, uma grande dificuldade encontrada nos estudos em Saúde Mental, a qual pode comprometer a confiabilidade dos dados.

Diferentemente de muitos estudos os quais tentam relacionar o Trauma na Infância com a Esquizofrenia, houve uma preocupação em explorar os diversos subtipos de Trauma e correlacioná-los com possíveis impactos prognósticos, não se limitando à presença ou ausência do Trauma na Infância, quando visto de uma maneira geral. Além disso, tentou-se analisar de



forma crítica os fatores confundidores, para além das correlações univariadas de frequências, buscando as correlações que sejam mais representativas da amostra estudada.

Quanto à Análise Multivariada dos dados, vale ainda ressaltar o cuidado em realizar as análises com as Escalas de Funcionalidade (ILSS-BR/P) e Cognição (SCoRS-BR) de forma separada, tendo em vista a possibilidade de colinearidade dos dados referentes a ambas, entretanto mantendo o mesmo padrão inicial da Análise realizada de maneira conjunta.

Acerca disso, é necessário destacar um ponto negativo do estudo do Trauma na Infância com a Escala CTQ, devido a essa se restringir a dados objetivos envolvendo a frequência do Trauma. Certamente, diante da subjetividade implícita ao tema, sobretudo envolvendo o contexto e os atores envolvidos, a capacidade traumática de um evento para cada paciente não guardará necessariamente relação com a frequência com que o evento ocorreu. É preciso saber que os resultados encontrados guardam uma aproximação por frequência com as vivências traumáticas estudadas, porém alertam para a necessidade de um instrumento que procure explorar também qualitativamente o tema. Houve um cuidado na interpretação, mesmo da análise multivariada, frente à chance de fatores confundidores devido a isso.

Outro ponto negativo que precisa ser colocado é o viés de memória do estudo retrospectivo, o qual pode ser agravado pela própria neurobiologia do Trauma na Infância encontrada até o momento, já citada em relação ao comprometimento cognitivo esperado, principalmente em relação aos achados de associação entre os danos sobre a integridade do hipocampo e o Trauma na Infância em pacientes com Esquizofrenia.

Direções futuras propostas, a partir dos achados da amostra estudada, apontam para a necessidade de estudar de forma mais detalhada os subtipos de Trauma na Infância, os quais podem impactar de diferentes formas o prognóstico dos pacientes com Esquizofrenia, especialmente o Abuso Emocional. Estudos prospectivos podem trazer novas direções sobre o assunto, devido menor intervenção do viés de memória. Além disso, é necessário maior entendimento do dano cognitivo mediado pelo Trauma na Infância na Esquizofrenia, associação que tem aparecido repetidamente em estudos anteriores e em nossa amostra, com esforços para o encontro de correlatos imunológicos e inflamatórios.

Por fim, os resultados encontrados nesse estudo, somados a outros resultados descritos da literatura, servem como um alerta social para a necessidade de políticas públicas de prevenção e detecção de situações de Trauma na Infância, além de serviços de proteção e acolhimento de crianças vítimas das mais variadas modalidades de Trauma, com oferta de

intervenções psicológicas para pacientes e familiares (SCHLOSSER *et al.*, 2012). É preciso enfatizar a preocupação diante da provável vulnerabilidade desse grupo de pacientes para desencadeamento de Transtornos Psicóticos, principalmente a Esquizofrenia, frente à possibilidade de quadros mais graves, com impactos deletérios prognósticos nem sempre modificáveis se não abordados precocemente.

