

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LUIS HENRIQUE PALOSKI

ADAPTAÇÃO CULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA *SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS* E DA *SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS* PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Porto Alegre

2020

PÓS-GRADUAÇÃO - STRICTO SENSU



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA
SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS E DA *SCALE FOR
THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS* PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO**

LUIS HENRIQUE PALOSKI

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

2020

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA
SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS E DA *SCALE FOR
THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS* PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO**

LUIS HENRIQUE PALOSKI

PROFA. DRA. TATIANA QUARTI IRIGARAY
ORIENTADORA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica.

Porto Alegre

2020

Ficha Catalográfica

P181a Paloski, Luis Henrique

Adaptação cultural e evidências de validade de conteúdo da Scale for The Assessment of Negative Symptoms e da Scale for The Assessment of Positive Symptoms para o português brasileiro / Luis Henrique Paloski .
– 2020.

106.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray.

1. Scale for the Assessment of Negative Symptoms. 2. Scale for the Assessment of Positive Symptoms. 3. Validade de Conteúdo. I. Irigaray, Tatiana Quarti. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

LUIS HENRIQUE PALOSKI

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA
SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS E DA *SCALE FOR
THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS* PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Camila Rosa de Oliveira
Faculdade Meridional de Passo Fundo (IMED)

Prof^ª. Dra. Carmen Moret Tatay
Universidade Católica de Valencia (UCV)

Prof. Dr. Augusto Duarte Faria
Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Porto Alegre
2020

Agradecimentos

À minha mãe Silvana Maria Forchesatto Paloski e ao meu pai Luis Carlos Paloski, pelo apoio em toda minha vida acadêmica.

À minha orientadora, Professora Dra. Tatiana Quarti Irigaray, pela confiança, pelo incentivo, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e por ser a maior inspiração na superação dos meus limites enquanto pesquisador.

Aos pesquisadores Prof. Dr. André Goettems Bastos e da Profa. Dra. Letícia Alminhana, pelo auxílio e apoio na construção desta tese.

À Professora Dra. Irani Iracema de Lima Argimon, por todos os ensinamentos e por ser uma profissional exemplar.

À amiga pós-doutoranda Dra. Marianne Farina, por todo o carinho, auxílio e parceria nessa caminhada.

À amiga e colega do mestrado e do doutorado Me. Elisa Arrienti Ferreira, pelo suporte incondicional.

À amiga e colega de trabalho Dra. Fernanda Cerutti, pelo apoio e incentivo na construção e finalização da tese.

Aos amigos e bolsistas de iniciação científica Dalton Breno Costa e João André Webber De Oliveira pelo auxílio na construção deste trabalho.

À psicóloga e ex-aluna Taina Rossi, pelo auxílio em diferentes momentos deste trabalho.

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS pelos diferentes aprendizados proporcionados pelo programa.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Avaliação Reabilitação e Interação Humano-Animal.

Aos participantes da pesquisa que colaboraram na pesquisa, que resultou nesta tese e em tantos aprendizados em minha vida acadêmica.

À banca examinadora, pelo aceite ao convite.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) por financiar o meu doutorado.

Por fim, pesquisa é uma atividade coletiva e precisa ser feita com diversos colaboradores, assim muito obrigado a todos que auxiliaram de alguma forma neste trabalho.

Resumo Expandido

Introdução: Os instrumentos *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) e a *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) objetivam avaliar sintomas negativos e positivos, respectivamente, em pessoas com sintomas psicóticos. A SANS avalia sintomas negativos, como embotamento afetivo, alergia, avolição/apatia, anedonia e atenção. A SAPS avalia sintomas positivos, como alucinações, delírios, comportamento e pensamento desorganizado. **Objetivos:** Esta tese teve como principal objetivo traduzir, adaptar culturalmente e verificar evidências de validade de conteúdo das escalas *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* e *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* para o português brasileiro. Para responder a esse objetivo foram elaborados três artigos, um deles teórico e dois empíricos. O artigo teórico teve como objetivo investigar sistematicamente a literatura sobre a utilização das escalas SANS e SAPS. O segundo artigo teve como principal objetivo traduzir e adaptar culturalmente a escala SANS para o português brasileiro e obter evidências de validade baseadas no conteúdo. O terceiro artigo teve como principal objetivo traduzir e adaptar culturalmente a escala SAPS para o português brasileiro e obter evidências de validade baseadas no conteúdo. **Métodos:** No artigo teórico, foi construída uma revisão sistemática, utilizando-se das recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A busca de artigos foi realizada por dois juízes, nas bases de dados *PsycARTICLES*, *Web of Science*, *Medline* e *Scopus*. Após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, foram recuperados e analisados 31 artigos. Nos artigos empíricos, o método foi organizado em duas etapas: 1) Tradução e adaptação do instrumento; e 2) Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (ICV). Participaram da segunda etapa da pesquisa 11 profissionais com ampla experiência na área de saúde mental. **Resultados:** O primeiro estudo encontrou que a maioria dos artigos utilizou as escalas para avaliar a intensidade de sintomas positivos e negativos, correlacionando os escores da SANS e da SAPS com outras variáveis, bem como para verificar o efeito de intervenções medicamentosas e não medicamentosas. No que tange a qualidade dos artigos, observou-se que apenas uma pequena parcela dos artigos foi publicada em periódicos com alto fator de impacto e apenas sete artigos utilizaram procedimentos de randomização. O segundo estudo de tradução e adaptação da SANS encontrou níveis de concordância acima de 81%. Referente aos índices de validade de conteúdo todos os tópicos apresentaram escores entre 0,64 e 1,00, indicando níveis adequados. Os achados do estudo de tradução e adaptação da SAPS apontam que 30 dos seus itens obtiveram ICV = 1,00, 4 obtiveram ICV = 0,82 e apenas 1 obteve ICV = 0,64. Referente aos níveis de concordância, os resultados também foram acima de 81%. **Conclusão:** Pode-se concluir que os instrumentos SANS e SAPS são ferramentas aplicáveis e adequadas para avaliação de sintomatologia positiva e negativa em diversos contextos. Os resultados mostraram que as escalas SANS e SAPS estão adequadas para uso na população brasileira, pois apresentaram alto grau de concordância entre os avaliadores, e bons índices de validade de conteúdo. Sugerem-se novos estudos que verifiquem outras evidências de validade desses instrumentos.

Palavras-chave: *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*; *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*, Validade de Conteúdo.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70701008 – Fundamentos e Medidas da Psicologia

Expanded Abstract

Introduction: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) and Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) aim to evaluate negative and positive symptoms, respectively, in people with psychotic symptoms. The SANS evaluates negative symptoms such as affective blunting, alogia, avolition-apathy, anhedonia and attention. The SAPS evaluate positive symptoms, such as hallucinations, delusions, behavior and disorganized thinking.

Objectives: The main objective of this thesis was to translate, culturally adapt and verify evidence of content validity of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and Scale for the Assessment of Positive Symptoms scales into Brazilian Portuguese. To answer this objective, three articles were elaborated, one theoretical and two empirical. The theoretical article aimed to systematically investigate the literature on the use of the SANS and SAPS. The second article aimed to translate and culturally adapt the SANS to Brazilian Portuguese and obtain evidence of validity based on the content. The third article aimed to translate and culturally adapt the SAPS into Brazilian Portuguese and obtain evidence of validity based on the content. **Methods:** In the theoretical article, a systematic review was built, using the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes (PRISMA). The search for articles was carried out by two judges in the PsycARTICLES, Web of Science, Medline and Scopus databases. After applying the inclusion / exclusion criteria, 31 articles were retrieved and analyzed. In the empirical articles, the method was organized in two stages: 1) Translation and adaptation of the instrument; and 2) Calculation of the Content Validity Index (ICV). Eleven professionals with extensive experience in the mental health field participated in the second stage of the research. **Results:** The first study found that most articles used the scales to assess the intensity of positive and negative symptoms, correlating the SANS and SAPS scores with other variables, as well as to verify the effect of drug and non-drug interventions. Regarding the quality of the articles, it was observed that only a small portion of the articles was published in journals with a high impact factor and only seven articles used randomization procedures. The findings of the SAPS translation and adaptation study show that 30 of its items obtained ICV = 1.00, 4 obtained ICV = 0.82 and only 1 obtained ICV = 0.64. Regarding the levels of agreement, the results were also above 81%. **Conclusions:** It can be concluded that the SANS and SAPS instruments are applicable and appropriate tools for evaluating positive and negative symptoms in different contexts. The results showed that the SANS and SAPS scales are suitable for use in the Brazilian population, as they showed a high degree of agreement between the evaluators, and good content validity indexes. Further studies are suggested to verify other evidence of the validity of these instruments.

Keywords: Scale for the Assessment of Negative Symptoms; Scale for the Assessment of Positive Symptoms; Content validity.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70701008 – Fundamentos e Medidas da Psicologia

Sumário

Apresentação.....	11
1 Breve Revisão da Literatura	13
2 Justificativa	15
3 Objetivos.....	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4 Método.....	18
4.1 Estudo I - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) e Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): Uma revisão sistemática	18
4.1.1 Procedimento Geral.....	18
4.2 Estudo II - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Translation and transcultural adaptation to Brazilian Portuguese.....	19
4.2.1 Procedimento para tradução, adaptação e validade de conteúdo.....	19
4.2.2 Instrumentos	20
4.2.3 Procedimento de Análise de Dados.....	22
4.2.4 Aspectos éticos	22
4.3 Estudo III - Scale for the Assessment of Positive Symptoms: tradução e adaptação ao português	23
Referências da Tese	24
5 Seção Teórica	28
5.1 Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) e Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): Uma revisão sistemática.....	28
6 Seção Empírica	48
6.1 Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Translation and transcultural adaptation to Brazilian Portuguese.....	48
6.2 Scale for the Assessment of Positive Symptoms: tradução e adaptação ao português.....	63
7 Considerações Finais.....	80
Anexos	81
Anexo A - Ficha de Dados dos Avaliadores	81
Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética	82
Anexo C - Carta de autorização da tradução e validação das escalas SANS e SAPS.....	86
Anexo D - Versão em inglês - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)	87
Anexo E - Versão em inglês - Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS).....	90
Apêndices	93
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
Apêndice B - Orçamento do Projeto	96
Apêndice C – Comprovantes das submissões dos artigos da tese.....	97
Apêndice D – Produções Acadêmicas: Artigos.....	100
Apêndice E – Produções Acadêmicas: Capítulos de livros.....	104

Apresentação

A presente tese de doutorado, intitulada “Adaptação cultural e evidências de validade de conteúdo da *Scale For The Assessment Of Negative Symptoms* e da *Scale For The Assessment Of Positive Symptoms* para o português brasileiro” faz parte do projeto guarda-chuva “Tradução, adaptação cultural e evidências de validade das escalas SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) e SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) para o português brasileiro”. O projeto foi construído no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Escola de Ciências da Saúde e da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob o número CAAE 65471317.2.0000.5336.

A proposta está vinculada ao grupo de pesquisa Avaliação, Reabilitação e Interação Humano-Animal (ARIHA), coordenado pela Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray e possui parceria com os pesquisadores Prof. Dr. André Goettems Bastos e da Profa. Dra. Letícia Alminhana. Este trabalho teve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nesta perspectiva, primeiramente, será apresentada a temática do projeto de doutorado, no qual foram descritas as escalas e suas aplicabilidades. Na sequência, apresentar-se-ão a justificativa, os objetivos (geral e específicos) e os métodos utilizados para o desenvolvimento dos três estudos que compõem o trabalho. Por fim, são apresentadas as referências utilizadas para o seu desenvolvimento.

A estrutura desta tese consiste em três estudos, um teórico e dois empíricos. O Estudo I (Teórico) foi intitulado: “*Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) e a *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS): Uma revisão sistemática”. O Estudo II (Empírico)

foi intitulado: “*Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Translation and transcultural adaptation to Brazilian Portuguese*”. O Estudo III (Empírico) foi intitulado “*Scale for the Assessment of Positive Symptoms: tradução e adaptação ao português*”.

1 Breve Revisão da Literatura

Os instrumentos *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) e a *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) objetivam avaliar sintomas negativos e positivos, respectivamente, em pacientes com sintomas psicóticos nas áreas clínica e de pesquisa (Citrome, Norton, Chi-Burris, & Demos, 2017; Zuluagaa et al., 2017). Ambas escalas são amplamente utilizadas no cenário internacional, com bons índices de confiabilidade, no entanto, carecem de estudos de adaptação e validação cultural para a população brasileira (Preda et al., 2018).

Em uma breve revisão da literatura, observou-se que as escalas SANS e SAPS são utilizadas para avaliar efeitos de tratamentos medicamentosos (Buchanan et al., 2017; Malla et al., 2016), psicoterapêuticos (Grant, Bredemeier, & Beck, 2017) e alternativos (Li et., 2018) em indivíduos com sintomas psicóticos. Trabalhos envolvendo as escalas estão presentes em diferentes países, como Inglaterra (Citrome et al., 2017), Alemanha (Bopp, et al., 2017), Canadá (Malla et al., 2016), França (Karsinti et al., 2015) e Holanda (Lange et al., 2015).

A SANS e SAPS são preenchidas pelo avaliador e oferecem uma forma sistematizada e padronizada de obter uma estimativa objetiva dos sintomas positivos e negativos presentes no indivíduo, dividindo-os em categorias próprias de cada escala. A utilização das duas escalas de forma conjunta possibilita uma análise acurada de sintomas positivos e negativos, abarcando diversas patologias (Andreasen, 1983; Andreasen, 1984).

A SANS divide-se em cinco categorias de sintomas, sendo elas: 1) embotamento afetivo; 2) alogia; 3) avolição-apatia; 4) anedonia; e 5) atenção. O embotamento afetivo consiste na expressão emocional diminuída. A alogia é percebida por produção reduzida do discurso. A avolia consiste na redução de atividades voluntárias, o indivíduo pode ficar sentado por períodos longos e demonstrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais. A anedonia consiste na capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou

degradação da recordação do prazer anteriormente vivido. A atenção pode ser descrita como capacidade de manter o foco em uma atividade (APA, 2014).

A SAPS está organizada em quatro fatores principais, que são: alucinações, delírios, comportamento desorganizado e pensamento desorganizado. As alucinações são fenômenos em que ocorre a percepção sensorial na ausência de estímulo externo podendo ser visuais, auditivas, olfativas, vestibulares, somáticas entre outras. Os delírios são crenças irreais, que persistem mesmo diante de evidências conflitantes, podendo incluir uma variedade de temas como, persecutórios, de referências, somáticos, religiosos e de grandezas. O comportamento desorganizado pode ser observado em qualquer forma de comportamento voluntário, produzindo dificuldades no desempenho de atividades de vida diárias. Por fim, o pensamento desorganizado pode ser avaliado pelo discurso do indivíduo que apresenta alterações (APA, 2014).

Neste contexto, salienta-se que existem diferentes escalas para avaliar sintomas negativos e positivos na esquizofrenia, bem como instrumentos unificados como a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) que avaliam ambas as alterações. São encontrados estudos comparando a eficácia de diferentes instrumentos para avaliar pacientes psicóticos, e os dados sugerem correlações positivas entre os instrumentos (Preda et al., 2018).

Nesta perspectiva, objetivou-se traduzir, adaptar culturalmente e obter evidências de validade de conteúdo das escalas SAPS e SANS, com o propósito de serem adequadas e para aplicação na população brasileira. Esperava-se que, assim como ocorreu nas traduções e adaptações em outros países, as escalas SAPS e SANS nas versões brasileiras apresentassem bons níveis de evidência de validade (Cierpka, Manfred, Stasch, Michael, & Reiner, 2006; Pérez et al., 2009).

2 Justificativa

Embora considerado útil e imprescindível, o processo diagnóstico clínico realizado com auxílio dos manuais diagnósticos atuais possui limitações para populações específicas, não aprofundando a investigação clínica de alguns sintomas. Levando-se em conta esse fato, são necessárias a adaptação cultural e a obtenção de evidências de validade de instrumentos (SANS e SAPS), uma vez que eles podem fornecer informações mais precisas sobre os sintomas positivos e negativos em determinadas populações. Além disso, quando combinados com outros instrumentos padronizados, a SANS e a SAPS têm ajudado na elaboração de diagnóstico e no desenvolvimento de planos de tratamento mais adequados e na avaliação dos resultados dos tratamentos (Peters et al., 2016).

As escalas SANS e SAPS podem ser utilizadas por profissionais de saúde mental da rede de saúde pública e privada, a fim de desenvolver critérios mais objetivos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com sintomas negativos e positivos. Em resumo, as principais aplicações da SANS e da SAPS são:

1. Avaliar e indicar terapêutica subsequente;
2. Formar um sistema de avaliação que complemente os diagnósticos baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association [APA], 2014) e na Classificação Internacional de Doenças (World Health Organization [WHO], 2018).
3. Permitir o monitoramento e avaliação das mudanças que surgem no paciente durante o processo terapêutico;

Assim, o propósito original que levou à criação das escalas SANS e SAPS foi o desenvolvimento de instrumentos que poderiam permitir avaliações mais profundas de sintomas graves, com foco no diagnóstico e no monitoramento mais objetivo do processo clínico

(Andreasen, 1983; Andreasen, 1984). A relevância do uso das escalas no contexto clínico, justificam a necessidade de versões brasileiras das escalas SANS e SAPS.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Traduzir, adaptar culturalmente e verificar evidências de validade de conteúdo das escalas *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* e *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* para o português brasileiro.

3.2 Objetivos Específicos

Estudo I

Revisar de maneira sistemática a literatura sobre as escalas *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* e *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*.

Estudo II

Traduzir e adaptar culturalmente a *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* para o português brasileiro.

Obter evidências de validade baseadas no conteúdo da *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*.

Estudo III

Traduzir e adaptar culturalmente a *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* para o português brasileiro.

Obter evidências de validade baseadas no conteúdo da *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*.

4 Método

Com a finalidade de responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos foram realizados três estudos, cada um com um método específico, que serão descritos na sequência:

4.1 Estudo I - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) e Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): Uma revisão sistemática

4.1.1 Procedimento Geral

O estudo seguiu as recomendações da Declaração de PRISMA, que visa orientar a elaboração de revisões sistemáticas da literatura e meta-análises na área da saúde (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Como descritores de busca foram utilizados os nomes das escalas por extenso e as siglas. Com a finalidade de contemplar o maior número de estudos utilizou-se o operador booleano “OR”.

No processo de busca nas bases de dados, os descritores para resgatar os artigos poderiam estar presentes em qualquer parte do artigo. No processo de busca dos artigos foram utilizadas aspas em cada descritor. A busca nas bases foi feita por dois pesquisadores e foram incluídos na revisão apenas aqueles que estiveram de acordo com todos os critérios de inclusão.

Os pesquisadores analisaram, de forma independente, os artigos relevantes e emitiram pareceres sobre a inclusão ou não desses na revisão. Nos casos em que houve divergências de parecer foi contatado um terceiro pesquisador. Depois do processo de seleção dos estudos e definidos aqueles que foram incluídos na revisão, os pesquisadores realizaram a tabulação dos dados.

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: (1) Artigos na língua inglesa, espanhola ou portuguesa; (2) Artigos empíricos com o uso de ambas as escalas. Esses critérios foram aplicados por meio da leitura do título e do resumo dos artigos. Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) Artigos que citaram as escalas, mas não as utilizaram em suas coletas. Com o propósito de desenvolver um estudo atualizado e com maior rigor, foram aplicados os restritores: 1) referente ao ano de publicação dos artigos, incluindo-se apenas artigos a partir de 2017; e 2) artigos que passaram pelo processo de *peer review*.

4.2 Estudo II - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Translation and transcultural adaptation to Brazilian Portuguese

4.2.1 Procedimento para tradução, adaptação e validade de conteúdo

O procedimento que será adotado para a tradução e adaptação cultural das escalas SANS e SAPS é uma combinação dos procedimentos sugeridos por Borsa, Damásio e Bandeira (2012), Gjersing, Caplehorn e Clausen (2010), Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) e Hungerbünler e Wang, (2016). Para operacionalizar os passos utilizados neste projeto foi construído um fluxograma (Figura 1) disponível na próxima página.

Segundo Borsa et al. (2012), não existe consenso sobre o procedimento de adaptação cultural de instrumentos, uma vez que este processo depende das características do instrumento, de seus contextos de aplicação e de particularidades da população-alvo. Assim, o processo de tradução e adaptação cultural do instrumento consistiu nas seguintes etapas:

Etapa 1: Tradução e adaptação transcultural

O processo de tradução foi realizado da seguinte forma: A partir do instrumento original em inglês, foram feitas duas traduções para o português, por dois tradutores independentes,

fluentes em português, com amplo domínio da língua inglesa. Após, foi elaborada a síntese dessas duas traduções da escala por um terceiro tradutor independente, juntamente com a consultoria de um comitê de *experts* (profissionais da psicologia). Esse comitê de *experts* foi composto por 4 psicólogas com mais de 20 anos de atuação na área de saúde mental, elas foram recrutadas por conveniência, e realizaram a avaliação da versão traduzida da escala.

