

## Instrumento de rastreo neuropsicológico na psicose em adolescentes

**Francis Moreira da Silveira**

[drfrancismsilveira@gmail.com](mailto:drfrancismsilveira@gmail.com)

Médico psiquiatra: membro da Associação Brasileira de Psiquiatria ABP, Associação Brasileira Neuropsiquiatria ABNP, American Psychiatric Association APA. Mestrando em Neurociências e Membro do Observatório Int. de Neurociências e Des. Hum. (Unilogos)

### RESUMO

A avaliação neuropsicológica tradicional consiste em um processo no qual é desenvolvido em várias sessões, nas quais incluem-se entrevistas assim como observações e aplicações de inúmeros testes e escalas. A avaliação neuropsicológica é um dos procedimentos usados para analisar pacientes com lesões cerebrais e/ou distúrbios neurológicos e neuropsiquiátricos. Diante deste contexto, o presente estudo tem como principal objetivo analisar quais são os instrumentos utilizados para o rastreo neuropsicológicos nas psicoses que atingem os adolescentes a partir de uma revisão da literatura. Entende-se que as alterações cognitivas, comportamentais e emocionais variam em função da natureza, extensão e localização da lesão cerebral, sendo influenciadas pela idade, gênero, condições físicas e contexto psicossocial de desenvolvimento. Face às suspeitas de problemas escolares, adaptação e comportamento, a avaliação neuropsicológica é indicada para ajudar a despistar causas neurológicas subjacentes às dificuldades da criança e adolescente. Diante deste cenário, a utilização de instrumentos de avaliação neuropsicológica torna-se de suma importância, pois é através dela que o tratamento psicoterapêutico será direcionado.

*Palavras-chaves: psicose; instrumentos; avaliação; rastreo.*

Correspondencia: [drfrancismsilveira@gmail.com](mailto:drfrancismsilveira@gmail.com)

Artículo recibido: 20 julio 2022. Aceptado para publicación: 10 agosto 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Como citar: Moreira da Silveira, F. (2022) Instrumento de rastreo neuropsicológico na psicose em adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4) 2773-2782. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.2797](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2797)

## Neuropsychological screening instrument in psychosis in teenagers

### ABSTRACT

Traditional neuropsychological evaluation consists of a process in which it is developed in several sessions, which include interviews as well as observations and applications of numerous tests and scales. Neuropsychological evaluation is one of the procedures used to analyze patients with brain lesions and/or neurological and neuropsychiatric disorders. In this context, the present study aims to analyze which are the instruments used for neuropsychological screening in psychoses that affect adolescents from a literature review. It is understood that cognitive, behavioral and emotional alterations vary depending on the nature, extent and location of brain injury, being influenced by age, gender, physical conditions and psychosocial context of development. In view of suspected school problems, adaptation and behavior, neuropsychological assessment is indicated to help to overcome neurological causes underlying the difficulties of children and adolescents. Given this scenario, the use of neuropsychological assessment instruments become of paramount importance, because it is through it that psychotherapeutic treatment will be directed.

**Keywords:** *psychosis; instruments; evaluation; tracking.*

## 1 INTRODUÇÃO

A neuropsicologia é compreendida como a ciência que ocupa-se do estudo da complexidade da organização cerebral em sua relação com o comportamento bem como a cognição, seja em casos de falhas ou doenças como também acompanhando o desenvolvimento fisiológico dos paciente, isto é, se aplica ao estudo das expressões comportamentais de processos neurobiológicos, sejam elas oriundas do próprio desenvolvimento ou inerentes a disfunções cerebrais. É uma “associação” entre duas ciências a Neurociência e a Psicologia, cujo principal objetivo é entender o funcionamento da mente humana e as possíveis disfunções (LOPES, 2019).

Os estudos baseiam-se portanto, nas alterações do comportamento que encontram-se interligadas ao comprometimento cerebral, em decorrência de danos, determinadas doenças ou modificações experimentais (LOBO, 2022).

A neuropsicologia consiste na área do conhecimento responsável por associar as relações entre cognição, comportamento e atividades do sistema nervoso em condições normais e patológicas, usando para tanto conhecimentos interdisciplinares.