## 8 CONCLUSÕES

- A ocorrência de Trauma na Infância, de uma maneira geral (aferida pela Escala CTQ), apresenta correlação significativa inversa com o Funcionamento Global (aferido pela Escala ILSS-BR/P) e significativa direta com o comprometimento cognitivo (avaliada pela Escala SCoRS-BR) de pacientes com Esquizofrenia.
- O subtipo de Trauma na Infância Abuso Emocional (aferido pela Escala CTQ) apresenta correlação significativa inversa com a idade de início dos sintomas, sobretudo durante a infância e adolescência, de pacientes com Esquizofrenia.
- O subtipo de Trauma na Infância Negligência Emocional (aferido pela Escala CTQ) apresenta correlação significativa inversa com o funcionamento global (aferido pela Escala ILSS-BR/P) de pacientes com Esquizofrenia.
- Os subtipos de Trauma na Infância Abuso Emocional, Abuso Sexual, Abuso Físico e Negligência Física (aferidos pela Escala CTQ) apresentam correlação significativa direta com o comprometimento cognitivo (aferido pela Escala SCoRS-BR) de pacientes com Esquizofrenia.
- De uma forma geral, o Trauma na Infância estaria associado a maiores impactos prognósticos no quadro da Esquizofrenia, sobretudo em relação a fatores de relevância para a qualidade de vida, como início precoce dos sintomas, funcionalidade global e comprometimento cognitivo. Os subtipos de trauma, entre abusos e negligências, parecem influenciar de diferentes formas esses fatores, podendo acarretar maiores riscos específicos.
- O conjunto de dados encontrados trazem um alerta social para a necessidade de Políticas Públicas de prevenção do Trauma na Infância e de acolhimento de crianças com suspeita ou sabidamente vítimas das diversas modalidades de trauma, como um grupo possivelmente vulnerável para o desencadeamento de Transtornos Psicóticos, sobretudo a Esquizofrenia, com maior gravidade prognóstica e impactos deletérios a longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALAMEDA, L. *et al.* Mild depressive symptoms mediate the impact of childhood trauma on long-term functional outcome in early psychosis patients. **Schizophrenia Bulletin**, v. 163, n. 1, nov. 2016.
2. ALVAREZ, M. J. *et al.* Cumulative effects of childhood traumas: polytraumatization, dissociation and schizophrenia. **Community Mental Health Journal**, v. 52, n. 1, p. 55-62, jan. 2015.
3. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5. 5th. ed. **American Psychiatry Association**, 2013.
4. AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106–15, 2000.
5. AAS, M. *et al.* Is there a link between childhood trauma, cognition and amygdala and hippocampus volume in first-episode psychosis? **Schizophrenia Research**, v. 137, n. 1, p. 73-79, may. 2012.
6. AAS, M. *et al.* A systematic review of cognitive function in first-episode psychosis, including a discussion on childhood trauma, stress and inflammation. **Frontiers in Psychiatry**, v. 4, n. 1, p. 1-13, jan. 2014.
7. BANDEIRA, M. *et al.* Qualidades psicométricas no papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 4, p. 121-125, jul. 2003.
8. BAUDIN, G. *et al.* Differential effects of childhood trauma and cannabis use disorders in patients suffering from schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 175, n. 1, p. 161-167, aug. 2016.
9. BERTHELOT, N. *et al.* Childhood abuse and neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high-risk children. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, v. 40, n. 5, p. 336-343, jun. 2015.
10. BONOLD, I. *et al.* Prevalence of self reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. **Psychiatry Research**, v. 210, n. 1, p. 8-15, dec. 2013.
11. BRADLEY, A. J; DINAN, T. G. A systematic review of hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in Schizophrenia: implications for mortality. **Journal of Psychopharmacology**, v. 24, n. 4, p. 91-118, nov.2010.

12. BRAEHLER, C. *et al.* Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. **Psychiatry Research**, v. 210, n.1, p. 36-42, nov. 2013.
13. BURSZTEJN, C. A esquizofrenia ao longo da vida. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 3, n. 3, p. 406-427, set. 2005.
14. CARR, C. P. *et al.* The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 201, n. 12, p. 1007-1020, dec. 2013.
15. CHAE, S. *et al.* Multivariate analysis of relationship between childhood trauma and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. **Psychiatry Investigation**, v. 12, n. 3, p. 397-401, jul. 2015.
16. CHAVES, A. C; SHIRAKAWA, I. Escala das síndromes negativa e positiva – PANSS e seu uso no Brasil. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 25, n. 6, p. 337-343, 1998.
17. COHEN, C. I. *et al.* The relationship between trauma and clinical outcome variables among older adults with schizophrenia spectrum disorders. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 20, n. 5, p. 408-415, may. 2012.
18. DAVIS, J. *et al.* A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, n. 65, n. 1, p. 185-194, apr. 2016.
19. DVIR, Y. *et al.* Childhood trauma and psychosis. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 22, n. 4, p. 629-611, oct. 2013.
20. ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 1, p. 23-26, may. 2000.
21. FATEMI, S. H; FOLSOM, T. D. The Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. **Schizophrenia Bulletin**, v. 35, n. 3, p. 528-548, may. 2009.
22. FERNANDES, B. S. *et al.* Decreased peripheral brain-derived neurotrophic factor levels are a biomarker of disease activity in major psychiatric disorder: a comparative meta-analysis. **Molecular Psychiatry**, v. 19, n. 7, p. 749-751, jul. 2014.
23. FERREIRA JUNIOR, B. C. *et al.* Brazilian version of the Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS-Br): validation in clinical settings without informants. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 271–278, 2010.
24. FISHER, H. L. *et al.* Interplay between childhood physical abuse and familial risk in the onset of psychotic disorders. **Schizophrenia Bulletin**, v. 40, n. 6, p. 1443-1451, jan. 2014.

