

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA

MÔNICA DE MACEDO CARDOSO

ESTUDO PRELIMINAR SOBRE A RELAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS E O
RETORNO AO TRABALHO APÓS O PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO NA
ESQUIZOFRENIA

CURITIBA
2011

MÔNICA DE MACEDO CARDOSO

ESTUDO PRELIMINAR SOBRE A RELAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS E O
RETORNO AO TRABALHO APÓS O PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO NA
ESQUIZOFRENIA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Psicologia da Universidade
Federal do Paraná, como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia.

Linha de Pesquisa:
Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Almeida de Pereira

Curitiba
2011

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Ana Paula Almeida de Pereira por sua inestimável condução, compreensão e acolhimento, sempre acreditando nas minhas escolhas e direções deste trabalho.

Aos membros da banca, Prof^a. Dra. Adriana Sparemberg e Prof^a. Dra. Rochelle Paz Fonseca por nos honrarem com suas presenças e contribuições essenciais para a elaboração deste trabalho.

Sou muito grata ao Prof. Dr. Milton Carlos Mariotti, Chefe do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPR, e Prof^a Ms. Rita Aparecida Bernardi Pereira, Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da UFPR por terem me estimulado e apoiado nestes dois anos de caminhada, permitindo me ausentar de alguns compromissos do Departamento e Coordenação.

Aos professores do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPR, agradeço imensamente o estímulo, apoio, compreensão e compartilhamento nos momentos mais críticos. Sei que poder estar neste programa de Pós-graduação onerou suas cargas de trabalho. Muito obrigada e contem sempre comigo!

Às professoras Maria José Gugelmin e Iranise Moro P. Jorge, pela disposição e contribuição importantíssima na tradução da Work Role Interview.

Minha gratidão à Dra. Ana Amélia Cardoso, irmã de coração que Deus me presenteou neste último ano, pessoa que veio para somar, amparar, compartilhar e crescer comigo. Nestes últimos meses sobrevivemos melhor por termos uma à outra, tenho certeza! Obrigada Ana, você foi luz especial para este trabalho.

Meu carinho especial aos colegas de turma, que me ensinaram e apoiaram.

Meus sinceros agradecimentos às instituições que permitiram o desenvolvimento deste trabalho, e de forma especial aos participantes da pesquisa, pessoas que me inspiram diariamente a continuar buscando formas de minimizar sua exclusão.

Agradeço a minha família, Geraldo, meu marido, e Luiza e Caio, meus filhos, por seu amor, paciência, compreensão e apoio. Vocês foram a peça chave para a conclusão deste trabalho. Palavras não descrevem minha gratidão, obrigada por escolherem estar comigo, e acreditarem em mim quando nem eu o fazia.

Agradeço especialmente meu amigo Davi Paciornick por seu apoio nas mais de 1500 impressões para este trabalho.

Ao Dr. João Artur Borges Wilkenmann mais que agradecimentos, quero expressar minha eterna admiração. Pessoa comprometida com resultados sem medir esforços, muito obrigada por me mostrar a possibilidade de caminhar sozinha.

“Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.
Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito.”
Aristóteles

Resumo

A disfunção executiva tem sido considerada o elemento central das alterações cognitivas na esquizofrenia, e está associada ao pobre desempenho funcional, social e ocupacional dos indivíduos com este transtorno. Pessoas com esquizofrenia figuram entre os grupos com menores taxas de inclusão no trabalho, sendo que o papel de trabalhador é um elemento central da vida, a matriz da integração social. O objetivo do presente estudo é identificar a relação das Funções Executivas (FE) e o retorno ao trabalho de indivíduos pós o primeiro surto psicótico na esquizofrenia. Participaram do estudo 15 indivíduos diagnosticados com transtorno esquizofreniforme, entre 18 e 40 anos, pós primeiro surto psicótico e em tratamento em Centro de Atenção Psicossocial. Foi realizada uma entrevista sócio-demográfica, e aplicados o Wisconsin Card Sorting Test, Questionário da Síndrome Desexecutiva e Entrevista do Papel de Trabalhador, para a coleta dos dados. Os resultados encontrados para esta amostra sugerem que há uma leve diminuição na *performance* das FE, e apontam uma fraca correlação entre o funcionamento das FE e o retorno ao trabalho. Quando comparados 2 grupos diagnósticos (F20 e Fmix – F21 e F25), não há diferenças significativas nos resultados dos testes aplicados. Quarenta e sete por cento dos indivíduos desta amostra retornaram ao trabalho após o primeiro surto psicótico. Concluiu-se que embora a amostra estudada apresente o perfil demográfico e de história clínica esperado, a hipótese proposta não foi confirmada talvez devido ao número pequeno de indivíduos da amostra. Sugere-se que novos estudos sejam realizados com amostras maiores.

Palavras-chave: esquizofrenia, funções executivas, trabalho, primeiro episódio, reabilitação

Abstract

The executive dysfunction has been considered a core feature of cognitive impairments in schizophrenia, and it is associated with poor functional, social and professional performance. People with schizophrenia are included in groups with poor rates of participation in work, considering that the role of worker is a central element of life, the array of social integration. The aim of this study is to identify the relationship of Executive Functions (EF) and return to work of people after first psychotic episode in schizophrenia. The method used was a quasi-experimental study, with 15 individuals diagnosed with schizophreniform disorder, between 18 and 40 years after the first episode and treatment in Centro de Atenção Psicossocial. For data collection interview socio-demographic was applied, with Wisconsin Cards Sorting Test, Disexecutive Questionnaire and Work Role Interview assessments. The results for these samples suggest that there is a slight performance decrease in EF, and a weak correlation was indicated between EF and return to work. When comparing two diagnostic groups (F20 and Fmix - F21 and F25), there were no significant differences in the results of the tests. Forty seven percent of individuals in the sample returned to work after first episode. The data suggest that the hypothesis could not be confirmed probably due to the small number of participants, and further studies with larger samples and multicentric design might be more conclusive.

Key words: schizophrenia, executive functions, work, first episode, rehabilitation

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exemplo de item – DEXaa	41
Figura 2 – Exemplo de item – WRI	45
Figura 3 - Resumo dos Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados demográficos Grupo _t	54
Tabela 2 - Resultados das avaliações Grupo _t	55
Tabela 3 – Dados demográficos Grupos _{F20 e Fmix}	56
Tabela 4 - Resultados das avaliações Grupos _{F20 e Fmix}	58
Tabela 5 – Correlação DEX e WRI	58
Tabela 6 – Diferenças estatísticas entre Grupos F20 e Fmix	57
Tabela 7 - Relação entre FE e retorno ao trabalho	59

ABREVIACOES

AOTA	American Occupational Therapy Association
APA	American Psychiatric Association
BADS	Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CID-10	Classificação Internacional de Doenas- 10
DEX	Dysexecutive Questionnaire
DSM-IV TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV - Text Revision
DP	Desvio Padrão
EB	Escore Bruto
EP	Escore Padrão
FE	Funções executivas
MATRICES	Measurement and Treatment Research in Cognition in Schizophrenia
ODPM	Office Of The Deputy Prime Minister
PSP	Primeiro surto psictico
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WCST	Wisconsin Card Sorting Test
WRI	Work Role Interview

SUMÁRIO

Estudo Preliminar Sobre a Relação das Funções Executivas e o Retorno ao Trabalho	
Após o Primeiro Surto Psicótico na Esquizofrenia	12
Revisão Bibliográfica	20
<i>Funções Executivas</i>	21
<i>Funções Executivas e Esquizofrenia</i>	25
<i>Avaliação das Funções Executivas no Contexto da Esquizofrenia</i>	28
<i>Funções Executivas, Esquizofrenia e Trabalho</i>	29
<i>Primeiro Surto Psicótico na Esquizofrenia</i>	35
Método	37
<i>Participantes</i>	37
<i>Instrumentos</i>	38
<i>Procedimentos</i>	46
<i>Análise de Dados</i>	48
Resultados	51
Discussão	60
Considerações Finais	66
Referências	68
Apêndice A	81
Apêndice B	83
Anexo 1	84
Anexo 2	85

Estudo Preliminar Sobre a Relação das Funções Executivas e o Retorno ao Trabalho Após o Primeiro Surto Psicótico na Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno mental complexo caracterizado por distorções características e fundamentais do pensamento e percepção, e por afetos inapropriados. Em relação aos transtornos de pensamento, os sintomas incluem: eco, imposição ou roubo e divulgação do pensamento. Os fenômenos ligados às distorções perceptuais consistem em idéias delirantes e vozes alucinatórias (Kandel, Schwartz, & Jessor, 2003; Organização Mundial da Saúde, Classificação Internacional de Doenças [CID-10], 2003). Este é um transtorno que atinge 1% da população mundial, tem distribuição universal e persiste por toda a vida. A incidência anual desta doença está entre 0,5 a 5 por 10.000 habitantes, com algumas variações geográficas principalmente ligadas à áreas urbanas e países industrializados (American Psychiatric Association [APA], 2000; Mari & Leitão, 2000). Quanto ao gênero, a esquizofrenia tem início mais precoce no sexo masculino, entre 15 e 25 anos, e em mulheres o primeiro surto apresenta-se entre 25 e 30 anos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

A causa e a patogênese da esquizofrenia não podem ser determinadas com convicção (Andreasen, 2000; Kandel et al., 2003) e, a etiologia é variada. Entre as hipóteses atuais, ressalta-se o modelo da diátese-estresse, que afirma que o indivíduo possui uma vulnerabilidade específica e um agente estressor é o desencadeante dos sintomas, podendo esse ser biológico, psicossocial e/ou ambiental. (Andreasen, 2000; Aranha, 2004; Sadock, 2007). De acordo com este modelo, uma pessoa somente desenvolve a esquizofrenia se houver uma herança genética desencadeada por fatores ambientais de risco, capazes de torná-la biologicamente vulnerável para o transtorno. Indivíduos com carga genética maior podem adoecer com insultos ambientais mais brandos ou em menor número. Os fatores ambientais de risco interferem em processos do desenvolvimento e maturação cerebral, ativando genes de

susceptibilidade para a esquizofrenia e causando alterações cerebrais sutis. Esta é a base para que disfunções cognitivas e sintomas positivos e negativos da esquizofrenia se desenvolvam. Esta hipótese explica, em parte, a vulnerabilidade dos indivíduos ao estresse e sua dificuldade para lidar com situações que geram maior sobrecarga.

Outra hipótese aceita na área é de que a esquizofrenia é desencadeada pelo excesso de atividade dopaminérgica. Tal fato implica em questões ligadas tanto ao tratamento farmacológico quanto aos diferentes sintomas observados. A eficácia e potência da maioria dos antipsicóticos é devido aos agentes que aumentam a atividade dopaminérgica serem psicomiméticos. Um papel significativo da dopamina é a concentração de ácido homovanílico (principal metabolito da dopamina) no sistema nervoso central dos indivíduos com esquizofrenia. Com o tratamento, as concentrações de ácido diminuem e há melhora dos sintomas (Sadock, 2007). Uma implicação deste modelo seria a necessidade de encontrar a dosagem ideal da medicação para o indivíduo.

Pessoas com esquizofrenia apresentam sinais clínicos, resposta ao tratamento e evolução da patologia de forma diferente. O quadro clínico da esquizofrenia é polimorfo e heterogêneo e uma das formas de se estabelecer o diagnóstico é a partir dos critérios listados no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV - Text Revision - DSM-IV TR (APA, 2000). Estes relacionam especificadores de curso da doença que propõem várias opções e descrevem situações reais. O fato de o indivíduo apresentar alucinações ou delírios não especifica o diagnóstico de esquizofrenia. Há que apresentar dois sintomas descritos na tabela de critérios, e estes devem persistir por pelo menos seis meses e devem ser descartados os diagnósticos de Transtorno do Humor e Transtorno Esquizoafetivo, bem como o uso de substâncias psicoativas (legais e ilegais). Compõem ainda critérios diagnósticos da esquizofrenia as disfunções sociais/ocupacionais, com o rebaixamento do nível anterior

alcançado, no caso de adultos, ou fracasso em atingir o nível esperado quando o início se dá na adolescência, nas áreas de funcionamento como trabalho, relações interpessoais e cuidados pessoais (APA, 2000).

O DSM-IV-TR classifica a esquizofrenia em cinco subtipos: paranóide, desorganizada/hebefrênica, catatônica, indiferenciada e residual. Na Classificação Internacional de Doenças - CID-10, instrumento mais utilizado para o estabelecimento de diagnóstico no Brasil, há a inclusão do tipo simples. Não existem sintomas patognômicos neste transtorno, os sinais apresentados na esquizofrenia são comuns à outros transtornos psiquiátricos e neurológicos. A história do indivíduo é fundamental para que haja um diagnóstico diferencial. Sinais e sintomas pré-mórbidos podem ser observados na fase prodrômica da esquizofrenia, e é comum o relato de desadaptação psicossocial, como traços de retraimento social e emocional, com tendência ao isolamento. A manutenção de um emprego também é difícil para essas pessoas. Estas características pré-mórbidas são consideradas fatores de mau prognóstico no curso da patologia (Jahshan, Heaton, & Cadenhead, 2008; Lucas, Hodge, Shores, Brennan, & Harris, 2008; Louzã Neto, 2007; Malla & Payne, 2005).

O tratamento da pessoa com esquizofrenia inclui a participação de vários profissionais, que combinam abordagens farmacológica, psicossocial, psicodinâmica e cognitiva. O tratamento farmacológico é feito com a administração de antipsicóticos, sendo que atualmente existem os de primeira (clássicos) e os de segunda (atípicos) geração. Ainda na fase aguda pode se dar início às outras abordagens terapêuticas como terapia ocupacional e reabilitação neuropsicológica. A orientação psicoeducacional é fundamental pois as informações sobre a patologia auxiliam o indivíduo no seu dia-a-dia e na compreensão de suas possibilidades (Benetton, 1991; Sadock, 2007; Tedesco & Ferrari, 2000; Villares, 2000;).

Um recente objeto de estudo no contexto da esquizofrenia é o prejuízo cognitivo que se evidencia nos indivíduos afetados, e como estes danos influenciam diretamente em suas habilidades e capacidade funcional. O projeto “Measurement and Treatment Research in Cognition in Schizophrenia” (MATRICS) marcou uma nova fase de pesquisa no tratamento da esquizofrenia, visto que se evidenciou a necessidade de diferentes abordagens no enfrentamento dos déficits neuropsicológicos deste transtorno (Gold, 2004).

Marder e Green, pesquisadores da Universidade da Califórnia reuniram no ano de 2002, representantes da academia, governo e indústria farmacêutica para desenvolver uma avaliação dos domínios cognitivos com os objetivos de fomentar os ensaios clínicos de drogas para a melhora da cognição na esquizofrenia, já que os antipsicóticos existentes não eram eficazes no tratamento no déficit neuropsicológico. Este estudo culminou numa medida uniforme de estudos de reabilitação cognitiva e de resultados em aplicações de estudos replicados.

As disfunções neuropsicológicas na esquizofrenia têm sido estudadas por diversos autores, e estabelecidas como um aspecto central da patologia (Atbasoglu, Ozguven, Saka, & Olmez, 2005). Greenwood, Morris, Sigmundsson, Landau e Wykes (2008) trazem que 54-90% dos indivíduos com esquizofrenia tem pelo menos uma função cognitiva prejudicada. Estes estudos mostraram alguns tipos de disfunções cognitivas, como déficit de memória, atenção rebaixada, retardo psicomotor, e funções executivas (FE).

Diversos autores encontraram achados que indicam que os indivíduos com esquizofrenia apresentam déficits nas FE (Atbasoglu et al., 2005; Laws, Patel, & Tyson, 2007), processos que mediam importantes aspectos para o desempenho ocupacional do indivíduo. As FE permitem monitorar o comportamento, e dirigir e sustentar a atenção (Laws et al., 2007). Elas focam o controle e a regulação do processamento da informação no cérebro,

são ações flexíveis e adaptativas do comportamento, que permeiam o interagir do indivíduo com o mundo de maneira intencional, envolvendo a formulação de planos de ação, que se baseiam nas demandas do ambiente e nas experiências prévias (Chan, Shumb, Toulopoulou, & Chen, 2008; Liu et al. 2010; Santos, 2004).

Segundo Souza, Moll, Ignácio e Tovar-Moll (2008), um dos anxiomas da Neuropsicologia é que a autonomia do indivíduo em relação ao seu meio é conferida pelo funcionamento executivo. As FE estão envolvidas nos âmbitos cognitivo, emocional e social, ou seja, permeiam todas as ações do desempenho ocupacional competente.