Nesta fase, o comitê de *experts* discutiu sobre todos os itens da SAPS, investigando a adequabilidade ao português do Brasil. Na sequência, foram feitos ajustes no instrumento, com base em um consenso de ideias sugeridas pelos tradutores e do comitê de *experts*. A partir disso, o desenvolvimento da tradução reversa da escala, versão com as sugestões em português para o inglês, feita por dois novos tradutores independentes, fluentes na língua inglesa e com amplo domínio de português brasileiro. E, por fim a tradução reversa foi enviada para a autora da escala SAPS, com o intuito de assegurar que o conteúdo apresentado houvesse significado equivalente ao original.

4.2.2 Instrumentos

Ficha de Dados dos Avaliadores. Foram coletadas as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade (graduação, especialização, mestrado ou doutorado) e tempo de formação.

Scale for the Assessment of Negative Symptoms. Após a retrotradução foi utilizada a escala com opções para os participantes avaliarem a qualidade do item e sugerir alguma possível alteração.

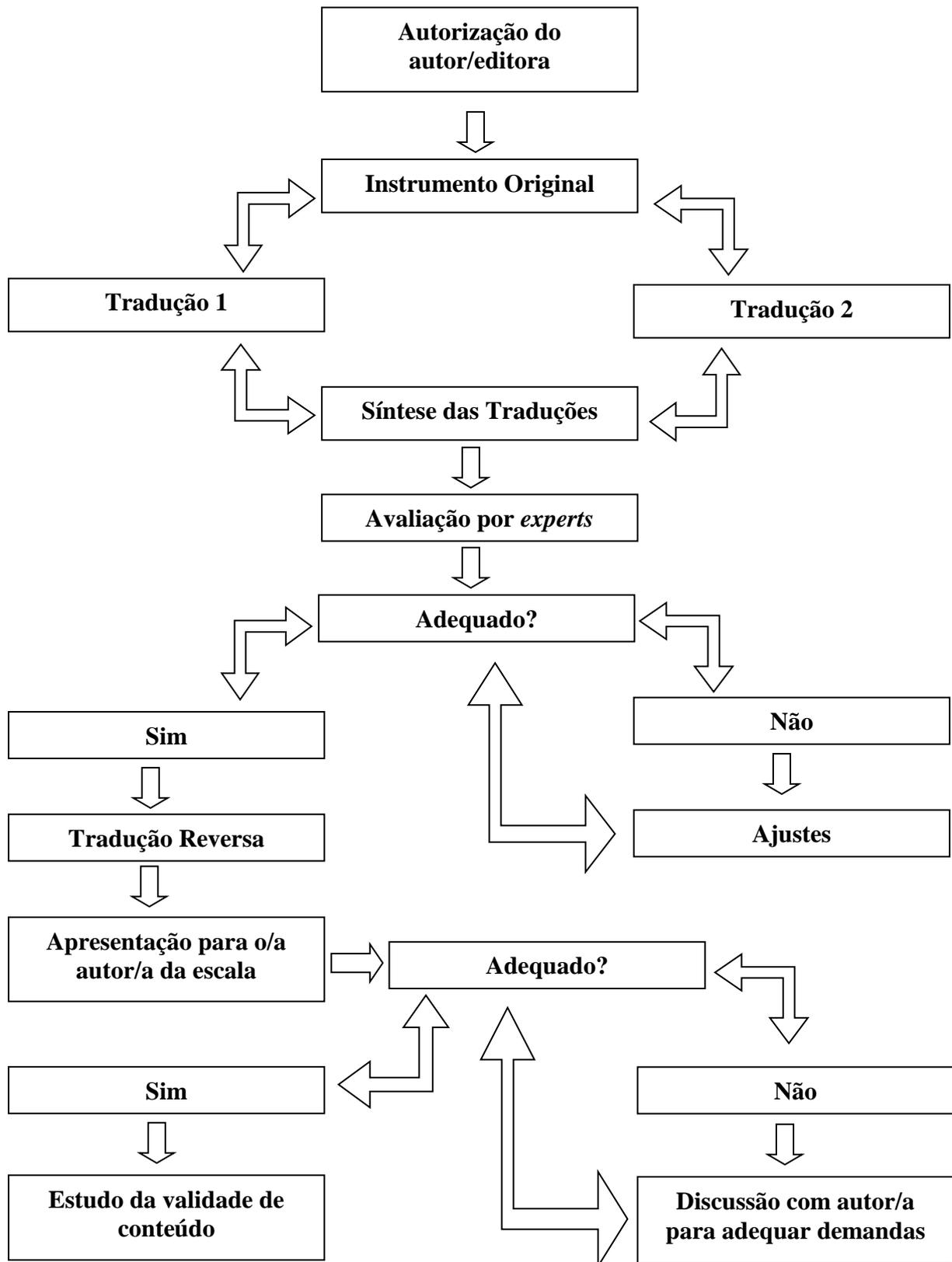


Figura 1. Fluxograma para tradução e adaptação de instrumentos.

4.2.3 Procedimento de Análise de Dados

Os dados foram organizados e analisados em um banco, criado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23) para Windows. A descrição dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas, e por média e desvio padrão para variáveis quantitativas.

4.2.4 Aspectos éticos

Atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras envolvendo a pesquisa com seres humanos previstas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) e na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), esta pesquisa resguardou os cuidados éticos necessários a fim de garantir o anonimato no tratamento dos dados e divulgação dos resultados e não causar danos aos participantes. A presente tese foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde sob o número CAAE 65471317.2.0000.5336.

Todos os participantes envolvidos no estudo foram informados dos propósitos da pesquisa e convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi fornecido em duas vias, sendo que uma das vias permaneceu com o pesquisador e outra ficou com os participantes do estudo. No TCLE foram explicitados os objetivos da pesquisa e os procedimentos realizados para o estudo, assim como a garantia de anonimato quanto à identidade dos participantes e a característica de voluntariedade da participação dos mesmos.

4.3 Estudo III - Scale for the Assessment of Positive Symptoms: tradução e adaptação ao português

Os procedimentos utilizados para a construção do Estudo III foram os mesmos que descritos no Estudo II. Dessa forma, salienta-se que no Estudo II foi utilizada a *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* e no Estudo III a *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*.

Referências da Tese

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Andreasen, N. (1983). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa Press.
- Andreasen, N. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa Press.
- Bopp, M. H. A., Zollner, R., Jansen, A., ... & Kircher, T. T. J. (2017) White matter integrity and symptom dimensions of schizophrenia: A diffusion tensor imaging study. *Schizophrenia Research* 184, 59 – 68.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Brasil. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde*. Diário Oficial da União 2012; 12 dez.
- Brasil. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde*. Diário Oficial da União 2016; 7 abr.
- Buchanan, R.W., Kelly, D.L., Weiner, E., Gold, J.M., Strauss, G.P., Koola, M.M., McMahon, R.P., & Carpenter, W.T. (2017) A Randomized Clinical Trial of Oxytocin or Galantamine for the Treatment of Negative Symptoms and Cognitive Impairments in People With Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37 (4), 394–400.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A. & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali et al. (org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Cierpka, Manfred, Stasch, Michael, & Reiner, W. (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (SANS): Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(2), 105-125.
- Citrome, L., Norton, C. N., Chi-Burris, K. & Demos, G. (2017). *Pimavanserin for the treatment of Parkinson's disease psychosis: number needed to treat, number needed to harm, and likelihood to be helped or harmed*. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, New York Medical College, Valhalla, New York.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R.M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 13.
- Grant, P.M., Bredemeier, K., & Beck, A.T. (2017). Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 68(10), 997-1002.
- Hungerbünler, I., & Wang, Y. P. (2016). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. In *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (pp. 12-17). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Karsinti, E., Jarroir, M., Zerdazi, E., ..., & Vorspan, F. (2015) Childhood trauma are not associated with the intensity of transient cocaine induced psychotic symptoms. *Psychiatric Research*, 228, 941- 944.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
- Lange, J. J. D., Bais, L., Es, F. D. V., ..., & Kneegtering, H. (2015) Efficacy of bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms of schizophrenia: results of a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45, 1263–1275. doi:10.1017/S0033291714002360

- Li, J., Shen, J., Wu, G. Y., Tan, Y., Sun, Y., Keller, E., ... & Wu, J. (2018). Mindful exercise versus non-mindful exercise for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 32*, 17-24.
- Malla, A., Mustafa, S., Rho, S., ..., & Joobor, R. (2016) Therapeutic effectiveness and tolerability of aripiprazole as initial choice of treatment in first episode psychosis in an early intervention service: A one-year outcome study. *Schizophrenia Research, 174*, 120 – 125.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., ... & Clark, J. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement (Chinese edition). *Journal of Chinese Integrative Medicine, 7*(9), 889-896.
- Pérez, F., Alvarado, L., de la Parra, G., & Dagnino, P. (2009). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 47*(4), 271-278.
- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P., Woodruff, P., Jacobsen, P., Chadwick, P., Garety, P. (2016). Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care”. *World Psychiatry, 15*, 41–52.
- Preda, A., Nguyen, D. D., Bustillo, J. R., Belger, A., O'Leary, D. S., McEwen, S., ... & Potkin, S. G. (2018). A positive take on schizophrenia negative symptom scales: Converting scores between the SANS, NSA and SDS. *Schizophrenia Research, 201*, 113-119.
- World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases (ICD-11)*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f405565289>.

Zuluaga, A. M. D., Vargas, C., Duica, K., Richard, S., Palacio, J. D., Berruecos, Y. A., ... & López-Jaramillo, C. (2017). Efecto de una intervención multimodal en el perfil psicológico de pacientes con Esquizofrenia y TAB tipo I: Estudio del Programa PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 56-64.

5 Seção Teórica

5.1 Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) e Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): Uma revisão sistemática

Submissão – Revista Contextos Clínicos (Apêndice C).

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) and Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): A systematic review

Resumo:

Este estudo teve o objetivo de verificar o emprego dos instrumentos *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) e *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) por meio de uma revisão sistemática. Também buscou-se caracterizar a população avaliada com o instrumento e avaliar a qualidade dos artigos incluídos na revisão. A busca de artigos foi conduzida por dois juízes, nas bases de dados *PsycARTICLES*, *Web of Science*, *Medline* e *Scopus*. Após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, foram recuperados e analisados 31 artigos. Observou-se que a maioria dos artigos utilizou as escalas para avaliar a intensidade de sintomas positivos e negativos, correlacionando os escores da SANS e da SAPS com outras variáveis, bem como para verificar o efeito de intervenções medicamentosas e não medicamentosas. Referente ao tipo de amostra, a maior parte foi composta por pacientes clínicos. No que tange a qualidade dos artigos, observou-se que a minoria foi publicada em periódicos com alto fator de impacto e apenas sete artigos utilizaram procedimentos de randomização. Conclui-se que os instrumentos SANS e SAPS são ferramentas aplicáveis e adequadas para avaliação de sintomatologia positiva e negativa em diversos contextos. **Palavras-chave:** *Scale for the Assessment of Negative Symptoms; Scale for the Assessment of Positive Symptoms; Sintomas Psicóticos.*

Abstract:

This study aimed to certify the use of the *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) and *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) instruments through a systematic review. Moreover, to define the evaluated population with the instrument, and to assess the quality of the articles included in the review. The search for papers was conducted by two judges in the *PsycARTICLES*, *Web of Science*, *Medline* and *Scopus* databases. In total 31 articles were recaptured and analyzed after applying the inclusion/exclusion criteria. It was noted that the most articles used the scales to assess the intensity of positive and negative symptoms, correlating SANS and SAPS scores with other variables, likewise, to verify the effect of drug and non-drug interventions. Concerning the sample type, most consisted of clinical patients. As regards the quality of articles, it was observed that the minority was published in journals with high impact factor and only seven articles used incidental procedures. Finally, it is concluded that the SANS and SAPS instruments are functional and appropriate tools for the positive and negative symptomatology assessment in several contexts. **Keywords:** *Scale for the Assessment of Negative Symptoms; Scale for the Assessment of Positive Symptoms; Psychotic symptoms.*

Introdução

O uso de instrumentos padronizados para investigação de sintomatologia negativa e positiva em pacientes com quadros psicóticos pode auxiliar na avaliação de intervenções medicamentosas e não medicamentosas, bem como no acompanhamento de terapêuticas (Bose et al., 2018; Ipekcioglu et al., 2018; Thomas et al., 2018). A *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) (Andreasen, 1984) e a *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) (Andreasen, 1983), são escalas utilizadas para avaliar os sintomas positivos e negativos de indivíduos com quadros clínicos com características psicóticas (Kumari, Malik, Florival, Manalai, & Sonje, 2017; Mora-Castañeda et al., 2018; Zhang et al., 2018).

A SAPS possui 35 itens, divididos em 5 subescalas: alucinações, delírios, comportamento motor grosseiramente desorganizado e transtorno do pensamento formal e afeto inadequado (Balaban, Atagun, & Ozguven, 2018; Birnbaum, Wan, Broussard, & Compton, 2017; Galletti, Paolini, Tortorella, & Compton, 2017; Kumari et al., 2017; Mora-Castañeda et al., 2018; Poloni et al., 2018). Cada item é pontuado de 0 a 5, sendo que 0 significa ausência de sintomas e 5 condiz a sintomas severos (García et al., 2003; Poloni et al., 2018). A SANS contém 24 itens divididos em 5 subescalas: 1) embotamento afetivo; 2) alogia; 3) avolição-apatia; 4) anedonia; e 5) atenção (Galletti et al., 2017; Kumari et al., 2017; Poloni et al., 2018). Cada item pode ser pontuado de 0 (sintomas ausentes) a 5 (sintomas severos) (Galletti et al., 2017; García et al., 2003; Poloni et al., 2018).

As escalas são frequentemente utilizadas na avaliação de sintomas de indivíduos com diagnósticos de transtornos do espectro da esquizofrenia (Fox et al., 2017; Kuo et al., 2018). A esquizofrenia é um transtorno mental crônico, cujas características psicóticas podem surgir a partir do fim da adolescência e meados dos 30 anos e se caracteriza por apresentar déficits em vários domínios cognitivos, comportamentais e emocionais. No DSM-5, a esquizofrenia está

incluída no Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, que inclui também o transtorno da personalidade esquizotípica e outros transtornos psicóticos (American Psychiatric Association, [APA] 2014).

Nos transtornos do espectro da esquizofrenia, podem ocorrer déficits cognitivos severos (APA, 2014) e são considerados a uma característica frequente do transtorno (Keefe, Eesley, & Poe, 2005; Keefe & Fenton, 2007). Indivíduos com esquizofrenia podem apresentar declínios no quociente intelectual, memória e medidas de conhecimento verbal, sendo que a magnitude do declínio varia conforme as funções cognitivas (Zanelli et al., 2019). Os prejuízos apresentados no trabalho e funcionamento social, decorrentes do comprometimento cognitivo, acabam fazendo com que os indivíduos com esquizofrenia sofram com o preconceito e estigma social acerca da doença (Bengochea-Seco et al., 2018; Frías et al., 2018; Wood et al., 2014).

Nesta perspectiva, este artigo teve como objetivo principal investigar as diferentes possibilidades de aplicação dos instrumentos *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) e *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS). Também objetivou-se caracterizar o perfil das amostras avaliadas com os instrumentos, apresentar o país de origem dos artigos e avaliar a qualidade os estudos clínicos randomizados encontrados na busca dos artigos.

Método

O estudo se inspirou nas recomendações da Declaração de PRISMA, que visa orientar a elaboração de revisões sistemáticas da literatura e meta-análises na área da saúde (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Foram realizadas buscas por descritores nas ferramentas *Thesaurus of Psychological* para a base PsycARTICLES, no índice Medical Subject Headings (*MeSH*) da base Pubmed/Medline, contudo por serem nomes de escalas, não foram encontrados descritores cadastrados.

No processo de elaboração da *string* foram realizados diversos testes com diferentes descritores a fim de contemplar estudos que pudessem responder ao objetivo. Em uma das buscas, utilizou-se a seguinte *string*: "SAPS" AND "SANS". No entanto, essa estratégia de busca retornou, em sua maioria, artigos que não possuíam as escalas na sua construção. Outra busca, foi realizada com a *string* “*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*” OR “SAPS” AND “*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*” OR “SANS”. Essa *string* também apresentou problemas na busca de artigos, resgatando inúmeros estudos que não utilizaram as escalas no seu texto. A melhor combinação de termos foi com os nomes originais das escalas por extenso (Figura 1), com o operador booleano “AND”.

Durante o processo de construção do artigo foram realizadas buscas por revisões sistemáticas com o mesmo objetivo deste estudo. Nessas buscas não foram encontradas revisões com a mesma finalidade deste estudo. Contudo, ressalta-se que estão disponíveis revisões sistemáticas que avaliam a influência de medicações no controle de peso de pacientes usuários de antipsicóticos (Zheng et al., 2017), bem como revisões não sistemáticas que analisam a utilidade de diferentes escalas para pacientes com sintomas psicóticos (Kumari et al., 2017). No entanto, nenhuma delas abordava especificamente os contextos de utilização das escalas.

No processo de busca nas bases de dados, os descritores para resgatar os artigos podiam estar presentes em qualquer parte do artigo e foram usadas aspas em cada descritor. A busca nas bases foi realizada por dois pesquisadores (P1 e P2) e foram incluídos na revisão apenas aqueles que estavam de acordo com todos os critérios de inclusão. Esse procedimento foi realizado no dia 21 de junho de 2019.

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: (1) Artigos na língua inglesa, espanhola ou portuguesa; (2) Artigos empíricos com o uso de ambas as escalas. Esses critérios foram aplicados por meio da leitura do título e do resumo dos artigos. Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) Artigos que citaram as escalas, mas não as utilizaram em suas coletas.

Com o propósito de desenvolver um estudo atualizado e com maior rigor, foram aplicados os restritores: 1) referente ao ano de publicação dos artigos, incluindo-se apenas artigos a partir de 2017; e 2) artigos que passaram pelo processo de *peer review*.

Os pesquisadores analisaram, de forma independente, os artigos relevantes e emitiram parecer sobre a inclusão ou não desses na presente revisão. Nos casos em que houve divergências de parecer entre os avaliadores, foi contatado um terceiro pesquisador. Depois do processo de seleção dos estudos e definidos aqueles que seriam incluídos na revisão, os pesquisadores construíram a tabulação dos dados (Tabela 1).

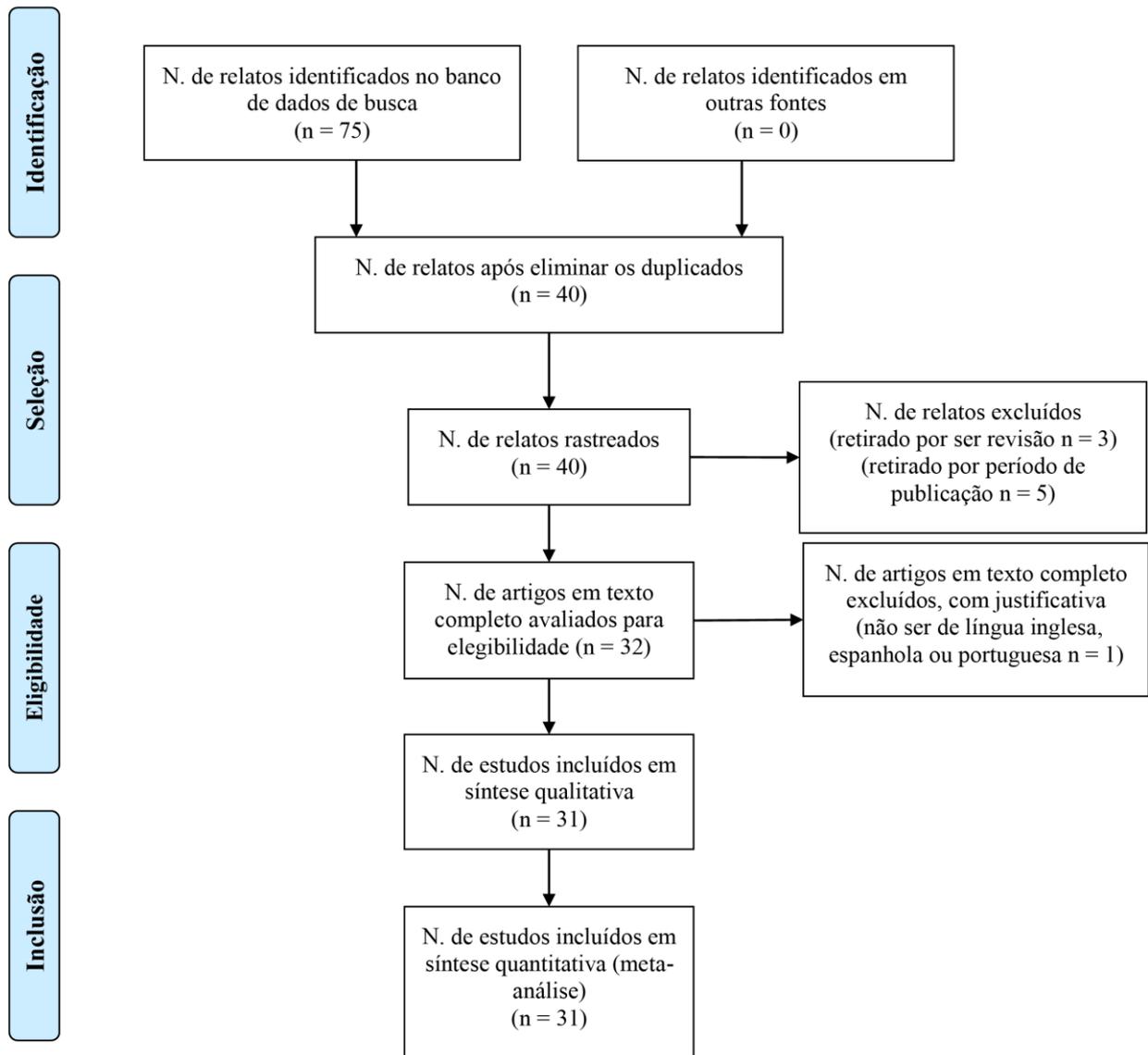


Figura 1. O fluxograma demonstra a análise dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos da revisão sistemática.