25. GIL, A. A associação de abuso e negligência na infância com prejuízo da funcionalidade em esquizofrênicos. 2006. 133 f. Dissertação (mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre. 2006.
26. GRASSI-OLIVEIRA, R. *et al.* Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 249-255, apr. 2006.
27. GREEN, M. J. *et al.* Catechol-O-methyltransferase (COMT) genotype moderates the effects of childhood trauma on cognition and symptoms in schizophrenia. **Journal of Psychiatric Research**, v. 49, n. 1, p. 43–50, feb. 2014.
28. HAUG, E. *et al.* Anomalous self-experience and childhood trauma in first-episode schizophrenia. **Comprehensive Psychiatry**, v. 56, n. 1, p. 35-41, jan. 2015.
29. HEINS, M. *et al.* Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology and type of trauma. **The American Journal of Psychiatry**, v. 168, n. 12, p. 1286-1294, dec. 2011.
30. HORTON, L. E. *et al.* Trajectories of premorbid childhood and adolescent functioning in schizophrenia – spectrum psychoses: a first-episode study. **Psychiatry Research**, v. 227, n. 2-3, p. 339-346, jun. 2015.
31. HOWES, O. D; MURRAY, R. M. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. **The Lancet**, v. 383, dec. 2013.
32. HUSTED, J. A. *et al.* Childhood trauma and genetic factors in familial schizophrenia associated site the NOS1AP gene. **Schizophrenia Research**, v. 121, n. 1-3, p. 187-192, aug. 2010.
33. JANSSEN, I. *et al.* Childhood abuse as a risk factors for psychotic experiences. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.109, n. 1, p. 38-45, jan. 2004.
34. KEEFE, R. S. E. *et al.* The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 3, p. 426–432, 2006.
35. KESHAVAN, M. *et al.* Schizophrenia, “just the facts”: What we know in 2008 Part 3: Neurobiology. **Schizophrenia Research**, v. 106, n. 2-3, p. 89–107, dez. 2008.
36. KIM, D. *et al.* Psychometric properties of the Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) in Korean patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v.144, n.1-3, p.93-98, mar. 2013.
37. LAGOPOULOS, J; BENNETT, M. R. Stress and trauma: BDNF control of dendritic-spine formation and regression. **Progress in Neurobioloy**, v. 112, n. 1, p. 80-99, jan. 2014.

38. LYSAKER, P. H. *et al.* Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. **Psychiatric Services**, v. 52, n. 11, p. 1485–1488, nov. 2001.
39. MARTINI, L. C. *et al.* Adaptação cultural, validade e confiabilidade da versão brasileira do Inventário de Habilidades de Vida Independente – versão do paciente (ILSS-BR/P) na esquizofrenia. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 1, p. 12-18, oct. 2011.
40. MATHESON, S. L. *et al.* Childhood adversity in shizophrenia: a systematic meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 2, p. 225-238, apr. 2013.
41. MISIAK, B. *et al.* Lower LINE-1 methylation in first-episode schizophrenia patients with the history of childhood trauma. **Epigenomics**, v. 7, n. 8, p. 1275-1285, dec. 2015.
42. MISIAK, B; FRYDECKA, D. A history of childhood trauma and response to treatment with antipsychotics in first-episode schizophrenia patients: preliminary results. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 204, n. 10, p. 787-792, oct. 2016.
43. MORGAN, C; FISHER, H. Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma – a critical review. **Schizophrenia Bulletin**, v. 33, n. 1, p. 3-10, jan. 2007.
44. OWEN, M. J. *et al.* Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 3, p. 175-175, feb. 2011.
45. PAKSARIAN, D. *et al.* A population-based study of the risk of schizophrenia and bipolar disorder associated with parent-child separation during development. **Psychological Medicine**, v. 8, p. 1-13, may. 2015.
46. RUBY, E. *et al.* Pathways associating childhood trauma to the neurobiology of schizophrenia. **Frontiers in Psychological and Behavioral Science**, v. 3, n. 1, p. 1-17, jan. 2014.
47. RUBY, E. *et al.* Influence of early trauma on features of schizophrenia. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 23, n. 1, mar. 2015.
48. SAHIN, S. *et al.* The history of childhood trauma among individuals with ultra high risk for psychosis is as common as among patients with first-episode schizophrenia. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 414–420, nov. 2013.
49. SAHU, G. *et al.* Cognitive Impairment in Schizophrenia: Interplay of BDNF and Childhood Trauma? A Review of Literature. **Psychiatric Quarterly**, v. 87, n. 3, p. 559-569, sep. 2016.
50. SCHLOSSER, D. A. *et al.* Environmental risk and protective factors and their influence on the emergence os psychosis. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 2, n.2, p. 163-171, apr. 2012.

51. SELTEN, J. *et al.* The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. **Schizophrenia Bulletin**, v. 39, n.6, p. 1180-1186, set. 2013.
52. SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia Universidade de São Paulo**, v.17, n. 4, p. 263-285, nov. 2006.
53. SOARES, H. L. R. *et al.* Esquizofrenia hebefrênica: psicose na infância e adolescência. **Revista de Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 239-240, abr. 2011.
54. STEPANOV, V. A. *et al.* Replicative study of susceptibility of childhood-onset schizophrenia in Kazaks. **Genetika**, v. 51, n. 2, p. 227-235, feb. 2015.
55. TANDON, R. *et al.* Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. **Schizophrenia Research**, v. 110, n. 1-3, p. 1–23, may. 2009.
56. TENGAN, S. K; MAIA, A. K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. S3-S10, jan. 2004.
57. TRAUENSEN, A. M. *et al.* Childhood adversities: social support, premorbid functioning and social outcome in first-episode psychosis and a matched case-control group. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 8. p. 770-782, jan. 2016.
58. VAN DAM, D. S. *et al.* Childhood abuse and neglect in relation to the present and persistence of psychotic and depressive symptomatology. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 7, p. 1363-1377, may. 2015.
59. VARESE, F. *et al.* Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. **Schizophrenia Bulletin**, v.38, n.4, p. 661-671, jun. 2012.
60. WANG, Z. *et al.* Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 7, n. 1, p. 23-30, feb. 2013.