Uma das áreas de desempenho ocupacional do ser humano é o trabalho (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008), e este é o papel ocupacional que consome pelo menos metade do tempo acordado dos indivíduos saudáveis, provê senso de identidade e lugar na estrutura social em que vive (Early, 1993). No documento em que publica o Quadro de Referência da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2008), no item Desempenho nas Áreas de Ocupação – Trabalho, sustenta que para o desempenho competente nesta área, o indivíduo deve ter habilidade e competência para executar atividades necessárias para o engajamento em trabalho remunerado ou atividades voluntárias com: a) interesse e busca de emprego; b) procura e aquisição de emprego; c) desempenho no trabalho; d) preparação e ajustamento para aposentadoria; e) exploração do voluntariado e f) participação voluntária.

A inserção no mercado de trabalho formal cada vez mais demanda alta *performance* na qualificação profissional, flexibilidade, atenção e capacidade de trabalho, habilidades que podem estar prejudicadas nos indivíduos com esquizofrenia (Tan, 2009; Watzke, Galvao, Gawlik, Huehne, & Brieger, 2009; Bell). Os autores ainda relatam que nos programas de reabilitação profissional para indivíduos com transtorno mental severo notou-se diferenças no

desenvolvimento de capacidade e domínio da *performance* de trabalho, porém instrumentos de avaliação das habilidades cognitivas não foram inseridos neste estudo, e estes poderiam balizar um dos fatores desta variedade de comportamento. As funções cognitivas tem estreita relação com a *performance* do indivíduo nas interações sociais, de trabalho e emocionais. Assim, torna-se importante buscar dados referentes à relação das capacidades cognitivas em indivíduos após primeiro surto psicótico (PSP) na esquizofrenia. O estudo das habilidades cognitivas em pessoas com esquizofrenia posterior ao PSP, antes que os efeitos da cronificação da patologia, da deterioração mental e social, da medicação e da institucionalização afetem a cognição do indivíduo é de grande relevância (Sánchez, 2008). Os indivíduos pós PSP podem ter déficits neuropsicológicos, que tendem a ser nas áreas de memória e FE (Atbasoglu et al, 2005; Riley et al, 2000).

Lesson e colaboradores (2008) tem achados significativos no que tange à incapacidade nas FE, sendo mais severa no início do curso da patologia. Possivelmente as dificuldades observadas no engajamento profissional do indivíduo com esquizofrenia relacionam-se com déficits neuropsicológicos, mais especificamente das FE. Estudos de Greenwood, Morris, Sigmundsson, Landau e Wykes, (2008) e Chan e colaboradores (2006b) tem achados relevantes em relação aos danos nas FE, demonstrando que são significativamente menores nos indivíduos após o PSP que naqueles com esquizofrenia crônica. Riley e colaboradores (2000) alerta para a limitação dos estudos realizados com indivíduos com o transtorno já em fase crônica, pois o efeito do uso prolongado de neurolépticos, longos períodos de internação, o processo do transtorno em si, ou mesmo a somatória destes fatores podem refletir nos resultados de testes neuropsicológicos.

A melhor compreensão da trajetória das FE na esquizofrenia pode auxiliar a identificar o risco e possibilitar a modificação de fatores que influenciam no aparecimento,

gravidade e curso da doença, e sugerir estratégias de redirecionamento ou reformatação do curso da doença, e/ou melhorar os resultados das intervenções (Freedman & Brown, 2010).

É diante desta problemática que este trabalho propôs-se a responder duas questões: primeiramente investigar de que modo a ocorrência de um surto psicótico na esquizofrenia influenciaria o retorno à atividades de trabalho; e a segunda, qual a relação da FE no retorno às atividades de trabalho em indivíduos após o PSP na esquizofrenia.

Justificativa

Esta pesquisa tem como justificativa a relevância teórico-prática da investigação de como o PSP de esquizofrenia e a FE estão envolvidos no retorno ao trabalho neste grupo. Tal compreensão poderá subsidiar a construção de intervenções eficazes, uma vez que fatores críticos que facilitam a retomada das atividades pré-mórbidas poderão ser diretamente fomentados pelas intervenções recomendadas a partir do presente estudo. Outro fator é que a compreensão da relação entre esquizofrenia e FE possibilitará a construção de um modelo teórico na área da reabilitação das doenças mentais para fundamentar a prática clínica.

Objetivo geral

- Identificar a relação das FE e o retorno às atividades de trabalho de indivíduos após o PSP na esquizofrenia.

Objetivos específicos

- Identificar se as FE estão prejudicadas após o PSP na esquizofrenia;
- Verificar a quantidade de indivíduos que retornam às mesmas atividades de trabalho após o PSP na esquizofrenia;
- Averiguar quantos indivíduos se inseriram em outras atividades de trabalho após o PSP na esquizofrenia.

- Verificar se existe correlação entre status das FE e a percepção do indivíduo quanto ao papel do trabalhador.
- Identificar a relação da FE e o retorno ou não às atividades de trabalho desses indivíduos.

Nos próximos capítulos serão apresentados os achados de uma revisão não sistemática da literatura iniciando com considerações sobre as FE e esquizofrenia, seguindo com a contextualização da relação entre FE e o trabalho e convergindo numa discussão ampliada sobre esquizofrenia, trabalho e FE. Em seguida será apresentado o método, onde são propostos os instrumentos de mensuração das FE e descritos os procedimentos de coleta de dados. O levantamento de informações, e a consolidação dos resultados obtidos foram reunidos e fundamentaram a exposição da discussão e das considerações finais.

Revisão Bibliográfica

Os seres humanos possuem habilidades para executar atividades como se concentrar para ler um livro, solucionar problemas, aprender novas informações, manter uma conversa, realizar escolhas em diversas instâncias. Estas habilidades estão relacionadas com a cognição, um conjunto de capacidades que permitem a expressão dos seres humanos no âmbito social, emocional e ocupacional (Monteiro & Louzã, 2007). Dentre as habilidades cognitivas pode-se citar a atenção, memória, FE, raciocínio, percepção espacial, linguagem (Ferreira Junior, Barbosa, Barbosa, Hara, & Rocha, 2010; Gazzaniga, Ivry, & Mangun, 2006; Sohlberg & Mateer, 2009). Historicamente já na primeira descrição conceitual da esquizofrenia, em 1896, Emil Kraepelin referiu-se a alguns sintomas cognitivos como distúrbios da atenção, do fluxo e associação do pensamento e alterações do julgamento. Desde o período prodrômico já são percebidas alterações cognitivas na esquizofrenia, que são evidentes durante todo o curso evolutivo do transtorno (Ferreira Junior et al., 2010; Monteiro, & Louzã, 2007; Wölver et al, 2008). Estudos como o de Kaneda, Jayathilak e Meltzer (2009) apontaram para a o papel das funções cognitivas como fatores relevantes nos resultados positivos de pessoas com esquizofrenia conseguirem manter um trabalho, inclusive superando os sintomas clínicos.

Há um interesse crescente na última década na investigação sobre a relação dos prejuízos cognitivos e funcionais, utilizando-se instrumentos neuropsicológicos para esta correlação. Green (1996) num estudo relacionado à cognição e três áreas significativas de bom desempenho funcional (vida independente, funcionamento ocupacional, funcionamento social) chegou a resultados que demonstraram que a memória declarativa está associada às três áreas; FE e memória operacional com funcionamento ocupacional e vida independente; e atenção associada à funcionamento social (Gold, 2004; Monteiro, & Louzã, 2007; Wölver,et

al. 2008). Atualmente as alterações cognitivas na esquizofrenia não são consideradas apenas um epifenômeno, mas concebidas como um fator de risco e vulnerabilidade, podendo ser considerado um alvo específico de tratamento focando a melhora clínica de funcional (Wölver et al., 2008).

Uma das abordagens de tratamento destes elementos cognitivos também recentemente alvo de estudos, é a farmacologia. Os antipsicóticos de segunda geração (atípicos) amilsuprida, clozapina, olanzapina, quetapina, risperidona e zuclopentixol, têm apresentado um impacto positivo na cognição dos indivíduos com esquizofrenia. Apesar de ainda não estar claro nos estudos apresentados, sugerem que juntamente às outras abordagens de tratamento, estes antipsicóticos de segunda geração contribuem para uma melhora no desempenho das FE e, conseqüentemente, nas atividades de vida diária (Ferreira Junior et al., 2010; Gold, 2004; Monteiro, & Louzã, 2007; Penadés et al., 2010). Estudos recentes relativos à cognição e esquizofrenia, relatam a disfunção executiva como característica fundamental deste transtorno, fortemente associada com o pobre desempenho funcional dos indivíduos acometidos (Freedman, & Brown, 2010; Green et al., 2004; Mesholam-Gately, Mueser, DeRosa, & Wolfe, 2009; Rodríguez-Sánchez et al., 2005;). A ampla dimensão e complexidade das FE e seu papel fundamental para a adaptabilidade comportamental e social, torna essencial se entender os déficits nesta área para uma reabilitação eficaz (Freedman & Brown, 2010).

Funções Executivas

A expressão normal das FE é relacionada à capacidade do indivíduo apresentar comportamentos orientados e objetivos, ou seja, a realização de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas específicas. São consideradas um dos componentes mais complexos da cognição e constituem a seleção de

informações, a integração de informações atuais com informações previamente memorizadas, o planejamento, o monitoramento e a flexibilidade cognitiva (Clark, Warman, & Lysaker, 2010; Gazzaniga, 2002; Greenwood et al., 2008; Liu et al., 2010;).

As FE podem ser definidas como uma série de habilidades cognitivas, princípios e organização necessários para lidar com situações flutuantes e ambíguas do relacionamento social para uma conduta apropriada, responsável e efetiva em uma vida diária saudável. Sendo assim, possibilitam que o indivíduo interaja intencionalmente no mundo, através de formulação de planos de ação que se baseiam em experiências prévias e nas demandas do meio ambiente. (Clark, Warman, & Lysaker, 2010; Gazzaniga, 2002; Lezak, 2004).

Burgess e Simons (2005) referem que o termo funções executivas abarca processos cognitivos fracionados envolvidos com o controle, organização e seqüenciamento das atividades desempenhadas pelo ser humano. As funções inclusas sob este termo são memória de trabalho, iniciação, inibição de resposta, resolução de problemas e planejamento. Lezak (2004) propõe a compreensão do funcionamento executivo através de quatro componentes básicos: a) volição, que é entendida como a capacidade de formular metas e perceber intenções, motivação e autoconsciência; b) planejamento, que compreende as capacidades de formação conceitual e de abstração, de tomada de decisão, de geração de alternativas para a ação, de formulação dos passos e seqüenciamento de uma atividade, de realização de escolhas e manutenção da atenção; c) ação propositiva, que é a tradução de uma intenção ou plano numa atividade produtiva, compreendendo a capacidade de iniciar, manter, alterar e interromper sequencias de comportamentos complexos e ainda a flexibilidade; d) desempenho efetivo que pode ser entendido como a capacidade de automonitoração, autodireção e autoregulação a intensidade, o ritmo e outros aspectos qualitativos da ação.

O funcionamento executivo reflete um conjunto complexo de comportamentos e de operações que envolvem os processos que definem a experiência humana: iniciação de comportamentos e intencionalidade; abstração de padrões e conceitos; criação de significado dos estímulos em relação a experiências anteriores, priorização adequada dos estímulos externos (separar sinal de ruído), avaliação adequada da valência emocional dos estímulos; exploração de conceitos na memória de trabalho e recuperação de informação, vigilância para as tarefas, reconhecimento e resolução de problemas complexos, incluindo a resolução de conflitos conceituais e dissonância cognitiva; inibição da resposta, incluindo a mudança ou desvio no desenvolvimento de estratégias, acompanhamento, avaliação e execução de resposta a um estímulo (Freedman & Brown, 2010). Estes processos estão relacionados às funções cognitivas como atenção, raciocínio, julgamento e memória.

Este funcionamento é diretamente dependente da integridade de “redes frontais”, salientado-se aqui que estas não abarcam somente os lobos frontais, mas também as estruturas corticais e subcorticais conectadas a eles (Assis, 2008; Rodríguez-Sánchez et al., 2005). Elkhonon Goldberg (2002) citado por Assis (2008) denomina os lobos frontais como o “diretor executivo” do cérebro, porém, em termos neuroanatômicos verifica-se que este papel de execução é concedido somente a uma porção deste córtex, o pré-frontal. O atual modelo específico para as FE pode explicá-las como sendo um sistema gerencial, com as funções básicas de manipulação e manutenção da informação *on-line*, mediadas por processos inibitórios que ordenam a interferência de informações novas ou antigas (Hamdan & Pereira, 2009).

Quanto ao desenvolvimento das FE, Wood, De Lucca, Anderson, e Pantelis (2004) e Best e Miller (2009) relatam que são habilidades que surgem mais tarde do que outras funções cognitivas e durante um longo período de tempo, tornando os dados longitudinais

sobre as trajetórias de desenvolvimento neurológico nestas funções especialmente importantes. As FE são habilidades que são aprimoradas com a idade, estando prontas na idade adulta, porém não de forma uniforme nas diferentes áreas do funcionamento executivo (Freedman, & Brown, 2010).

Em crianças saudáveis, mudanças na capacidade executiva são observadas tanto em crianças muito jovens como naquelas em idade escolar, com melhoria contínua no final da adolescência e início da fase adulta (Best & Miller, 2009; Freedman & Brown, 2010). Esta evidência é apoiada por imagens de estudos do cérebro que demonstram que a maturação dos lobos frontais não está concluída até cerca de 20 anos de idade ou mais tarde (Wood et al., 2004), diferindo assim da trajetória de desenvolvimento das outras habilidades cognitivas.

O surgimento dos lobos frontais do encéfalo bem como os papéis de liderança na sociedade humana emergiu tardiamente, segundo Goldberg (2002). É pertinente destacar neste marco da evolução humana a relevância desta estrutura cerebral no desenvolvimento de funções unicamente humanas: as funções executivas (Assis, 2008; Freedman, & Brown, 2010; Goldberg, 2002; Grafman, 2003).

O córtex pré-frontal é responsável pela seleção das habilidades cognitivas necessárias na realização dos planos, coordena essas habilidades e as executa numa sequencia adequada com o objetivo de alcançar a meta proposta. A avaliação do sucesso ou fracasso da ação é avaliada por esta estrutura. (Assis, 2008; Goldberg, 2002; Grafman, 2003). São descritos cinco circuitos paralelos de origem frontal com funcionamento independente, vinculados às síndromes comportamentais: Córtex Pré Frontal Ventromedial (giro cingulado anterior), que se associa a transtornos da ativação e direção da motivação, modulação emocional do comportamento; Córtex Pré Frontal Lateral e Córtex Pré Frontal Lateral Orbital, associado à dificuldades de auto-regulação (impulsividade, desinibição, pobre juízo social); Córtex Pré

Frontal Dorso Lateral, associado à uma disfunção cognitiva (desorganização, inflexibilidade, incapacidade de gerar hipótese); e a área pré motora e campos visuais frontais, associados à disfunção motora (Hamdan & Pereira, 2009; Pérez et al., 2009, Rodríguez-Sánchez et al., 2005).

A disfunção executiva pode estar associada à desordens psiquiátricas e neurológicas, especialmente quando envolvem as regiões do córtex pré-frontal e seus circuitos, causando um funcionamento deficitário das capacidades cognitivas que exijam planejamento, execução e monitoramento de atividades focadas para um fim (Assis, 2008). Devido a profusão de conexões dos lobos frontais com as outras regiões do encéfalo há a possibilidade de que transtornos neuropsiquiátricos que tenham sua localização primária em outra parte do córtex, possam causar sintomas de disfunções do lobo frontal (Goldberg, 2002). Hamdan e Pereira (2009) relatam que os sintomas mais freqüentemente encontrados relativos ao comprometimento das FE são perseveração, agitação, dificuldades de planejamento, falta de insight, limitada capacidade de tomar decisões, apatia e descomprometimento com as normas sociais. Estes sintomas podem estar ligados aos sintomas negativos da esquizofrenia, sugerindo piora do desempenho ocupacional de indivíduos com este transtorno.