Resultados e Discussão

Com o propósito de organizar e apresentar as informações dos artigos incluídos na revisão sistemática, apresenta-se a Tabela 1. Nela é possível encontrar, de maneira sintética, as autorias dos artigos, o país onde o estudo foi realizado, o ano de publicação, o número e o sexo

dos participantes incluídos nas amostras, a caracterização da amostra, se clínica ou não-clínica, e, por fim, a finalidade dos escores da SANS e da SAPS no estudo.

Tabela 1

Dados extraídos dos artigos

Autor, ano e país de origem	Amostra (n)	Caracterização da amostra	Objetivo do uso das escalas no estudo
Javadi, Shafikhani, Zamir e Khanshir, (2018) Irã	68 H: 46 M: 22	Amostra clínica. Pacientes com esquizofrenia.	Verificar o efeito da fluvoxamina sobre os sintomas negativos e positivos da esquizofrenia.
Rosengard et al. (2019) Canadá	195 H: 136 M: 59	Pacientes com, ao menos, um episódio de sintomas psicóticos.	Avaliar a severidade de sintomas psicóticos antes e depois de um ano de tratamento.
Bolu et al. (2019) Turquia	176 H: 176	Grupo clínico (primeiro episódio de psicose e esquizofrenia) e grupo controle.	Avaliar e comparar a sintomatologia de diferentes grupos.
Hall, Holton, Öngür, Montrose e Keshavan, (2019) Estados Unidos	369 H: 229 M: 140	Pacientes com primeiro episódio de psicose.	Em conjunto com outros instrumentos, os escores das escalas foram utilizados como preditores do funcionamento global do paciente.
Akbey, Yildiz e Gündüz, (2019) Turquia	150 H: 97 M: 53	Pacientes com esquizofrenia e grupo controle.	Avaliar a correlação entre sintomas positivos e negativos e traumas ocorridos na infância.
Lyne, Jooper, Schmitz, Lepage e Malla, (2017) Irlanda	230 H: 161 M: 69	Amostra clínica, pacientes com primeiro episódio de psicose.	Medir a duração de psicose ativa.
Gallagher e Jones, (2017) Estados Unidos	642	Amostra clínica, pacientes com esquizofrenia.	Auxiliar no diagnóstico de sintomas positivos e negativos de pacientes com esquizofrenia.
Oruç, Gülseren, Kusbeci e Özbulut, (2017) Turquia	92 H: 66 M: 26	Grupo clínico (pacientes com Parkinson) e grupo controle.	Avaliar a presença de sintomas positivos e negativos em pacientes com Doença de Parkinson e comparar com grupo controle.
Herbsleb et al. (2018) Alemanha	64 H: 40 M: 24	Grupo clínico (pacientes com esquizofrenia) e grupo controle.	Avaliar a sintomatologia do grupo clínico.
Ipekcioglu et al. (2018) Turquia	11 H: 11	Pacientes com esquizofrenia.	Avaliar efeitos da eletroconvulsoterapia combinada com antipsicóticos.
Adery et al. (2018) Estados Unidos	16 H: 9 M: 7	Pacientes com esquizofrenia.	Avaliar os efeitos de uma intervenção com realidade virtual.
Aydın et al. (2018) Turquia	54 H: 13 M: 41	Pacientes com esquizofrenia.	Investigar os efeitos colaterais da forma de depósito do haloperidol.

Herold, Schmid, Lässer, Seidl e Schröder, (2017) Alemanha	160 H: 90 M: 70	Grupo clínico (pacientes com esquizofrenia) e grupo controle.	Avaliar sintomas negativos e positivos para o grupo clínico.
Brébion et al. (2018) Espanha	115 H: 72 M: 43	Grupo clínico (pacientes com esquizofrenia) e grupo controle.	Verificar a influência de sintomas positivos e negativos na fluência verbal.
Bulut (2018) Turquia	32 M: 32	Pacientes com esquizofrenia.	Verificar a intensidade de sintomas positivos e negativos.
Kilic, Ozturk e Gozcelioglu, (2017) Turquia	1 H: 1	Paciente com esquizofrenia.	Avaliar a influência de tratamento medicamentoso.
Mora-Castañeda et al. (2018) Colômbia	140 H: 66 M: 74	Indivíduos com esquizofrenia ou esquizoafetivos e seus cuidadores.	Avaliar a severidade dos sintomas dos pacientes e comparar com a estratégia de enfrentamento de seus cuidadores.
Soni et al. (2018) Índia	90 H: 57 M: 33	Grupo clínico (indivíduos com esquizofrenia), parentes de primeiro grau destes e grupo controle.	Comparar os sintomas positivos e negativos com funções cognitivas.
Poloni et al. (2018) Itália	122 H: 82 M: 40	Indivíduos com esquizofrenia ou esquizoafetivos.	Avaliar a correlação entre sintomas positivos e negativos com a resiliência.
Zhang et al. (2018) China	122 H: 61 M: 61	Indivíduos com esquizofrenia e grupo controle.	Avaliar a relação dos sintomas positivos e negativos com a memória de trabalho.
Galletti, Paolini, Tortorella e Compton, (2017) Estados Unidos	247 H: 184 M: 63	Pacientes em primeiro episódio psicótico.	Verificar quais os sintomas negativos e positivos estão associados às alucinações.
Hamilton et al. (2018) Estados Unidos	93 H: 72 M: 21	Pacientes com esquizofrenia e grupo controle.	Examinar as associações entre sintomas positivos e negativos e déficits de supressão de P50.
Levy, Mustafa, Naveed e Joobar, (2018) Canadá	38 H: 29 M: 9	Paciente com primeiro episódio de transtorno psicótico.	Avaliar a contribuição de comunidades terapêuticas na redução de sintomas positivos e negativos.
Yildirim et al. (2018) Turquia	220 H: 129 M: 91	Pacientes com esquizofrenia, pacientes com bipolaridade e grupo controle.	Avaliar a relação entre a sintomatologia psiquiátrica e o funcionamento motor das mãos.
Thomas et al. (2018) Estados Unidos	46 H: 22 M: 24	Pacientes com esquizofrenia tratados por meio de treinamento cognitivo e pacientes com esquizofrenia em tratamentos convencionais.	Verificar a sintomatologia de pacientes refratários em treinamento cognitivo computadorizado.
Grant, Bredemeier e Beck, (2017) Estados Unidos	60 H: 40 M: 20	Pacientes ambulatoriais com esquizofrenia, esquizoafetivos ou com sintomas negativos elevados.	Avaliar a sintomatologia dos pacientes em terapia cognitiva orientada para a recuperação (CT-R).

Sabharwal et al. (2017) Estados Unidos	78 H: 49 M: 29	Pacientes com esquizofrenia, pacientes com outras psicoses, grupo controle.	Avaliar a correlação entre sintomas positivos e negativos com o reconhecimento de expressão facial das emoções.
Craddock et al. (2018) Estados Unidos	125 H: 60 M: 65	Pacientes com esquizofrenia com início na infância.	Comparar os sintomas positivos e negativos de indivíduos com esquizofrenia iniciada na infância e com esquizofrenia iniciada na vida adulta.
Fox et al. (2017) Estados Unidos	60 H: 35 M: 25	Pacientes com esquizofrenia e grupo controle.	Verificar a sintomatologia clínica dos pacientes com esquizofrenia.
Kuo et al. (2018) Estados Unidos	771 H: 357 M: 414	Pacientes com esquizofrenia, depressão, esquizoafetivos, com outros diagnósticos, não diagnosticados e grupo controle.	Avaliar a correlação entre funcionamento cognitivo e sintomas positivos e negativos.
Balaban et al. (2018) Turquia	102 H: 58 M: 44	Pacientes com bipolaridade, esquizofrenia e grupo controle.	Caracterizar a sintomatologia clínica dos pacientes com esquizofrenia.

Nota. H = homens e M = mulheres.

Na busca de artigos nas bases de dados, foram encontrados 75 artigos, distribuídos da seguinte forma entre as bases: PsycARTICLES (10), Web of Science (23), Medline (22) e Scopus (20). Após, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 31 artigos. Os artigos englobaram uma amostragem total de 4.689 participantes, sendo 2448 homens e 1599 mulheres. Apenas um estudo não especificou o sexo dos participantes (Gallagher & Jones, 2017). Apesar da literatura citar que a diferença entre sexos, na esquizofrenia, por exemplo, essa diferença não é significativa (APA, 2014). Referente aos quadros de esquizofrenia, o resultado desse estudo vai ao encontro de outros dados da literatura (Nuri et al., 2019; Riel, Lee, Fisher, & Tibbo, 2019), que encontraram uma maior prevalência de homens acometidos pela esquizofrenia.

Quanto a incidência em relação ao sexo, a esquizofrenia tende a ser um pouco mais prevalente em indivíduos do sexo masculino (Abel, Drake, & Goldstein, 2010; American Psychiatric Association, 2014; Sampaio et al., 2016). Nos homens, a doença costuma se manifestar na metade dos 20 anos e, nas mulheres, perto dos 30 anos, sendo que quanto mais

cedo o diagnóstico da esquizofrenia, pior o seu prognóstico (APA, 2014). Os sintomas, no sexo feminino, tendem a apresentar uma melhor resposta aos tratamentos disponíveis, por causa da idade tardia que a doença se manifesta e não pela diferença de gênero pois, fatores como idade, contexto social e cultura do indivíduo, são questões diagnósticas que devem ser observadas (Seeman, 2019).

Pode-se observar que a grande maioria dos estudos foram realizados por autores dos Estados Unidos (Adery et al., 2018; Birnbaum et al., 2017; Craddock et al., 2018; Fox et al., 2017; Gallagher & Jones, 2017; Galletti et al., 2017; Hall et al., 2019; Hamilton et al., 2018; Kuo et al., 2018; Sabharwal et al., 2017; Thomas et al., 2018) e Turquia (Akbeý et al., 2019; Balaban et al., 2018; Bolu et al., 2019; Bulut, Bulut, Gundogmus, & Aydemir, 2018; Kilic et al., 2017; Oruç et al., 2017; Yildirim et al., 2018). Encontrou-se apenas um estudo da América Latina, realizado na Colômbia (Mora-Castañeda et al., 2018). No entanto, não foram encontrados estudos brasileiros com a utilização das escalas, reforçando a importância de estudos de tradução e validação da escala.

A avaliação dos artigos incluídos nesta revisão foi realizada por dois métodos, primeiro foi verificado o fator de impacto (média de citações) do periódico em que o artigo foi publicado (Andersson, Rööser, & Karlsson, 2018). Esse procedimento foi realizado com ajuda da ferramenta que mede o número de citações dos artigos e periódicos da *Web of Science* (<https://www.webofknowledge.com>). Na avaliação dos ensaios clínicos randomizados encontrados pela revisão utilizou a escala Jadad. A escala estabelece um ponto para cada item, sendo possível um escore bruto final de até 5 pontos (Jadad et al., 1996).

Referente ao fator de impacto observou-se que os artigos com maiores indicadores foram os de Rosengard et al., (2019) com o índice de 15.916 e o de Hamilton et al., (2019) com o índice de 13.655. Os artigos que apresentaram os menores índices menores foram Oruç, Gülseren, Kusbeci, e Özbulut, (2017) com 0.430 e Aydın et al., (2018); Ipekcioglu et al., (2018);

Kilic, Ozturk, e Gozcelioglu, (2017) com 0.476. Ressalta-se que não foram encontrados índices para os artigos de Balaban et al., (2018); Herold et al., (2017); Levy et al., (2018); Mora-Castañeda et al., (2018); Zhang et al., (2018) por meio da ferramenta utilizada.

Foi realizada a avaliação da qualidade de sete estudos clínicos randomizados, apresentados na sequência. O estudo que melhor pontou na escala foi o de Javadi et al., (2018) totalizando três pontos. As pesquisas de Kuo et al., (2018), Thomas et al., (2018) e Yildirim et al., (2018) obtiveram dois pontos. Enquanto que os estudos de Sabharwal et al., (2017) (Ypontos), Grant et al., (2017) e Bolu et al., (2019) atingiram apenas um ponto. Na análise realizada pelos pesquisadores nenhum dos estudos obtiveram pontos extras. Apesar de outros estudos terem desenvolvido intervenções e possuírem um delineamento longitudinal, não foram encontrados dados referentes ao processo de randomização, além dos descritos anteriormente.

Em relação ao objetivo do uso dos escores da SAPS e da SANS, pode-se observar que os estudos utilizaram as escalas para verificar a intensidade da sintomatologia clínica dos participantes (Balaban et al., 2018; Fox et al., 2017; Herbsleb et al., 2018; Herold et al., 2017), para realizar correlações, com outras variáveis cognitivas, como fluência verbal (Brébion et al., 2018; Thomas et al., 2018). As escalas também foram utilizadas para verificar o efeito de medicamentos (Bolu et al., 2019; Javadi et al., 2018; Kilic et al., 2017) e de outras intervenções (Adery et al., 2018; Grant et al., 2017; Ipekcioglu et al., 2018; Joshi et al., 2018; Levy et al., 2018; Rosengard et al., 2019; Thomas et al., 2018).

A SANS e a SAPS foram desenvolvidas para avaliar os sintomas positivos e negativos, bem como a gravidade desses (Andresen, Flaum, Arndt, & Alliger, 1991). Porém, elas não contemplavam os fatores psicossociais e cognitivos dos indivíduos (Kumari et al., 2017). Assim, para abranger esses aspectos, dois estudos buscaram correlacionar a sintomatologia clínica dos indivíduos com o funcionamento cognitivo (Kuo et al., 2018; Soni et al., 2018), enquanto outro correlacionou a sintomatologia com a resiliência dos participantes (Poloni et al., 2018).

Apresenta-se como uma limitação desta revisão sistemática a dificuldade de avaliar a qualidade dos artigos, pois apresentavam métodos heterogêneos, impedindo a utilização de escalas padronizadas para a avaliação de todos os artigos. Outra limitação está relacionada ao fato de não ter sido utilizados trabalhos publicados em outras línguas, além inglesa, portuguesa e espanhola. Tal aspecto pode gerar um viés no cenário da aplicabilidade das escalas. Compreende-se que o fato de não terem sido localizados artigos brasileiros, reforça a importância de construir estudos de validade e fidedignidade da SANS e da SAPS para população brasileira. Em estudos futuros, sugere-se contemplar outros idiomas com a finalidade de encontrar outros contextos de uso das escalas.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

- Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 417–428. doi:10.3109/09540261.2010.515205
- Adery, L. H., Ichinose, M., Torregrossa, L. J., Wade, J., Nichols, H., Bekele, E., Park, S. (2018). The acceptability and feasibility of a novel virtual reality based social skills training game for schizophrenia: Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 270, 496–502. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2018.10.014
- Akbey, Z. Y., Yildiz, M., & Gündüz, N. (2019). Is There Any Association Between Childhood Traumatic Experiences, Dissociation and Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients?

- Psychiatry Investigation*, 16(5), 346–354. doi:10.30773/pi.2019.02.10.2
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5th ed.).
- Andersson, J. K., Rööser, B., & Karlsson, J. (2018). Level of evidence in wrist ligament repair and reconstruction research: a systematic review. *Journal of Experimental Orthopaedics*, 5(1). doi:10.1186/s40634-018-0135-7
- Andreasen, N. (1983). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, IA.
- Andreasen, N. (1984). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City, IA.
- Andresen, N., Flaum, M., Arndt, S., & Alliger, R. (1991). Negative Versus Positive Schizophrenia. In A. Marneros, N. C. Andreasen, & M. T. Tsuang (Eds.), *Negative vs Positive Schizophrenia*. doi:10.1007/978-3-642-76841-5
- Aydın, N., Aytaç, H. M., Yazıcı, E., Yılmaz, D., Çetinay Aydın, P., Yüksel Yalçın, G., Özer, A. (2018a). Rediscovery of penicillin of psychiatry: haloperidol decanoate. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. doi:10.1080/24750573.2018.1533190
- Balaban, O. D., Atagun, M. I., & Ozguven, H. D. (2018). Information processing abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(2), 135–147. doi:10.5350/DAJPN2018310202
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Tojeiro-Roce, J. G. de, García-Polavieja, B., Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 244–254. doi:10.1016/j.rpsm.2016.01.007
- Berra, S., Elorza-Ricart, J. M., Estrada, M. D., & Sánchez, E. (2008). Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 492-497.

- Birnbaum, M. L., Wan, C. R., Broussard, B., & Compton, M. T. (2017). Associations between duration of untreated psychosis and domains of positive and negative symptoms. *Early Intervention in Psychiatry, 11*(5), 375–382. doi:10.1111/eip.12256
- Bolu, A., Aydın, M. S., Akgün, A., Coşkun, A., Garip, B., Öznur, T., Uzun, Ö. (2019). Serum Levels of High Sensitivity C-reactive Protein in Drug-naïve First-episode Psychosis and Acute Exacerbation of Schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 17*(2), 244–249. doi:10.9758/cpn.2019.17.2.244
- Bose, A., Shivakumar, V., Agarwal, S. M., Kalmady, S. V., Shenoy, S., Sreeraj, V. S., Venkatasubramanian, G. (2018). Efficacy of fronto-temporal transcranial direct current stimulation for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A randomized, double-blind, sham-controlled study. *Schizophrenia Research, 195*, 475–480. doi:10.1016/j.schres.2017.08.047
- Brébion, G., Stephan-Otto, C., Ochoa, S., Nieto, L., Contel, M., & Usall, J. (2018). Verbal fluency in male and female schizophrenia patients: Different patterns of association with processing speed, working memory span, and clinical symptoms. *Neuropsychology, 32*(1), 65–76. doi:10.1037/neu0000394
- Bulut, S. D., Bulut, S., Gundogmus, A. G., & Aydemir, C. (2018). Serum DHEA-S, Testosterone and Cortisol Levels in Female Patients with Schizophrenia. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets, 18*(4), 348–354. doi:10.2174/1871530318666180212102128
- Craddock, K. E. S., Zhou, X., Liu, S., Gochman, P., Dickinson, D., & Rapoport, J. L. (2018). Symptom dimensions and subgroups in childhood-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research, 197*, 71–77. doi:10.1016/j.schres.2017.10.045
- Fox, J. M., Abram, S. V., Reilly, J. L., Eack, S., Goldman, M. B., Csernansky, J. G., Smith, M. J. (2017). Default mode functional connectivity is associated with social functioning in

- schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 392–405.
doi:10.1037/abn0000253
- Frías, V. M., Fortuny, J. R., Guzmán, S., Santamaría, P., Martínez, M., & Pérez, V. (2018). Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. *Enfermería Clínica*, 28(2), 111–117. doi:10.1016/j.enfcli.2017.05.007
- Gallagher, B. J., & Jones, B. J. (2017). Early-onset schizophrenia: Symptoms and social class of origin. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 492–497.
doi:10.1177/0020764017719302
- Galletti, C., Paolini, E., Tortorella, A., & Compton, M. T. (2017). Auditory and non-auditory hallucinations in first-episode psychosis: Differential associations with diverse clinical features. *Psychiatry Research*, 254, 268–274. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.056
- García, J., Sánchez, R., López, C. A., Ospina, J., Montoya, G. J., Palacio, C. A., González, A. (2003). Inferencias fenomenológicas y nosológicas en la esquizofrenia a partir de la validación de las escalas de síntomas positivos (SAPS) y de síntomas negativos (SANS) en Colombia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 66, pp. 195–214.
- Grant, P. M., Bredemeier, K., & Beck, A. T. (2017). Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 68, 997–1002. doi:10.1176/appi.ps.201600413
- Haji Seyed Javadi, A., Shafikhani, A. A., Zamir, S. M., & Khanshir, Z. F. (2018). Evaluation of the Effect of Fluvoxamine in Patients With Schizophrenia Under Risperidone Treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 38(2), 119–124.
doi:10.1097/JCP.0000000000000850
- Hall, M.-H., Holton, K. M., Öngür, D., Montrose, D., & Keshavan, M. S. (2019). Longitudinal trajectory of early functional recovery in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*. doi:10.1016/j.schres.2019.02.003