## **ANEXO 1**

### **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

#### **1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

No de Registro CONEP: 078/2015

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG - Alameda Vereador Álvaro Celso, número 100, CEP 30.150-260, Santa Efigênia – Belo Horizonte - MG.

Título do Projeto: “Avaliação da influência de vivências traumáticas na infância e adolescência sobre o primeiro surto psicótico, a funcionalidade e a cognição de pacientes com Esquizofrenia”.

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa de título “Avaliação da influência de vivências traumáticas na infância e adolescência sobre o primeiro surto psicótico, a funcionalidade e a cognição de pacientes com Esquizofrenia”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão de participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar, basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida, pode esclarecê-la com o responsável da pesquisa. Obrigado (a).

#### **Objetivo do estudo**

O objetivo deste trabalho consiste em estudar a influência de vivências traumáticas na infância e adolescência sobre o início da doença, a cognição e o funcionamento geral de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia.

## Procedimentos

Este estudo é feito por meio da aplicação de um questionário e de escalas. Inicialmente, será aplicado um questionário formulado para a pesquisa, o qual inclui dados sociodemográficos e descrições sobre o primeiro surto psicótico, ou seja, o início da doença. No segundo momento, será aplicada a escala CTQ, que visa avaliar a ocorrência de traumas, das mais diversas ordens, na infância. No terceiro momento, será aplicada a escala ILSS-BR/P, que visa avaliar a funcionalidade geral. E, por último, será aplicada a escala SCOrS-BR, que visa avaliar a cognição. Os testes, de uma maneira geral, demandam cerca de uma hora para sua aplicação.

## Pesquisadores

A equipe de pesquisadores é composta pelo médico psiquiatra Dr. João Vinícius Salgado (coordenador da pesquisa), por alunos de mestrado e da iniciação científica, todos devidamente treinados pelo pesquisador principal.

## Confidencialidade

Todos os dados gerados serão mantidos em sigilo e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso a eles. Os dados de cada participante serão codificados e não terão nenhuma identificação que permita associá-lo a um participante particular. Caso o senhor (a) queira, poderá ter acesso aos resultados individuais.

## Benefícios e riscos

Esta pesquisa não oferece qualquer risco ao participante. Não há benefício individual direto, mas as informações obtidas nos auxiliarão a melhor compreender os fatores determinantes da doença, as funções cognitivas e a funcionalidade dos pacientes com esquizofrenia. Não haverá qualquer tipo de despesa ao paciente ou a seu familiar, no que tange a materiais e testes. Ao assinar este termo de compromisso, o senhor (a) não está abrindo mão de seus direitos legais.

Através deste documento fica assegurado ao Sr (a) \_\_\_\_\_ que terá todos os esclarecimentos relativos à pesquisa garantidos, incluindo a metodologia utilizada. A partir do momento em que o participante não desejar mais fazer parte da pesquisa, reserve-lhe o direito de retirar o seu consentimento, livre de sofrer qualquer penalidade ou danos quaisquer que sejam. Se no transcorrer da pesquisa tiver alguma dúvida, poderá procurar o Dr. João Vinícius Salgado (telefones 31- 32730511/88681204).

### Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, participante voluntário, dou consentimento livre e esclarecido para que se façam as entrevistas e testes necessários a esta pesquisa e posterior uso e publicação dos dados nos relatórios finais e conclusivos, a fim de que estes sirvam para beneficiar a ciência e a humanidade. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do familiar ou responsável \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que pessoalmente expliquei todos os detalhes da pesquisa.

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **2. Aplicar os critérios de inclusão e exclusão.**

### 3. Diagnóstico de Esquizofrenia (DSM 5)

**A.** Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

**B.** Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

**C.** Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

**D.** Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

**E.** A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

**F\*** Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

#### 4. MINI-Plus

**Preencher após aplicação completa do instrumento para confirmação do diagnóstico e exclusão de comorbidades psiquiátricas atuais:**

##### 1. DIAGNÓSTICO(S) DSM-IV GERADO(S) PELO MINI PLUS

**Assinalar o que for pertinente.** Consultar os módulos M, A e D, os algoritmos diagnósticos I, II e III e a questão 2 da ficha de conclusão diagnóstica (diagnóstico atual corrigido de TP).

TRANSTORNOS PSICÓTICOS (código)	VIDA INTEIRA	Atual	Atual corrigido
• Esquizofrenia (295.1-295.6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transtorno Esquizofreniforme (295.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transtorno Esquizoafetivo (295.7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• TP Breve (295.8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Transtorno Delirante (297.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP devido à condição médica geral (293.81-82)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP induzido por substância(s) (291.5; 292.11-12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP sem outra especificação (298.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>TRANSTORNOS DO HUMOR (código)</b>			
• Transtorno Depressivo Maior (296.20-36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> com aspectos psicóticos (296.24; 296.34)			
<input type="checkbox"/> sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo I (296.0x; 296.4x-5x-6x-7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> com aspectos psicóticos (296.04-44-54-64)			
<input type="checkbox"/> sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo II (296.89)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TH sem outra especificação (296.9)	<input type="checkbox"/>		
• TH devido à condição médica geral (293.83)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Episódio Depressivo Maior			
<input type="checkbox"/> Episódio Hipomaniaco			
<input type="checkbox"/> Episódio Maníaco			
• TH induzido por substância(s) (291.8; 292.84)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Episódio Depressivo Maior			
<input type="checkbox"/> Episódio Hipomaniaco			
<input type="checkbox"/> Episódio Maníaco			