Funções executivas e esquizofrenia

Estudos apontam para números como de 54 a 90% das pessoas com esquizofrenia apresentam pelo menos uma alteração executiva, sendo a disfunção executiva considerada o elemento central das alterações cognitivas da esquizofrenia (Chan et al., 2006; Freedman & Brown, 2010; Greenwood et al., 2008). A disfunção executiva está associada ao pobre desempenho social e funcional o que sugere o aumento do interesse na reabilitação cognitiva destes indivíduos (Freedman & Brown, 2010; Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone, & Seidman, 2009).

A precocidade do aparecimento das alterações cognitivas na esquizofrenia são largamente comprovadas em diversos estudos (Ferreira Junior et al., 2010; Freedman, & Brown, 2010; Sponheim et al., 2010), e estas as alterações estão presentes mesmo antes do PSP. Reichenberg e colaboradores (2010) refere a diminuição no desempenho escolar entre 13 e 16 anos de idade em indivíduos que desenvolveram esquizofrenia. O prejuízo cognitivo e o rendimento escolar abaixo da média acentuam-se nos três a cinco anos iniciais após o primeiro surto da doença, permanecendo relativamente estáveis durante o seu curso (Ferreira Junior, Barbosa, Barbosa, Hara, & Rocha 2010; Freedman, & Brown, 2010). Vários fatores tem impacto sobre a disfunção executiva na esquizofrenia. A principal consideração a ser feita é em relação aos sintomas, ligados ao padrão de desabilidades neuropsicológicas. Dois destes sintomas, a desorganização e pobreza psicomotora estão associados à disfunção disexecutiva. Greenwood (2008) sugere que a desorganização ocorre devido à inibição de respostas habituais aos planos que devem ser construídos e implementados usando a memória de trabalho; já o retardo psicomotor surge devido ao déficit de planejamento de início de atividades. Estudos relatam que indivíduos pós primeiro episódio (PE) de esquizofrenia apresentam disfunção executiva na fase inicial, com algum grau de heterogeneidade clínica (Chan et al, 2006).

O estudo de Clark, Warman e Lysaker (2010) que se propôs a analisar a relação entre déficits no funcionamento executivo e os sintomas da esquizofrenia, tem achados referentes à alteração na inibição e flexibilidade mental. Os resultados apontam para a relação de déficits da FE – inibição - associados aos sintomas negativos e cognição, porém os déficits referentes à flexibilidade mental estão associados apenas à sintomas cognitivos. Os sintomas positivos não foram relacionados a deficiências ou outros componentes. Esta incapacidade para inibir discurso e ação, associado a um ciclo de interações pobres resulta em sintomas

negativos, tais como o isolamento social, apatia, pobreza do discurso e pobreza de ações. É possível que por não conseguirem inibir o que dizem e fazem, estes indivíduos sejam incompreendidos e rejeitados socialmente, o que leva ao afastamento social e resignação. (Clark et al., 2010).

Além do prejuízo na inibição, Clark e colaboradores (2010) sugerem que a flexibilidade mental diminuída nesses indivíduos pode tornar difícil para eles fazer interpretações sobre eventos sociais, deixando-os sujeitos a incompreensão e incapazes de se adaptarem às mudanças no ambiente interpessoal.

O pobre funcionamento social do indivíduo com esquizofrenia está frequentemente associado à desorganização ou aos sintomas negativos. Os déficits nas FE estão sendo considerados entre os principais determinantes de desempenho funcional inadequado na comunidade, bem como de habilidade de reabilitação (Clark et al., 2010; Greenwood et al., 2008; Lysaker, Whitney, & Davis, 2002).

Em relação à estrutura cerebral Assis (2008) relata que dentre as alterações neuropatológicas encontrada em cérebros de indivíduos com esquizofrenia, está a redução do volume cerebral num volume de até 5%, especialmente evidente no lobo temporal medial, incluído hipocampo, a amígdala e o giro para-hipocampal, e ainda no córtex pré frontal e giro temporal superior. Estas anormalidades podem ser encontradas já no PSP, o que não permite associar as alterações como secundárias ao tratamento ou a cronicidade da patologia. Estudos *post mortem* deixam claro que essa redução no volume cerebral não se dá por menor número de células, mas de uma diminuição da conectividade sináptica pré-frontal (Goldberg, 2002). O tálamo também é associado à esquizofrenia uma vez que as fibras aferentes ao córtex pré-frontal são provenientes do tálamo medial.

Avaliação das funções executivas no contexto da esquizofrenia

Atbasoglu et al. (2005) em seu estudo concluiu que os achados sobre FE em esquizofrenia são inconclusivos, primeiramente porque não há um teste neuropsicológico que verifique especificamente as FE, que são tão complexas. Em seguida porque os estudos não controlam variáveis como inteligência, atenção, idade, sexo, classe econômica, medicação. Este mesmo autor sugeriu que sejam desenvolvidos testes específicos para avaliar as FE na esquizofrenia, já que os domínios cognitivos são complexos e os indivíduos com este transtorno são heterogêneos em termos de suas habilidades cognitivas.

A avaliação das habilidades cognitivas na esquizofrenia como referido, tem sido caracterizada por uma grande diversidade de métodos e amostras utilizadas, com prejuízo na comparação dos dados (Ferreira Junior et al., 2010). A importância da qualidade da amostra num estudo de habilidades cognitivas pode ser evidenciada pelos resultados do estudo de Bora, Yucel e Pantelis (2009) onde os achados mostram que os dados neuropsicológicos não fornecem evidência de diferenças categóricas entre esquizofrenia e outros grupos; porém, um subgrupo de indivíduos com esquizofrenia com sintomas negativos mais graves pode ser, de forma geral, cognitivamente mais prejudicado do que aqueles com transtorno esquizoafetivo ou psicose afetiva.

Uma ação que buscou minimizar estes problemas de investigação, foi a instituição do programa Measurement and Treatment Research to Improve Cognition and Schizophrenia (MATRICS) (Nuechterlein, Barch, Gold, Goldberg, Green, & Heaton, 2004), que padronizou uma bateria de testes neuropsicológicos para indivíduos com esquizofrenia. Todavia, esta bateria segundo Ferreira Junior e colaboradores “é muito extensa, pouco prática e dispendiosa em termos de tempo e custo” (2010, 59). O autor ainda fez considerações sobre a dificuldade de generalizar o resultado desta bateria para o desempenho nas atividades cotidianas dos

indivíduos com esquizofrenia, sendo importante a investigação da funcionalidade destes indivíduos. Por outro lado, Zimmer e colaboradores (2008) ao discutirem o projeto MATRICS, sugerem que apesar das dificuldades encontradas durante o processo de padronização da bateria, como por exemplo, a não identificação de um déficit cognitivo mais significativo entre as dimensões da doença, a organização de uma bateria de testes neuropsicológicos é importante e hoje é recomendada para aprovação de estudos americanos para pesquisas na esquizofrenia. Estes autores ainda verificaram a preocupação com o tempo de duração das baterias de testes neuropsicológicos em pessoas com esquizofrenia, pois estas tem a capacidade mais limitada para tolerar atividades que exijam raciocínio por muito tempo.

Um instrumento frequentemente utilizado para a investigação das FE encontrado na literatura é o “Wisconsin Card Sorting Test” (WCST) (Heaton, 1981), que é um teste empregado para a avaliação de processos relacionados a áreas pré-frontais do lobo frontal (Addad, & Mattos, 2000). Os estudos de Szöke, Trandafir, Dupont, Méary, Schürhoff e Leboyer, (2008) e Liu e colaboradores (2010) referem o WCST como a avaliação convencional das FE, mais especificamente, os resultados das medidas quantidade de categorias completas e porcentagem de erros perseverativos. Zimmer e colaboradores, (2008), numa revisão sistemática de avaliação neuropsicológica na esquizofrenia, encontraram que o WCST foi um dos testes mais utilizados para avaliar FE. Assim como para a avaliação das habilidades cognitivas, não se encontrou na literatura consenso para a avaliação das FE.

Funções executivas, esquizofrenia e trabalho

A esquizofrenia é um transtorno com início no final da adolescência, início da fase adulta, fase onde as pessoas estão em franco processo educacional e ingressando no mercado de trabalho. Para a maioria das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, os anos

subseqüentes ao primeiro surto são marcados por prejuízos sociais e ocupacionais e isolamento social (Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu, & Fonseca 2006).

As pessoas com esquizofrenia figuram entre os grupos com as mais baixas taxas de inclusão no trabalho, na classificação geral das pessoas com incapacidades (Kaneda, Jayathilak, & Meltzer, 2009; Office Of The Deputy Prime Minister [ODPM], 2004; Whitley, Kostick, & Bush, 2009). O Relatório de Exclusão Social (ODPM, 2004) elencou cinco razões principais para o fato: o estigma e discriminação; a baixa expectativa de cuidados profissionais de saúde e assistência social; falta de responsabilidade social de promoção vocacional para pessoas com problemas de saúde mental; a ausência de suporte contínuo de facilitação de postos de trabalho e as barreiras no engajamento dos pacientes na comunidade e no acesso a centros comunitários. Harvey e Henserson (2009) relataram que há uma estimativa que 10 a 20% das pessoas com esquizofrenia estão empregadas. Pode-se notar que aparentemente os problemas encontrados em outros países se parecem muito aos do Brasil, apesar de não haver pesquisas nacionais que corroborem com estes dados, a prática clínica tem demonstrado panorama semelhante. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha sido amplamente implantada no país, a legislação e os serviços de saúde mental prestaram pouca atenção às questões da reabilitação/inserção profissional desta população (Brasil, 2005).

A participação em atividades significativas como centro de equilíbrio na vida da pessoa (Creek & Heerden, 2008) é um dos axiomas da terapia ocupacional. Quando desenvolve um transtorno ou doença, a pessoa se afasta dos papéis ocupacionais típicos e desempenha um novo papel, o de doente (Beer, 2002). Alguns autores elencam o papel de trabalhador como um elemento central da vida, a matriz da integração social, papel que possibilita o desenvolvimento de identidade social e individual, proporciona trocas afetivas e sociais bem como promove o reconhecimento e gratificação da atividade realizada (Fonseca,

2008; Lancman, 2007). Interpreta-se aqui a identidade como sendo um processo que se desenvolve durante toda a vida, que consiste na busca de semelhanças e de diferenciação de si em relação ao outro, processo este, vinculado à noção de alteridade. Lancman e Ghirardi (2002) evidenciam a necessidade de confirmação da identidade a cada dia, para que o indivíduo se reconheça e sua identidade possa ser contínua. Conclui-se então que a comprovação da continuidade está no perceber-se parecido com outros sujeitos da mesma classe, a pertinência a um nicho social, e ao mesmo tempo, a noção de distinção dos outros, a singularidade, que traduz especificamente a identidade.

Na vida adulta, o mediador da construção e complementação da identidade do indivíduo é o trabalho. Isto o faz confrontar-se com um mundo de desafios, regras e valores, com lógicas que confrontarão a história pessoal de cada um. O confronto entre o mundo externo e interno do trabalhador é vivenciado no trabalho, a singularidade de cada um entra em conflito com um mundo objetivo, de lógicas, regras, valores, gerando sofrimento psíquico. Apesar de causar sofrimento, esta experiência gera renda e oportuniza crescimento e desenvolvimento psíquico. Nas relações de trabalho é que se permite o desenvolvimento da identidade e a transformação do sofrimento em prazer, a partir da valorização decorrente do olhar do outro, do reconhecimento do trabalho. Porém, quando este reconhecimento não existe, a “desvalorização consequente atinge outros espaços da vida cotidiana dos trabalhadores, contaminando o tempo do não-trabalho” (Lancman & Ghirardi, 2002, p.46). Em relação a todos os aspectos que envolvem o trabalho, produção de inteligência, modificação do corpo, relações sociais e constituição psíquica do indivíduo, pode ser entendido como um *continuum* que influencia todos os setores da vida humana (Lancman, 2004). Isto permite que se perceba o trabalho como fator fundamental na constituição de redes sociais e de trocas afetivas e econômicas que baseiam o cotidiano dos indivíduos.

Por outro lado, o mundo do trabalho vem mostrando transformações importantes no que se refere à introdução de novas tecnologias, globalização, aumento do ritmo de trabalho, e uma redefinição de relações entre trabalho e capital, o que vem exigindo uma maior flexibilização do indivíduo frente a estas demandas (Lancman, 2004). Dejours, Dessors, e Molinier (1994) relataram quatro principais conseqüências deste novo painel das relações de trabalho: a) a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo daqueles que permanecem trabalhando; b) a dominação, alienação e neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento; c) estratégia defensiva, em que todos precisam resistir e nada podem fazer pelo sofrimento alheio e d) o individualismo. Este contexto provoca um impacto na medida em que os indivíduos têm que conviver com lógicas que mudam o tempo todo e trazem a situação de constante instabilidade.

Aqui se faz possível equacionar a dimensão do impacto da disfunção executiva na esquizofrenia, em relação ao desempenho ocupacional competente em um emprego. Atualmente o trabalho exige alta *performance*, flexibilidade, atenção, capacidade e qualificação por outro lado as FE consistem em um conjunto de habilidades que incluem flexibilidade mental, memória de trabalho, capacidade de abstração, capacidade de planejamento culminando no interagir intencional, moduladas pelas demanda ambientais. Conseqüentemente, pode ser este um fator que possibilite a compreensão do porque a pessoa com esquizofrenia, apresentando déficits em suas habilidades nas FE como planejamento de início, execução e monitoramento de atividades, pobreza psicomotora, diminuição da capacidade de flexibilização (Tan, 2009), tem baixas taxas de inclusão no mercado de trabalho.

É possível também a partir deste viés interligar o trabalho e o processo de recuperação dos transtornos mentais como fatores associados. A participação em atividades de trabalho

minimiza os estigmas associados às pessoas com transtorno mental, pois promove a participação, apoio e capacitação pessoal. O trabalho pode tornar-se uma forma terapêutica de lidar com a patologia, já que o desempenho deste tipo de atividade pode interferir na diminuição dos sintomas, crises e hospitalizações (Gewurtz & Kirsh, 2007). Nunes (2007) complementa que as atividades de trabalho promovem uma estrutura diária que contribui para a organização do cotidiano.

Burns e colaboradores (2008) tem um achado importante em pesquisa onde pessoas com esquizofrenia que trabalham, conseguem ter um funcionamento global melhor, reduzir sintomas e diminuir as incapacidades sociais. O trabalho fica associado a um melhor funcionamento clínico e social. A correspondência entre complexidade do trabalho e funcionamento das FE mostrou-se importante na aquisição e sucesso no supported employment ou trabalho apoiado (Tan, 2009). O trabalho apoiado é uma das estratégias utilizada atualmente para a reinserção no trabalho de pessoas com transtorno mental, cuja ideia central é a de apoiar estes indivíduos a obter e manter um emprego competitivo e integrado na comunidade. (Coelho & Ornelas, 2010). Este conceito significa trabalho competitivo, com configurações de trabalho integrado, compatível com os recursos, prioridades, interesses, habilidades, capacidades e escolha dos indivíduos com a deficiência/transtorno mental, para os quais o emprego competitivo não ocorreu, ou perderam o emprego por adquirirem alguma desabilidade (Bond et al., 2001). O trabalho apoiado tem se mostrado mais eficaz que outro tipo de reabilitação vocacional (treinamento pré-vocacional, trabalho comunitário) e não inclui o emprego protegido. A prestação de serviço de apoio ao indivíduo é permanente. Alguns dos princípios do trabalho apoiado são: trabalho integrado na economia de uma comunidade, a reabilitação vocacional é integrada ao serviço de saúde, os clientes tem suas

preferências respeitadas e a avaliação é contínua (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2007).

Os benefícios do trabalho, segundo Kinker (1997), estão de acordo com os fatores esperados na recuperação dos indivíduos com transtorno mental: transcender os sintomas e estigma social, através da redefinição de si; o surgimento da esperança; o desenvolvimento da auto-capacitação; bem como o estabelecimento de funções e relações significativas. Todos os participantes da pesquisa de Urlic e Lentin (2010) relatam que o trabalho tem muito valor e significado, trazendo esperança para suas vidas. Isto sugere que o trabalho é uma fonte primária de auto-estima, de sentimento de competência, empoderando estes indivíduos para o acesso a outras dimensões e contribuindo para a qualidade de vida.