- Hamilton, H. K., Williams, T. J., Ventura, J., Jasperse, L. J., Owens, E. M., Miller, G. A., Yee, C. M. (2018). Clinical and Cognitive Significance of Auditory Sensory Processing Deficits in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *175*(3), 275–283. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16111203
- Herbsleb, M., Schumann, A., Malchow, B., Puta, C., Schulze, P. C., Gabriel, H. W., & Bär, K. J. (2018). Chronotropic incompetence of the heart is associated with exercise intolerance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *197*, 162–169. doi:10.1016/j.schres.2018.02.020
- Herold, C. J., Schmid, L. A., Lässer, M. M., Seidl, U., & Schröder, J. (2017). Cognitive Performance in Patients with Chronic Schizophrenia Across the Lifespan. *GeroPsych*, *30*(1), 35–44. doi:10.1024/1662-9647/a000164
- Ipekcioglu, D., Yazar, M. S., Canbek, O., Yuksel, O., Meterelliyoz, K. S., & Inem, M. C. (2018). Electroconvulsive therapy combined with antipsychotic therapy in the treatment of acute schizophrenia inpatients: symptom profile of the clinical response. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *28*(4), 363–370. doi:10.1080/24750573.2018.1446729
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, *17*(1), 1–12. doi:10.1016/0197-2456(95)00134-4
- Javadi, A. H. S., Shafikhani, A. A., Zamir, S. M., & Khanshir, Z. F. (2018). Evaluation of the Effect of Fluvoxamine in Patients with Schizophrenia under Risperidone Treatment: A Clinical Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *38*(2), 119–124. doi:10.1097/JCP.0000000000000850
- Joshi, Y. B., Breitenstein, B., Tarasenko, M., Thomas, M. L., Chang, W.-L., Sprock, J., Light, G. A. (2018). Mismatch negativity impairment is associated with deficits in identifying real-

- world environmental sounds in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 191, 5–9.
doi:10.1016/j.schres.2017.05.020
- Keefe, R. S. E., Eesley, C. E., & Poe, M. P. (2005). Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 57(6), 688–691.
doi:10.1016/j.biopsych.2005.01.003
- Keefe, R. S. E., & Fenton, W. S. (2007). How Should DSM-V Criteria for Schizophrenia Include Cognitive Impairment? *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 912–920.
doi:10.1093/schbul/sbm046
- Kilic, O., Ozturk, M., & Gozcelioglu, E. (2017). Tropicamide ophthalmic solution reduces clozapine-induced sialorrhea: a case report. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(4), 431–434. doi:10.1080/24750573.2017.1347601
- Kumari, S., Malik, M., Florival, C., Manalai, P., & Sonje, S. (2017). An Assessment of Five (PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CGI-SCH) commonly used Symptoms Rating Scales in Schizophrenia and Comparison to Newer Scales (CAINS, BNSS). *Journal of Addiction Research & Therapy*, 08(03). doi:10.4172/2155-6105.1000324
- Kuo, S. S., Almasy, L., Gur, R. C., Prasad, K., Roalf, D. R., Gur, R. E., Pogue-Geile, M. F. (2018). Cognition and community functioning in schizophrenia: The nature of the relationship. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 216–227. doi:10.1037/abn0000326
- Levy, E., Mustafa, S., Naveed, K., & Joobar, R. (2018). Effectiveness of Community Treatment Order in Patients with a First Episode of Psychosis: A Mirror-Image Study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(11), 766–773.
doi:10.1177/0706743718777389
- Lyne, J., Joobar, R., Schmitz, N., Lepage, M., & Malla, A. (2017). Duration of active psychosis and first-episode psychosis negative symptoms. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(1), 63–71. doi:10.1111/eip.12217

- Mora-Castañeda, B., Márquez-González, M., Fernández-Liria, A., de la Espriella, R., Torres, N., & Borrero, Á. A. (2018). Clinical and demographic variables associated with coping and the burden of caregivers of schizophrenia patients. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed.)*, *47*(1), 13–20. doi:10.1016/j.rcpeng.2017.12.001
- Nuri, N. N., Sarker, M., Ahmed, H. U., Hossain, M. D., Dureab, F., Agbozo, F., & Jahn, A. (2019). Overall Care-Seeking Pattern and Gender Disparity at a Specialized Mental Hospital in Bangladesh. *Materia Socio-Medica*, *31*(1), 35–39. doi:10.5455/msm.2019.31.35-39
- Oruç, S., Gülseren, G., Kusbeci, O. Y., & Özbulut, O. (2017). An evaluation of neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease patients. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, *20*(7), 900–904. doi:10.4103/1119-3077.212453
- Poloni, N., Zizolfi, D., Ielmini, M., Pagani, R., Caselli, I., Diurni, M., Callegari, C. (2018). A naturalistic study on the relationship among resilient factors, psychiatric symptoms, and psychosocial functioning in a sample of residential patients with psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 123–131. doi:10.2147/PRBM.S159571
- Riel, H., Lee, J. B., Fisher, D. J., & Tibbo, P. G. (2019). Sex differences in event-related potential (ERP) waveforms of primary psychotic disorders: A systematic review. *International Journal of Psychophysiology*, (January), 0–1. doi:10.1016/j.ijpsycho.2019.02.006
- Rosengard, R. J., Malla, A., Mustafa, S., Iyer, S. N., Joobar, R., Bodnar, M., Shah, J. L. (2019). Association of Pre-onset Subthreshold Psychotic Symptoms with Longitudinal Outcomes during Treatment of a First Episode of Psychosis. *JAMA Psychiatry*, *76*(1), doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.2552
- Sabharwal, A., Kotov, R., Szekely, A., Leung, H.-C., Barch, D. M., & Mohanty, A. (2017). Neural markers of emotional face perception across psychotic disorders and general

- population. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 663–678.
doi:10.1037/abn0000279
- Sampaio, L. R. L., Sousa, R. D. F. de, Mendonça, F. A. da C., Nascimento, S. da S., Martins, F. G., Alves, C. R. C., Sampaio, L. L. (2016). Perfil socioeconômico, nutricional e fatores de risco cardiometabólico de pacientes esquizofrênicos em uso de antipsicóticos: uma reflexão para intervenção nutricional. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 29(1), 60–67. doi:10.5020/18061230.2016.p60
- Seeman, M. V. (2019). Does Gender Influence Outcome in Schizophrenia? *Psychiatric Quarterly*, 90(1), 173–184. doi:10.1007/s11126-018-9619-y
- Soni, S., Muthukrishnan, S. P., Sood, M., Kaur, S., Mehta, N., & Sharma, R. (2018). A novel method for assessing patients with schizophrenia and their first-degree relatives by increasing cognitive load of visuo-spatial working memory. *Asia-Pacific Psychiatry*, 10(4), e12333. doi:10.1111/appy.12333
- Thomas, M. L., Bismark, A. W., Joshi, Y. B., Tarasenko, M., Treichler, E. B. H., Hochberger, W. C., Light, G. A. (2018). Targeted cognitive training improves auditory and verbal outcomes among treatment refractory schizophrenia patients mandated to residential care. *Schizophrenia Research*, 202, 378–384. doi:10.1016/J.SCHRES.2018.07.025
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 604–608. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.012
- Yildirim, M. H., Yildirim, E. A., Carpar, E., Coskun, T., Ipekcioglu, D., & Canturk, G. (2018). Hand functions in patients with schizophrenia: A clinical comparison with bipolar disorder and healthy subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 53–58. doi:10.1016/j.comppsy.2018.08.009
- Zanelli, J., Mollon, J., Sandin, S., Morgan, C., Dazzan, P., Pilecka, I., Reichenberg, A. (2019).

- Cognitive Change in Schizophrenia and Other Psychoses in the Decade Following the First Episode. *American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/appi.ajp.2019.18091088
- Zhang, L., Ran, X., Li, T., Ku, Y., Liu, L., Huang, T., & Yan, W. (2018). Analysis of influencing factors of visual working memory in young adult patients with schizophrenia. *General Psychiatry*, 31(3). doi:0.1136/gpsych-2018-100036
- Zheng, W., Wang, S., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Yang, X.-H., Gu, Y.-H., Xiang, Y.-T. (2017). Amantadine for Antipsychotic-Related Weight Gain. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(3), 341–346. doi:10.1097/jcp.0000000000000598
- Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., & Koller, S. H. (2014). Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 30(1), 97-104.

6 Seção Empírica

6.1 Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Translation and transcultural adaptation to Brazilian Portuguese

Submissão – Revista Psicología desde el Caribe (Apêndice C).

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Translation and transcultural adaptation to Brazilian Portuguese

Abstract:

The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) evaluates negative symptoms such as affective blunting, alogia, avolition-apathy, anhedonia and attention in people with psychotic manifestations. The study aimed to translate and culturally adapt the SANS scale into Brazilian Portuguese. The construction of the work was divided into two main stages: 1) Translation and adaptation of the instrument, and 2) Content validity index. Eleven professionals in the field of mental health with extensive experience participated in the study. The results showed that all SANS items had levels of agreement above 81.8%. Regarding the content validity index, all topics presented scores between 0.64 and 1.00, indicating appropriate levels. Finally, the scale presented a high concordance level among the assessors; content validity indexes suggest that the scale is adequate for clinical use, and it is necessary to elaborate studies that verify other psychometric qualities of the instrument. **Keywords:** Negative symptoms; schizophrenia spectrum; translation and cross-cultural adaptation.

Resumen:

La Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS, por sus siglas en inglés) evalúa los síntomas negativos, como el embotamiento afectivo, la alogía, la apatía de avolición, la anhedonia y la atención en personas con manifestaciones psicóticas. Este estudio tuvo como objetivo traducir y adaptar culturalmente la escala SANS para el portugués brasileño. La construcción de la obra se dividió en dos etapas principales: 1) Traducción y adaptación del instrumento; y 2) índice de validez de contenido. Once profesionales de la salud mental con amplia experiencia participaron en la investigación. Los resultados mostraron que todos los elementos de SANS obtuvieron niveles de acuerdo por encima de 81,8%. Respecto a los índices de validez de contenido, todos los temas presentados puntúan entre 0,64 y 1,00, indicando niveles adecuados. Finalmente, se puede concluir que la escala mostró un alto nivel de acuerdo entre los evaluadores, y los índices de validez de contenido sugieren que la escala es adecuada para uso clínico, y es necesario construir estudios que verifiquen otras cualidades psicométricas del instrumento. **Palabras-clave:** Síntomas negativos; Espectro de la esquizofrenia; Traducción y adaptación intercultural.

Introduction

Different scales evaluate the symptomatology of individuals diagnosed with the schizophrenia spectrum and other psychotic disorders (Elkis & Buckley, 2016). In the Brazilian context, some scales evaluate negative and positive symptoms of psychotic manifestations, such as the Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). However, the PANSS is the only exclusive scale for evaluating these symptoms.

Studies can benefit from the combined use of different scales (Gallagher & Jones, 2017; Herbsleb et al., 2018). Thus, it is necessary to have instruments that specifically measure negative symptoms and to update them to the DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) criteria.

The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) can be used by public and/or private mental health professionals to develop diagnostic criteria and define objectives and methods for follow up patients with negative psychotic symptoms. SANS main applications are: 1. To evaluate and indicate the following therapy; 2. To create an assessment system that improves the diagnoses based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5 (APA, 2014), and the International Classification of Diseases - ICD-10 (World Health Organization [WHO], 2018); and 3. To allow monitoring and evaluation of changes in the patient during the therapeutic process.

In this context, the creation of the SANS scale original purpose was the development of an instrument that would allow more detailed assessments of severe symptoms, focusing on accurate diagnosis and the clinical process monitoring (Andreasen, 1983). The SANS is divided into five symptom categories: 1) affective blunting; 2) alogia; 3) avolition-apathy; 4) anhedonia; and 5) attention. Affective blunting consists of diminished emotional expression. Alogia is perceived by the reduced production of speech. Avolition is the reduction of voluntary activities.

The individual may be sited for long periods and show off little interest in participating in professional or social activities. Anhedonia is the impaired ability to have pleasure as from positive stimuli, or degradation of recalling the pleasure previously experienced. Attention can be described as the ability to focus on an activity (APA, 2014).

Sayers and Curran (1996) evaluated 457 people to test the SANS structure: 350 people diagnosed with schizophrenia, 29 schizophreniform and 78 schizoaffective. The assessment was completed in two moments: time 1 (patients between 2 and 4 weeks after the psychotic crisis); and time 2 (patients between 3 and 6 months after the crisis). Following the SANS administration at both times, the researchers suggested some changes to make the scale more cohesive. Besides, they underlined the scale fundamental role in the accurate assessment of psychopathology negative symptoms, assisting in the treatment of schizophrenia as well.

Therefore, the relevance of using scales in the clinical context justifies the Brazilian version of SANS creating. Studies comparing the effectiveness of different instruments for assessing psychotic patients suggest positive correlations between the data. However, there is a lack of scales in Brazil that exclusively evaluate negative symptoms of psychotic conditions (Preda et al., 2018). In this perspective, this article aimed to translate and culturally adapt SANS to Brazilian Portuguese.

Method

The procedure adopted for the SANS scale translation and cultural adaptation was a combination of the techniques suggested/used by Borsa, Damásio, and Bandeira (2012), Cassepp-Borges, Balbinotti, and Teodoro (2010), Gjersing, Caplehorn, and Clausen (2010), Hungerbünler and Wang (2016), and Paiano, Teixeira, Cantiere, Efstratopoulou, and Carreiro (2019). According to Borsa et al. (2012), there is no consensus on the cultural adaptation of

instruments procedure, since this process depends on the instrument characteristics, the application context and the particularities of the target population. Thus, the process was divided into two stages: 1) Translation and cross-cultural adaptation; and 2) Content validity index.

Step 1: Translation and Cross-Cultural Adaptation

The translation process was carried out as follows: First, the English original scale was translated into Portuguese by two independent translators, fluent in Portuguese, with extensive knowledge of the English language, resulting in two different versions. Subsequently, these translations were synthesized by a third independent translator and analyzed by an expert committee.

Afterward, the target population (mental health professionals) evaluated the instrument. At this stage, participants discussed all SANS items, investigating their suitability for Brazilian Portuguese. Subsequently, adjustments were made to the instrument, based on a consensus of ideas suggested by the target population, the translators and the expert committee. From that, a scale reverse translation was developed by two new independent translators, fluent in the English language and with extensive knowledge of Brazilian Portuguese. Finally, the reverse translation was sent to the author of the original SANS scale to ensure that the content kept the same meaning as the original.

Step 2: Content Validity Index

The reverse translation was accepted by the author of the original SANS scale. After that, the Portuguese version was applied to study the content validity index. Eleven mental health professionals (psychologists and psychiatrists) participated in this phase. Data collection was performed through Qualtrics Survey Software. Answers were computed using the formula $RVC = (ne - N / 2) / (N / 2)$ (ne = number of assessors who scored the item as essential; N = total

number of assessors). This formula is widely used for this type of analyze (Ayre & Scally, 2014; Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015) and calculates the content validity index of each item (Lawshe, 1975).

Instruments

Assessors Data Questionnaire: Investigated the following variables: age, gender, education level (undergraduate, specialization, master's or doctorate) and time since graduation.

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Consisting of 24 items, which evaluate 5 different domains: 1) affective blunting (items 1 to 7); 2) alogia (item 8 to 12); 3) avolition-apathy (items 13 to 16); 4) anhedonia (items 17 to 21); and 5) attention (items 22 to 24).

Data Analysis Procedure

Data were organized and analyzed in a database, using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 23 for Windows. Absolute and relative frequencies were used to describe qualitative variables and mean and standard deviation for quantitative variables.

Ethical procedures

The work complies with all directives and regulatory rules that involve research with human beings, provided for National Health Council Resolutions 466/2012 and 510/2016 (Brazil, 2012; Brazil, 2016). The researchers adopted all ethical care required to guarantee participants anonymity. The data processing and findings disclosure were preserved to avoid damaging the participants. The research was submitted and approved by an Ethical Research Committee, recognized by the National Health Council (CNS) under the number CAAE: 65471317.2.0000.5336.

The individuals were advised concerning the purposes of the research through the Free and Informed Consent (TCLE), which contained the objectives and procedures of the research and the anonymity guarantee. The document was signed by all the participants, who voluntarily accepted to participate in the study.

Results

The sample consisted of ten professionals from psychology and 1 from medicine, six of them earned a doctorate and five earned a master's degree. These professionals work in different areas such as clinical office, teaching, and mental health units. Most of the statements obtained a high index of content validity among the judges (Table 1). The results indicate that 15 items obtained CVI = 1.00, six items CVI = 0.82 and only three items CVI = 0.64.

The judges' answers pointed out that approximately 63% of the topics did not require changes, indicating an adequate level of agreement. The experts' committee suggested minor changes to the other topics, aiming to better adjust to the Brazilian context. Participants did not suggest remove any of the items from the original scale.

Table 1
SANS items, CVI and agreement percentage (%).

<i>Original</i>	<i>Translation</i>	CVI	%
1. Unchanging Facial Expression: <i>The patient's face appears wooden-changes less than expected as emotional content of discourse changes.</i>	1. Expressão facial invariável: A expressão facial não muda conforme o conteúdo emocional do discurso.	1,00	100%
2. Decreased Spontaneous Movements: <i>The patient shows few or no spontaneous movements, does not shift position, move extremities, etc.</i>	2. Diminuição dos movimentos espontâneos: Demonstra pouco ou nenhum movimento espontâneo, não muda de posição, não mexe as extremidades do seu corpo, etc.	1,00	100%
3. Paucity of Expressive Gestures: <i>The patient does not use hand gestures or body position as an aid in expressing his ideas.</i>	3. Escassez de gestos expressivos: o paciente não faz gestos com as mãos ou utiliza o corpo como forma de expressão de suas ideias.	0,82	90,9%

<p>4. Poor Eye Contact: <i>The patient avoids eye contact or "stares through" interviewer even when speaking.</i></p>	<p>4. Pouco contato visual: evita o contato visual ou "olha através" do entrevistador, mesmo quando fala.</p>	0,64	81,8%
<p>5. Affective Nonresponsivity: <i>The patient fails to laugh or smile when prompted.</i></p>	<p>5. Baixa responsividade afetiva: Não apresenta reações emocionais adequadas, como sorrir em momentos esperados.</p>	0,82	90,9%
<p>6. Lack of Vocal Inflections: <i>The patient fails to show normal vocal emphasis patterns, is often monotonic.</i></p>	<p>6. Ausência de entonação vocal: Não apresenta padrões normais de ênfase vocal, costuma manter um único tom vocal.</p>	0,82	90,9%
<p>7. Global Rating of Affective Flattening: <i>This rating should focus on overall severity of symptoms, especially unresponsiveness, inappropriateness and an overall decrease in emotional intensity.</i></p>	<p>7. Avaliação global do embotamento afetivo: Esta avaliação deve se concentrar na gravidade geral dos sintomas, especialmente falta de responsividade, de contato visual, de expressão facial e de entonação vocal.</p>	0,64	81,8%
<p>8. Poverty of Speech: <i>The patient's replies to questions are restricted in amount, tend to be brief, concrete, unelaborated.</i></p>	<p>8. Pobreza de fala: As respostas às questões são curtas, pobres em vocabulário, concretas e não elaboradas.</p>	1,00	100%
<p>9. Poverty of Content of Speech: <i>The patient's replies are adequate in amount but tend to be vague, over concrete or over generalized, and convey little in information.</i></p>	<p>9. Pobreza de conteúdo de fala: As respostas são referentes ao que foi perguntado, mas tendem a ser vagas, concretas ou generalizadas demais, transmitindo poucas informações.</p>	1,00	100%
<p>10. Blocking: <i>The patient indicates, either spontaneously or with prompting, that his train of thought was interrupted.</i></p>	<p>10. Bloqueio: Indica, de forma espontânea ou quando induzido, que seu fluxo de pensamento foi interrompido.</p>	0,64	81,8%
<p>11. Increased Latency of Response: <i>The patient takes a long time to reply to questions, prompting indicates the patient is aware of the question.</i></p>	<p>11. Maior latência de resposta: Demora para responder às perguntas espontaneamente, mesmo estando ciente delas.</p>	1,00	100%
<p>12. Global Rating of Alogia: <i>The core features of alogia are poverty of speech and poverty of content.</i></p>	<p>12. Avaliação global da alogia: As características fundamentais da alogia são a pobreza da fala e do conteúdo do discurso, fala fora do contexto e disfuncional.</p>	0,82	90,9%
<p>13. Grooming and Hygiene: <i>The patient's clothes may be sloppy or soiled, and he may have greasy hair, body odor, etc.</i></p>	<p>13. Cuidados pessoais e higiene: As roupas podem estar desarrumadas ou sujas, pode ter o cabelo sujo, odor corporal, etc.</p>	1,00	100%
<p>14. Inperistence at Work or School: <i>The patient has difficulty seeking or maintaining employment, completing school work, keeping house, etc. If an inpatient, cannot persist at ward activities, such as OT, playing cards, etc.</i></p>	<p>14. Falta de persistência no trabalho ou na escola: Tem dificuldade para procurar ou se manter em um emprego, concluir trabalhos escolares, cuidar da casa, etc. Se estiver internado, não tem persistência para realizar atividades oferecidas na clínica ou local de internação.</p>	1,00	100%
<p>15. Physical Anergia: <i>The patient tends to be physically inert. He may sit for hours and not initiate spontaneous activity.</i></p>	<p>15. Falta de energia física (astenia): Tende a estar fisicamente inerte. Pode ficar sentado por horas e não iniciar qualquer atividade espontânea.</p>	1,00	100%

16. Global Rating of Avolition/Apathy: <i>Strong weight may be given to one or two prominent symptoms if particularly striking.</i>	16. Avaliação global de avolição-apatia: A intensidade da apatia pode ser explicada por um ou dois sintomas especialmente fortes.	1,00	100%
17. Recreational Interests and Activities: <i>The patient may have few or no interests. Both the quality and quantity of interests should be taken into account.</i>	17. Interesses e atividades recreativas: Pode ter pouco ou nenhum interesse. Tanto a qualidade quanto a quantidade de seus interesses devem ser levados em conta.	1,00	100%
18. Sexual Activity: <i>The patient may show decrease in sexual interest and activity, or no enjoyment when active.</i>	18. Atividade sexual: Pode demonstrar diminuição ou desinteresse por ela, ou nenhum prazer quando a realiza.	1,00	100%
19. Ability to Feel Intimacy and Closeness: <i>The patient may display an inability to form close or intimate relationships.</i>	19. Capacidade de sentir intimidade e proximidade: Pode se mostrar incapaz de ter relacionamentos próximos ou íntimos.	1,00	100%
20. Relationships with Friends and Peers: <i>The patient may have few or no friends and may prefer to spend all his time isolated.</i>	20. Relacionamentos com amigos e colegas: Pode ter poucos ou nenhum amigo, preferindo permanecer isolado.	1,00	100%
21. Global Rating of Anhedonia/Asociality: <i>This rating should reflect overall severity, taking into account the patient's age, family status, etc.</i>	21. Avaliação global de anedonia-não sociabilidade: Esta avaliação deve refletir a gravidade geral, levando em conta a idade da pessoa, a situação familiar, bem como o contexto cultural.	0,82	90,9%
22. Social Inattentiveness: <i>The patient appears uninvolved or unengaged. He may seem "spacey".</i>	22. Desatenção social: Parece desinteressado e descomprometido. Pode se mostrar "aéreo".	1,00	100%
23. Inattentiveness During Mental Status: <i>Testing Refer to tests of "serial 7s" (atleast five subtractions) and spelling "world" backwards.</i>	23. Desatenção durante o exame do estado mental: Testes de "séries de 7" (cinco subtrações). Pontuação: 0 = nenhum erro; 1 = 1 erro; 2 = 2 erros; 3 = 3 erros; 4 = 4 erros; 5 = 5 erros. E também soletrar "MUNDO" de trás para frente "ODNUM".	1,00	100%
24. Global Rating of Attention: <i>This rating should assess the patient's overall concentration, both clinically and on tests.</i>	24. Avaliação global da atenção: Esta avaliação deve incluir a concentração geral da pessoa, do ponto de vista clínico e em testes.	0,82	90,9%

Note: CVI = content validity index.