## 5. PANSS

### PANSS (Escala para Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa)

1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= ,moderadamente grave, 6= grave, 7= extremo

<b>Escala Positiva</b>								
P1	Delírios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganização conceitual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidade	1	2	3	4	5	6	7
P6	Desconfiança/Perseguição	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7
Subtotal								
<b>Escala Negativa</b>								
N1	Embotamento afetivo	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retraimento emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Contato pobre	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retraimento social passivo/apático	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificuldade no pensamento abstrato	1	2	3	4	5	6	7
N6	Falta de espontaneidade na fluência da conversa	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Subtotal								
<b>Escala de Psicopatologia Geral</b>								
G1	Preocupação somática	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimentos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensão	1	2	3	4	5	6	7
G5	Maneirismo e postura	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9	Conteúdo incomum do pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atenção pobre	1	2	3	4	5	6	7
G12	Falta de julgamento e insight	1	2	3	4	5	6	7
G13	Ambivalência volitiva	1	2	3	4	5	6	7
G14	Pobreza no controle dos impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16	Esquiva social ativa	1	2	3	4	5	6	7
Subtotal								
ESCORE TOTAL DA PANSS (soma dos 3 subtotais)								

**Prosseguir se pontuação menor que 19 na Escala Positiva e pontuação menor que 4 em qualquer subitem do instrumento.**

## 6. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DADOS DA HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA GERAL

### Questionário sociodemográfico

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_ anos

Naturalidade e procedência: \_\_\_\_\_

Situação marital: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outros  
\_\_\_\_\_

Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós-graduação

Atividade laboral no momento? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de benefício ou aposentadoria? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Tem alguma religião? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

### História Psiquiátrica Geral

Idade do início dos sintomas (em anos): \_\_\_\_\_

Idade do início do tratamento (em anos): \_\_\_\_\_

Número de hospitalizações por tempo de tratamento: \_\_\_\_\_

Medicações psiquiátricas em uso no momento (nome e dose diária):

\_\_\_\_\_

---

## 7. ILSS-BR/P

<b>APARÊNCIA E VESTUÁRIO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Lavou suas roupas adequadamente se necessário?			
2) Coloca roupa para secar?			
3) Dobra, pendura e guarda suas roupas depois de lavadas e secas?			
4) Separa as roupas sujas das limpas?			
5) Você troca as roupas íntimas pelo menos duas vezes na semana?			
6) Compra suas próprias roupas sempre que precisa?			
<b>Observação do entrevistador</b>			
7) Veste roupas adequadas e limpas?			
8) A roupa é apropriada para a estação?			
9) Cores e tipos de roupa estão combinando?			
<b>HIGIENE PESSOAL</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Toma banho usando sabonete pelo menos duas vezes por semana?			
2) Lava o cabelo pelo menos duas vezes por semana? (uma vez por semana para mulheres)			
3) Usa desodorante todos os dias?			
4) Escova ou penteia o cabelo diariamente?			
5) Escova os dentes ou dentadura usando pasta de dentes pelo menos uma vez ao dia?			
6) Limpa as unhas regularmente?			
<b>Observação do entrevistador</b>			
7) Apresenta-se limpo (rosto, braço, mão)?			
8) Apresenta-se com os cabelos limpos?			
9) Apresenta-se com os cabelos devidamente penteados?			
10) Apresenta-se com os cabelos devidamente cortados?			
11) Apresenta-se sem odor no corpo?			



12) As unhas estão limpas?			
<b>CUIDADOS COM OS OBJETOS PESSOAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Arruma a cama diariamente?			
2) Mantêm seu quarto ou espaço pessoal limpo?			
3) Arruma sua “bagunça” e coloca os itens no lugar que pertencem?			
4) Limpa líquidos derramados?			
5) Aspira (se tiver carpete) ou esfrega o chão?			
6) Tira o pó dos móveis?			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			
<b>PREPARO E ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Prepara refeições simples que não precisam ser misturadas ou cozidas? (sanduíches, saladas ou cereal com leite).			
2) Prepara e cozinha refeições simples? (ovos fritos ou macarrão).			
3) Pode identificar ou jogar fora alimentos estragados?			
4) Lava e enxuga utensílios de cozinha - caneca, prato, etc?			
5) Guarda os utensílios de cozinha depois de secos – pratos, canecas, etc?			
6) Faz opções saudáveis para se alimentar, ou seja, não se alimenta só a base de doces e refrigerantes?			
7) Compra sua própria comida? (mais que lanches e salgadinhos).			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			