Rosenheck e colaboradores (2006) num estudo sobre barreiras para empregar pessoas com esquizofrenia traz como um dos resultados relevantes para este trabalho, que os sintomas negativos e funções cognitivas são preditores de barreiras para o emprego, mas os indivíduos que trabalham relatam redução nos sintomas negativos e melhora do funcionamento das funções cognitivas, associando estas melhoras ao fato de estarem trabalhando. Outro estudo, Bio e Gattaz (2010), traz resultados que corroboram com Rosenheck e colaboradores (2006) e Gewurtz e Kirsh, (2007), quando sugere que o trabalho melhora a cognição dos indivíduos com esquizofrenia. McGurk, Mueser, DeRosa e Wolfe (2009) relatam que a reabilitação cognitiva adicionada à reabilitação vocacional é eficaz e traz melhora nos dois domínios.

No entanto, a falta de emprego, tem efeitos contrários à recuperação desta população, pois diminui os recursos financeiros, minimiza as oportunidades de trocas sociais, uma vez que o trabalho pode ser um fator importante no processo de recuperação, nota-se a relevância da capacidade de aquisição e manutenção deste tipo de atividade pelas pessoas com esquizofrenia (Gewurtz, & Kirsh, 2007; Nunes, 2007). O estigma também pode ser

considerado fator importante para as baixas taxas de empregabilidade dos indivíduos com esquizofrenia. Pode ser definido como um processo em que as pessoas são desqualificadas e não aceitas por causa de sua doença, comportamento ou aparência. Os transtornos psiquiátricos são normalmente causa de estigmatização, sendo que muitos empregadores reportam que nunca empregariam alguém com tal diagnóstico (Harvey & Henderson, 2009).

A consideração das capacidades e habilidades pessoais disponíveis para que o trabalho seja efetivo e não frustrante, são imprescindíveis para o sucesso da reabilitação profissional (Trombly, 2005). A melhor compreensão da relação entre desempenho profissional e perfil neuropsicológico, incluindo FE, pode influenciar o desenvolvimento de estratégias de reabilitação específicas para indivíduos com esquizofrenia.

Primeiro surto psicótico na esquizofrenia

O crescente interesse em estudar indivíduos após o PSP na esquizofrenia advém da hipótese de que a intervenção precoce pode determinar melhores resultados na reabilitação neuropsicológica e diminuir a possibilidade de degeneração cognitiva. Muita controvérsia é encontrada nos estudos publicados, uns apontam para a comprovação desta hipótese e outros a refutam com resultados pouco significativos na correlação de escores relativos às pessoas em fase crônica relacionados às pessoas pós primeiro surto (Hoff, Svetina, Shields, Stewart, & DeLisi, 2005; Jahshan, et al., 2010; Lucas, et al., 2004; Malla, & Payne, 2005; Mesholam-Gately et al., 2009; Riley et al., 2000).

Rodríguez-Sánchez, et al. (2005), num estudo longitudinal, verificou através de testes neuropsicológicos, que não há evidências de danos na capacidade de tomar decisão em indivíduos no PSP. Por outro lado, foram observados déficits na memória de trabalho e FE. Estes resultados apontam para uma deficiência das funções do córtex Pré-Frontal Dorso-Lateral na fase inicial da patologia.

Hoff e colaboradores (2005), num estudo longitudinal de 10 anos em pessoas pós PSP na esquizofrenia, relatou em sua conclusão que a maioria dos indivíduos teve um declínio considerável de suas aptidões cognitivas desde sua primeira hospitalização. Expôs ainda que provavelmente a maioria das mudanças nas habilidades cognitivas ocorreu no início do transtorno, talvez ainda antes do primeiro surto, mas não foi possível estabelecer o tempo exato em que este declínio ocorreu. Atualmente, já se percebe um aumento significativo das pesquisas na fase prodrômica da esquizofrenia, pois há possibilidade de que a efetiva intervenção nos aspectos cognitivos do transtorno seja anterior ao primeiro surto.

Em suma o presente estudo aborda fatores importantes de serem melhor compreendidos em pessoas após o PSP no contexto brasileiro a medida em que as funções cognitivas são habilidades importantes para o desempenho ocupacional competente. A reabilitação de pessoas com esquizofrenia perpassa pela reinserção social, que está atrelada ao retorno às atividades de trabalho, sendo que este é um contexto onde trocas importantes acontecem para a constituição da identidade dos indivíduos. As FE, especialmente requeridas para a aquisição e manutenção de um emprego, no que tange ao controle, organização e seqüenciamento das atividades desempenhadas pelo ser humano, bem como iniciação, inibição de resposta, resolução de problemas e planejamento, devem ser foco de atenção nas abordagens de reabilitação desta população.

Método

O presente estudo objetiva identificar a relação da FE e o retorno às atividades de trabalho de indivíduos com esquizofrenia. A hipótese formulada é que pessoas após o PSP na esquizofrenia, com déficit nas FE, apresentarão maior dificuldade em retornar ao trabalho.

Para buscar informações sobre o tópico do presente estudo, foi realizada uma revisão não sistemática da literatura indexada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, e Science Direct (Elsevier), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010. Os descritores utilizados foram *schizophrenia, executive function, first episode, neuropsychology, work*.

Primeiramente foi realizado um estudo descritivo de um grupo de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia após PSP (F20 - Esquizofrenia, F21 – Transtorno Esquizotípico e F25 – Transtornos Esquizoafetivos). Em um segundo momento, comparou-se os grupos: Grupo_{F20} e Grupo_{Fmix} (F21 e F25). Realizou-se a descrição estatística de algumas características demográficas do grupo, uma vez que a literatura aponta para a importância de algumas destas variáveis na compreensão dos sintomas da esquizofrenia.

Neste capítulo serão apresentados os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos realizados no presente estudo.

Participantes

Participaram deste projeto 15 pessoas, classificadas nos grupos F20 - Esquizofrenia, F21 – Transtorno Esquizotípico e F25 – Transtornos Esquizoafetivos, da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 2003), sem outros comprometimentos psiquiátricos ou neurológicos. Inicialmente foi realizado um levantamento nos prontuários em quatro Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Município de Curitiba totalizando 883 prontuários revisados. Os critérios de inclusão de participantes da pesquisa foram os que se seguem: diagnóstico de esquizofrenia com base no CID-10 definido por médico psiquiatra,

idade entre 18 e 40 anos, pós PSP, em fase estabilizada e em tratamento em CAPS. No projeto desta pesquisa calculou-se o número de participantes (n) através da Fórmula de Green: $n = 50 + 8m (\cdot = 0.5 \text{ e } \cdot = 0.2)$ sendo $m = n^\circ$ de variáveis independentes (Tabachnick, 2001). Porém houve grande dificuldade em se encontrar este número de indivíduos (N=58), uma vez que não há controle relativo ao critério de primeiro surto psicótico na esquizofrenia pelo sistema de saúde do município de Curitiba/PR. Foram encontrados 19 sujeitos que atendiam aos critérios da pesquisa, sendo que destes, quatro não aceitaram participar do estudo.

Esta pesquisa foi desenvolvida com pessoas com esquizofrenia, porém entende-se que o aspecto abordado, os objetivos e o critério de estabilização da patologia possibilitam a participação dessas pessoas, sem lhes ferir a autonomia, e causar algum constrangimento. Estes sujeitos foram entrevistados durante o período de tratamento e conforme autorização da direção destes locais. Esta pesquisa estava amparada pela autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (processo 824.259.09.10) e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Curitiba (processo 127/2009).

Instrumentos

Com o intuito de mensurar as variáveis estudadas, foi elaborado um roteiro de entrevistas para coleta de dados sócio demográficos (em anexo) e foram escolhidos os seguintes instrumentos para mensurar as variáveis independentes (avaliação das funções executivas) : a) Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Heaton, 1981) e b) Questionário da Síndrome Disexecutiva (DEX_{aa}), da Bateria “Behavioural Assessment of the Disexecutive Syndrome (BADS) (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie, & Evans, 1996). E para avaliar a variável independente (atividade laborativa) utilizou-se o Worker Role Interview (WRI) (Braveman et al, 2005) que avalia o papel de trabalhador. Estes instrumentos foram escolhidos uma vez que são considerados medidas válidas e fidedignas, extensamente

utilizados nos estudos da área (Hamdam & Pereira, 2009; Riley et al., 2000; Sundet et al., 2009; Zabala et al., 2010).

Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Inicialmente desenvolvido para avaliar capacidade de raciocínio abstrato e capacidade para modificar as estratégias cognitivas em resposta a contingências ambientais mutáveis (Heaton, 1981), o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) é atualmente considerado uma medida das FE (Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Curtiss, 2005; Liu et al., 2010). Este teste requer planejamento de estratégias, utilização de *feedback* do ambiente como modulador do contexto cognitivo, direcionando a resposta comportamental para atingir objetivos. O resultado do WCST não indica somente o sucesso total, traz também a análise de dificuldades específicas na tarefa, como o fracasso em manter o contexto cognitivo e a quantidade de respostas perseverativas. Os indicadores técnicos do estudo foram número de acertos, número de erros, respostas perseverativas, erros perseverativos, percentual de respostas de nível conceitual, categorias completadas e falha em manter o contexto. Por mostrar-se sensível aos efeitos de lesões do lobo frontal o WCST é classificado como uma medida do funcionamento frontal ou pré-frontal (Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss, 2005).

Este teste é composto de quatro cartas-estímulo e 128 cartas-resposta, que representam formas variadas: de cruces, círculos, triângulos e estrelas, variando nas cores vermelho, azul, amarelo e verde e com apresentação de 1 a 4 figuras por carta.

O manual americano do WCST informa que o teste apresenta a variação de fidedignidade de 0,89 a 1 para os 11 escores, exceto na dimensão Aprendendo a Aprender. Os dados normativos são informados para indivíduos de 6 anos e meio a 89 anos de idade. A interferência da idade na *performance* do WCST é forte, chegando a 20% de variância nos resultados. A educação apresenta-se em seguida, com uma variância moderada de 4 a 7%,

havendo uma melhora na proficiência de adultos no teste, relacionada a maior escolaridade (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006).

O Manual do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas traduzido para o português (Brasil) é um trabalho principalmente fruto da dedicação da Dra. Jurema Alcides Cunha no ano de 2005. É composto por duas partes, a primeira se refere à tradução do manual original e a segunda, se constitui da adaptação, validação e padronização do Teste de Wisconsin para indivíduos de 6 anos e meio a 17 anos e 11 meses. Correções relativas à escolaridade são apresentadas para população acima de 20 anos. Os dados deste trabalho serão interpretados conforme tabela normativa americana, em se tratando de amostra com idade entre 18 e 40 anos de idade (Heaton et al., 2005).

Silva Filho realizou um estudo em 2006, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, com 223 universitários, confirmando a validade de construto deste instrumento adequada para o exame das FE na realidade sócio-cultural brasileira.

No presente estudo, foram utilizadas as medidas: número de categorias completadas, número de respostas perseverativas, que podem apontar para uma inabilidade de ver uma nova possibilidade, ou seja, de desistir de uma categoria e tentar outra; número de erros perseverativos e respostas de nível conceitual para compor as análises.

Dysexecutive Questionnaire (DEX). Instrumento construído para avaliar o funcionamento executivo de adultos na vida diária. Esta escala é formada por 20 itens e descreve comportamentos associados com a síndrome disexecutiva (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie & Evans, 1996), sendo que o resultado é no mínimo 0 (sem disfunção executiva) e no máximo 80 (comprometimento grave). A síndrome disexecutiva traduz o comportamento inadequado da pessoa no desempenho de tarefas e corresponde ao déficit do controle frontal sobre o estriado e sistema límbico. Caracteriza-se por diminuição da atividade

exploratória, lentificação psíquica, comportamento alheio, e déficit de atenção (Peixinho, Azevedo, & Simões, 2008).

O questionário afere quatro dimensões de mudanças comportamentais: emoção, personalidade, comportamento e cognição. Os vinte itens foram construídos a fim de determinar problemas de pensamento abstrato, impulsividade, confabulação, problemas de planejamento, euforia, problemas com o tempo, carência de insight, apatia, desinibição, controle de impulsos, respostas superficiais de afeto, agressividade, carência de preocupação, perseveração, incapacidade de inibir respostas e distração. Além de prejuízos na tomada de decisão e falta de preocupação com papéis sociais (Malloy & Grace, 2005).

O instrumento consiste numa escala Likert pontuada em 5 pontos (de nunca a quase sempre), possui duas apresentações, a primeira, um auto-relato para o paciente e a outra para familiares ou cuidadores (Malloy & Grace, 2005). A versão utilizada para esta pesquisa é o Questionário da Síndrome Executiva – Auto-avaliação (DEXaa), tradução para a língua portuguesa autorizada pela Thames Valley Test Company, sendo os tradutores Dr. Ricardo Souza e Dr. Sergio Schmidt (1999). Na Figura 1 tem-se um exemplo de questão deste instrumento:

Figura 1 - Exemplo de item - DEXaa

4. Tenho dificuldade de olhar adiante ou planejar o futuro.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	quase sempre

O questionário DEX apresenta consistência interna de 0,74 a 0,90 mostrando adequada fidedignidade em estudos recentes (Bennet, Ong, & Ponsford, 2005). O fator de análise do DEX apresentado no manual do BADS descreve mais de 50% da variância da amostra. A validação de construto mostrou-se adequada através de uma análise fatorial

modesta. Escores em percentis são fornecidos para o levantamento de resultados do questionário (Burgess, Alderman, Evans, Emsile e Wilson, 1998; Malloy & Grace, 2005).

O estudo de Burgess, Alderman, Evans, Emsile e Wilson (1998) através da análise fatorial revelou 5 domínios relativos às FE: inibição, intencionalidade, memória executiva, afeto positivo e afeto negativo. Os domínios revelados no estudo de Burgess e colaboradores (1998) relacionam-se com as questões da seguinte forma: inibição – itens 1, 2, 9, 13, 15, 16 e 20; intencionalidade - itens 4, 7, 17, 18 e 19; memória executiva – itens 3, 6 e 14; afeto positivo – itens 5, 10 e 12; afeto negativo – itens 8 e 11 (Pérez et al., 2009).

Em 2003, Chan e colaboradores testaram 93 participantes saudáveis com o questionário DEX e compararam os resultados com resultados de outros testes que medem o funcionamento executivo. A análise fatorial resultou em uma solução de cinco fatores que foram nomeados como: inibição, intencionalidade, dissociação pensamento-ação, resistência e regulação social. Este estudo forneceu evidências empíricas que uma amostra não clínica pode apresentar na vida diária comportamentos disexecutivos. Os itens do questionário relacionados à análise fatorial de Chan e colaboradores (2003) são: inibição – itens 5, 9, 13, 15 e 16; intencionalidade – 2, 4, 18 e 19; dissociação pensamento-ação: itens 7, 8, 11 e 17; resistência interna – itens 1, 3 e 14; regulação social – 12 e 20.

Os autores não fornecem dados normativos para o DEX, porém dois estudos do DEX_{aa} trazem valores para amostras de grupos normais: Evans et al., (1997) traz média (M) = 21,81 (DP±8,16), e Chan, (2001) traz o valor de M=22,13 (DP±8,86). No presente estudo foi utilizado o escore total, calculado a partir da soma dos itens assinalados e o ponto de corte de 22, ou seja, pessoas com escore acima deste numero caracterizaram *performance* abaixo da média.

Worker Role Interview (WRI). Este instrumento foi desenvolvido pelo Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de Illinois/USA, para responder à necessidade de uma avaliação de fatores psicossociais e ambientais associados a um trabalhador que está desabilitado ao trabalho por doença. A literatura atual refere-se à importância dos fatores psicossociais e ambientais como determinantes potenciais de retorno ao trabalho de pessoas com alguma doença.

O quadro de referência utilizado nesta avaliação é o Modelo de Ocupação Humana, que é uma teoria que explica os diferentes aspectos da “ocupação” humana. Este quadro de referência vem explicar como a ocupação humana é motivada, seus padrões e realizações. São quatro os componentes: volição, habituação, capacidade de realização e o meio ambiente (Kielhofner, 2007). Particularmente nesta pesquisa, enfoca-se a capacidade de realização, incluindo-se aí as habilidades cognitivas envolvidas no trabalho.