Para a construção do presente estudo a metodologia utilizada foi a de revisão de literatura, baseada em artigos científicos, livros acadêmicos, teses e monografias, que tenham sido publicadas de 2012 a 2022, nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo e CAPES.

## 2 PSICOSE E ADOLESCÊNCIA

De forma característica a adolescência é um momento de mudanças acentuadas e intensas, fisicamente ou psicologicamente, do organismo na sua totalidade, sendo uma idade favorável para a eclosão de muitos dos transtornos psíquicos, de relacionamento e emocionais. Dentre os transtornos emocionais um dos maiores e mais definitivos é a psicose especialmente por sua importância e impacto, pela sua conjetura e precisão de intervir imediatamente.

A palavra adolescência tem origem no latim, onde *ad* = "para" e *olescere* = "crescer". Portanto, adolescência significa literalmente "crescer para", como de igual modo de adolesce, origem da palavra adoecer. Isto implica dizer que a adolescência, dependendo das alterações biopsicossociais que acontecem nesta etapa do desenvolvimento, é caracterizada tanto pela capacidade de crescimento físico e psicológico quanto para o adoecimento.

Nesta fase do desenvolvimento, um dos mais importantes desafios, senão o maior deles, diz respeito ao entendimento do sofrimento psíquico grave, comumente denominada de psicose. Relacionado as psicoses, na adolescência a grande dificuldade é que neste período restam dúvidas se estão ocorrendo sintomas iniciais de uma patologia psicótica ou se são os sinais da puberdade, fase esta que ocorrem inúmeras transformações na vida do indivíduo. Devido a esta circunstância, está a dificuldade de se ter um diagnóstico preciso nesta fase.

Na Psiquiatria, segundo Beck (2009), a maioria dos sintomas e sinais observáveis no adolescente de risco corresponde aos traços daquilo que se considera personalidade esquizoide ou paranoide. Entretanto, por se tratar naturalmente de um período rico em oscilações e instabilidades, a adolescência confunde o observador, fazendo parecer uma simples manifestação de uma adolescência mais exuberante, sinais que poderiam ser tidos como sintomas francamente prodrômico ou, no mínimo, sinais francos de vulnerabilidade à psicose.

Na prática, em alguns casos pode ser difícil a diferença entre as fases prodrômica e psicótica da doença, entretanto, implica numa mudança qualitativa notável em relação ao estado habitual do paciente, como veremos adiante. Esses sintomas, ao contrário do que ocorre com traços prévios de personalidade, costumam ser egodistônicas, ou seja, produzem sofrimento, logo, são mórbidos.

Segundo Silva (2019 p. 28), “a adolescência é um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras do sujeito pré-psicótico, isto é, aquele que apresenta uma estrutura psicótica encoberta. Momento de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, a adolescência lança questões que alguns indivíduos não tem condição de contornar”

De acordo com as classificações psiquiátricas internacionais mais utilizadas (CID.10 e DSM.IV), são considerados sintomas psicóticos no adolescente todos aqueles que possam sugerir especialmente a patologia esquizofrênica. Embora, o próprio DSM IV ressalve que "nenhum sintoma isolado é patognomônico (exclusivo) da esquizofrenia, cujo diagnóstico implica no reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas vinculados a disfunções sociais e ocupacionais", isto nos remete, classicamente, às clássicas manifestações: ideias delirantes, empobrecimento afetivo, alucinações, perda da lógica, desorganização do discurso perda da vontade, desorganização do comportamento e

disfunção social.

Na adolescência, a disfunção social, juntamente com a perda da vontade, por serem sintomas que dizem respeito ao nível de realização interpessoal, escolar, ocupacional ou em outras atividades, deve ser considerada com cautela. Segundo Ballone (2004) exemplifica, o desenvolvimento normal e característico de alguns grupos de adolescentes, emocionalmente mais sensíveis, pode sugerir um transtorno psicótico ou simular sintomas psicóticos negativos, concluindo que “em sentido contrário, muitas vezes os verdadeiros sintomas psicóticos podem passar despercebidamente. Confundem-se tais sintomas com alterações normais do relacionamento social na adolescência”