<b>SAÚDE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Toma seu medicamento sem supervisão? (se não toma remédio no momento, você tomou seu medicamento sem supervisão na última vez que foi prescrito?).			
2) Se você toma remédio agora, mas precisa de supervisão, você coopera com a pessoa que administra a medicação? (se você não toma remédio atualmente, cooperou com a pessoa que o administrou na última vez que precisou tomar?).			
3) Você procura o médico para renovar a receita do seu remédio? (Se não toma remédio no momento, você procurou a pessoa certa para renovar sua receita na última vez que precisou tomar remédio?).			
4) Na última vez que você esteve doente, com uma doença física leve, como, por exemplo, gripe, você se cuidou de forma apropriada?			
5) Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiro, polícia, vigilância e outros recursos), assistentes social, médico, dentista, família, quando necessário?			
6) Fuma com segurança, isto é, não fura as roupas, não queima a cama ou os móveis? (pontue Y se a pessoa não fuma).			
7) Toma a medicação todos os dias da maneira como foi prescrita? (Se não toma remédio no momento, quando estava tomando remédio você tomou a medicação todos os dias da maneira como ela foi prescrita?).			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			
<b>ADMINISTRAÇÃO DO DINHEIRO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Paga suas próprias contas como aluguel, contas de água, luz, telefone e transporte?			

2) Faz depósitos ou saca dinheiro no banco?			
3) Administra adequadamente seu orçamento? (planeja como seu dinheiro vai ser gasto?)			
4) Recebe benefício do INSS?			
5) Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos?			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			
<b>TRANSPORTE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Tem carteira de motorista válida, ou seja, não vencida?			
2) Anda de ônibus, trem ou metrô?			
3) Na última vez que foi para um lugar desconhecido, você se informou com relação às indicações do trajeto?			
4) Leu o itinerário de ônibus na última vez que precisou de informações?			
5) Tem e usa seu próprio carro?			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			
<b>LAZER</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Ocupa-se regularmente com um passatempo?			
2) Freqüenta alguma religião?			
3) Escreve cartas ou visita amigos ou parentes?			
4) Freqüenta cinemas ou teatros?			
5) Lê jornais, livros ou revistas?			
6) Vai a reuniões de associações de bairro, da igreja ou festas comemorativas? (ex: festa junina).			
7) Ouve rádio ou assiste televisão?			
8) Cuida do jardim ou quintal?			

9) Assiste atividades esportivas?			
10) Pratica alguma atividade esportiva como natação, futebol, etc?			
11) Joga cartas ou outros jogos de mesa?			
12) Você tem título de eleitor?			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			
<b>EMPREGO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>Nos últimos 30 dias, você...</b>			
1) Lê classificados para procurar emprego?			
2) Contata empregadores potenciais para avaliar possíveis oportunidades de trabalho?			
3) Contata amigos e agências empregadoras para obter indicações de emprego?			
4) Participa de entrevistas de seleção para obter emprego?			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			
<b>MANUTENÇÃO DO TRABALHO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>N/A</b>
<b>No seu emprego atual ou em seu último emprego você...</b>			
1) Tem um bom relacionamento com seus colegas de trabalho?			
2) Tem um bom relacionamento com seus supervisores?			
3) Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço?			
<b>Comentários do entrevistador:</b>			

## 8. SCoRS-BR

Iniciais do Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Randomização do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Data da Entrevista com Paciente: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista com Informante: \_\_\_\_\_  
 Relação do Informante com o Paciente: \_\_\_\_\_ # de horas com o paciente por semana: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade do pai: \_\_\_\_\_ Escolaridade da mãe: \_\_\_\_\_

O propósito deste questionário é avaliar problemas na atenção, memória, habilidades motoras, fala, e solução de problemas. As questões são projetadas para medir a gravidade da dificuldade cognitiva nas últimas duas semanas. Há um total de 20 questões para serem feitas para o paciente e, em seguida, para o informante em entrevistas separadas. Como entrevistador, você determinará a pontuação baseando-se nas entrevistas de ambos, do paciente e do informante. Por favor, circule o número apropriado para cada questão.

### Grau de Gravidade

N/A = Pontuação não aplicável	1= Nenhum	2 = Leve	3 = Moderado	4 = Grave
-------------------------------	-----------	----------	--------------	-----------

Você/O paciente tem dificuldade...