Pesquisas utilizando a WRI iniciaram-se na década de 90, sendo que a confiabilidade e validade desta têm se evidenciado através destas pesquisas. Ekbladh, Haglund, e Thorell, (2004), realizaram uma pesquisa com o objetivo de investigar a validade preditiva da Worker Role Interview para voltar ao trabalho num estudo de 2 anos de seguimento de clientes de um centro médico na Holanda. O WRI identificou os fatores psicossociais e ambientais que influenciam nas habilidades da pessoa para voltar ao trabalho. Quarenta e oito de 202 clientes selecionados constituíram o grupo de estudo. O teste de Mann-Whitney U foi usado para testar a significância estatística das diferenças de classificação da WRI entre aqueles que estavam trabalhando ($n = 6$) e aqueles que não estavam ($n = 42$) dois anos após suas investigações. Cinco dos 16 itens da WRI mostram uma validade preditiva de retorno ao trabalho, sendo que a dimensão de conteúdo "causalidade pessoal" na WRI apresenta a melhor validade preditiva. Os resultados enfatizam a importância de se considerar as crenças

individuais e as expectativas da sua eficácia no trabalho, na avaliação dos clientes, de sua capacidade para o trabalho e planejamento para recuperação posterior.

Fenger e Kramer, (2007) num estudo sobre as propriedades psicométricas da WRI, encontraram 95% de confiabilidade neste instrumento, e consideraram como uma medida válida para avaliar a habilidade de retorno ao trabalho.

Para serem utilizadas neste trabalho, as Escalas do Work Role Interview (versão original em inglês) foram traduzidas com permissão outorgada por The Model of Human Occupation Clearinghouse – Department of Occupational Therapy – College of Applied Health Sciences – University of Illinois at Chicago. A tradução foi realizada por duas terapeutas ocupacionais proficientes na língua inglesa, com retro tradução feita por uma professora da língua inglesa. Foi convocado um painel de professores pesquisadores do curso de terapia ocupacional da Universidade Federal do Paraná, para a discussão e aprovação da tradução. A validação desta escala no Brasil ainda tem que se realizar etapas como análise de juízo e estudo piloto, porém ao analisarem o conteúdo da avaliação, o grupo pesquisador entendeu que seria possível utilizá-la na medida em que a tradução e retro-tradução culminaram num instrumento cuja linguagem e compreensão do texto está dentro dos padrões aceitáveis para esta população, bem como compatíveis com o instrumento original.

A aplicação desta avaliação consiste em cinco etapas: A primeira é a preparação para a entrevista; a segunda a realização da entrevista; a terceira a determinação ou referência à capacidade de trabalho subjacente e/ou habilidade; a quarta a pontuação e comentários; e finalmente a quinta etapa o uso da avaliação para dar alta ou mensurar as dificuldades residuais. O instrumento avalia a perspectiva do cliente de sua história profissional e as influências de seu transtorno na situação presente e futura de seu trabalho.

O formulário de pontuação se divide em cinco itens (causalidade pessoal, valores,

interesses, papéis, hábitos e ambiente) e cada item se subdivide em dois ou mais sub-itens totalizando 16. Para cada sub-item há possibilidade de pontuar da seguinte forma: Apóia Fortemente (AF), quando os resultados apóiam fortemente a pessoa a voltar ao trabalho ou obter emprego. No outro extremo, como menor pontuação está o Interfere Fortemente (IF), quando os resultados apontam para um fracasso da pessoa retornar ao trabalho ou integrar-se pela primeira vez num emprego. Entre os dois extremos há as pontuações Apóia (A) e Interfere (I). Anotações breves podem ser feitas ao lado de cada item, que subsidiarão as respostas inferidas.

Para cada item há perguntas para guiar a pontuação. Na Figura 2 tem-se um exemplo de um item da causalidade pessoal:

Figura 2 - Exemplo de item – WRI

Item	Classificação	Crítérios
1. Avalia habilidades e limitações	AF [1]	<input type="checkbox"/> Reconhece/aceita exatamente suas limitações enquanto destaca as qualidades <input type="checkbox"/> Reconhece exatamente como as habilidades podem compensar limitações <input type="checkbox"/> Avalia concretamente as habilidades para procurar possível atividade de trabalho
	A [2]	<input type="checkbox"/> Reconhece algumas limitações e habilidades <input type="checkbox"/> Tendência racional a super/sub estimar habilidades <input type="checkbox"/> Adequado reconhecimento de habilidades/limitações para procurar possível atividade de trabalho.
	I [3]	<input type="checkbox"/> Super/subestima as próprias habilidades levando a escolhas inadequadas de trabalho
	IF [4]	<input type="checkbox"/> Falha em estimar concretamente as próprias habilidades, levando a escolhas de trabalho irrealis <input type="checkbox"/> Falha em reconhecer/compensar as limitações com habilidades

Algumas das perguntas recomendadas para este item são: “Qual parte do seu trabalho anterior você é capaz de realizar?”, “Qual parte do trabalho você se sente incapaz de fazer?”, “Você gostava de seu trabalho?”, “Você era bom no desempenho de suas tarefas no trabalho?”, “Você acha que precisa mudar algo para que retorne ao seu trabalho?”.

Nesta pesquisa os itens AF, A, I, IF são substituídos por 1, 2, 3, 4, respectivamente, a fim possibilitar a inserção do escore total em tabela para efetuar os cálculos estatísticos. Esta adaptação traz escores numéricos sendo que um escore de 16 pontos significa sem problemas para o retorno ao trabalho e 64 significa grande interferência para o retorno ao trabalho. Neste estudo foi considerado que um escore de 40 pontos significa uma pontuação de corte entre apoio e interferência para o retorno ao trabalho por que implica que a maioria (mais de 50%) das respostas foram AF e/ou A, ou I e/ou IF. Acima de 40 pontos considerou-se fraco preditor para o retorno ao trabalho e abaixo de 40 pontos considerou-se com possibilidade de retorno ao trabalho.

Abaixo na Figura 3, encontra-se um resumo dos instrumentos para a coleta de dados que foram utilizados neste trabalho:

Figura 3 - Resumo dos instrumentos utilizados na coleta de dados

Instrumentos	Medida	Conceito	Tempo de Administração
WCST	Escore ponderado para erros perseverativos	Flexibilidade de pensamento	20 min
DEXaa	Escore total	Inibição/Intencionalidade	15 min
WRI	Escore total	Indicador de volta ao trabalho/	20 min

Procedimentos

Os procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa foram iniciados com a tradução das Escalas do Work Role Interview, em novembro de 2009. Em fevereiro de 2010 o recrutamento dos sujeitos perfil desta pesquisa junto a todos os CAPS II do Município de Curitiba foi feito inicialmente através de uma carta com uma cópia do projeto de pesquisa, entregue em mãos para os responsáveis da instituição, solicitando a permissão para a pesquisa nestes locais. No segundo contato via telefone, foi viabilizada uma visita para a apresentação do projeto para a equipe ou médico(s) a fim de explicar os critérios de inclusão dos participantes para a pesquisa. Dos cinco CAPS II contatados, quatro aceitaram participar da

pesquisa. Após estes procedimentos, a pesquisadora aguardou o retorno das instituições que optaram por permitir a pesquisa nos prontuários.

Como as instituições participantes não apresentavam uma base de dados para consulta, a pesquisadora fez uma busca manual nos prontuários de cada paciente atendido nas unidades para verificar quais pessoas apresentavam as classificações diagnósticas que poderiam ser elegíveis para o presente estudo. As pessoas selecionadas através do levantamento nos prontuários foram contatadas por um profissional da instituição que explicou sobre a pesquisa e encaminhou para uma entrevista com a pesquisadora a fim de se estabelecer um primeiro contato. Neste encontro a pesquisadora expôs a pesquisa, sugeriu a participação na coleta de dados através dos instrumentos propostos, e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a leitura. Para as pessoas que aceitaram participar, foi marcado dia e hora, no próprio local de tratamento, nos dias que coincidiam com suas consultas, para a coleta dos dados. Anteriormente à primeira entrevista, foi feita a leitura do prontuário onde dados da História Mórbita Pgressa e História Mórbita Atual foram coletados, bem como a classificação do diagnóstico conforme o CID 10.

Os encontros aconteceram em consultório com mesa e cadeira, clareza adequada, sem interferência de barulho ou pessoas. Iniciaram-se com a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (em anexo) e posterior assinatura. A entrevista inicial tem um caráter semi-estruturado, com duração média de 10 minutos, e posteriormente a administração dos instrumentos de avaliação foi realizada (duração média de 40 minutos). Ao término da entrevista o sigilo das informações era novamente garantido de modo que os profissionais dos equipamentos de saúde não tivessem acesso aos protocolos individuais do participante. Os dados foram então arquivados em armário com chave sob a guarda desta pesquisadora.

Análise de Dados

Para a análise dos dados os indivíduos serão considerados em três grupos. O Grupo_T é composto pela amostra total dos indivíduos encaminhados à pesquisa que participaram da coleta de dados, independentemente de especificidade diagnóstica. Compõem o Grupo_{F20} os indivíduos que tem o diagnóstico F20 – Esquizofrenia; e o Grupo_{Fmix} é composto pelos indivíduos com diagnóstico F21 – Transtorno Esquizotípico e F25 – Transtorno Esquizoafetivo. Este procedimento proporcionou uma análise mais refinada quanto ao critério diagnóstico, possibilitando a comparação entre os grupos e aprimorando a amostra com diagnóstico de esquizofrenia, que tem características diferenciadas dos outros transtornos esquizofreniformes (CID-10; DSM-IV). A análise de dados inicialmente caracteriza a amostra dos participantes, descrevendo os dados demográficos coletados na entrevista inicial. A estatística descritiva da amostra foi feita através do cálculo da média (M) e desvio-padrão (DP) destes dados. Posteriormente, apresenta-se o perfil neuropsicológico da amostra, levantando a frequência em que as atividades pré-mórbidas são retomadas e qual a taxa de mudança que foi calculada das atividades pré-mórbidas quando comparadas com aquelas após o primeiro surto. Finalizando a análise dos dados, foi feita a correlação entre as FE e o retorno ou não ao trabalho. O pacote estatístico SPSS- versão 17.0 foi utilizado para a análise dos dados. Devido ao tamanho reduzido da amostra optou-se por realizar testes não-paramétricos.

Caracterizar o funcionamento da FE após o primeiro surto psicótico. Através da aplicação do WCST e DEXaa, foi obtido um perfil das FE, através do cálculo das medidas de tendência central do grupo. Foram considerados para isso, os itens “categorias completadas”, “erros perseverativos”, “respostas perseverativas” e “respostas de nível conceitual” do WCST e o escore total do DEXaa.

Verificar a quantidade de indivíduos que retornam às mesmas atividades de trabalho após o primeiro surto psicótico. Através da Entrevista Sociodemográfica e da WRI, foram obtidos dados que quantificam os indivíduos que retornaram às atividades de trabalho que desempenhavam anteriormente ao surto. Análise estatística descritiva foi utilizada para registrar o setor (formal, informal) em que os participantes tinham experiência profissional, tempo de trabalho nesta atividade e salário médio.

Identificar os indivíduos que se inseriram em outras atividades de trabalho após o primeiro surto psicótico na esquizofrenia. Através da Entrevista Sociodemográfica e da WRI, foi possível buscar os dados referentes à inserção dos indivíduos participantes do estudo em atividades diversas às que desempenhavam anteriormente ao surto psicótico. Uma análise estatística descritiva foi utilizada para registrar os tipos de atividades mais frequentemente exercida e a média de tempo nesta atividade.

Verificar se existe correlação entre status das FE e a percepção do indivíduo quanto ao papel do trabalhador. Através de correlação de Spearman entre os escores DEX_{aa} e WRI buscou-se investigar a hipótese que as FE estão relacionadas com a prontidão do indivíduo para retomar a atividade laboral. A mesma análise foi realizada com os erros perseverativos do WCST e o WRI. Optou-se por esta análise uma vez que a correlação de Spearman é um teste não paramétrico e é usada para calcular magnitude da relação entre duas variáveis contínuas.

Identificar a relação da FE e o retorno ou não às atividades de trabalho desses indivíduos. Para verificar se há relação entre déficit da FE e o retorno ao trabalho após os PSP na esquizofrenia, foi utilizado o teste estatístico de Mann-Whitney, considerando a variável independente: volta ao trabalho (variável nominal – status de trabalho) e a variável dependente: escore bruto do DEX_{aa} e os escores ponderados (EP) das categorias completadas, respostas perseverativas, erros perseverativos e respostas de nível conceitual do WCST.

Optou-se por esta análise, pois este teste é uma alternativa não-paramétrica do teste-t para amostras independentes, porém comparando medianas e convertendo os escores em variáveis contínuas.

RESULTADOS

Após a análise dos dados, os seguintes resultados foram encontrados:

Dados sócio demográficos

Os dados demográficos (Tabela 1) do Grupo_T demonstram que o PSP ocorre com média (M) de 25,5 anos (DP \pm 5,5), a prevalência do transtorno aparece no sexo masculino com M=73%, e o tempo de permanência na escola de 9,6 anos (DP \pm 2,6). A média de tempo pós PSP encontrada foi M=27,2 meses (DP \pm 13,8). Ao analisarmos na Tabela 2 os Grupos_{SF20} e _{Fmix}, encontramos poucas diferenças nos dados, sendo que a idade do Grupo_{F20} a média é de M=28,2 (DP \pm 10,8) e no Grupo_{Fmix} M=24,8 (DP \pm 3,8), mostrando-se um grupo mais homogêneo em relação à idade. Em relação ao sexo, o Grupo_{Fmix} apresenta uma diminuição da porcentagem masculina com 66% da amostra sendo do sexo masculino e o Grupo_{F20} mais parecido com o Grupo_T, com uma porcentagem de 77% de indivíduos do sexo masculino. Quanto ao tempo de permanência na escola, o Grupo_{Fmix} também apresenta uma pequena divergência com M=12 (DP \pm 1,5), demonstrando maior tempo de estudo desta amostra, quando comparada ao Grupo_{F20} que apresenta M=9,6 (DP \pm 2,9), semelhante ao Grupo_T.

Funcionamento da FE após o primeiro surto psicótico na esquizofrenia

Os resultados dos testes neuropsicológicos para verificar o funcionamento das FE pós PSP na esquizofrenia encontrados nesta pesquisa quanto ao escore bruto (EB) no DEX_{aa}, a média do Grupo_T foi de M= 36,7 (DP \pm 14,6), valor que está acima dos achados para a população normal (M=22,13; DP \pm 8,86). Para o Grupo_{F20}, este escore foi de M=40,88 (DP \pm 13,2), e para o Grupo_{Fmix} M=34,83 (DP \pm 12,9), escores similares ao Grupo_T. Apesar de não haver dados normativos para esta população, podemos considerar que o desempenho destes grupos aponta para um comprometimento neste teste, sugerindo uma pobre *performance* das FE.

Os resultados do WCST, em relação às Categorias Completadas apresentaram média(M) de 3,93 (DP \pm 1,98) no Grupo_T, M=3,11 (DP \pm 2,1) no Grupo_{F20}, e para o Grupo_{Fmix} M=5,1 (DP \pm 0,98), demonstrando neste último grupo um melhor desempenho neste quesito; para as Respostas Perseverativas encontrou-se para o Grupo_T média do escore bruto (EB) de M=33,1 (DP \pm 18,4) e do escore padrão (EP) M=84,2 (DP \pm 25,4), este escore reflete um desempenho levemente comprometido; para o Grupo_{F20} média do escore bruto (EB) M=36,22 (DP \pm 16,6) e do escore padrão (EP) M=83,3 (DP \pm 26,4), este escore reflete também, como no Grupo_T um desempenho levemente comprometido; para o Grupo_{Fmix}, a média do escore bruto (EB) apresentada foi de M=28,1 (DP \pm 22) e do escore padrão (EP) M=87,83 (DP \pm 25,9), este escore reflete um desempenho médio inferior, demonstrando uma capacidade um pouco diferenciada para melhor deste grupo.

Os resultados referentes aos erros perseverativos foram: média do EB do Grupo_T de M=27,4 (DP \pm 16,5) e EP M=88,3 (DP \pm 32,7), este escore encontra-se na faixa média inferior; média do EB do Grupo_{F20} de M=31,66 (DP \pm 14,6) e EP M=82,12 (DP \pm 26,7); média do EB, sendo que este escore encontra-se na faixa de comprometimento leve; e do Grupo_{Fmix} de M=21,16 (DP \pm 18,6) e EP M=101 (DP \pm 39,3), apresentado escore na faixa média. Nos erros perseverativos o resultado de cada grupo encontrou-se numa faixa de classificação, sendo que o Grupo_{Fmix} não só ficou na escala normal, como apresentando resultados dentro da média. Os resultados encontrados para o construto respostas de nível conceitual trazem que a média do Grupo_T para o EB foi de M= 57,1 (DP \pm 25,4) e para o EP de M=82, 9 (DP \pm 17,3) o que denota um desempenho levemente comprometido; a média do Grupo_{F20} para o EB foi de M= 49,44 (DP \pm 26,8) e para o EP de M=84,87 (DP \pm 19,3) que está classificado como um desempenho levemente comprometido; a média do Grupo_{Fmix} para o EB foi de M= 68,66 (DP \pm 19,84) e para o EP de M=83,83 (DP \pm 19,3) o que denota também um desempenho

levemente comprometido.