Discussion

This research performed the translation and transcultural adaptation of SANS – scale for the evaluation of negative symptoms in psychotic pictures – to Brazilian Portuguese. The results

indicate that most of the items on the scale did not require changes. The majority of the suggestions were the replacement of words by their synonyms, for better understanding and adaptation to Brazilian Portuguese.

The researchers consulted 11 mental health professionals with extensive experience in the subject, as well as in similar studies (Barchi-Ferreira et al., 2019). There is no consensus on how many specialists should evaluate an instrument. However, the literature indicates at least two evaluators and not much more than ten (Damásio & Borsa, 2018). The questionnaire answered by the participants was designed in a dichotomous form ("yes" and "no"), which could limit the responses. Thus, the researchers offered a blank space, available for the detailed deliberation of each statement. This procedure helped to reduce bias when assessing agreement in the adaptation process (Gisev, Bell, & Chen, 2013).

Most of the items performed well among the evaluators. Only three of them undergone translation adjustments. Levels of agreement among the reviewers were higher than 81.8% across all SANS statements. The literature indicates that the degree of agreement above 80% is considered excellent (Cardoso et al., 2019; Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015).

The theory shows that when 11 evaluators are included, the CVI should be higher than 0.59 (Lawshe, 1975; Hutz et al., 2015). The findings indicate that all items had CVI upper than required by the literature. Besides that, none of SANS's statements presented a score suggesting its withdrawal from the in the Brazilian version of the scale. Thereby, the final version remained with the same amount of items of the original. The SANS version for the Brazilian population was formulated using systematized procedures. The instrument fills a gap in the process of assessing negative symptoms of individuals with psychotic conditions, collaborating for clinical and research evaluation.

Acknowledgment

This study was supported by the Coordination of Improvement of Higher Education Staff (CAPES).

References

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª Edição). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andreasen, N. (1983). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, EUA: University of Iowa Press.
- Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 79-86. doi: 10.1177/0748175613513808
- Barchi-Ferreira, A. M., Loureiro, S. R., Torres, A. R., Silva, T. D. A. da., Moreno, A. L., Sousa, D. A. de., ... & Osório, F. L. (2019). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): cross-cultural adaptation and content validity in the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 00(0), 1-4. doi: 10.1590/2237-6089-2018-0098
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Brasil. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

- Cardoso, M. C. L. R., Santos, A. S. F., Fonseca, A. D. G., Silva-Junior, R. F. da., Carvalho, P. D. de., & Martins, A. M. E. de B. L. (2019). Validade e confiabilidade da Escala de Avaliação da Alfabetização em Saúde quanto à adesão medicamentosa entre diabéticos. *Einstein (São Paulo)*, *17*(2), 1-9. doi: 10.31744/einstein_journal/2019ao4405
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali et al. (org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Damásio, B. F., & Borsa, J. C. (2018). *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*. São Paulo, SP: Vetor.
- Elkis, H., & Buckley, P. F. (2016). Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, *39*(2), 239-265. doi: 10.1016/j.psc.2016.01.006
- Gallagher, B. J., & Jones, B. J. (2017). Early-onset schizophrenia: Symptoms and social class of origin. *International Journal of Social Psychiatry*, *63*(6), 492–497. <https://doi.org/10.1177/0020764017719302>
- Gisev, N., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability: key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *9*(3), 330-338. doi: 10.1016/j.sapharm.2012.04.004
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(13), 1-10. doi: 10.1186/1471-2288-10-13
- Herbsleb, M., Schumann, A., Malchow, B., Puta, C., Schulze, P. C., Gabriel, H. W., & Bär, K.-J. (2018). Chronotropic incompetence of the heart is associated with exercise intolerance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *197*, 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.020>

- Hungerbünler, I., & Wang, Y. P. (2016). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. In *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (pp. 12-17). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria* (pp. 71-84). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *13*(2), 261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, *28*(4), 563-575. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
- Paiano, R., Teixeira, M. C. T. V., Cantiere, C. N., Efstratopoulou, M. A., & Carreiro, L. R. R. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the Motor Behavior Checklist (MBC) into Brazilian Portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *00*(0), 1-9. doi: 10.1590/2237-6089-2017-0104
- Preda, A., Nguyen, D. D., Bustillo, J. R., Belger, A., O'Leary, D. S., McEwen, S., ... & Potkin, S. G. (2018). A positive take on schizophrenia negative symptom scales: Converting scores between the SANS, NSA and SDS. *Schizophrenia Research*, *00*(0), 1-7. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.014
- Sayers, S. L., & Curran, P. J. (1996). Factor structure and construct validity of the Scale for the assessment of negative symptoms. *Psychological Assessment*, *8*(3), 269-280. doi: 1040.3590/96/\$3.00
- World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases (ICD-11)*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f405565289>

Apêndice 1

Escala para Avaliação de Sintomas Negativos (SANS)

Versão brasileira do “*Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*” da autora Nancy Andreasen.

Instrumento traduzido e adaptado por autor 1, autor 2, autor 3, autor 4, e autor 5.

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____

Data de Aplicação: ____/____/____

Prezado(a) profissional, na sequência há uma lista de itens que descrevem os sintomas negativos em quadros psicóticos. Por favor, leia cuidadosamente cada sintoma e marque o número correspondente.

0 = Nenhum 1 = Baixo 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Acentuado 5 = Grave						
Embotamento Afetivo						
1. Expressão facial invariável: A expressão facial não muda conforme o conteúdo emocional do discurso.	0	1	2	3	4	5
2. Diminuição dos movimentos espontâneos: Demonstra pouco ou nenhum movimento espontâneo, não muda de posição, não mexe as extremidades do seu corpo, etc.	0	1	2	3	4	5
3. Escassez de gestos expressivos: o paciente não faz gestos com as mãos ou utiliza o corpo como forma de expressão de suas ideias.	0	1	2	3	4	5
4. Pouco contato visual: evita o contato visual ou “olha através” do entrevistador, mesmo quando fala.	0	1	2	3	4	5
5. Baixa responsividade afetiva: Não apresenta reações emocionais adequadas, como sorrir em momentos esperados.	0	1	2	3	4	5
6. Ausência de entonação vocal: Não apresenta padrões normais de ênfase vocal, costuma manter um único tom vocal.	0	1	2	3	4	5
7. Avaliação global do embotamento afetivo: Esta avaliação deve se concentrar na gravidade geral dos sintomas, especialmente falta de responsividade, de contato visual, de expressão facial e de entonação vocal.	0	1	2	3	4	5

Alogia						
8. Pobreza de fala: As respostas às questões são curtas, pobres em vocabulário, concretas e não elaboradas.	0	1	2	3	4	5
9. Pobreza de conteúdo de fala: As respostas são referentes ao que foi perguntado, mas tendem a ser vagas, concretas ou generalizadas demais, transmitindo poucas informações.	0	1	2	3	4	5
10. Bloqueio: Indica, de forma espontânea ou quando induzido, que seu fluxo de pensamento foi interrompido.	0	1	2	3	4	5
11. Maior latência de resposta: Demora para responder às perguntas espontaneamente, mesmo estando ciente delas.	0	1	2	3	4	5
12. Avaliação global da alogia: As características fundamentais da alogia são a pobreza da fala e do conteúdo do discurso, fala fora do contexto e disfuncional.	0	1	2	3	4	5
Avolição - Apatia						
13. Cuidados pessoais e higiene: As roupas podem estar desarrumadas ou sujas, pode ter o cabelo sujo, odor corporal, etc.	0	1	2	3	4	5
14. Falta de persistência no trabalho ou na escola: Tem dificuldade para procurar ou se manter em um emprego, concluir trabalhos escolares, cuidar da casa, etc. Se estiver internado, não tem persistência para realizar atividades oferecidas na clínica ou local de internação.	0	1	2	3	4	5
15. Falta de energia física (astenia): Tende a estar fisicamente inerte. Pode ficar sentado por horas e não iniciar qualquer atividade espontânea.	0	1	2	3	4	5
16. Avaliação global de avolição-apatia: A intensidade da apatia pode ser explicada por um ou dois sintomas especialmente fortes.	0	1	2	3	4	5
Anedonia - Não sociabilidade						
17. Interesses e atividades recreativas: Pode ter pouco ou nenhum interesse. Tanto a qualidade quanto a quantidade de seus interesses devem ser levados em conta.	0	1	2	3	4	5
18. Atividade sexual: Pode demonstrar diminuição ou desinteresse por ela, ou nenhum prazer quando a realiza.	0	1	2	3	4	5
19. Capacidade de sentir intimidade e proximidade: Pode se mostrar incapaz de ter relacionamentos próximos ou íntimos.	0	1	2	3	4	5
20. Relacionamentos com amigos e colegas: Pode ter poucos ou nenhum amigo, preferindo permanecer isolado.	0	1	2	3	4	5
21. Avaliação global de anedonia-não sociabilidade: Esta avaliação deve refletir a gravidade geral, levando em conta a idade da pessoa, a situação	0	1	2	3	4	5

familiar, bem como o contexto cultural.						
Atenção						
22. Desatenção social: Parece desinteressado e descomprometido. Pode se mostrar "aéreo".	0	1	2	3	4	5
23. Desatenção durante o exame do estado mental: Testes de “séries de 7” (cinco subtrações). Pontuação: 0 = nenhum erro; 1 = 1 erro; 2 = 2 erros; 3 = 3 erros; 4 = 4 erros; 5 = 5 erros. E também soletrar “MUNDO” de trás para frente “ODNUM”.	0	1	2	3	4	5
24. Avaliação global da atenção: Esta avaliação deve incluir a concentração geral da pessoa, do ponto de vista clínico e em testes.	0	1	2	3	4	5

6.2 Scale for the Assessment of Positive Symptoms: tradução e adaptação ao português

Submissão – Revista Psicologia Saúde e Doenças (Apêndice C).

Scale for the Assessment of Positive Symptoms: translation and adjustment into portuguese

Resumo:

A *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) objetiva avaliar sintomas positivos, como alucinações, delírios, comportamento e pensamento desorganizado em indivíduos com manifestações psicóticas. O presente estudo teve como objetivo traduzir e adaptar culturalmente a escala SAPS para o português brasileiro. A construção do trabalho foi dividida em duas etapas: 1) Tradução e adaptação do instrumento; e 2) Cálculo do índice de validade de conteúdo. Participaram da pesquisa 11 profissionais com experiência na área de saúde mental. Os resultados apontaram níveis de compreensão dos itens da SAPS acima de 81,8%. Referente aos índices de validade de conteúdo, todos os tópicos apresentaram indicadores com medidas entre 0,64 e 1,00, sinalizando níveis adequados. Portanto, pode-se concluir que a escala SAPS está adequada para uso no Brasil, pois apresentou alto grau de concordância entre os avaliadores, e bons índices de validade de conteúdo. Sugerem-se novos estudos que verifiquem outras evidências de validade desse instrumento. **Palavras-chave:** Scale for the Assessment of Positive Symptoms; Sintomas psicóticos; SAPS.

Abstract:

Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) aims to evaluate positive symptoms, such as hallucinations, delusions, behavior and disorganized thinking among individuals with psychotic manifestations. The purpose of the current study was to translate and culturally fit the SAPS scale to Brazilian Portuguese. The task was divided into two stages: 1) Translation and adjustment of the instrument; 2) Calculation of content validity index. Eleven experienced professionals in the mental health area participated in the research. The results showed the level of understanding of SAPS items above 81.8%. Regarding content validity indices, all topics displayed indicators with levels between 0.64 and 1.00, signaling adequate positions. Therefore, it can be concluded that the SAPS scale is suitable for usage in Brazil, as it presented a high degree of agreement between the evaluators, and good content validity indices. In order to verify other evidences of validity of this instrument, further studies are suggested. **Keywords:** Scale for the Assessment of Positive Symptoms; psychotic symptoms; SAPS.

Introdução

A *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) foi construída por Nancy Coover Andreasen e publicada em 1984. O instrumento objetiva avaliar sintomas positivos em pacientes com manifestações psicóticas, nas áreas clínica e de pesquisa (Citrome, Norton, Chi-Burris, & Demos, 2018; Zuluaga et al., 2017). Embora amplamente utilizada no cenário internacional e com bons índices de confiabilidade, carece de estudos de tradução, adaptação transcultural e evidências de validade para o português do Brasil (Preda et al., 2018).

A SAPS auxilia na avaliação de efeitos de tratamentos medicamentosos (Buchanan et al., 2017; Malla et al., 2016), psicoterapêuticos (Grant, Bredemeier, & Beck, 2017) e intervenções não medicamentosas (Li et al., 2018) em indivíduos com sintomas psicóticos. Estudos envolvendo essa escala estão presentes em diferentes países, como Inglaterra (Citrome et al., 2018), Alemanha (Bopp, et al., 2017), Canadá (Malla et al., 2016), França (Karsinti et al., 2015) e Holanda (Lange et al., 2015). A SAPS é preenchida pelo avaliador, e oferece uma forma sistematizada e padronizada de obter uma estimativa objetiva dos sintomas positivos presentes no indivíduo, divididos em categorias próprias (Andreasen, 1984).

Em relação à apresentação da SAPS, está organizada em cinco fatores principais, que são: alucinações; delírios; comportamento motor grosseiramente desorganizado; transtorno do pensamento formal; e afeto inadequado. As alucinações são fenômenos que ocorrem por meio da percepção sensorial, na ausência de estímulo externo. Podem ser visuais, auditivas, olfativas, vestibulares, somáticas, entre outras. Os delírios são crenças irreais, que persistem mesmo diante de evidências conflitantes. Incluem uma variedade de temas como, de referências, persecutórios, somáticos, religiosos, de grandezas. O comportamento desorganizado pode ser observado em qualquer forma de conduta voluntária, que produz dificuldades no desempenho de atividades de vida diárias. O transtorno do pensamento é avaliado pelas alterações no discurso do indivíduo.

Por fim, o afeto inadequado diz respeito ao humor disfórico, como rir em situações que não há estímulo apropriado, e manifestações de ansiedade, raiva, depressão e sono (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Os manuais diagnósticos atuais possuem algumas limitações quanto a investigação de sintomas positivos em populações específicas, o que pode dificultar o processo de diagnóstico, tratamento e intervenção. Desta forma, a adaptação cultural e a obtenção de evidências de validade de certos instrumentos, como a SAPS, são necessárias, contribuindo para o fornecimento de informações mais precisas, sobre os sintomas positivos em determinadas populações, o que é útil e imprescindível para uma boa avaliação. Além disso, quando combinada a outros instrumentos padronizados, a SAPS pode auxiliar na elaboração de diagnóstico, no desenvolvimento de planos de tratamento mais adequados, e na avaliação dos resultados (Peters et al., 2016). Assim, este estudo teve por objetivo traduzir, adaptar culturalmente e obter evidências de validade de conteúdo da escala SAPS para a população brasileira.

Método

O procedimento adotado para a tradução e adaptação cultural da escala SAPS foi uma combinação dos métodos sugeridos/utilizados por Borsa, Damásio e Bandeira (2012), Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010); Gjersing, Caplehorn e Clausen (2010), Hungerbünler e Wang, (2016) e Paiano, Teixeira, Cantiere, Efstratopoulou e Carreiro (2019). Segundo Borsa et al. (2012), não existe consenso sobre a metodologia de adaptação cultural, uma vez que esse processo depende das características de cada instrumento, de seus contextos de aplicação e de particularidades da população-alvo. Os procedimentos deste trabalho foram divididos em duas etapas: Etapa 1: Tradução e adaptação transcultural; e Etapa 2: Índice de validade de conteúdo.

Etapa 1: Tradução e adaptação transcultural

O processo de tradução foi realizado da seguinte forma: A partir do instrumento original em inglês, foram feitas duas traduções para o português, por dois tradutores independentes, fluentes em português, com amplo domínio da língua inglesa. Após, foi elaborada a síntese dessas duas traduções da escala por um terceiro tradutor independente, juntamente com a consultoria de um comitê de *experts* (profissionais da psicologia). Esse comitê de *experts* foi composto por 4 psicólogas com mais de 20 anos de atuação na área de saúde mental, elas foram recrutadas por conveniência, e realizaram a avaliação da versão traduzida da escala.

Nesta fase, o comitê de *experts* discutiu sobre todos os itens da SAPS, investigando a adequabilidade ao português do Brasil. Na sequência, foram feitos ajustes no instrumento, com base em um consenso de ideias sugeridas pelos tradutores e do comitê de *experts*. A partir disso, o desenvolvimento da tradução reversa da escala, versão com as sugestões em português para o inglês, feita por dois novos tradutores independentes, fluentes na língua inglesa e com amplo domínio de português brasileiro. E, por fim a tradução reversa foi enviada para a autora da escala SAPS, com o intuito de assegurar que o conteúdo apresentado houvesse significado equivalente ao original.

Etapa 2: Índice de validade de conteúdo

Após o aceite da tradução reversa pela autora da escala SAPS original, a versão em português foi utilizada para a execução do estudo do índice de validade de conteúdo. A coleta de dados foi realizada por meio do *Qualtrics Survey Software*. As respostas foram computadas pela fórmula $RVC = (n_e - N/2) / (N/2)$ (n_e = número de avaliadores que indicou o item como essencial; N = número total de avaliadores) calculando o índice de validade de conteúdo de cada item (Lawshe, 1975), sendo amplamente utilizada para estas análises (Ayre & Scally, 2014; Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015).

Participantes da etapa de avaliação do índice de validade de conteúdo

Os participantes que contribuíram com a etapa de avaliação do índice de validade de conteúdo do instrumento foram dez profissionais com formação em psicologia e 1 em medicina (psiquiatria). Sendo eles, seis doutores e cinco mestres, com experiência em diferentes áreas como consultório, docência, e trabalho em unidades de saúde mental. O recrutamento foi realizado por conveniência mediante envio do formulário eletrônico para o preenchimento pelo profissional.

Instrumentos

Ficha de Dados dos Avaliadores (experts). Investigava as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade (graduação, especialização, mestrado ou doutorado) e tempo de formação.

Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Composta por 35 itens, que avaliam 5 domínios: 1) Alucinações (item 1 ao 7); 2) Delírios (item 8 ao 20); 3) Comportamento motor grosseiramente desorganizado (item 21 ao 25); 4) Transtorno do Pensamento Formal (item 26 ao 34); e 5) Afeto inadequado (item 35) (Andreasen, 1984).

Procedimento de análise de dados

Os dados foram organizados e analisados em um banco, criado no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23 para Windows. A descrição foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, e por média e desvio padrão para variáveis quantitativas.