<p>1. Em lembrar-se de nomes das pessoas que você conhece ou de pessoas que encontra?          Exemplo: Colega de quarto, enfermeira, médico, familiares e amigos          Leve: Lembra-se da maioria dos nomes das pessoas que ele/ela conhece, mas não de todas as pessoas que ele/ela acabou de conhecer          Moderado: Esquece-se de muitos nomes de pessoas que ele/ela conhece e de todas as pessoas que ele/ela acabou de conhecer          Grave: Esquece-se de todos ou quase todos os nomes das pessoas que ele/ela conhece e que encontra</p>														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4
<p>2. Em lembrar-se de como chegar a lugares?          Exemplo: Banheiro, próprio quarto, casa de amigo          Leve: Esquece-se raramente          Moderado: Só é capaz de ir a locais frequentados comumente          Grave: Incapaz de ir a qualquer lugar sem assistência devido dificuldades com a memória</p>														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4
<p>3. Acompanhar um programa de televisão?          Exemplo: Show favorito, noticiário          Leve: Consegue acompanhar apenas a um filme curto ou noticiário          Moderado: Consegue acompanhar apenas um programa leve de 30 minutos (por exemplo, um seriado cômico)          Grave: Incapaz de acompanhar um programa de TV por qualquer período de tempo</p>														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4
<p>4. Em lembrar-se de onde colocou as coisas?          Exemplo: Roupas, jornal, cigarros          Leve: Raras situações de esquecimento          Moderado: Frequentes situações de esquecimento          Grave: Situações muito frequentes de esquecimentos ou esquecimento de itens de grande importância</p>														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4
<p>5. Em lembrar-se de suas tarefas habituais e obrigações?          Exemplo: Tarefas domésticas, compromissos          Leve: Esquecimentos raros          Moderado: Esquece-se apenas das coisas que não ocorrem diariamente          Grave: Esquece-se de todas ou quase todas suas responsabilidades</p>														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4
<p>6. Em aprender como usar novos aparelhos e equipamentos?          Exemplo: Computadores, lavadora, micro-ondas, telefone, controle remoto, videocassete          Leve: Demora mais para aprender que a maioria, mas normalmente consegue          Moderado: Demora mais e precisa que ensinem, não consegue aprender algumas coisas          Grave: Incapaz de aprender como utilizar novos aparelhos e equipamentos</p>														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

7. Em lembrar-se de informações e/ou instruções dadas recentemente para você? Exemplo: Números de telefone, trajetos, nomes Leve: Raramente tem dificuldade em lembrar-se de informações Moderado: Frequentemente se esquece de informações dadas Grave: Quase sempre se esquece de informações														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

8. Em lembrar-se do que você ia falar? Exemplo: Esquecer-se de palavras, parar no meio da frase Leve: Raras situações de esquecimento enquanto fala Moderado: Frequentes situações de esquecimento enquanto fala Grave: A frequência dos esquecimentos torna a comunicação muito difícil														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

9. Em manusear o seu dinheiro? Exemplo: Pagar as contas, conferir o troco Leve: Alguma dificuldade, mas normalmente consegue Moderado: Dificuldade significativa seja para conferir o troco ou para pagar contas Grave: Incapaz de manusear seu dinheiro em virtude de dificuldades cognitivas														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

10. Em falar sem embolar as palavras? Exemplo: Palavras misturam ou saem emendadas Leve: Às vezes embola as palavras, mas é raro Moderado: É capaz de conversar, mas embola as palavras frequentemente Grave: Incapaz de conversar em virtude da fala embolada														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

11. Em concentrar-se bem o suficiente para ler um jornal ou um livro? Exemplo: Ler a mesma sentença ou página repetidamente Leve: Pode concentrar-se, exceto em raras ocasiões Moderado: Pode concentrar-se em textos pequenos e fáceis de entender Grave: Incapaz de ler mesmo os textos mais simples devido a problemas de concentração														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

12. Com tarefas conhecidas? Exemplo: Cozinhar, dirigir, tomar banho, vestir-se Leve: Raramente tem dificuldade em completar a tarefa Moderado: Frequentemente precisa de auxílio verbal para completar a tarefa Grave: Precisa de auxílio físico para fazer essas tarefas devido a dificuldades cognitivas														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

13. Em permanecer atento? Exemplo: Sonhar acordado, dificuldade em permanecer atento em alguém falando Leve: Às vezes incapaz de permanecer atento Moderado: Frequentemente incapaz de permanecer atento Grave: Quase sempre incapaz de permanecer atento														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

14. Em aprender coisas novas? Exemplo: Novas palavras, novas maneiras de fazer as coisas, novos horários Leve: Demora mais que a maioria para aprender, mas normalmente consegue Moderado: Demora mais e precisa atenção especial Grave: Incapaz de apreender quase todas as coisas novas														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

15. Em falar tão rápido como gostaria? Exemplo: Fala lenta, pausas Leve: Raramente fala lentamente em virtude de dificuldades cognitivas Moderado: Com frequência fala lentamente em virtude de dificuldades cognitivas Grave: Habilidade de conversar é prejudicada em virtude de dificuldades cognitivas														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

16. Em fazer as coisas rapidamente? Exemplo: Escrever, acender um cigarro Leve: Leve lentificação em relação ao ritmo usual Moderado: Significativamente mais lento, pode necessitar ser incentivado para fazer as coisas rapidamente Grave: Incapaz de terminar as coisas porque o tempo se esgota														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

17. Em lidar com mudanças em sua rotina diária? Exemplo: Compromissos, visitas especiais, terapia de grupo Leve: Adapta-se com esforço considerável Moderado: Poderá adaptar-se com assistência Grave: Mudanças na rotina diária são impossíveis														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

18. Em entender o que as pessoas querem dizer quando estão falando com você? Exemplo: Sentir-se confuso em relação ao que a pessoa diz Leve: Alguma dificuldade em entender o que as pessoas querem dizer Moderado: Com frequência tem dificuldade em entender o que as pessoas querem dizer Grave: Frequentemente incapaz de entender o que as pessoas querem dizer														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