Indivíduos que retornam às mesmas atividades de trabalho após o PSP na esquizofrenia

Quanto ao retorno ao mesmo posto de trabalho após o PSP na esquizofrenia, os resultados demonstram que dos indivíduos pesquisados no Grupo_T encontrou-se uma taxa de 46% de pessoas que trabalhavam formalmente antes do PSP e deste grupo 46,6% permaneceram menos de 12 meses no último trabalho, sendo 53,3% dos indivíduos recebiam um salário mínimo no trabalho. Quanto ao retorno ao trabalho, o Grupo_T apresenta uma taxa de 46,6% de indivíduos que retornaram ao trabalho e destes, 20% retornaram ao mesmo posto trabalho que ocupavam antes do PSP.

Indivíduos que se inseriram em outras atividades de trabalho após o primeiro surto psicótico na esquizofrenia

Encontrou-se uma porcentagem de 26,6% de indivíduos do Grupo_T que se inseriram em outra atividade após a estabilização do surto. Em relação ao escore bruto da WRI, encontrou-se a média de $M=36,1$ ($DP\pm 10,77$), que, conforme o ponto de corte considerado para esta pesquisa, estes sujeitos estão abaixo de 40 pontos, apontando para possibilidade de retorno ao trabalho desta população.

Tabela 1

DADOS DEMOGRÁFICOS GRUPO_T

GRUPO _T (n=15)	%	MÉDIA	DP
Idade		25,5	±5,5
Sexo masculino	73		
Escolaridade (anos)		9,6	±2,9
Tempo pós primeiro surto (meses)		27,2	±13,8
Ultimo trabalho formal	46		
Tempo de trabalho menor que 12 meses	46,6		
Nunca trabalhou	20		
Salário – um salário mínimo	53,3		
Retorno ao trabalho	46,6		
Mesmo trabalho	20		

Tabela 2

RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES GRUPO_T

GRUPO _T (n=15)	MÉDIA	DP
Escore WRI	36,1	±10,8
Escore DEX _{AA}	36,7	±14,6
WCST – Cat. Completadas	3,9	±1,9
WCST – respostas perseverativas (EB)	33,1	±18,41
WCST – respostas perseverativas (EP)	84,2	±25,4
WCST – erros perseverativos (EB)	27,4	±16,5
WCST – erros perseverativos (EP)	88,3	±32,7
WCST – respostas de nível conceitual (EB)	57,1	±25,4
WCST – respostas de nível conceitual (EP)	82,9	±17,3

Tabela 3

DADOS DEMOGRÁFICOS GRUPOS_{F20 e Fmix}

DADOS	GRUPO F ₂₀ (n=9)			GRUPO F _{mix} (n=6)		
	%	MÉDIA	DP	%	MÉDIA	DP
Idade		28,2	10,8		24,8	3,8
Sexo masculino	77			66		
Escolaridade (anos)		9,6	2,9		12	1,5
Tempo pós primeiro surto (meses)		23	13,3		33,5	13,2
Ultimo trabalho formal	55,5			33,3		
Tempo de trabalho menor que 12 meses	44,4			50		
Nunca trabalhou	11,1			16,6		
Salário – um salário mínimo	66,6			33,3		
Retorno ao trabalho	44,4			50		
Mesmo trabalho	50(n=4)			33,3(n=3)		

Tabela 4

RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES GRUPOS_{F20 e Fmix}

DADOS	F20		Fmix	
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP
Escore WRI	36,2	16,3		
Escore DEX _{AA}	40,88	13,2	34,83	12,9
WCST – Cat. Completadas	3,11	2,1	5,1	0,98
WCST – respostas perseverativas (EB)	36,22	16,6	28,5	22
WCST – respostas perseverativas (EP)	83,37	26,4	87,83	25,9
WCST – erros perseverativos (EB)	31,66	14,6	21,16	18,6
WCST – erros perseverativos (EP)	82,12	26,7	101	39,3
WCST – respostas de nível conceitual (EB)	49,44	26,8	68,66	19,8
WCST – respostas de nível conceitual (EP)	84,87	17,1	83,83	19,3

Correlação entre status das FE e a percepção do indivíduo quanto ao papel do trabalhador.

Conforme pode ser visualizado na Tabela 5, a relação entre o status das FE (verificado através da DEX_{aa}) e o papel de trabalhador (verificado através da WRI) foi investigada utilizando-se o coeficiente de correlação de Spearman. Existe uma correlação positiva média entre as duas variáveis ($r = .38$, $n=14$), considerando os parâmetros de Cohen (1998) citado por Pallant (2005): $r = .10$ a $.20$ – pequena; $r = .30$ a $.49$ – média e $r = .50$ a 1.0 – grande.

Tabela 5 – Correlação DEX e WRI

			escore wri	escore dex
Rho de Spearman	escore wri	Coeficiente de Correlação	1,000	,383
		Significância	.	,159
		N	15	15
	escore dex	Coeficiente de Correlação	,383	1,000
		Significância	,159	.
		N	15	15

Diferença entre as características dos Grupos_{F20} e _{Fmix}.

Na Tabela 6 pode-se observar que não há diferenças significativas dos resultados encontrados entre os dois grupos (Grupo_{F20} e Grupo_{Fmix}) em relação às medidas utilizadas (WRI, DEX_{aa} e erros perseverativos do WCST – EPWEP).

Tabela 6 – Diferenças estatísticas entre Grupos F20 e Fmix

	escore wri	escore dex _{aa}	EPWEP
Mann-Whitney U	24,500	22,500	20,000
Wilcoxon W	69,500	43,500	65,000
Z	-,295	-,531	-,829
Significância assintótica	,768	,596	,407

EPWEP – Erros Perseverativos – WCST – Escore Padrão (EP)

Relação da FE e o retorno ou não às atividades de trabalho desses indivíduos.

O resultado da verificação da relação entre o déficit das FE e retorno ao trabalho pós PSP na esquizofrenia, conforme demonstrado na Tabela 7, demonstra que não há relação significativa entre as FE e o retorno ao trabalho, nesta amostra.

Tabela 7 –Relação entre FE e retorno ao trabalho

	escore dex _{aa}	W catcomp	WresperEP	EPWEP	Wrnconcep
Mann-Whitney U	22,000	21,000	14,500	19,000	18,000
Wilcoxon W	50,000	49,000	42,500	47,000	46,000
Z	-,319	-,461	-1,279	-,707	-,831
Significância assintótica	,749	,645	,201	,479	,406

W catcomp – Categorias Completadas – WCST; WresperEP – Respostas Perseverativas – WCST (escore padrão – EP); EPWEP – Erros Perseverativos – WCST (escore padrão - EP); Respostas de Nível Conceitual – WCST (escore padrão - EP).

Discussão

Após a revisão bibliográfica evidenciou-se a relevância do tópico estudado no contexto da literatura internacional, sendo que não foram encontrados relatos de pesquisas na área com a população brasileira. Encontrou-se um total de 528 artigos com as palavras-chave, porém é importante ressaltar que destes, 342 (65%) foram publicados entre os anos de 2006 a 2010, demonstrando o aumento de interesse sobre o assunto nos últimos cinco anos.

Inicialmente, analisando os dados demográficos, pode-se perceber que os dados encontrados tanto no Grupo_T quanto nos Grupos_{F20} e _{mix} estão de acordo com os resultados encontrados nos artigos pesquisados. O PSP ocorre em pessoas entre 15 e 30 anos de idade (Kaneda, Jayathilak & Meltzer, 2009; Rodriguez-Sánchez, 2005), nossos achados são $M=25,5$ anos ($DP\pm 5,5$) no Grupo_T, $M=28,2$ ($DP\pm 10,8$) no Grupo_{F20} e no Grupo_{Fmix} $M=24,8$ ($DP\pm 3,8$). A prevalência do transtorno no sexo masculino é confirmada nos dados encontrados neste trabalho com achados de 77% para o Grupo_{F20} e 66% no Grupo_{Fmix}, demonstrando uma leve queda quando comparado ao Grupo_{F20}, e no Grupo_T a prevalência fica em 73% dos indivíduos (Liu et al., 2010; Zabala et al., 2010). A escolaridade apresentou resultado de $M=9,6$ nos Grupos_T e _{F20} (Mesholam-Gately et al., 2009; Zabala et al., 2010). O tempo de pós primeiro surto da população deste trabalho é de $M=27,2$ meses ($DP\pm 13,8$) no Grupo_T. No Grupo_{F20} a média de tempo pós primeiro surto ficou em $M=23$ meses ($DP\pm 13,3$) e no Grupo_{Fmix} $M=33,5$ ($DP\pm 13,2$). Não foram encontrados trabalhos da realidade brasileira com os descritores desta pesquisa, o que não permite a verificação dos dados encontrados com esta população, porém pode-se perceber que os resultados até aqui demonstrados são compatíveis com as pesquisas internacionais. Não há diferenças significativas entre os dados encontrados quando comparados entre os grupos.

Para as Categorias Completadas do WCST, o presente estudo encontrou resultados de

M=3,93 (DP±1,98) para o Grupo_T, M=3,11 (DP±2,1) para o Grupo_{F20} e M=5,1 (DP±0,98) para o Grupo_{Fmix}. Lucas et al. (2008) traz a média de 4,8 (DP±1,5) para as Categorias Completadas no WCST em amostra de indivíduos com esquizofrenia após PSP; Riley e colaboradores (2000) num estudo com o mesmo tipo de amostra tem resultado de M=2,9 (DP±1,97) e Evans e colaboradores (2004) M=3,1 (DP±2,1), o que pode respaldar os resultados encontrados neste trabalho, pois no Grupo_{F20}, especialmente, temos resultado que espelha o encontrado por Evans e colaboradores (2004).

Em relação às Respostas Perseverativas do WCST, encontrou-se resultados que corroboram com a literatura estudada (Evans et al., 2004; Ilonen et al., 2004; Riley et al., 2000), sendo que a média do EB no Grupo_T foi de M=33,1 (DP±18,41), e dos Grupos_{F20} e _{Fmix}, M=36,22 (DP±16,6) e M=28,5 (DP±22), respectivamente. Comparando os resultados do escore padrão (EP) das amostras deste trabalho às porcentagens normativas para amostras de sujeitos adultos manual do WCST, achamos que o Grupo_T apresenta M=84,2 (DP±25,4), demonstrando um comprometimento leve/normal inferior, já que encontra-se na linha entre leve (77-84) e média inferior (85-91). O Grupo _{F20} apresenta M=83,37 (DP±26,4), também apontando para o quadrante de comprometimento leve/normal inferior, bem como Grupo_{Fmix} com M=87,33 (DP±25,9).

Quanto aos Erros Perseverativos dos WCST, Zabala e colaboradores (2010) tem achados para o EB no valor de M=22,18 (DP±16,18) em indivíduos com transtorno do espectro esquizofrênico, apontando para uma convergência com o presente estudo que tem resultado de M=21,16 (DP±18,6) para o Grupo_{Fmix}. No Grupo_{F20} encontrou-se no EB M=31,66 (DP±14,6), levemente menor quando comparado ao Grupo_{Fmix} e Grupo_T, que apresentou M=27,4 (DP±16,5). Os EP das amostras, comparados à tabela normativa de sujeitos adultos do WCST, apontam para resultados compatíveis com o quadrante normal-

inferior da escala para com os escores para o Grupo_T de $M=88,3$ ($DP\pm 32,7$), Grupo_{F20} com $M=82,12$ ($DP\pm 26,7$). O Grupo_{Fmix} apresenta $M=101$ ($DP\pm 39,3$), qualificando-se no quadrante normal-médio.

Para o constructo Respostas de Nível Conceitual foram encontradas médias de EB de 49,44 ($DP\pm 26,8$) para o Grupo_{F20} e 68,66 ($DP\pm 19,8$) no Grupo_{Fmix}, aparentando diferença significativa nos EB, que desaparece quando transformado em EP, $M=84,87$ ($DP\pm 17,1$) para o Grupo_{F20} e $M=83,83$ ($DP\pm 19,3$) para o Grupo_{Fmix}. Os escores padrão demonstram que os indivíduos deste estudo, quanto ao construto Respostas de Nível Conceitual estão no quadrante normal-inferior, quando reportados à tabela normativa para amostras de sujeitos adultos do WCST.

Os resultados dos testes neuropsicológicos encontrados na amostra estudada nesta pesquisa sugerem que estes indivíduos não apresentam sempre déficits nas FE, demonstrando que se encontram na faixa de resultados média-inferior e levemente comprometidos, podendo apresentar alguma dificuldade de execução de tarefas, e possivelmente interferindo em seleções/entrevistas ou ainda manutenção de emprego.

Analisando os dados referentes ao retorno ao trabalho, mais especificamente o retorno ao mesmo trabalho desempenhado antes do PSP, encontramos que dos indivíduos do Grupo_T, 46,6% retornam ao trabalho e destes ($n=7$) 42,8% retornaram às mesmas atividades exercidas anteriormente ao surto, sugerindo uma taxa baixa de retorno às mesmas funções exercidas antes do adoecimento quando comparado com a população geral. A média de escore desta amostra no WRI é $M=36,1$ ($DP\pm 10,8$), podendo-se entender que estes indivíduos estão no limite entre o apoio e interferência dos fatores psicossociais e ambientais. O resultado da WRI não variou quando os grupos foram alocados por diagnóstico. Estes resultados podem apontar para uma baixa taxa de investimento do governo, da sociedade, do ambiente e dos próprios

indivíduos com esquizofrenia, no que se refere à reinserção de pessoas com transtorno mental no trabalho. Não foram encontrados estudos que tratassem especificamente desta correlação, e percebeu-se ainda, durante a coleta de dados desta pesquisa, que os equipamentos de saúde acessados para este trabalho não tem dados relativos a esta população, visto que não se encontrou controle epidemiológico referente às pessoas que tem o PSP na esquizofrenia. O estudo de Kaneda, Jayathilak e Meltzer (2009) com uma população de indivíduos com esquizofrenia em fase crônica (n=152) traz uma porcentagem de 21,1% de pessoas empregadas, sendo que o tempo da doença é significativamente menor nos indivíduos empregados (3,1 anos). Evans e colaboradores (2004) tem taxas de 25,2% referentes a indivíduos com esquizofrenia crônica (n=65) empregados. Em nosso estudo, temos o resultado de 53,8% de indivíduos empregados (n=13), o que pode corroborar com o achado de Kaneda, Jayathilak e Meltzer (2009) no que se refere ao uma melhor *performance* dos indivíduos com o primeiro surto recente, ou seja, com um tempo menor do curso da doença. Já os achados de Evans e colaboradores (2004) são compatíveis com os de Kaneda, Jayathilak e Meltzer (2009) demonstrando valores significativamente mais baixos do que encontrados neste trabalho quando a população estudada já está em fase cronificada do transtorno. Este dado pode sugerir a importância da intervenção precoce no sentido de preservação das funções cognitivas e sociais para um melhor resultado no desempenho ocupacional do indivíduo com esquizofrenia, bem como a implementação de políticas públicas específicas para a inclusão desta população no trabalho.

Quanto às questões relacionadas ao tipo de trabalho e salário, os dados coletados demonstram que 46,7% da população estudada estava registrada em posto de trabalho formal, e a mesma porcentagem permaneceu menos de 12 meses no trabalho antes do PSP. A maioria da amostra estudada (53,3%) estava na faixa salarial de um salário mínimo, e 33,3% destes

trabalhando na área industrial. Não foram encontrados estudos que trouxessem dados para serem correlacionados. Estes dados podem insinuar que a amostra deste estudo que tem escolaridade média de 9,6 anos, não tenha acesso a empregos que ofereçam salários maiores que o salário mínimo provavelmente porque a qualificação destas pessoas é precária. Dos indivíduos que retornaram ao trabalho (n=7), a maioria, 57,1%, assumiu novo posto de trabalho, sendo que destes, 100% estão em postos informais de trabalho reforçando a possibilidade de que a falta de qualificação, agora associada ao estigma, dificuldades sociais e falta de políticas públicas, conduzam estas pessoas para a informalidade.