Procedimentos éticos

O trabalho atende todas as diretrizes e normas regulamentadoras, envolvendo pesquisas com seres humanos, previstas nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 ambas do Conselho

Nacional de Saúde (Brasil, 2012; Brasil, 2016). Foram resguardados os cuidados éticos necessários na garantia de anonimato no tratamento dos dados e divulgação dos achados, não causando danos aos participantes. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o parecer CAAE: 65471317.2.0000.5336. Vale salientar que todos os participantes envolvidos no estudo foram informados dos propósitos da pesquisa, e ao aceitar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi fornecido em duas vias, uma permanecendo com o pesquisador e a outra com o participante. Nele eram explicitados os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como a garantia de anonimato quanto à identidade e a voluntariedade.

Resultados

Pode-se observar que a maioria dos itens alcançou um alto índice de validade de conteúdo entre os participantes/avaliadores da etapa 2 (Tabela 1). Os resultados apontam que 30 deles obtiveram $ICV = 1,00$, 4 obtiveram $ICV = 0,82$ e apenas 1 obteve $ICV = 0,64$. No que diz respeito ao nível de compreensão dos itens, aproximadamente 86% dos mesmos não precisaram de alterações, segundo os juízes. Nos demais, foram sugeridas pequenas alterações para melhor adequabilidade ao contexto brasileiro. As modificações foram discutidas entre o comitê de *experts* e por fim realizadas. Vale salientar que os participantes não sugeriram a retirada de nenhum dos itens da escala original.

Tabela 1
Itens da SAPS, ICV e nível de concordância.

Original	Traduzido	ICV	%
1. Auditory Hallucinations: <i>The patient reports voices, noises, or other sounds that no one else hears.</i>	1. Alucinações Auditivas: Relata vozes, barulhos ou outros sons que ninguém mais escuta.	1,00	100%
2. Voices Commenting: <i>The patient reports a voice which makes a running commentary on his behavior or thoughts.</i>	2. Vozes Comentando: Relata uma ou mais vozes que comentam a respeito de seus comportamentos e pensamentos.	1,00	100%
3. Voices Conversing: <i>The patient reports hearing two or more voices conversing.</i>	3. Vozes Conversando: Relata que escuta duas ou mais vozes conversando.	1,00	100%
4. Somatic or Tactile Hallucinations: <i>The patient reports experiencing peculiar physical sensations in the body.</i>	4. Alucinações Somáticas ou Táteis: Relata sensações físicas estranhas no corpo.	0,82	90,9%
5. Olfactory Hallucinations: <i>The patient reports experiencing unusual smells which no one else notices.</i>	5. Alucinações Olfativas: Relata que sente cheiros incomuns, os quais mais ninguém sente.	1,00	100%
6. Visual Hallucinations: <i>The patient sees shapes or people that are not actually present.</i>	6. Alucinações Visuais: Vê imagens ou pessoas que na realidade não estão presentes.	0,82	90,9%
7. Global Rating of Hallucinations: <i>This rating should be based on the duration and severity of the hallucinations and their effects on the patient's life.</i>	7. Avaliação Global das Alucinações: Esta avaliação deve ser baseada na duração, na severidade das alucinações e nos seus impactos negativos na vida da pessoa (gerando sofrimento).	1,00	100%
8. Persecutory Delusions: <i>The patient believes he is being conspired against or persecuted in some way.</i>	8. Delírios Persecutórios: Acredita que está sofrendo alguma forma de conspiração ou perseguição.	0,64	81,8%
9. Delusions of Jealousy: <i>The patient believes his spouse is having an affair with someone.</i>	9. Delírios de Ciúme: Acredita, sem indícios ou evidências, que está sendo traído por seu/sua parceiro(a).	1,00	100%
10. Delusions of Guilt or Sin: <i>The patient believes that he has committed some terrible sin or done something unforgivable.</i>	10. Delírios de Culpa ou de Pecado: Acredita que cometeu um pecado terrível ou fez algo imperdoável.	1,00	100%
11. Grandiose Delusions: <i>The patient believes he has special powers or abilities.</i>	11. Delírios de Grandiosidade: Acredita que tem poderes ou habilidades especiais.	1,00	100%
12. Religious Delusions: <i>The patient is preoccupied with false beliefs of a religious nature.</i>	12. Delírios Religiosos: Preocupa-se com crenças de natureza religiosa, as quais não fazem parte de um conjunto de crenças instituído por uma determinada religião ou extrapolam a crença religiosa propriamente dita.	1,00	100%
13. Somatic Delusions: <i>The patient believes that somehow his body is diseased, abnormal, or changed.</i>	13. Delírios Somáticos: Acredita que, de alguma forma, seu corpo está adoecido, anormal ou modificado.	1,00	100%

14. Delusions of Reference: <i>The patient believes that insignificant remarks or events refer to him or have special meaning.</i>	14. Delírios de Referência: Acredita que comentários ou eventos insignificantes se referem a ele ou têm algum significado especial.	1,00	100%
15. Delusions of Being Controlled: <i>The patient feels that his feelings or actions are controlled by some outside force.</i>	15. Delírios de Controle: Sente que seus sentimentos ou ações são controlados por uma força externa.	1,00	100%
16. Delusions of Mind Reading: <i>The patient feels that people can read his mind or know his thoughts.</i>	16. Delírios de Leitura de Mentes: Sente que as pessoas conseguem ler a sua mente ou sabem seus pensamentos.	1,00	100%
17. Thought Broadcasting: <i>The patient believes that his thoughts are broadcast so that he himself or others can hear them.</i>	17. Irradiação do Pensamento: Acredita que seus pensamentos são transmitidos, de modo que ele próprio e outras pessoas podem ouvi-los.	1,00	100%
18. Thought Insertion: <i>The patient believes that thoughts that are not his own have been inserted into his mind.</i>	18. Inserção do Pensamento: Acredita que pensamentos que não são seus estão sendo inseridos na sua cabeça.	1,00	100%
19. Thought Withdrawal: <i>The patient believes that thoughts have been taken away from his mind.</i>	19. Retirada de Pensamento: Acredita que seus pensamentos estão sendo retirados de sua mente.	1,00	100%
20. Global Rating of Delusions: <i>This rating should be based on the duration and persistence of the delusions and their effect on the patient's life.</i>	20. Avaliação Global de Delírios: Esta avaliação deve ser baseada na duração, na persistência dos delírios e no impacto negativo na vida da pessoa.	1,00	100%
21. Clothing and Appearance: <i>The patient dresses in an unusual manner or does other strange things to alter his appearance.</i>	21. Vestuário e Aparência: Veste-se de maneira incomum ou faz algumas outras coisas estranhas a fim de alterar sua aparência, sem que isso faça parte de uma manifestação cultural.	1,00	100%
22. Social and Sexual Behavior: <i>The patient may do things considered inappropriate according to usual social norms (e.g., masturbating in public).</i>	22. Comportamento Social e Sexual: Pode fazer coisas consideradas inapropriadas de acordo com as normas sociais (por exemplo: masturbar-se em público).	1,00	100%
23. Aggressive and Agitated Behavior: <i>The patient may behave in an aggressive, agitated manner, often unpredictably.</i>	23. Comportamento Agressivo e Agitado: Pode se comportar de modo agressivo ou agitado, frequentemente, de forma imprevisível.	1,00	100%
24. Repetitive or Stereotyped Behavior: <i>The patient develops a set of repetitive actions or rituals that he must perform over and over.</i>	24. Comportamento Repetitivo e Estereotipado: Desenvolve um conjunto de ações ou rituais que são repetidos muitas vezes.	1,00	100%
25. Global Rating of Bizarre Behavior: <i>This rating should reflect the type of behavior and the extent to which it deviates from social norms.</i>	25. Avaliação Global do Comportamento Desorganizado: Esta avaliação deve refletir o tipo de comportamento e o nível em que ele se afasta das normas sociais da cultura na qual a pessoa está inserida.	1,00	100%
26. Derailment: <i>A pattern of speech in which ideas slip off track onto ideas obliquely related or unrelated.</i>	26. Descarrilamento: Padrão de discurso no qual alterna de uma ideia para a outra, de forma pouco coerente ou sem clareza.	1,00	100%

27. Tangentiality: <i>The patient replies to a question in an oblique or irrelevant manner.</i>	27. Tangencialidade: Responde uma questão de maneira não linear ou irrelevante.	1,00	100%
28. Incoherence: <i>A pattern of speech that is essentially incomprehensible at times.</i>	28. Incoerência: Padrão de discurso que é, por vezes, essencialmente incompreensível.	1,00	100%
29. Illogicality: <i>A pattern of speech in which conclusions are reached that do not follow logically.</i>	29. Ilógicidade: Padrão de discurso que chega a conclusões de forma ilógica.	0,82	90,9%
30. Circumstantiality: <i>A pattern of speech that is very indirect and delayed in reaching its goal idea.</i>	30. Circunstancialidade: Padrão de discurso essencialmente indireto e que demora a chegar à ideia-alvo.	1,00	100%
31. Pressure of Speech: <i>The patient's speech is rapid and difficult to interrupt; the amount of speech produced is greater than that considered normal.</i>	31. Logorreia: Fala rápida e difícil de interromper. A quantidade de fala produzida é maior do que seria considerado adequado no contexto.	1,00	100%
32. Distractible Speech: <i>The patient is distracted by nearby stimuli which interrupt his flow of speech.</i>	32. Distratibilidade: É distraído por estímulos externos, que o levam a interromper o fluxo de sua fala.	0,82	90,9%
33. Clanging: <i>A pattern of speech in which sounds rather than meaningful relationships govern word choice.</i>	33. Reverberação: Padrão de discurso em que os sons, e não as relações significativas, determinam a escolha de palavras.	1,00	100%
34. Global Rating of Positive Formal Thought Disorder: <i>The frequency of this rating should reflect the frequency of abnormality and degree to which it affects the patient's ability to communicate.</i>	34. Avaliação Global do Transtorno do Pensamento Formal Positivo: Esta avaliação deve refletir a frequência de prejuízo na comunicação e o quanto isso afeta a capacidade da pessoa de se comunicar.	1,00	100%
35. Inappropriate Affect: <i>The patient's affect is inappropriate or incongruous, not simply flat or blunted.</i>	35. Afeto Inadequado: O afeto da pessoa é inadequado, e não simplesmente superficial ou embotado.	1,00	100%

Discussão

Este estudo buscou realizar a tradução, adaptação transcultural e obter evidências de validade de conteúdo da SAPS, para a população brasileira. Pode-se observar nos resultados, que a maioria dos itens da escala não precisaram de alterações. As sugestões feitas pelos avaliadores tiveram por finalidade a melhora da compreensão dos itens para o português do Brasil, em sua maioria, foram sugeridas a troca de palavras por sinônimos para a melhor compreensão (Hutz et al., 2015).

Referente ao número de avaliadores, os pesquisadores contaram com a participação de onze profissionais da área da saúde mental com ampla experiência no ramo, semelhante a outros estudos (Barchi-Ferreira et al., 2019). Não existe um consenso sobre a quantidade de especialistas para avaliação da qualidade de um instrumento. A literatura sugere a presença de no mínimo dois e no máximo dez avaliadores (Damásio & Borsa, 2018). O questionário respondido pelos participantes, era em formato dicotômico (“sim” e “não”), o que poderia limitar suas respostas. Com a finalidade de reduzir esse viés os pesquisadores ofereceram um campo de texto disponível para a apuração detalhada de cada afirmação. Tal procedimento auxilia a diminuir os possíveis vieses no processo de avaliação da concordância entre os juízes (Gisev, Bell, & Chen, 2013).

No que diz respeito ao nível de concordância, observa-se que a maioria dos itens obteve ótimo desempenho entre os avaliadores, com índices iguais ou superiores a 81,8%. A literatura científica e outros estudos apontam que níveis de concordância acima de 80% são considerados excelentes (Cardoso et al., 2019; Hutz et al., 2015). Em apenas 1 tópico foi sugerido ajustes na tradução. Todas as adequações foram discutidas entre os pesquisadores e realizadas para melhor apresentação do mesmo.

No que tange ao ICV, a teoria aponta que índices superiores a 0,59 devem ser encontrados quando são utilizados onze avaliadores (Lawshe, 1975; Hutz et al., 2015). Com base nos resultados coletados, verifica-se que todos os itens ficaram com ICV superior ao exigido pela literatura científica. Vale salientar que nenhum dos itens apresentou pontuação que sugerisse a sua retirada da escala para versão brasileira. Desta forma, a versão final ficou com o mesmo número de itens da versão original. A SAPS versão para população brasileira, foi construída utilizando procedimentos sistematizados. O instrumento surge para preencher uma lacuna no processo de avaliação de sintomas positivos de indivíduos com quadros psicóticos, colaborando para a avaliação clínica e em pesquisa.

Agradecimentos

Este estudo teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª Edição). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andreasen, N. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City, EUA: University of Iowa Press.
- Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 79-86. doi:
- Barchi-Ferreira, A. M., Loureiro, S. R., Torres, A. R., Silva, T. D. A. da., Moreno, A. L., Sousa, D. A. de., ... & Osório, F. L. (2019). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): cross-cultural adaptation and content validity in the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 00(0), 1-4. doi: 10.1590/2237-6089-2018-0098
- Bopp, M. H. A., Zollner, R., Jansen, A., Dietsche, B., Krug, A., & Kircher, T. T. J. (2017) White matter integrity and symptom dimensions of schizophrenia: A diffusion tensor imaging study. *Schizophrenia Research*, 18(4), 59-68. doi: 10.1016/j.schres.2016.11.045
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014

- Brasil. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Buchanan, R.W., Kelly, D. L., Weiner, E., Gold, J. M., Strauss, G.P., Koola, M. M., McMahon, R. P., & Carpenter, W. T. (2017) A Randomized clinical trial of oxytocin or galantamine for the treatment of negative symptoms and cognitive impairments in people with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 37(4), 394-400. doi: 10.1097/JCP.0000000000000720
- Cardoso, M. C. L. R., Santos, A. S. F., Fonseca, A. D. G., Silva-Junior, R. F. da., Carvalho, P. D. de., & Martins, A. M. E. de. B. L. (2019). Validade e confiabilidade da Escala de Avaliação da Alfabetização em Saúde quanto à adesão medicamentosa entre diabéticos. *Einstein (São Paulo)*, 17(2), 1-9. doi: 10.31744/einstein_journal/2019ao4405
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. Em Pasquali, L. e cols. (org.), *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.
- Citrome, L., Norton, C. N., Chi-Burris, K., & Demos, G. (2018). Pimavanserin for the treatment of Parkinson's disease psychosis: number needed to treat, number needed to harm, and likelihood to be helped or harmed. *CNS Spectrums*, 23(3), 228-238. doi: 10.1017/S1092852917000736
- Damásio, B. F., & Borsa, J. C. (2018). *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*. São Paulo, SP: Vetor.
- Gisev, N., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability: key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(3), 330-338. doi: 10.1016/j.sapharm.2012.04.004

- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(13), 1-10. doi: 10.1186/1471-2288-10-13
- Grant, P. M., Bredemeier, K., & Beck, A. T. (2017). Six-month follow-up of recovery-oriented cognitive therapy for low-functioning individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *1*(68), 997-1002. doi: 10.1176/appi.ps.201600413
- Hungerbünler, I., & Wang, Y. P. (2016). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. Em *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (pp. 12-17). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Karsinti, E., Jarroir, M., Zerdazi, E., Bloch, V., Dupuy, G., Belforte, B., ... & Vorspan, F. (2015). Childhood trauma are not associated with the intensity of transient cocaine induced psychotic symptoms. *Psychiatric Research* *228*(3), 941- 944. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.065
- Lange, de. D. J. J., Bais, L., Es, F. D. V., Visser, B. G., Reinink, E., Barkker, B., ... & Knegtering, H. (2015). Efficacy of bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms of schizophrenia: results of a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *45*(6), 1263–1275. doi: 10.1017/S0033291714002360
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, *28*(4), 563-575. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
- Li, J., Shen, J., Wu, G., Tan, Y., Sun, Y., Keller, E., ... & Wu, J. (2018). Mindful exercise versus non-mindful exercise for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *32*(8), 17-24. doi: 10.1016/j.ctcp.2018.04.003
- Malla, A., Mustafa, S., Rho, A., Abadi, S., Lepage, M., & Joobar, R. (2016) Therapeutic effectiveness and tolerability of aripiprazole as initial choice of treatment in first episode

- psychosis in an early intervention service: a one-year outcome study. *Schizophrenia Research* 174(1), 120-125. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.036
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria* (pp. 71-84). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Paiano, R., Teixeira, M. C. T. V., Cantiere, C. N., Efstratopoulou, M. A., & Carreiro, L. R. R. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the Motor Behavior Checklist (MBC) into Brazilian Portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 00(0), 1-9. doi: 10.1590/2237-6089-2017-0104
- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P., Woodruff, P., Jacobsen, P., Chadwick, P., & Garety, P. (2016). Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care”. *World Psychiatry*, 15(1), 41–52. doi: 10.1002/wps.20301
- Preda, A., Nguyen, D. D., Bustillo, J. R., Belger, A., O'Leary, D. S., McEwen, S., ... & Potkin, S. G. (2018). A positive take on schizophrenia negative symptom scales: Converting scores between the SANS, NSA and SDS. *Schizophrenia Research*, 00(0), 1-7. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.014
- Zuluaga, A. M. D., Vargas, C., Duica, K., Richard, S., Palacio, J. D., Berruecos, Y. A., ... & Jaramillo, C. L. (2017). Efecto de una intervención multimodal en el perfil psicológico de pacientes con Esquizofrenia y TAB tipo I: Estudio del Programa PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 56- 64. doi: 10.1016/j.rcp.2016.03.003

Apêndice 1

Escala para Avaliação de Sintomas Positivos (SAPS)

Versão brasileira do “*Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*” da autora Nancy Andreasen.

Nome: _____ Sexo: _____

Data da Nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____

Data da Aplicação: ____/____/____

Prezado(a) profissional, na sequência há uma lista de itens que descrevem os sintomas Positivos em quadros psicóticos. Por favor, leia cuidadosamente cada sintoma e marque o número correspondente.

0 = Nenhum 1 = Baixo 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Acentuado 5 = Grave						
Alucinações						
1. Alucinações Auditivas: Relata vozes, barulhos ou outros sons que ninguém mais escuta.	0	1	2	3	4	5
2. Vozes Comentando: Relata uma ou mais vozes que comentam a respeito de seus comportamentos e pensamentos.	0	1	2	3	4	5
3. Vozes Conversando: Relata que escuta duas ou mais vozes conversando.	0	1	2	3	4	5
4. Alucinações Somáticas ou Táteis: Relata sensações físicas estranhas no corpo.	0	1	2	3	4	5
5. Alucinações Olfativas: Relata que sente cheiros incomuns, os quais mais ninguém sente.	0	1	2	3	4	5
6. Alucinações Visuais: Vê imagens ou pessoas que na realidade não estão presentes.	0	1	2	3	4	5
7. Avaliação Global das Alucinações: Esta avaliação deve ser baseada na duração, na severidade das alucinações e nos seus impactos negativos na vida da pessoa (gerando sofrimento).	0	1	2	3	4	5
Delírios						
8. Delírios Persecutórios: Acredita que está sofrendo alguma forma de conspiração ou perseguição.	0	1	2	3	4	5

9. Delírios de Ciúme: Acredita, sem indícios ou evidências, que está sendo traído por seu/sua parceiro(a).	0	1	2	3	4	5
10. Delírios de Culpa ou de Pecado: Acredita que cometeu um pecado terrível ou fez algo imperdoável.	0	1	2	3	4	5
11. Delírios de Grandiosidade: Acredita que tem poderes ou habilidades especiais.	0	1	2	3	4	5
12. Delírios Religiosos: Preocupa-se com crenças de natureza religiosa, as quais não fazem parte de um conjunto de crenças instituído por uma determinada religião ou extrapolam a crença religiosa propriamente dita.	0	1	2	3	4	5
13. Delírios Somáticos: Acredita que, de alguma forma, seu corpo está adoecido, anormal ou modificado.	0	1	2	3	4	5
14. Delírios de Referência: Acredita que comentários ou eventos insignificantes se referem a ele ou têm algum significado especial.	0	1	2	3	4	5
15. Delírios de Controle: Sente que seus sentimentos ou ações são controlados por uma força externa.	0	1	2	3	4	5
16. Delírios de Leitura de Mentes: Sente que as pessoas conseguem ler a sua mente ou sabem seus pensamentos.	0	1	2	3	4	5
17. Irradiação do Pensamento: Acredita que seus pensamentos são transmitidos, de modo que ele próprio e outras pessoas podem ouvi-los.	0	1	2	3	4	5
18. Inserção do Pensamento: Acredita que pensamentos que não são seus estão sendo inseridos na sua cabeça.	0	1	2	3	4	5
19. Retirada de Pensamento: Acredita que seus pensamentos estão sendo retirados de sua mente.	0	1	2	3	4	5
20. Avaliação Global de Delírios: Esta avaliação deve ser baseada na duração, na persistência dos delírios e no impacto negativo na vida da pessoa.	0	1	2	3	4	5
Comportamento Motor Grosseiramente Desorganizado						
21. Vestuário e Aparência: Veste-se de maneira incomum ou faz algumas outras coisas estranhas a fim de alterar sua aparência, sem que isso faça parte de uma manifestação cultural.	0	1	2	3	4	5
22. Comportamento Social e Sexual: Pode fazer coisas consideradas inapropriadas de acordo com as normas sociais (por exemplo: masturbar-se em público).	0	1	2	3	4	5
23. Comportamento Agressivo e Agitado: Pode se comportar de modo agressivo ou agitado, frequentemente, de forma imprevisível.	0	1	2	3	4	5
24. Comportamento Repetitivo e Estereotipado: Desenvolve um conjunto de ações ou rituais que são repetidos muitas vezes.	0	1	2	3	4	5

25. Avaliação Global do Comportamento Desorganizado: Esta avaliação deve refletir o tipo de comportamento e o nível em que ele se afasta das normas sociais da cultura na qual a pessoa está inserida.	0	1	2	3	4	5
Transtorno do Pensamento Formal						
26. Descarrilamento: Padrão de discurso no qual alterna de uma ideia para a outra, de forma pouco coerente ou sem clareza.	0	1	2	3	4	5
27. Tangencialidade: Responde uma questão de maneira não linear ou irrelevante.	0	1	2	3	4	5
28. Incoerência: Padrão de discurso que é, por vezes, essencialmente incompreensível.	0	1	2	3	4	5
29. Ilógicidade: Padrão de discurso que chega a conclusões de forma ilógica.	0	1	2	3	4	5
30. Circunstancialidade: Padrão de discurso essencialmente indireto e que demora a chegar à ideia-alvo.	0	1	2	3	4	5
31. Logorreia: Fala rápida e difícil de interromper. A quantidade de fala produzida é maior do que seria considerado adequado no contexto.	0	1	2	3	4	5
32. Distratibilidade: É distraído por estímulos externos, que o levam a interromper o fluxo de sua fala.	0	1	2	3	4	5
33. Reverberação: Padrão de discurso em que os sons, e não as relações significativas, determinam a escolha de palavras.	0	1	2	3	4	5
34. Avaliação Global do Transtorno do Pensamento Formal Positivo: Esta avaliação deve refletir a frequência de prejuízo na comunicação e o quanto isso afeta a capacidade da pessoa de se comunicar.	0	1	2	3	4	5
Afeto Inadequado						
35. Afeto Inadequado: O afeto da pessoa é inadequado, e não simplesmente superficial ou embotado.	0	1	2	3	4	5

7 Considerações Finais

A presente Tese de Doutorado teve como principal objetivo a tradução e adaptação transcultural da *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) e da *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) para população brasileira. Também buscou verificar o índice de validade de conteúdo dessas escalas. Os principais resultados encontrados foram os seguintes:

- As escalas possuem ampla aplicabilidade na avaliação de sintomas negativos e positivos em pacientes com quadros psicóticos, tanto na área clínica quanto na área da pesquisa. O uso do instrumento pode auxiliar na avaliação da efetividade de diferentes intervenções terapêuticas com essa população.