### **2.1. Implicações da crise psicótica e dificuldades diagnósticas na perspectiva psiquiátrica**

Enquanto a causa subjacente da psicose permanece desconhecida, considera-se sua emergência de ordem multifatorial, com a interdependência de aspectos biológicos, culturais, psicológicos e sociais. É raro o início da esquizofrenia antes da adolescência, ocorrendo tipicamente entre o final desse período e meados da faixa dos 30 (APA, 2018). Configurado o episódio, os jovens podem se tornar particularmente suscetíveis a uma interrupção em seu desenvolvimento biopsicossocial (McGorry & Edwards, 2002)

Tipicamente, o curso evolutivo do episódio psicótico pode ser dividido em três fases: prodrômica, aguda e de recuperação. A fase prodrômica é o período prévio ao desenvolvimento dos sintomas que pode ser identificada retrospectivamente. Muitas pessoas se lembram de sinais de alerta, que precederam a crise propriamente dita, os quais foram relacionados, posteriormente, à instalação da psicose.

Características prodrômicas mais comumente verificadas em ordem decrescente de frequência são: atenção, concentração e motivação reduzidas; humor deprimido; alterações do sono e do apetite; ansiedade; isolamento social; suspeição; deterioração das funções psíquicas e irritabilidade (McGorry & Edwards, 2002).

A fase aguda é caracterizada pela experiência de alucinações, delírios e discurso marcadamente desorganizado. É usualmente durante essa fase que a pessoa buscará ou será levada para um tratamento – o qual inclui, frequentemente, o uso de medicação antipsicótica – e que a hospitalização é tida como necessária. Considera-se que a etapa de recuperação acontece nos seis primeiros meses seguintes ao tratamento do período

agudo de sintomas (Lines, 2005).

Em todas as fases, mesmo na prodrômica, na qual é comum a dificuldade de reconhecimento dos sintomas, o atendimento especializado deve ser garantido. Isto requer que estratégias preventivas apropriadas a cada estágio sejam associadas a intervenções biológicas, psicológicas e sociais, segundo as especificidades da queixa e o contexto de vida do sujeito.

A idade de início de surgimento dos sintomas nem sempre coincide com a idade do primeiro contato com serviços de saúde ou de admissão em hospitais psiquiátricos. Quando a família procura um especialista, é provável que mais de um episódio já tenha ocorrido. Assim, a intervenção precoce se torna necessária para um acompanhamento mais sistemático, com um monitoramento mais próximo do indivíduo e de seus familiares. Se for possível reconhecer os pródromos, poderá se interromper o curso do quadro, ao se facilitar um rápido tratamento.

Mas, como geralmente são identificados apenas de maneira retrospectiva, aumenta-se o desafio de identificar adolescentes com vulnerabilidade a uma crise psicótica, particularmente porque suas características são variáveis e inespecíficas. O desenvolvimento de estratégias preventivas significaria uma mudança para uma abordagem prospectiva (McGorry & Edwards, 2002). Esses indicadores adquirem um maior significado se a pessoa que os experiencia possui um perfil de alto risco para a ocorrência de uma crise psicótica devido a antecedentes familiares ou elementos favoráveis em sua história de vida, como abuso de substâncias, vulnerabilidade a eventos estressores e comportamento agressivo. Como a relação de sinais e sintomas indica, a tarefa de levantamento dos pródromos é dificultada pela semelhança com momentos de transição associados a muitas fases ou circunstâncias de vida, como a adolescência.

Os sinais e sintomas não se constituem necessariamente indícios precoces de advertência quanto ao desenvolvimento de psicose. Entretanto, diminuições sem razão aparente nas condutas adaptativas e perdas de relacionamentos com companheiros pelos jovens são importantes indicativos da necessidade de uma avaliação mais detalhada, sobretudo quando envolvem a possibilidade de dano pessoal (McGorry & Edwards, 2002).

O adolescente pode considerar difícil falar sobre os sintomas com outras pessoas ou

procurar ajuda. Em paralelo, ainda que familiares e amigos notem algo diferente nele (como afastamento social e diminuição do rendimento escolar ou profissional), aqueles não têm condições, por vezes, de identificar as possíveis origens da mudança.