Um fato importante de ser pontuado a partir do observado durante o recrutamento para esta pesquisa foi a dificuldade de encontrar as pessoas para participarem deste estudo, visto que apesar de um serviço de Saúde Mental bem estruturado, não se encontrou dados epidemiológicos ou ainda critérios e/ou programas específicos para a população pós PSP. Cabe aqui ressaltar que o CAPS II Bigorriho possui o controle epidemiológico da população atendida, porém não tem atendimento/programa específico para a população pós PSP. A trajetória projetada de uma pessoa que tem o PSP, dentro da rede de saúde do município de Curitiba/PR, é de internação em hospital integral (normalmente em surto), passando para hospital-dia, para o CAPS II e, posteriormente, para o atendimento ambulatorial. Notou-se que geralmente é este o caminho percorrido pelas pessoas da amostra (algumas não passam por hospital-dia), porém não há cuidado diferenciado para a população que está no PSP. Quando chegam aos CAPS II são encaminhados para as atividades oferecidas pela instituição, comuns à todas as populações psiquiátricas. Quando contatamos os ambulatórios para a realização desta pesquisa, os gestores não encontraram meios de resolver como fazer a triagem desta população, não permitiram sequer a consulta em prontuários, que não seria possível dentro do tempo disponível, devido ao número (milhares) ser muito grande.

Percebeu-se que nos ambulatórios também não há o controle epidemiológico da população atendida.

Na verificação da correlação entre as FE e a percepção do indivíduo quanto ao papel de trabalhador foi encontrada uma magnitude média na correlação de Spearman, porém entende-se que o tamanho da amostra pode ter sido fator relevante para o resultado. Mesmo assim, é possível considerar que o funcionamento das FE pode influenciar no retorno ao trabalho desta população, ao perceberem-se menos capacitados para um emprego. É importante aqui ressaltar que as duas medidas utilizadas nesta correlação são de auto-avaliação, o que pode ser relevante quando se considera a importância de verificar-se o quanto estes indivíduos estão conscientes de suas limitações, porém entendem-se também as questões que podem prejudicar avaliações deste tipo, como por exemplo, a falta de crítica do entrevistado em relação às suas condições cognitivas, ao responder a avaliação.

Quando se comparou os Grupos F20 e Fmix quanto às diferenças nos resultados das medidas utilizadas, não foram encontrados números significativos, porém o tamanho da amostra é pequeno e não possibilita conclusão em relação a esta hipótese. Na prática esta diferença é observada pela pesquisadora, mesmo que com um grupo de pessoas com esquizofrenia crônica. Quando se trata de indivíduos pós PSP, a hipótese é de que esta diferença seja mais significativa. Uma pesquisa com um grupo maior e homogêneo quanto à idade e escolaridade poderá elucidar melhor este aspecto.

Na verificação da relação entre déficit da FE e o retorno ao trabalho após os PSP na esquizofrenia, não se encontrou relação significativa nos resultados apresentados pelas avaliações e retorno ao trabalho, possivelmente pelo tamanho reduzido da amostra estudada.

Considerações Finais

A realização deste trabalho permitiu perceber que o funcionamento das FE dos indivíduos pós PSP na esquizofrenia que fizeram parte da amostra estudada está levemente prejudicado, sendo que os resultados apontaram para o quadrante levemente comprometido quando comparados à tabela normativa de sujeitos adultos do WCST. A quantidade encontrada de indivíduos que retornaram ao trabalho após PSP na esquizofrenia nesta pesquisa, mostrou resultados superiores aos encontrados nos estudos pesquisados, porém a amostra destes estudos, em sua maioria eram de sujeitos com o esquizofrenia em fase crônica. Encontrou-se ainda, que a maioria dos indivíduos que retornaram a um novo trabalho, estão contratados sem vínculo empregatício formal, sugerindo que estas pessoas estão excluídas do mercado de trabalho. E quanto ao funcionamento das FE e o retorno ao trabalho pós PSP na esquizofrenia, pode-se perceber uma fraca relação entre os resultados dos instrumentos utilizados para a verificação destes itens, inclusive quando comparados por grupos diagnósticos, porém sugere-se que em novos estudos sejam realizados com amostras maiores.

Durante o período de realização deste trabalho pode-se perceber também que em alguns países os estudos já estão focados no período prodromico da esquizofrenia, e parece tácita a relevância de novos estudos com indivíduos pós PSP, visando a redução de danos cognitivos e funcionais.

Este estudo pode contribuir para o fomento de discussão relativa à criação de políticas públicas e serviços de saúde com programas exclusivos para esta população, especialmente no que tange à inclusão destes indivíduos com esquizofrenia nas políticas públicas de reinserção no trabalho, já que corrobora com as pesquisas internacionais em relação aos déficits cognitivos presente neste transtorno. A melhora da qualidade de vida advinda da inclusão no trabalho provavelmente trará melhores resultados na *performance* social, familiar e pessoal

desta pessoas, culminando com economia de recursos públicos destinados à esta população.

As limitações deste estudo são importantes quando se refere ao tamanho da amostra, o que não nos permitiu a utilização de testes paramétricos para a análise estatística. Como já comentado, o fato de não haver o levantamento epidemiológico da população atendida nos equipamentos de saúde mental do município de Curitiba/PR, acarretou num trabalho não previsto no projeto desta pesquisa, que foi o levantamento de dados em prontuários, onde ainda pudemos perceber que os critérios diagnósticos não seguem um protocolo, o que pode também ter comprometido a amostra utilizada nesta pesquisa. Em nossas projeções relativas incidência da esquizofrenia (0,5 a 5 por 10.000 habitantes), deveríamos ter uma amostra maior de pessoas pós PSP atendidas na cidade de Curitiba.

Quanto aos instrumentos DEX_{aa} e WRI, a dificuldade encontrada foi principalmente a de não possuírem parâmetros para a população estudada. Sugere-se que a tradução da WRI seja adaptada e validada para a população brasileira com esquizofrenia, pois os estudos internacionais demonstraram ser um instrumento válido e que tem uma amplitude de constructos importante para a predição do retorno ao trabalho. Diversos estudos com pessoas com esquizofrenia utilizam o DEX_{aa} como instrumento de avaliação das FE, porém não encontrou-se tabela normativa para esta população, o que diminuiu a confiabilidade deste estudo.

Este trabalho sugere a relevância de que novas pesquisas sejam realizadas com esta população no Brasil, com uma amostra maior, equalizada e multicêntrica, utilizando um mesmo protocolo, pois os achados sugerem uma relação das FE e retorno/manutenção de trabalho de pessoas pós PSP na esquizofrenia o que pode promover novas abordagens na reabilitação destas pessoas, bem como a criação de políticas públicas específicas para reinserção desta população.

Referências

- Adad, M.A.; Castro, R.; Mattos, P. (2000). Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 31-34.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV-TR) 4th edition, Text Rev. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2008). *Practice Framework: domain & process*. 2^o edition, Bethesda: AOTA.
- Andreasen, N. C. (2000). Schizophrenia: The fundamental questions. *Brain Research-Brain Research Reviews*, 31,106-112.
- Aranha, M. (2004). A etiologia das alucinações. *Ciências & Cognição*, 2, 36-41.
- Assis, S. A. C. N. (2008) Construção e validação de uma escala para avaliação de disfunção executiva na vida diária: um estudo preliminar (Dissertação de Mestrado, PUC-RS, 2008).
Web site:http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1327.
- Atbasoglu, E.C.; Ozguven, H.D.; Saka, M.C.; Olmez, S. (2005). Relative sparing of executive functions in the early phase of schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 510-516.
- Bell, M.D.; Zito, W.; Greig, T.; Wexler, B.E. (2008). Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: work outcomes at two year follow-up. *Schizophrenia Research*, 105, 18-29.
- Beer, D.W. (2002). A experiência da doença e da invalidez sob uma perspectiva individual.
In: NEISTADT, M. E.; CREPEAUT, E. B. Willard & Spackman – *Terapia Ocupacional*. 9^a edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 27-36.

- Bennet, P.C.; Ong, B.; Ponsford, J. (2005). Measuring executive dysfunction in an acute rehabilitation setting: using the dysexecutive questionnaire (DEX). *Journal of International Neuropsychology Society*, 11(4), 376-385.
- Benetton, J. (1991). Uma Abordagem Psicodinâmica em Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.2, 4, 55-9.
- Best, J.R.; Miller, P.H. (2009). Executive functions after age 5: changes and correlates. *Developmental Review*, 29 (3), 180-200.
- Bio, D.S.; Gattaz, W.F. (2010). Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptom in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Recuperado em 12 de janeiro de 2011, de [http://doi: 10.1016/j.schres.2010.08.003](http://doi:10.1016/j.schres.2010.08.003)
- Bond, G.R.; Becker, D.R.; Ed, M.; Drake, R.E.; Rapp, C.A.; Meisler, N.; Lehman, A.F.; Bell, M.D.; Blyler, C.R. (2001). Implementing supported employments an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- Bora, E.; Yucel, M., Pantelis, C. (2009). Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 475-482
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.
- Braveman, B., Robson, M., Velozo, C., Kielhofner, G., Fisher, G., Forsyth, K., and Kerschbaum, J. (2005). The Worker Role Interview (WRI) (version 10.0). Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois.

- Burgess, P.W., Alderman, N., Wilson, B.A., Evans, J.J., & Emslie, H. (1996b). The Dysexecutive Questionnaire. In B.A. Wilson, N. Alderman, P.W. Burgess, H. Emslie, & J.J. Evans (Eds.), *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. Bury St.Edmunds, U.K.: Thames Valley Test Company.
- Burgess, P.W.; Alderman, N.; Evans, J.J.; Emslie, H.; Wilson, B.A. (1998). The ecological validity of tests of executive function. *Journal of the International Neuropsychological Society* (4), 547–558.
- Burns, T.; Catty, J.; White, S.; Becker, T.; Koletsi, M.; Fioritti, A.; Rössler, W.; Tomov, T.; Busschbach, J.; Wiersma, D.; Lauber, C. (2008). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin*, april, 21.
- Cardoso, S.C.; Caiaffa, W.T.; Bandeira, M.; Siqueira, A.L.; Abreu, M.N.S.; Fonseca, J.O.P. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1303-1314.
- Chan, R. C. K. (2001). Dysexecutive symptoms among a non-clinical sample: A study with the use of the Dysexecutive Questionnaire. *British Journal of Psychology*, 92, 551–565.
- Chan, R.C.K.; Chen, E.Y.H.; Law, C.W. (2006). Specific executive dysfunction in patients with first episode medication-naïve schizophrenia. *Schizophrenia Research* 82,51-64.
- Chan, R.C.K.; Shumb, D.; Touloupoulou, T.; Chen, E.Y.H., (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology* 23 (2): 201-216.
- Clark, L.K.; Warman, D.; Lysaker, P. (2010). The relationships between schizophrenia symptom dimensions and executive functioning components. *Schizophrenia Research*, 124, 169-175.

- Coelho, V.P.; Ornelas, J. (2010). Os contributos do emprego apoiado para a integração das pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 3, 465-478.
- Crowther, R.; Marshall, M.; Bond, G.; Huxley, P. (2007). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd
- Dejours, C.; Dessors, D.; Molinier, P. (2994). Comprendre la résistance au changement. Documents pour le médecine du travail. Paris: Institute National de Recherche et de Sécurité, Ministère du Travail - Direction des Relations du Travail, 112-8.
- Early, M.B. (1993). *Mental Health concepts and techniques for the occupational therapy assistant*, 358-356. New York: Raven Press, Ltd.
- Ekbladh,E.; Haglund, L.; Thorell, L.H. (2004). The Worker Role Interview—Preliminary Data on the Predictive Validity of Return to Work of Clients After an Insurance Medicine Investigation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14, 1053-1087.
- Evans, J.J.; Chua, S.E.; McKenna, P.J.; Wilson, B.A. (1997). Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia, *Psychological Medicine* 27, 635–646.
- Fenger, K.; Kramer, J.M. (2007). Worker role interview: testing the psychometric properties of Icelandic version. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(3), 160-172.
- Fenger, K.; Braveman, B.; Kielhofner, G. (2008). Work-Related Assesments: Worker Role Interview (WRI) and Work Enviroment Impact Scale (WEIS). In *Assessments In Occupational Theraphy Mental Health* (pp. 187-200). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Ferreira Junior, B.C.; Barbosa, M.A.; Barbosa, I.G.; Hara, C.; Rocha, F.L. (2010) Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(2), 57-63.

- Fonseca, M.A. (2008). A prática do terapeuta ocupacional em saúde mental a partir de uma perspectiva não excludente e de respeito às diferenças. In Drumond, A.F.; Rezende, M.B.(org.). *Intervenções em terapia ocupacional* (pp.71-92). Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Freedman, D.; Brown, A.S. (2010). The developmental course of executive functioning in schizophrenia. *International Journal of Development Neuroscience*. Recuperado em 11 de janeiro de 2001, de [http// Doi:10.1016/j.ijdevneu.2010.11.003](http://doi:10.1016/j.ijdevneu.2010.11.003).
- Gazzaniga, M. S.; Ivry, R.B.; Mangun, G. R. (2006) *Neurociência cognitiva: a biologia da mente*, 2º edição. São Paulo: Artmed.
- Gold, J.M. (2004). Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 21-28.
- Goldberg, E. (2002). *O Cérebro Executivo. Lobos Frontais e a Mente Civilizada*. Rio de Janeiro:Imago.
- Grafman, J. (2003). Human Prefrontal Cortex: Processing and representation perspectives. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 139-147.
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- Green, M.F., Kern, R.S., & Heaton, R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41-51.
- Green, M.F.; Nuechterlein, K.H.(2004). The MATRICS initiative developing a consensus cognitive battery for clinical trial. *Schizophrenia Research*, 71(1), 1-3.
- Greenwood, K.E.; Morris, R.; Sigmundsson, T.; Landau, S.; Wykes, T. (2008). Executive Function in schizophrenia and the relationship with symptom profile and chronicity.

Journal of the International Neuropsychological Society, 14, 782-792.

- Gwurtz, R.; Kirsh, B. (2007). How consumers of mental health services come to understand their potential for work: doing and becoming revisited. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 14, 3, 195-206.
- Hamdan, A.C., & Pereira, A.P.A. (2009). Avaliação neuropsicológica das funções executivas: considerações metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 386-393.
- Harvey, S.B.; Henserson, M.(2009). Occupational Psychiatry. *Psychiatry*, 8 (5) 174-178.
- Heaton, R. K. (1981). Wisconsin Card Sorting Test: Manual. Odessa, FL: Neuropsychological Assessment Resources.
- Heaton, R.K.; Chelune, G.J.; Talley, J.L.; Kay, G.G.; Curtiss, G. (2005). Manual do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas.(Revisado e Ampliado). Adaptação e Padronização Brasileira, Jurema Alcides Cunha e Cols. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Heerden, C. (2008). Vocational rehabilitation in UK: how occupational therapy can contribute. In: *Advancing Occupational Therapy in Mental Health Practice* (p. 132-145). London:Blackwell Publishing Ltd.
- Hoff, A.L.; Svetina, C.; Shields, G.; Stewart, J.; DeLisi, L.E. (2005). Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 78, 27-34.
- Jahshan, C.; Heaton, R.K.; Candenhead, K.S., Golshan, S. (2010). Course of neurocognitive deficits in the prodrome and first episode of schizophrenia. *Neuropsychology*, 1, 109-120.
- Kandel, E. R.; Schwartz, J.H.; Jessel, T.M. (2003). *Princípios da Neurociência*, 4 ed. São Paulo: Manole.
- Kaneda, Y.; Jayathilak, K.; Meltzer, H.Y. (2009) Determinants of work outcome in schizophrenia and schizoaffective disorder: Role of cognitive function. *Psychiatry*

Research, 169, 178-179.

Kaplan, H. I.; Sadock, B.J.; Grebb, J. A. (1997) *Compêndio de Psiquiatria*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.

Kern, R.S.; Liberman, R.; Kopelowski, A.; Mintz, J.; Green, M.F. (2002). Applications of errorless learning for improving work performance in persons with schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 159,1921-1926.

Kielhofner, G. (2007). *Model of Human Occupation, Theory and Application*. 4. Ed. Lippincott Williams & Wilkins .