- Verificou-se bons Índices de Validade de Conteúdo da *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS), bem como adequada compreensão para o português brasileiro.

- Observou-se adequada tradução e adaptação ao português brasileiro da *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS), bem como níveis adequados de validade de conteúdo.

Apesar de os dados encontrados apontarem contribuições à literatura científica sobre esta temática, sugerindo a possibilidade do uso das escalas com a população brasileira, esta pesquisa apresenta limitações, tendo em vista que existe a necessidade de avaliar outras evidências de validades dos instrumentos. Deste modo, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de realizar a verificação de outras propriedades psicométricas da SANS e da SAPS e avaliação de outras evidências de validade.

Anexos**Anexo A - Ficha de Dados dos Avaliadores**

1) Idade:
2) Sexo: () Masculino () Feminino
3) Área de Formação:
3) Escolaridade: () Graduação. () Especialização. () Mestrado. () Doutorado.
4) Anos de atuação na área de saúde mental:

Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução, adaptação cultural e evidências de validade das escalas SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) e SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) para o português brasileiro

Pesquisador: Tatiana Quarti Irigaray

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65471317.2.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.970.383

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Tradução, adaptação cultural e evidências de validade das escalas SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) e SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) para o português brasileiro

Pesquisador Responsável: Tatiana Quarti Irigaray

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos: Traduzir, adaptar culturalmente e obter evidências de validade das escalas SANS e SAPS, para que estas possam ser utilizadas adequadamente no Brasil. As escalas Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) e Scale for the Assessment

of Positive Symptoms (SAPS) constituem-se internacionalmente como dois dos principais

instrumentos de investigação clínico-científica de sintomas negativos e positivos em psiquiatria,

sendo frequentemente utilizados como uma ferramenta auxiliar no diagnóstico psiquiátrico e psicológico. A SANS tem o objetivo de identificar sintomas psiquiátricos negativos e avalia cinco fatores: 1. Embotamento afetivo; 2. Alogia; 3. Avolição/Apatia; 4. Anedonia/Associabilidade; 5.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 1.970.383

Atenção. A SAPS, por sua vez, é uma escala complementar à SANS e avalia cinco fatores associados à presença de sintomas positivos: 1. Alucinações; 2. Delírios; 3. Comportamento bizarro; 4. Transtorno do pensamento formal positivo; 5. Afeto inapropriado. A construção multifatorial da SANS e da SAPS possibilita que se abarque o conjunto de sintomas negativos e positivos usualmente presentes em diversas psicopatologias. Apesar de ser amplamente utilizado em vários países ainda não foi realizado um estudo de adaptação cultural e validação clínica da SANS/SAPS no Brasil

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos, uma vez que os psiquiatras e psicólogos somente preencherão uma escala de avaliação.

Benefícios:

Embora considerado útil e imprescindível, o processo diagnóstico clínico realizado com auxílio dos manuais diagnósticos atuais (CID e DSM) possui limitações para populações específicas, não aprofundando a investigação clínica de alguns sintomas. Levando-se em conta esse fato, é relevante a necessidade de obter evidências de validade de instrumentos (SANS e SAPS) que possam fornecer informações mais precisas sobre os sintomas

positivos e negativos em determinadas populações. Além disso, quando combinadas com outros instrumentos padronizados, a SANS e a SAPS têm ajudado no diagnóstico e no desenvolvimento de planos de tratamento e na avaliação dos resultados dos tratamentos (Peters et al., 2016).

A SANS e SAPS podem ser utilizadas por profissionais de saúde mental de instituições nacionais de saúde pública e privadas, a fim de desenvolver critérios mais objetivos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com sintomas negativos e positivos. Em resumo, as principais aplicações da SANS e da SAPS são:

1. Avaliar e indicar terapêutica subsequente;
2. Formar um sistema de avaliação que complemente os diagnósticos baseados na CID e no DSM;
3. Permitir o monitoramento e avaliação das mudanças que tomam lugar no paciente durante o processo terapêutico;

Assim, o propósito original que levou à criação das escalas SANS e SAPS foi o desenvolvimento de instrumentos que poderiam permitir avaliações mais profundas de sintomas graves, com foco no diagnóstico e no monitoramento mais objetivo do processo clínico (Andreasen, 1984a e 1984b).

Isso parece suficiente para justificar a necessidade de versões brasileiras das escalas SANS e SAPS.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.970.383

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está muito bem estruturado, apresenta todos os documentos necessários, inclusive a carta de autorização para a tradução do instrumento. Cronograma e Orçamento de custos (somente material de consumo).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os participantes envolvidos no estudo serão informados dos propósitos da pesquisa e serão 13 convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O TCLE será fornecido em duas vias, sendo que uma das vias permanecerá com o pesquisador e outra ficará com os participantes do estudo. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão explicitados os objetivos da pesquisa e os procedimentos que serão realizados para o estudo, assim como a garantia de anonimato quanto à identidade dos participantes e a característica de voluntariedade da participação dos mesmos. Todos os participantes poderão recusar a participação neste estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS PSQUIATRAS/PSICÓLOGOS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS JUÍZES AVALIADORES

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_856735.pdf	04/03/2017 00:22:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoSANS.pdf	04/03/2017 00:21:29	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	lattes.pdf	04/03/2017 00:18:04	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	DocumentoUnificadodoProjetodePesquisaSANS.pdf	23/01/2017 15:41:57	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	CartadeAprovacaodaComissaoCientif	23/01/2017	Tatiana Quarti	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.970.383

Outros	icaSANS.pdf	15:41:11	Irigaray	Aceito
Outros	cartaautorescala.pdf	23/01/2017 15:40:27	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESANS2.pdf	23/01/2017 15:40:03	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLESANS1.pdf	23/01/2017 15:39:54	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	cartalocal.jpg	23/01/2017 15:08:30	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.jpg	23/01/2017 15:08:05	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	23/01/2017 15:08:54	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Orçamento	orcamento.jpg	23/01/2017 15:05:34	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoresponsabilidade.jpg	23/01/2017 15:03:35	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	23/01/2017 15:03:02	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Março de 2017

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Anexo C - Carta de autorização da tradução e validação das escalas SANS e SAPS

*Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D.
Andrew H. Woods Chair of Psychiatry
Director, Psychiatry, Iowa Neuroimaging Consortium
Roy J. and Lucille A. Carver College of Medicine
The University of Iowa
200 Hawkins Drive, W278GH
Iowa City, Iowa 52242-1057
319-356-1553 Tel; 319-353-8300 fax*

November 17, 2016

To whom it may concern:

I write to confirm that I am happy to approve the adaptation and validation for the Brazilian population of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). This will include the translation of the documents and methodological studies, including validation, and it will be carried out by Dr. Leticia Alminhana, Dr. André Goettems Bastos, and Dr. Tatiana Quarti Irigaray.

Yours sincerely,

A handwritten signature in blue ink that reads "Nancy C. Andreasen". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D.
Andrew H. Woods Chair of Psychiatry
Director, Psychiatry Iowa Neuroimaging Consortium

NCA/lg

Anexo D - Versão em inglês - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)

0 = None/Not at All 1 = Questionable 2 = Mild 3 = Moderate 4 = Marked 5 = Severe

U = Unknown/ Cannot Be Assessed/ Not Assessed

AFFECTIVE FLATTENING OR BLUNTING

1. Unchanging Facial Expression [0 1 2 3 4 5 U]

The patient's face appears wooden--changes less than expected as emotional content of discourse changes.

2. Decreased Spontaneous Movements [0 1 2 3 4 5 U]

The patient shows few or no spontaneous movements, does not shift position, move extremities, etc.

3. Paucity of Expressive Gestures [0 1 2 3 4 5 U]

The patient does not use hand gestures or body position as an aid in expressing his ideas.

4. Poor Eye Contact [0 1 2 3 4 5 U]

The patient avoids eye contact or "stares through" interviewer even when speaking.

5. Affective Nonresponsivity [0 1 2 3 4 5 U]

The patient fails to laugh or smile when prompted.

6. Lack of Vocal Inflections [0 1 2 3 4 5 U]

The patient fails to show normal vocal emphasis patterns, is often monotonic.

7. Global Rating of Affective Flattening [0 1 2 3 4 5 U]

This rating should focus on overall severity of symptoms, especially unresponsiveness, inappropriateness and an overall decrease in emotional intensity.

ALOGIA

8. Poverty of Speech [0 1 2 3 4 5 U]

The patient's replies to questions are restricted in amount, tend to be brief, concrete, unelaborated.

9. Poverty of Content of Speech [0 1 2 3 4 5 U]

The patient's replies are adequate in amount but tend to be vague, over concrete or over generalized, and convey little in information.

10. Blocking [0 1 2 3 4 5 U]

The patient indicates, either spontaneously or with prompting, that his train of thought was interrupted.

11. Increased Latency of Response [0 1 2 3 4 5 U]

The patient takes a long time to reply to questions, prompting indicates the patient is aware of the question.

12. Global Rating of Alogia [0 1 2 3 4 5 U]

The core features of alogia are poverty of speech and poverty of content.

AVOLITION

13. Grooming and Hygiene [0 1 2 3 4 5 U]

The patient's clothes may be sloppy or soiled, and he may have greasy hair, body odor, etc.

14. Inpersistence at Work or School [0 1 2 3 4 5 U]

The patient has difficulty seeking or maintaining employment, completing school work, keeping house, etc. If an inpatient, cannot persist at ward activities, such as OT, playing cards, etc.

15. Physical Anergia [0 1 2 3 4 5 U]

The patient tends to be physically inert. He may sit for hours and not initiate spontaneous activity.

16. Global Rating of Avolition/Apathy [0 1 2 3 4 5 U]

Strong weight may be given to one or two prominent symptoms if particularly striking.

ANHEDONIA

17. Recreational Interests and Activities [0 1 2 3 4 5 U]

The patient may have few or no interests. Both the quality and quantity of interests should be taken into account.

18. Sexual Activity [0 1 2 3 4 5 U]

The patient may show decrease in sexual interest and activity, or no enjoyment when active.

19. Ability to Feel Intimacy and Closeness [0 1 2 3 4 5 U]

The patient may display an inability to form close or intimate relationships.

20. Relationships with Friends and Peers [0 1 2 3 4 5 U]

The patient may have few or no friends and may prefer to spend all his time isolated.

21. Global Rating of Anhedonia/Asociality [0 1 2 3 4 5 U]

This rating should reflect overall severity, taking into account the patient's age, family status, etc.

*ATTENTION***22. Social Inattentiveness [0 1 2 3 4 5 U]**

The patient appears uninvolved or unengaged. He may seem "spacey".

23. Inattentiveness During Mental Status [0 1 2 3 4 5 U]

Testing Refer to tests of "serial 7s" (atleast five subtractions) and spelling "world" backwards.

24. Global Rating of Attention [0 1 2 3 4 5 U]

This rating should assess the patient's overall concentration, both clinically and on tests.

Anexo E - Versão em inglês - Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)

0 = None/Not at All 1 = Questionable 2 = Mild 3 = Moderate 4 = Marked 5 = Severe

U = Unknown/ Cannot Be Assessed/ Not Assessed

HALLUCINATIONS

1. Auditory Hallucinations [0 1 2 3 4 5 U]

The patient reports voices, noises, or other sounds that no one else hears.

2. Voices Commenting [0 1 2 3 4 5 U]

The patient reports a voice which makes a running commentary on his behavior or thoughts.

3. Voices Conversing [0 1 2 3 4 5 U]

The patient reports hearing two or more voices conversing.

4. Somatic or Tactile Hallucinations [0 1 2 3 4 5 U]

The patient reports experiencing peculiar physical sensations in the body.

5. Olfactory Hallucinations [0 1 2 3 4 5 U]

The patient reports experiencing unusual smells which no one else notices.

6. Visual Hallucinations [0 1 2 3 4 5 U]

The patient sees shapes or people that are not actually present.

7. Global Rating of Hallucinations [0 1 2 3 4 5 U]

This rating should be based on the duration and severity of the hallucinations and their effects on the patient's life.

DELUSIONS

8. Persecutory Delusions [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes he is being conspired against or persecuted in some way.

9. Delusions of Jealousy [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes his spouse is having an affair with someone.

10. Delusions of Guilt or Sin [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes that he has committed some terrible sin or done something unforgivable

11. Grandiose Delusions [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes he has special powers or abilities.

12. Religious Delusions [0 1 2 3 4 5 U]

The patient is preoccupied with false beliefs of a religious nature.

13. Somatic Delusions [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes that somehow his body is diseased, abnormal, or changed.

14. Delusions of Reference [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes that insignificant remarks or events refer to him or have special meaning.

15. Delusions of Being Controlled [0 1 2 3 4 5 U]

The patient feels that his feelings or actions are controlled by some outside force.

16. Delusions of Mind Reading [0 1 2 3 4 5 U]

The patient feels that people can read his mind or know his thoughts.

17. Thought Broadcasting [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes that his thoughts are broadcast so that he himself or others can hear them.

18. Thought Insertion [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes that thoughts that are not his own have been inserted into his mind.

19. Thought Withdrawal [0 1 2 3 4 5 U]

The patient believes that thoughts have been taken away from his mind.

20. Global Rating of Delusions [0 1 2 3 4 5 U]

This rating should be based on the duration and persistence of the delusions and their effect on the patient's life.

BIZARRE BEHAVIOR

21. Clothing and Appearance [0 1 2 3 4 5 U]

The patient dresses in an unusual manner or does other strange things to alter his appearance.

22. Social and Sexual Behavior [0 1 2 3 4 5 U]

The patient may do things considered inappropriate according to usual social norms (e.g., masturbating in public).

23. Aggressive and Agitated Behavior [0 1 2 3 4 5 U]

The patient may behave in an aggressive, agitated manner, often unpredictably.

24. Repetitive or Stereotyped Behavior [0 1 2 3 4 5 U]

The patient develops a set of repetitive actions or rituals that he must perform over and over.

25. Global Rating of Bizarre Behavior [0 1 2 3 4 5 U]

This rating should reflect the type of behavior and the extent to which it deviates from social norms.

POSITIVE FORMAL THOUGHT DISORDER

26. Derailment [0 1 2 3 4 5 U]

A pattern of speech in which ideas slip off track onto ideas obliquely related or unrelated.

27. Tangentiality [0 1 2 3 4 5 U]

The patient replies to a question in an oblique or irrelevant manner.

28. Incoherence [0 1 2 3 4 5 U]

A pattern of speech that is essentially incomprehensible at times.

29. Illogicality [0 1 2 3 4 5 U]

A pattern of speech in which conclusions are reached that do not follow logically.

30. Circumstantiality [0 1 2 3 4 5 U]

A pattern of speech that is very indirect and delayed in reaching its goal idea.

31. Pressure of Speech [0 1 2 3 4 5 U]

The patient's speech is rapid and difficult to interrupt; the amount of speech produced is greater than that considered normal.

32. Distractible Speech [0 1 2 3 4 5 U]

The patient is distracted by nearby stimuli which interrupt his flow of speech.

33. Clanging [0 1 2 3 4 5 U]

A pattern of speech in which sounds rather than meaningful relationships govern word choice.

34. Global Rating of Positive Formal Thought Disorder [0 1 2 3 4 5 U]

The frequency of this rating should reflect the frequency of abnormality and degree to which it affects the patient's ability to communicate.

INAPPROPRIATE AFFECT

35. Inappropriate Affect [0 1 2 3 4 5 U]

The patient's affect is inappropriate or incongruous, not simply flat or blunted.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS JUÍZES AVALIADORES

Você está sendo convidado para participar como voluntário da pesquisa intitulada “Tradução, adaptação cultural e evidências de validade das escalas *SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)* e *SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)* em português brasileiro”, que tem como responsáveis os pesquisadores Tatiana Quarti Irigaray, Irani Iracema de Lima Argimon, Andre Goettems Bastos, e Letícia Alminhana.

Esta pesquisa pretende obter evidências de validade destes instrumentos no Brasil. Acreditamos que ela seja importante porque ainda não existem versões desses instrumentos no Brasil.

Para sua realização será feito o seguinte: Você, especialista no atendimento de pacientes que apresentam sintomas positivos e/ou negativos, será convidado a avaliar os instrumentos a partir de quatro aspectos: clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica.

Sua participação constará como participante voluntário.

É possível que aconteçam os riscos mínimos, quase que inexistentes, visto que você somente avaliará a clareza e adequação das escalas. Você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo.

Os benefícios que esperamos como estudo são obter evidências de validade das escalas SANS e SAPS, que possibilitará uma nova metodologia de diagnóstico em saúde mental para ser utilizada na população brasileira. Em resumo, as principais aplicações das escalas SANS e SAPS são:

1. Avaliar e indicar terapêutica subsequente;
2. Formar um sistema de avaliação que complemente os diagnósticos baseados na CID e no DSM;
3. Permitir o monitoramento e avaliação das mudanças que tomam lugar no paciente durante o processo terapêutico;

É importante esclarecer que, você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar se justificar, e, caso esta seja sua vontade, não sofrerá prejuízo.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a Profa. Tatiana Quarti Irigaray pelo telefone 51 99979670 e o Prof. Dr. Andre Goettems Bastos, no telefone 51 981242415 a qualquer hora.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada no Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa da PUCRS (SAPPA). Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para

mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Apêndice B - Orçamento do Projeto

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora (Ver ao pé da folha)
Especificações	Quantidade			
Cópias dos protocolos das escalas SANS e SAPS.	100 folhas	0,10	10,00	3
Canetas esferográficas.	1 caixa (50 unidades)	35,00	35,00	3
Cópias questionários sociodemográficos	100 folhas	0,10	10,00	3
Revisor de tradução	1	1000,00	1000,00	3
VALOR TOTAL			1055,00	3

Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray
 Professora Pesquisadora
 Matrícula/registro: 85346

- 1- Patrocinador
- 2- Agência de Fomento
- 3- Pesquisador
- 4- Outras
- 5- Desnecessária (Estudo Retrospectivo)

Apêndice C – Comprovantes das submissões dos artigos da tese

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) e Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): Uma revisão sistemática.