19. Em entender como outras pessoas se sentem sobre as coisas? Exemplo: Compreender mal as emoções das pessoas pela expressão facial delas, ou tom de suas vozes Leve: Raramente tem dificuldade em entender como as pessoas se sentem Moderado: Com frequência tem dificuldade em entender como as pessoas se sentem Grave: Ocasões muito frequentes de dificuldade em entender como as pessoas se sentem														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

20. Em seguir uma conversa em um grupo? Exemplo: Participação, capacidade de seguir a conversa Leve: Poucas dificuldades em seguir conversas em um grupo Moderado: Frequentemente incapaz de seguir conversas em um grupo Grave: Frequentemente incapaz de seguir conversas em um grupo e comunicação nessa situação é difícil ou impossível														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

#### PONTUAÇÃO GERAL – APENAS O ENTREVISTADOR

Qual é sua impressão global do nível de dificuldade do paciente nessas áreas

(nenhuma) 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (extrema)

O entrevistador deve circular o número apropriado

## 9. CTQ

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

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



## ANEXO 2

**PARECER TÉCNICO DE APROVAÇÃO – FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG)**

**FHEMIG**  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DIGEPE – Gerência de Ensino e Pesquisa  
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31) 3239-9545 / 3239-9356

**PARECER TÉCNICO 078/2015**

SIGED: 15680/2015  
De: DIGEPE / Gerência de Ensino e Pesquisa / Núcleo de Apoio ao Pesquisador  
Para: NEP-IRS  
Data: Belo Horizonte, 05 de agosto de 2015.

**Projeto de Pesquisa "Avaliação da influência de vivências traumáticas na infância e adolescência sobre o primeiro surto psicótico, a funcionalidade e a cognição de pacientes portadores de esquizofrenia"**  
Unidade: IRS  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: João Vinicius Salgado

Ilmo. Sr. Coordenador do NEP-IRS,

O projeto foi apresentado em uma cópia impressa e via e-mail; Check-list preenchido e assinado; link do Currículo Lattes dos pesquisadores envolvidos; Folha de Rosto preenchida e assinada pelo pesquisador responsável.

Trata-se de estudo originado no Grupo de Pesquisa Transtornos Mentais e Cognição, envolvendo alunos da UFMG. O estudo propõe correlacionar resultados de funcionalidade e cognição dos pacientes esquizofrênicos do IRS com o histórico de vivências traumáticas na infância. Para tal, se valerá de entrevistas com instrumentos estruturados e validados.

Embora o check-list cite que se trataria de projeto de mestrado, a apresentação dos documentos configura um projeto regular de pesquisa que envolverá mestrandos da UFMG, bem como outros alunos. Caso venha a ser utilizado para futura dissertação, bastará acrescentar a UFMG como coparticipante na Plataforma Brasil e proceder com a devida tramitação.

O projeto é consistente na sua proposta científica e os resultados possuem elevado potencial de publicação, além de poderem reverter-se em melhorias no cuidado aos pacientes da FHEMIG, na medida em que se aprofunda o conhecimento sobre os fatores associados com a gravidade dos casos.

Orçamento e Cronograma factíveis. Não haverá ônus para a Fhemig nem potencial de patentes.


Consideramos o estudo APROVADO para realização na FHEMIG.

Por envolver seres humanos, este projeto deverá ser encaminhado ao CEP / FHEMIG pela Plataforma Brasil:

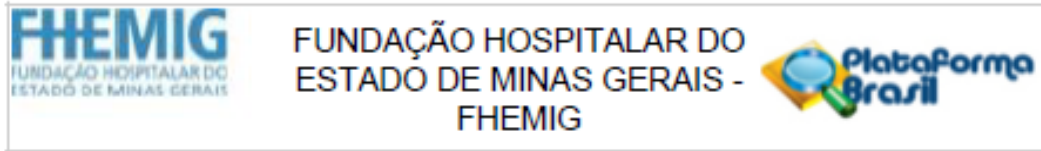
- à página 5, fazer o upload da Folha de rosto assinada pelo pesquisador e pela FHEMIG;
- em seguida fazer o upload dos documentos Check-list assinado, este parecer, TCLE e o projeto de pesquisa completo (.pdf ou .doc) contendo todos os instrumentos de coleta de dados e a lista de pesquisadores com o link dos respectivos currículos Lattes;
- à página 6, enviar o projeto para o CEP.

Solicito encaminhar cópia deste parecer ao pesquisador (anexo) juntamente com os demais documentos do projeto. Coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

  
Fernando Madalena Volpe  
FHEMIG/DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa/Núcleo de Apoio ao Pesquisador

## ANEXO 3 – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO À PLATAFORMA BRASIL E NÚMERO DE INSCRIÇÃO



### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE VIVÊNCIAS TRAUMÁTICAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA SOBRE O PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO, A FUNCIONALIDADE E A COGNIÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

**Pesquisador:** João Vinícius Salgado

**Versão:** 2

**CAAE:** 47921715.0.0000.5119

**Instituição Proponente:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

#### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 075556/2015

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE VIVÊNCIAS TRAUMÁTICAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA SOBRE O PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO, A FUNCIONALIDADE E A COGNIÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA que tem como pesquisador responsável João Vinícius Salgado, foi recebido para análise ética no CEP Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG em 06/08/2015 às 10:33.