Como agravante, caso o paciente e as pessoas de seu convívio suspeitem que algum tipo de transtorno mental esteja se constituindo, os estigmas associados tendem a dificultar a busca de assistência (McGorry & Edwards, 2002).

Coelho (1999) indicou que, diante de um processo psicótico, familiares podem “não querer ver” (p. 126) a crise ou buscar recursos para internar o paciente a qualquer custo, por ser a convivência em casa percebida como penosa e insustentável.

Nesse momento, é importante que se compreendam dúvidas, medos e crenças apresentados pelo paciente e seus familiares, a fim de que esses não considerem o conhecimento sobre o curso de um quadro psicótico e sobre a direção do tratamento como exclusivo da equipe de saúde, em especial da figura médica.

Mas, conforme Coelho (1999), permanece surpreendente sugerir a viabilidade de se valorizar a experiência do paciente acerca do transtorno mental. Indivíduos diagnosticados com transtorno severo tendem a ser desqualificados em seus depoimentos, não apenas por leigos ou seus pares, mas igual ou primordialmente por profissionais de saúde. Há uma crença pessimista sobre sua capacidade de reconhecer as implicações do problema e a necessidade do tratamento. Não raro, é tido como incapaz, sendo seu ponto de vista dispensável. Certamente, fatores como delírio grandioso ou persecutório, pensamento desorganizado, além de déficits cognitivos, pode contribuir para a falta de insight do indivíduo sobre o problema. É possível que, durante períodos agudos, os pacientes não queiram ou não tenham facilidade de expor sensações, pensamentos ou sentimentos que muito frequentemente lhes trazem intenso sofrimento. No entanto, não se deve considerar uma possível dificuldade de expressão como uma característica constante, imutável de todos os pacientes, pois muitos parecem demonstrar compreensão sobre o que lhes ocorre e como se sentem a respeito disso (Coelho, 1999).

O valor atribuído à fala dos familiares é provavelmente maior, embora estes sejam ainda vistos por profissionais de saúde como corresponsáveis pelo adoecimento ou como aqueles que dificultam ou “atrapalham” o processo de assistência, seja de ordem médica, psicológica ou social. Uma mudança nessa concepção, transformando-se a

família em peça fundamental para a compreensão do fenômeno psicótico e seu tratamento, é relativamente recente e permeada por muitas controvérsias (Costa, 2004).

Aqueles que convivem de perto com a doença mental, em seus filhos, irmãos ou esposos, nem sempre recebem informações adequadas sobre como lidar com situações diárias e com períodos de crise. É mais comum que familiares de pacientes com doenças físicas crônicas sejam orientados e valorizados como integrantes do tratamento (Pasquali, 2016). Parece permanecer, portanto, a divisão cartesiana entre saúde física e mental, sendo essa última comumente vista como uma área que possui menores chances de êxito terapêutico por se acreditar que os pacientes apresentam, por sua vez, menores condições de aderir ao tratamento.

Além disso, no processo diagnóstico, deve ser avaliado de que maneira diferenças socioculturais influenciam modos de expressão de sofrimento psíquico grave, como a esquizofrenia. Na elaboração da quarta versão do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-IV), foram feitos esforços no sentido de incorporar uma consciência de sua utilização em populações culturalmente diversas nos Estados Unidos e em outros países (APA, 2018). Apesar do empenho dos pesquisadores durante o processo de elaboração do DSM-IV em observar a relação entre clínica e cultura, cabe ressaltar a necessidade de cautela para a utilização de suas classificações diagnósticas. Indica-se aos profissionais de saúde mental e afins que dispensem ao emprego do manual o mesmo cuidado necessário para a adaptação e aplicação de instrumentos criados em outros contextos étnicos e culturais.