Kinker, F.S. (1997). Trabalho como produção de vida. *Revista Terapia Ocupacional* Universidade de São Paulo, São Paulo, 8, 1, 42-48.

Lancaman, S.; Ghirardi, M. I. G. (2002). Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*,13(2), 44-50.

Lancman, S. (2004) Construção de novas teorias e práticas em terapia ocupacional, saúde de trabalho. In. Lancman, S. (2004) *Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Rocca.

Laws, K.R.; Patel, D.D.; Tyson, P.J. (2007). Awerness of everyday executive difficulties precede overt executive dysfunction in schizotypal subjects. *Psychiatry Research*, 160, 8-14.

Leeson, V.C.; Barnes, T.R.E.; Harisson, M.; Matheson, E.; Harisson, I.; Mutsatsa, S.H.; Ron, M.A.; Joyce, E.M. (2008). The Relationship between IQ, memory, executive function, and processing speed in recent-onset psychosis: 1 year stability and clinical outcome. *Schizophrenia Bulletin*, August, 04.

Lezak, M.D. (2004). *Neuropsychological assessment*. 4º Edição. New York, N.Y.: Oxford University Press.

- Liu, K.C.M.; Chan, R.; Chan, K.K.S.; Tang, J.Y.M.; Chiu, C.P.Y.; Lama, M.M.L.; Chan, S.K.W.; Wong, G.H.Y.; Hui, C.L.M.; Chen, E.Y.H. (2010). Executive function in first-episode schizophrenia: A three-year longitudinal study of an ecologically valid test, *Schizophrenia Research* recuperado em 11 de janeiro de 2011, de doi:10.1016/j.schres.2010.11.023.
- Lozã Neto, M. R. L. (2007). *Psiquiatria básica*, 2ª edição, São Paulo: Artmed.
- Lucas, S.; Redoblado-Hodge, M.A.; Shores, A.; Brennan, J.; Harris, A. (2008). Predictors of outcome three years after diagnosis of first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 161, 11-18.
- Lysaker, P. H.; Whitney, K.A.; Davis, L.W. (2006). Awareness of Illness in schizophrenia: association with multiple assessments of executive function. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18, 516-520.
- Malla, A.; Payne, J. (2005). First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 650-671.
- Malloy, P.; Grace, J. (2005). A Review of Rating Scales for Measuring Behavior Change Due to Frontal Systems Damage. *Cognitive & Behavioral Neurology*, 18, 18-27.
- Mari, J.; Leitão, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, (1), 15-17. Recuperado em 12 de janeiro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500006&lng=en&nrm=iso. ISSN 1516-4446. doi: 10.1590/S1516-44462000000500006.
- McGurk, S.R.; Mueser, K.T.; DeRosa, T.J.; Wolfe, R. (2009). Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled Trial of cognitive remediation. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 319-335.

- Mesholam-Gately, R.; Giuliano, A.; Goff, K.P.; Faraone, S.V.; Seidman, L. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*, 23(3), 315-336.
- Monteiro, L.C.; Louzã, M.R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2) 179-183.
- Nuechterlein, K.H.; Barch, D.M.; Gold, J.M.; Goldberg, T.E.; Green, M.F.; Heaton, R.K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 29-39.
- Nunes, C.M.P. (2007). *Avaliação qualitativa em Terapia Ocupacional: princípios, métodos e técnicas de coleta de dados*. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (2007). *Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Office of the Deputy Prime Minister – ODPM (2004.). *Social Exclusion Unit Report: mental health and social exclusion*. London: ODPM.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2003). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. 9ª revisão, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual*. Chicago, Illinois: Open University Press.
- Peixinho, A.; Azevedo, A.L.; Simões, R.M. (2008). Alterações Neuropsiquiátricas da Doença de Parkinson. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 3 (2), 1-19.
- Penadés, R.; Catalán, R.; Puig, O.; Masana, G.; Pujol, N.; Navarro, V.; Guarch, J.; Gastó, C. (2010). Executive function needs to be target to improve social functioning with Cognitive Remediation Therapy (CRT) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177, 41-45.

- Perez, E.J.P.; León, J.M.R.S.; Mota, G.R.; Luque, M.L.; Arroyo, A.O.; Saiz J.C.B.; Garcia, C.P. (2009). *Versión española del Cuestionario Disexecutivo (DEX-Sp): propiedades psicométricas en adictos y población no clínica*. *Adicciones*, 21,2, 155-166.
- Reichenberg, A.; Caspi, A.; Harrington, H.I.; Houts, R.; Kefee, R.S.E.; Murray, R.M.; Poulton, R.; Moffitt, T.E. (2010). Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study. *The American Journal of Psychiatry*, recuperado em 18 de janeiro de 2011, de doi.10.1176/appi.ajp.2009.09040574.
- Riley, E.M.; McGovern, D.; Mockler, D.; Doku, V.C.K.; ÓCeallaigh, S.; Fannon, D.G.; Tennakoon, L.; Santamaria, M.; Soni, W.; Morris, R.G.; Sharma, T. (2000). Neuropsychological functioning in first-episode psychosis – evidence of specific deficits. *Schizophrenia Research*, 43, 47-55.
- Rodríguez-Sánchez, J. M.; Crespo-Faccorro, B.; Iglesias, R. P.; Bosch, C. GB.; Álvarez, M.; Llorca, J.; Vásques-Barquero, J. L. (2005). Prefrontal cognitive functions in stabilized first-episode patients with schizophrenia spectrum disorders: A dissociation between dorsolateral and orbitofrontal functioning. *Schizophrenia Research*, 77, 279-288.
- Rosenheck, R.; Leslie, D.; Keefe, R.; McEvoy, J.; Swartz, M.; Perkins, D.; Stroup, S.; Hsiao, J.K.; Liberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 411-417.
- Sadock, B.J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 507-541).
- Sanchez, H.S. (2008). *Neuropsicología de la Esquizofrenia*. Cuadernos de Neuropsicología, 2, 79-134.
- Santos, F.H. (2004). Funções Executivas. In V.M. Andrade, F.H. Santos e O.F.A. (orgs.), *Neuropsicologia Hoje* (pp. 124-134). São Paulo: Artes Médicas.

- Schmidt, S. L.; Souza, R. O. (1999). *Avaliação Comportamental da Síndrome Disexecutiva*. Rio de Janeiro: Editora Cognição.
- Silva Filho, J. H. (2006). Wisconsin card sorting test: estudo preliminar de normas para jovens universitários In: Biasoli-Alves, Z.M.A.; Alves,I.F.M; Carvalhaes, L.H.A; Duarte, P. (Org.). Livro de artigos - programa de pós-graduação em psicologia. 1a. ed. Ribeirão Preto-SP.
- Sohlberg, M.M.; Mateer, C.A. (2009). Controle dos sintomas disexecutivos. In Sohlberg, M.M.; Mateer, C.A., *Reabilitação Cognitiva*, 231-261. São Paulo: Editora Santos.
- Sponheim, S.R.; Jung, R.E.; Seidman, L.J.; Mesholam-Gately, R.I.; Manoach, D.S.; O’Leary, D.S.; Andreasen,N.C.; Ho, B.C.; Lauriello, J.; Schulz, S.C. (2010) Cognitive deficits in recent-onset and chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research*, 44(7), 421-428
- Strauss, E.; Sherman, E.M.S.; Spreen, O. (2006) *A Compendium of Neuropsychological Tests: administration, norms and commentary*. New York, Oxford University Press.
- Stuss, D.T.; Alexander, M.P. (2000). Executive function and frontal lobes: a conceptual view. *Psychol Resarch*. 63:289-298.
- Szöke, A.; Trandafir, A.; Dupont, M.E.; Méary, A.; Schürhoff, F; Leboyer, M. (2008). Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 192, 248-257.
- Tabachnick, B.G (2001). *Using multivariate statistics*. Needham Heights: Allyn Bacon.
- Tan, B.L. (2009). Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning. *Australian Occupational Therapy Journal*. 56, 220-228.
- Trombly, C.A. (2005). *Empregos para deficiente físico*. In: TROMBLY, C.A. *Terapia Ocupacional para Disfunção Física*, 2ª edição, São Paulo: Santos.

- Tedesco, S.; Ferrari, S. M. L. (2000). Acesso á teoria da técnica trilhas associativas. *CETO - Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo: Jô Benetton, 5, 32-33.
- Urlic, K.; Lentin, P. (2010). Exploration of occupations of people with schizophrenia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 310-317.
- Villares, C.C. (2000). Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 22(Supl I),53-5
- Watzke, S.; Galvao, A.; Gawlik, B.; Huehne, M.; Brieger, P. (2009). Change in work performance in vocational rehabilitation for people with severe mental illness: distinct responder groups. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 309-323.
- Whitley, R; Kostick, K.M., & Bush, P.W. (2009). Supported employment specialist strategies to assist clients with severe mental illness and criminal justice issues. *Psychiatry Services*, 60, 1637-1641.
- Wilson, B.A.; Alderman, N.; Burgess, P.W.; Emsille, H.; Evans, J.J. (2003). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADs)*. *Journal of Occupational Psychology, Employment and Disability*, 5 (2).
- Wölwer, W.; Brinkmeyer, J.; Riesbeck, M.; Freimüller, L.; Klimke, A.; Wagner, M.; Müller, HJ.; Klinberg, S.; Gaebel, W. (2008). Neuropsychological impairments predict the clinical course in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry Clinical and Neuroscience*. 258 (Suppl 5) 28-34.
- Wood, J.S.; De Lucca, C.R.; Anderson, V.; Pantelis, C. (2004). Cognitive development in adolescence: cerebral underpinnings, neuro trajectories, and the impact of aberrations. In Keshavan, M.S.; Kennedy, J.L. *Neurodevelopment and Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Zabala, A.; Rapado, M.; Arango, C.; Robles, O.; Serna, E.; González, C.; Rodríguez-Sánchez, J.M.; Andrés, P.; Mayoral, M.; Bombín, I. (2010). Neuropsychological functioning in early one-set first-episode psychosis: comparison of diagnostic subgroups. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 260, 225-233.
- Zimmer, M.; Jou, G.I.; Sebastiany, C.M.; Guimarães, E.R.; Boechat, L.C.; Soares, T.; Belmonte-de Abreu, P.S. (2008). Avaliação neuropsicológica na esquizofrenia: revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1 supl).

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA REFERENTE À PESQUISA "ESTUDO PRELIMINAR SOBRE A RELAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS E O RETORNO AO TRABALHO APÓS O PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO NA ESQUIZOFRENIA", SOB A RESPONSABILIDADE DE MÔNICA DE MACEDO CARDOSO.

DATA: ____/____/____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____ CEP: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () F () M

1. ESCOLARIDADE:

- () 1ª a 4ª série - () escola pública () escola privada
 () 5ª a 8ª série - () escola pública () escola privada
 () ensino médio completo - () escola pública () escola privada
 () ensino médio incompleto - () escola pública () escola privada
 () ensino superior completo - curso: _____
 () ensino médio incompleto - curso: _____
 () curso técnico completo - curso: _____
 () curso técnico incompleto - curso: _____
 () pós graduação completo - área: _____
 () pós graduação incompleto - área: _____

1.1 Você estava cursando o item assinalado quando adoeceu? () sim () não

1.2 Repetiu alguma série?

() sim – Qual? _____ () não

1.3 Você teve alguma dificuldade de aprendizagem durante seus estudos?

() sim Quais disciplinas? _____ () não

2. TRABALHO – informações sobre o último emprego:

2.1 tipo:

() formal () informal

2.2 tempo que trabalhou:

- () menos de 12 meses
 () 12 meses (1 ano) a 24 meses (2 anos)
 () 25 meses (2 anos e 1 mês) a 36 meses (3 anos)
 () 37 meses (3 anos e um mês) a 48 meses (4 anos)
 () mais de 49 meses (mais de 4 anos)

2.3 salário:

- () menos de um salário mínimo
 () um salário mínimo
 () mais de um salário mínimo a 2 salários mínimo
 () mais de 2 salários mínimo a 3 salários mínimo
 () mais de 3 salários mínimo a 4 salários mínimo
 () mais de 4 salários mínimo a 5 salários mínimo
 () mais de 5 salários mínimo

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você tem um tipo de doença denominado esquizofrenia, e está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Fatores neuropsicológicos que influenciam a retomada do trabalho ou estudo após o primeiro episódio de surto psicótico em sujeitos com esquizofrenia”. Acreditamos que é através das pesquisas que ocorrem avanços na área de saúde e reabilitação e sua participação é de fundamental importância para nós.

Selecionaremos pessoas para a pesquisa, todas com a mesma doença que você possui, e todas serão submetidas a um processo de avaliação que tem por objetivo relacionar os aspectos neuropsicológicos prejudicados na esquizofrenia e o retorno ou não às atividades de estudo ou trabalho.

Caso você participe desta pesquisa, será necessário passar por um processo de avaliação em um único momento, através de uma entrevista em que você deverá responder as perguntas de um questionário e preencher três avaliações neuropsicológicas. A entrevista ocorrerá em um único encontro, que levará em média 60 minutos. Serão também colhidos dados da história de sua doença em seu prontuário nesta instituição.

Esta pesquisa não irá gerar riscos a sua saúde física ou mental, nem irá gerar nenhum gasto financeiro extra.

Queremos ressaltar que sua participação é importante, pois nos dará uma noção mais abrangente sobre os aspectos neuropsicológicos que dificultam o retorno às atividades de estudo ou trabalho gerados por sua doença. Logo, o benefício gerado pela pesquisa abrangerá todas as pessoas com esquizofrenia.

A pesquisadora responsável por este trabalho é Mônica de Macedo Cardoso, aluna do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. Ela poderá ser encontrada no Laboratório de Neuropsicologia da UFPR, sito à Praça Santos Andrade, 1º andar, às segundas e quartas feiras, das 8:00 as 12:00, nos outros dias da semana, nos telefones 41 8812-6505 e 41 3310-2676.

Você tem garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo, tendo a liberdade para fazer qualquer pergunta sobre os dados por você informados e sobre os objetivos da pesquisa.

Queremos informar que sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, você tem liberdade de recusar participar da mesma, ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Esta sua atitude não implicará na interrupção do seu vínculo com a Instituição que está assegurado.

As informações relacionadas à pesquisa poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que seu nome seja mantido em sigilo.

Informamos que você não terá qualquer despesa referente aos trabalhos realizados pelos terapeutas ocupacionais e psicólogos e também não receberá qualquer benefício financeiro por participar dela.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer sem justificar. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do Paciente ou responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Data: __/__/__

ANEXO 1



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 23 de novembro de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Mônica de Macedo Cardoso

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Fatores neuropsicológicos que influenciam a retomada do trabalho ou estudo após o primeiro episódio de surto psicótico em sujeitos com esquizofrenia**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 28 outubro de 2009 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 23 de novembro de 2009.

Registro **CEP/SD**: 824.159.09.10 **CAAE**: 0037.0.085.091-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 23/05/2010.

Atenciosamente

Prof.ª. Dr.ª. Liliansa Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª. Dr.ª. Liliansa Maria Labronici
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa - SDAUFPR

ANEXO 2

Assunto: Prot 127/2009
De: "Etica" <etica@sms.curitiba.pr.gov.br>
Data: Sex, Dezembro 18, 2009 1:33 pm
Para: monicato@ufpr.br
Prioridade: Normal
Opções: [Ver cabeçalho completo](#) | [Ver Versão para Impressão](#) | [Baixar como um arquivo](#) | [View as HTML](#) | [Bounce](#)

Ola Monica

O seu projeto Prot 127/2009 " Fatores neuropsicológicos que influenciam a retomado trabalho ou estudo após o primeiro episódio de surto psicótico em sujeitos com esquizofrenia" foi analisado quanto a viabilidade e foi considerado aprovado.

Cópia do seu projeto foi enviada aos DS.Portão e Santa Felicidade e nos próximos dias você poderá entrar em contato com a Autoridade Sanitária Local do CAP'sII Portão e do CAP's II Bigorriho verificando o aceite da pesquisa e organizar a coleta de dados.

Lembramos que ao término da pesquisa deverá ser enviado para este comitê o relatório final conforme modelo do CEP /SMS (em anexo) e cópia do trabalho final completo em CD.

Atenciosamente,

Magrit Fabian Sarturi
Secretária Executiva
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Educação em Saúde- CES
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
etica@sms.curitiba.pr.gov.br
tel; 3350-9450