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANT
POLÍTICA DE ÉTICA INDEXAÇÃO CALL FOR PAPERS CONTA

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #19043 > Avaliação

#19043 Avaliação

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores Luis Henrique Paloski, Larissa de Andrade Pereira, Andr Alminhana, João André Webber de Oliveira, Tatiana Qua
Título Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS
Symptoms (SAPS): Uma revisão sistemática
Seção Artigos
Editor Ilana Andretta

Avaliação

Rodada 1

Versão para avaliação 19043-60758247-2-RV.DOC 08-10-2019
Iniciado 10-10-2019
Última alteração 11-11-2019
Arquivo enviado Nenhum(a)

Decisão Editorial

Decisão —
Notificar editor [Comunicação entre editor/autor](#) Sem comentário
Versão do editor 19043-60758535-1-ED.DOC 08-10-2019
Versão do autor Nenhum(a)
Transferir Versão do Autor [Escolher arquivo](#) Nenhum arquivo selecionado [Transferir](#)

ISSN: 1983-3482 - Melhor visualizado no Mozilla Firefox



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Int em 26/09/2016].

São Leopoldo, RS. Av. Unisinos, 950. Bairro Cristo Rei, CEP: 93.022-000. Aten (51) 3591 1122
Projeto gráfico: Jully Rodrigues

USUÁRIO

Logado como:
luish

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos ▾

Procurar

- Por Edição
- Por Autor
- Por título
- Outras revistas

IDIOMA

Português (Bra: ▾)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- Para leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Ajuda do sistema

AUTOR

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (2)
- Nova submissão

Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (Sans) Traducción Y Adaptación a portugués Brasil.

Inicio (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/index>) > Usuario/a (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/user>) > Autor/a (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author>) > Envíos (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author>) > #12275 (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author/submission/12275>) > Revisión (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author/submissionReview/12275>)

#12275 Revisión

Resumen (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author/submission/12275>)

Revisión (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author/submissionReview/12275>)

Editar (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author/submissionEditing/12275>)

Envío

Autores

Luis Henrique Paloski, André Goettems Bastos, Letícia Oliveira Alminhana, Tainá Rossi, Tatiana Quarti Irigaray  (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/user/email?redirectUrl=http%3A%2F%2Frcientificas.uninorte.edu.co%2Findex.php%2Fpsicologia%2Fauthor%2Fsubmis>)

Título

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS NEGATIVOS (SANS) TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN A PORTUGUÉS BRASIL

Sección

Artículos

Editor/a

Revista Psicología desde el Caribe  (<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/user/email?redirectUrl=http%3A%2F%2Frcientificas.uninorte.edu.co%2Findex.php%2Fpsicologia%2Fauthor%2Fsubmis>)

Revisión por pares

Ronda 1

Versión de revisión

12275-214421448653-1-RV.docx
(<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/author/downloadFile/12275/214421448653/1>) 2019-07-23

Iniciado

2019-10-29

Última modificación

2019-11-13

Scale for the assessment of positive symptoms: tradução e adaptação ao português.



LUIS PALOSKI <luis.paloski@imed.edu.br>

Submissão do Artigo - Scale for the assessment of positive symptoms: tradução e adaptação ao português

Revista Psicologia Saúde e Doença <psicsaudeoanca@gmail.com>
Para: LUIS PALOSKI <luis.paloski@imed.edu.br>

7 de outubro de 2019 15:59

Prezado Autor,

Acusamos a recepção do artigo "Scale for the assessment of positive symptoms: tradução e adaptação ao português", submetido à revista Psicologia Saúde e Doenças, pelo qual agradecemos o envio e a confiança depositada.

Informamos que de seguida, a) Será verificado se o artigo está de acordo com as normas da revista; b) caso esteja será submetido à apreciação do Corpo Editorial da Revista que, conforme estabelecido nas regras da revista, será submetido a revisão cega, finda a qual o Editor decidirá se o artigo é aceite com ou sem alterações, ou recusado. O Corpo Editorial da Revista se encarregará de dar seguimento ao assunto, informando a sua decisão através deste endereço de e-mail.

Informamos ainda que por decisão da Direcção da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, os custos de composição, aquisição de DOI e colocação dos artigos aceites para publicação em bases de dados internacionais devem ser, tanto quanto possível, suportados pela própria revista. Assim, vimo-nos constrangidos a cobrar aos autores uma taxa de 75,00€ por artigo. Deve pois, logo que o artigo seja aceite para publicação, proceder à transferência deste montante.

Cordialmente,

Margarida Almeida
Assistente Editorial da Revista PS&D

Siga-nos no Facebook
Visite-nos em www.sp-ps.pt/

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Apêndice D – Produções Acadêmicas: Artigos

1. Paloski, L. H., Schutz, K. L., Gonzatti, V., dos Santos, E. L. M., de Lima Argimon, I. I., & Irigaray, T. Q. (2018). Effects of Animal Assisted Therapy on Elderly Quality of Life: Systematic Review. *Contextos Clínicos*, 11(2), 174. doi: 10.4013/ctc.2018.112.03

Contextos Clínicos, 11(2):174-183, maio-agosto 2018
2018 Unisinos - doi: 10.4013/ctc.2018.112.03

Efeitos da Terapia Assistida por Animais na Qualidade de Vida de Idosos: uma Revisão Sistemática

Effects of Animal Assisted Therapy on
Elderly Quality of Life: Systematic Review

Luis Henrique Paloski, Karina Laux Schutz, Valéria Gonzatti, Elizabeth Luz Moreira dos Santos, Irani Iracema de Lima Argimon, Tatiana Quarti Irigaray

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681, p. 11, sala 939, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. luishenriquepaloski@hotmail.com, karina@petterapeuta.com.br, valeriansi@gmail.com, bethmed2004@gmail.com, argimoni@puccrs.br, tatiana.irigaray@puccrs.br

Resumo. O estudo objetivou investigar os efeitos da Terapia Assistida por Animais (TAA) na qualidade de vida em idosos por meio de uma revisão sistemática. Foi realizada a busca de artigos, por dois juizes, nas bases de dados indexadas na *Medline*, *PsycINFO*, *Embase* e *Web of Science*. Utilizaram-se as recomendações da Declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* para esta revisão. A partir de critérios de inclusão/exclusão, foram recuperados e analisados oito artigos. Os estudos destacam que a TAA produz melhoria na qualidade de vida dos idosos, e os instrumentos para essa avaliação foram diversificados. Conclui-se que a TAA afeta positivamente a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Terapia Assistida por Animais, qualidade de vida, idosos.

Abstract. This study investigated the effects of Animal Assisted Therapy (AAT) on elderly quality of life through a systematic review. Articles were searched by two judges at Medline, PsycINFO, Embase, and Web of Science. This research was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. After the criteria for inclusion and exclusion were applied, eight articles were selected and analyzed. The majority of studies found that AAT has positive effects on quality of life by the elderly, and different instruments were used for such evaluation. Finally, it can be concluded that AAT improves the quality of life among the elderly.

Keywords: Animal Assisted Therapy, quality of life, elderly.

A Terapia Assistida por Animais (TAA) consiste em intervenções desenvolvidas com o auxílio de um animal no processo terapêutico. Ela possui objetivos claros e definidos, podendo ser utilizada na promoção da saúde física e mental, bem como na estimulação das funções cognitivas do paciente. Na TAA, o indivíduo

beneficia-se do vínculo resultante da relação humano-animal, em formatos ou arranjos terapêuticos que podem ser individuais ou grupais (Domènec e Ristol, 2012; Dotti, 2005).

Os animais que podem ser utilizados na TAA são inúmeros, desde *escargot* até elefantes (Burton, 2013). Estão disponíveis estudos cien-

2. Oliveira, C. R., Paloski, L. H., Farina, M., Gonzatti, V., Cunha, A. M., de Oliveira, M. Z., ... & Irigaray, T. Q. (2017). Older Adult Self Report construct and criterion validity evidence for the Brazilian elderly. *Anales De Psicologia/Annals of Psychology*, 33(2), 277-282. doi: 10.6018/analesps.33.2.236881

anales de psicología, 2017, vol. 33, n.º 2 (may), 277-282
http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.2.236881

© Copyright 2017: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (Spain)
ISSN print edición: 0212-9728. ISSN web edición: <http://revistas.um.es/analesps/>: 1695-2294

Older Adult Self Report Construct and Criterion Validity Evidence for the Brazilian Elderly

Camila Rosa de Oliveira¹, Luis Henrique Paloski¹, Marianne Farina², Valéria Gonzatti², Adriano Medeiros Cunha², Manoela Ziebell de Oliveira², Irani Iracema de Lima Argimon², and Tatiana Quarti Irigaray^{2*}

¹ Faculdade Meridional – IMED (Brazil)

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Brazil)

Título: Evidencia de validez de criterio y de constructo del Older Adult Self Report para ancianos brasileños.

Resumen: En Brasil, el número de instrumentos científicos validados y reconocidos para la evaluación clínica de las personas de adultos mayores es limitado. El Autoinforme del Adulto Mayor (OASR) es una escala de evaluación psicopatológica de las personas con más de 60 años, que evalúa el funcionamiento adaptativo y la psicopatología. El objetivo de este estudio fue investigar el constructo OASR y buscar evidencia de la validez de criterio para adultos mayores brasileños. La muestra incluyó a 345 individuos, entre 60 y 94 años de edad, que fueron reclutados por conveniencia. Los participantes respondieron a un cuestionario que contenía preguntas sobre informaciones demográficas y de salud, y también el Examen Mini del Estado Mental, la Escala de Depresión Geriátrica versión corta y la OASR. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, análisis de correlación y discriminante de Pearson. Los resultados mostraron asociaciones significativas entre las subescalas de OASR, evidenciando correlación con la capacidad cognitiva general y síntomas depresivos. Además, OASR fue sensible para identificar a adultos mayores con síntomas significativos de depresión. En conclusión, el OASR mostró evidencia adecuada de constructo y la validez de criterio para una muestra de ancianos brasileños.

Palabras clave: Vejez, psicopatología, validez de constructo, validez de criterio, cognición

Abstract: In Brazil, the number of validated and recognized scientific instruments for clinical evaluation of elderly persons is limited. The Older Adult Self-Report (OASR) is a psychopathological rating scale for persons with more than 60 years, which evaluates adaptive functioning and psychopathology. The aim of this study was to investigate OASR construct and criterion validity evidence for Brazilian elderly. The sample included 345 individuals, between 60 and 94 years of age, which were recruited by convenience. Participants responded to a questionnaire containing questions about demographic and health information, the Mini Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale short version and the OASR. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation and discriminant analysis. The results showed significant associations between the scores of OASR's subscales, correlating with general cognitive ability and depressive symptoms. Furthermore, OASR was sensitive to identify elderly with significant symptoms of depression. In conclusion, the OASR showed adequate evidence of construct and criterion validity for a sample of Brazilian elderly.

Key words: Elderly, Psychopathology, Construct validity, Criterion validity, Cognition.

Introduction

Internationally, there is a variety of qualified psychometric instruments for the psychological assessment of the elderly (Vega & Newhouse, 2014). There is more than one hundred psychopathological assessment tests and scales for individuals over 60 years of age (Achenbach, Newhouse, & Rescorla, 2004; Brigidi, Achenbach, Dumenci, & Newhouse, 2010), and some of these instruments are self-administered or answered by informants. It is estimated that by the year 2050 the number of elderly will exceed two billion (WHO, 2015), for this reason, there is a clear need for valid, reliable and standardized instruments for the elderly. In Brazil, the number of validated and recognized scientific instruments for clinical evaluation of elderly persons is limited (Werling, 2012).

The Older Adult Self-Report (OASR) is a psychopathological rating scale for persons aged over 60 years (Ali & Cagle, 2014) and is one of the scales of the Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA (Achenbach, 2006). The ASEBA is an empirically based research system most commonly used in clinical practice and research

(Achenbach & Rescorla, 2007; Rocha, Araújo, & Silveira, 2008). Studies with the ASEBA scales in Brazil are incipient, considering that not all instruments are validated (Emerich, Monzani, & Silveira, 2010). The OASR consists of several subscales that investigate adaptive functioning (e.g., relationship, personal care and daily living skills) and psychopathology (such as anxiety, depression and memory problems). Despite its broad scope the OASR does not provide a diagnosis, but quantifies symptoms that guide to further evaluate these aspects (Achenbach et al., 2004).

In the Brazilian context, the other scales of ASEBA have already been cross-culturally adapted and validated through studies (Bordin et al., 2013). However, there are no studies that validate OASR in national and international literature. Therefore, the aim of this study was to investigate OASR's construct and criterion validity evidence for the Brazilian elderly.

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:
Tatiana Quarti Irigaray, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Av. Ipiranga, 6681. Prédio 11, sala 939. Partenon, Rio Grande do Sul (Brazil), Cep 90619-900. E-mail: tatiana.igaray@uacs.br

3. Farina, M., **Paloski, L. H.**, de Oliveira, C. R., de Lima Argimon, I. I., & Irigaray, T. Q. (2018). Cognitive reserve in elderly and its connection with cognitive performance: a systematic review. *Ageing International*, 43(4), 496-507. doi: 10.1007/s12126-017-9295-5

Ageing Int
DOI 10.1007/s12126-017-9295-5



Cognitive Reserve in Elderly and Its Connection with Cognitive Performance: A Systematic Review

Marianne Farina¹ · Luis Henrique Paloski¹ ·
Camila Rosa de Oliveira² ·
Irani Iracema de Lima Argimon¹ ·
Tatiana Quarti Irigaray¹

© Springer Science+Business Media New York 2017

Abstract The cognitive reserve may delay impairments in the normal aging process, improving the resilience in cognitive functioning. The main objective of this study was to investigate, through a systematic review, which variables form the cognitive reserve. Furthermore, the association between the cognitive reserve and the cognitive functioning was also verified. Three judges searched for articles in PsycINFO, Pubmed and Scopus databases. The Cochrane recommendations, which offer directions for systematic reviews and meta-analysis, were utilized. Six surveys were gathered following the criteria of inclusion and exclusion. Studies indicate that gender, age, individual's education, parents' education, profession, reading activity, social engagement and humor are the main variables of the cognitive reserve. Education was the most assessed

✉ Marianne Farina
mariannefarina@yahoo.com.br

Luis Henrique Paloski
luishenriquepaloski@gmail.com

Camila Rosa de Oliveira
crd.oliveira@gmail.com

Irani Iracema de Lima Argimon
argimoni@puers.br

Tatiana Quarti Irigaray
tatiana.irigaray@puers.br

¹ Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Avenida Ipiranga, 6681, Partenon, Porto Alegre, RS 90619-900, Brazil

² Faculdade Meridional – IMED, Senador Pinheiro, 304, Vila Rodrigues, Passo Fundo, RS 99070-220, Brazil

4. Chardosim, N. M. D. O., Oliveira, C. R., Lima, M. P., Farina, M., Gonzatti, V., Costa, D. B., **Paloski, L H.**, ... & Argimon, I. I. D. L. (2018). Personality factors and cognitive functioning in elderly with Parkinson's disease. *Dementia & neuropsychologia*, 12(1), 45-53. doi: 10.1590/1980-57642018dn12-010007

Dement Neuropsychol 2018 March;12(1):45-53

Original Article

DOI: 10.1590/1980-57642018dn12-010007

Personality factors and cognitive functioning in elderly with Parkinson's disease

Neusa Maria de Oliveira Chardosim¹, Camila Rosa Oliveira², Manuela Polidoro Lima¹, Marianne Farina¹, Valéria Gonzatti¹, Dalton Breno Costa², Aline Sória Pereira¹, Luis Henrique Paloski^{1,2}, Tatiana Quarti Irigaray¹, Irani Iracema de Lima Argimon¹

ABSTRACT. Parkinson's disease (PD) is a chronic and progressive neurological disease, resulting from cell degeneration in the substantia nigra, responsible for the production of dopamine. **Objective:** This study aimed to characterize the cognitive functioning, personality factors and prevalence of depressive and anxiety symptoms in individuals with Parkinson's disease (PD). Furthermore, this study sought to analyze whether personality factors were predictors of cognitive functioning. **Methods:** The sample consisted of 30 elderly with PD. Participants completed a sociodemographic data sheet, the NEO-FFI-R (Five Factor Inventory NEO Revised), the Montreal Cognitive Assessment, the Beta-III, the phonemic verbal fluency test and semantics (Animals), the digits span subtest of the Wechsler Intelligence Scale for Adults and the Boston Naming Test and the word list of the CERAD battery, the Geriatric Depression Scale and the Beck Anxiety Inventory. **Results:** The elderly with PD presented impairment in verbal episodic memory and executive functions. Most of the participants demonstrated low levels of neuroticism. The extraversion factor was positively correlated with executive functions and the openness to experience factor was positively correlated with verbal episodic memory. It was concluded that the elderly with PD presented memory and executive function impairments. The factor that most contributed to performance of the elderly with PD on memory and executive function tasks was the extraversion factor. **Key words:** Parkinson's disease, personality factors, cognitive decline, quality of life.

FATORES DE PERSONALIDADE E FUNCIONAMENTO COGNITIVO EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

RESUMO. A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurológica crônica e progressiva, resultante da degeneração celular na substância negra, responsável pela produção de dopamina. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo caracterizar o funcionamento cognitivo, fatores de personalidade e prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em indivíduos com doença de Parkinson (DP). Além disso, este estudo procurou analisar se os fatores de personalidade eram preditores de funcionamento cognitivo. **Métodos:** A amostra foi constituída por 30 idosos com DP. Os participantes responderam a uma ficha de dados sociodemográficos, o NEO-FFI-R (Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado), o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), o Beta III, o Teste de Fluência Verbal Semântica (Categoria Animais), o Subteste Dígitos da Escala de Inteligência Wechsler para adultos, o teste de nomeação de Boston da bateria CERAD, a Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade de Beck. **Resultados:** Os idosos com DP apresentaram comprometimento nas funções de memória episódica verbal e funções executivas. A maioria dos participantes demonstrou baixos níveis de neuroticismo. O fator de extroversão foi positivamente correlacionado com as funções executivas e o fator de abertura à experiência foi positivamente correlacionado com a memória episódica verbal. **Conclusão:** Conclui-se que idosos com DP apresentam comprometimento na memória e nas funções executivas. O fator que mais contribuiu para o desempenho dos idosos com DP em tarefas de memória e funções executivas foi o fator extroversão.

Palavras-chave: doença de Parkinson, fatores de personalidade, declínio cognitivo, qualidade de vida.

Parkinson's disease (PD) is a chronic and progressive neurological disease, resulting from cell degeneration in the substantia nigra, responsible for the production of dopa-

This study was conducted at the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil. ²Faculdade Meridional (MED), Passo Fundo RS, Brazil. ³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS, Brazil.

Tatiana Quarti Irigaray. Av. Ipiranga, 6681, Building 11, 9th floor – 90619-900 Porto Alegre RS – Brazil. E-mail: tatiana.irigaray@pucrs.br

Disclosure: The authors report no conflicts of interest.

Received October 26, 2017. Accepted in final form December 26, 2017.



Apêndice E – Produções Acadêmicas: Capítulos de livros

1. Cerutti, F., Paloski, I. H., Oliveira, C. R., Argimon, I. I. L. Prevenção do uso de drogas na adolescência: aspectos contemporâneos In: Avaliação e intervenção no ciclo vital: da promoção de saúde à prática clínica. 1 ed. São Paulo, SP: Hogrefe, 2019, v.1, p. 109-117.



2. Silva, C. M.; Marcolan, S. A., **Paloski, L. H.** Estilos parentais de mães e pais em processos litigiosos em uma vara de família do norte do rio grande do sul In: *Perspectivas Críticas do Direito, da Democracia e da Sustentabilidade*. 1 ed. Erechim, SP: Deviant, 2019, v.1, p. 317-334.

CAPÍTULO 14 - 317

14

ESTILOS PARENTAIS DE MÃES E PAIS EM PROCESSOS LITIGIOSOS EM UMA VARA DE FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

*Carolina Monteiro da Silva
Saionara do Amaral Marcolan
Luís Henrique Paloski*

RESUMO: Estilo parental define-se pelo conjunto de práticas que são utilizadas na educação dos filhos, tanto positivas que visam incentivar comportamentos adequados quanto negativas que podem acarretar prejuízos a criança. O objetivo deste estudo foi investigar os estilos parentais de mães e pais em processos litigiosos tramitando em uma vara de família de uma cidade do norte do Rio Grande do Sul e participantes de oficinas de parentalidade. Foi realizado um estudo transversal, exploratório e correlacional, de cunho quantitativo. A amostra foi composta por 27 indivíduos, entre 25 e 64 anos ($M = 38,4$; $DP = 10,1$), sendo 13 homens e 14 mulheres, mães e pais em processos judiciais. Os instrumentos utilizados foram: 1) Ficha de Dados Sociodemográficos; 2) Inventário de Estilos Parentais (IEP). Os resultados apontaram que a maior parte da amostra de homens (30,8%) e mulheres (42,8%) possuem um estilo parental regular acima da média a ótimo, com prevalência de práticas educativas positivas. Porém, os achados referentes as práticas negativas foram altas para monitoria negativa (92,4%) e abuso físico (46,2%) em homens sugerindo comportamentos parentais de risco. Por fim, os dados referentes a estilos parentais de risco apontam para a necessidade de programas institucionalizados para treinamentos de pais em processos de separação ou divórcio litigioso.

Palavras-chave: Estilos Parentais; Monitoria Negativa; Abuso físico; Oficinas de Parentalidade.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br