Mesmo tendo sido desenvolvido por pesquisadores de diversos países, é preciso considerar expectativas relacionadas ao desempenho de homens e mulheres, ao seu modo de interação social – que podem influenciar as crenças associadas ao curso e às implicações da crise psicótica – bem como à escolha do itinerário terapêutico

## **2. INSTRUMENTOS DE RASTREIO**

Na literatura inexistente algum instrumento específico para rastrear a psicose em crianças ou adolescentes, entretanto, existem alguns instrumentos existentes que podem ser utilizados nos mesmos, dentre eles:

### **a) Symptom Checklist-8**

Este é um instrumento breve e simples para screening de casos psiquiátricos em



ambiente médico geral. É uma versão reduzida da Symptom Checklist 25 (SCL-25) que, por sua vez, consiste nos itens de depressão e ansiedade da Symptom Checklist-90 (SCL-90). A SCL-90 é um inventário multidimensional de 90 itens de autoavaliação de sintomas que engloba problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015)

#### **b) Mental Health Inventory-5**

É um instrumento muito breve para detecção de casos psiquiátricos na prática médica geral e trata-se de uma subescala derivada da Short Form-36 (SF-36), a qual é um dos instrumentos de qualidade de vida em saúde mais utilizados nos Estados Unidos da América. Inclui aspectos de saúde relacionados aos estados físico, mental e social. O MHI-5 é composto pelos itens de saúde mental da SF-36 e detecta diferenças entre grupos de pacientes com ou sem depressão ou variados níveis de depressão (WARE, JR.; GANDEK, 1994)

#### **c) General Health Questionnaire 12**

O instrumento foi desenhado para identificação de distúrbios psiquiátricos não psicóticos em atenção primária e é uma das várias versões reduzidas do General Health Questionnaire (GHQ). 22 A versão original contém 60 itens e é uma ferramenta de rastreio para determinar se um indivíduo é um caso provável de transtornos mentais comuns (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015).

#### **d) Self-Reporting Questionnaire 20**

Trata-se de um instrumento de fácil aplicação desenhado para identificação de distúrbios psiquiátricos não psicóticos em atenção primária e comunidade. É composto por 20 questões abrangendo sintomas depressivos, ansiosos, somáticos e suicídio. Tempo de aplicação está estimado em 5 minutos. Deriva do SRQ original, composto por 30 questões acerca de sintomas psicossomáticos. Na década de 70, instrumento original foi uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde que objetivava avaliar e testar métodos que permitissem elaborar políticas públicas de assistência multidisciplinar a indivíduos com transtornos mentais em países em desenvolvimento (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015).

### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cabe salientar que os instrumentos para validação de psicoses na adolescência ainda é um assunto pouco discutido na literatura, percebeu-se a carência de ferramentas

voltadas para a identificação de casos psiquiátricos em adolescentes.

De certa forma, a constatação parece ter relação com o pouco espaço que a saúde mental segue ocupando dentro dos hospitais clínico cirúrgicos, possivelmente como reflexo de estigma e preconceito ainda existentes em nossos tempos.

Afinal, para uma condição ser identificada e tratada, antes ela precisa ser valorizada e reconhecida. Enfim, é necessário um estudo quantitativo para que se possa mensurar a validade e confiabilidade do testes supracitados em adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** 5a edição. 5 a edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. E-book
- BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva da esquizofrenia**. Artmed Editora, 2009.
- COELHO, V. L. D. Prevenção de crises e hospitalizações em transtornos psicóticos: A contribuição de pacientes e familiares. **Escola, saúde e trabalho: Estudos psicológicos**, p. 121-133, 1999.
- COSTA, I. I. **Família e Psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave**. ANPEPP, 2006.
- EDWARDS, Jane; MCGORRY, Patrick D. **Implementing early intervention in psychosis: A guide to establishing psychosis services**. CRC Press, 2002.
- GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Artmed Editora, 2015.
- LOBO, Caroline de Oliveira. **Neurociência e psicanálise**. 2022.
- LOPES, Fabíola Almeida et al. **Princípios das neurociências aplicados às estratégias pedagógicas para um aluno com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista**. 2019.
- PASQUALI, Luiz et al. Princípios de elaboração de escalas. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**, p. 4-12, 2016.
- SAGGESE, E. **Adolescência e psicose**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2001.
- SILVA, Simone Araújo da. **Ressonâncias psíquicas maternas na psicose do filho: uma leitura psicanalítica**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- WARE, JR., John E.; GANDEK, Barbara. The SF-36 Health Survey: Development and Use in Mental Health Research and the IQOLA Project. **International Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 49–73, 1994.