

Tradução e adaptação da Scale for the Assessment of Negative Symptoms

Translation and adaptation of Scale for the Assessment of Negative Symptoms

**Luís Henrique Paloski¹, André Goettems Bastos², Letícia Oliveira Alminhana³,
Tainá Rossi⁴ e Tatiana Quarti Irigaray⁵**

Resumo: A "Scale for the Assessment of Negative Symptoms" (SANS) avalia sintomas negativos, como embotamento afetivo, alogia, avolição-apatia, anedonia e atenção em pessoas com manifestações psicóticas. O presente estudo teve como objetivo traduzir e adaptar culturalmente a escala SANS para o português brasileiro. A construção do trabalho foi dividida em duas etapas, a primeira tradução e adaptação do instrumento e a segunda o índice de validade de conteúdo. Participaram da pesquisa 11 profissionais da área de saúde mental com ampla experiência. Os resultados apontaram que todos os itens da SANS obtiveram níveis de concordância acima de 81,8%. Referente aos índices de validade de conteúdo, todos os tópicos apresentaram escores entre 0,64 e 1,00, indicando níveis adequados. Por fim, pode-se concluir que a escala apresentou alto nível de concordância entre os avaliadores, e os índices de validade de conteúdo sugerem que a escala é adequada para o uso clínico, sendo necessário a construção de estudos que verifiquem outras qualidades psicométricas do instrumento.

Palavras-chave: Sintomas; Esquizofrenia; Escala.

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

Keywords: Symptoms; Schizophrenia; Scale.

¹ Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia e do Curso de Psicologia da Faculdade Meridional (IMED). Doutor e mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: luishenriquepaloski@gmail.com

² Pós-Doutor em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: andregbastos@gmail.com

³ Doutora em Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Bolsista pelo PNPd/CAPES no Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: leticiaalminhana@gmail.com

⁴ Doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: tainabrossi@gmail.com

⁵ Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Decana Associada e Professora Adjunta dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: tatiana.irigaray@pucrs.br

Introdução

Existem diferentes escalas para avaliar sintomatologia de indivíduos com diagnóstico do espectro da esquizofrenia, e outros transtornos psicóticos (Elkis & Buckley, 2016; Paloski et al., 2021). Também há, no contexto brasileiro, escalas que avaliam sintomas negativos e positivos em quadros com manifestações psicóticas, como a *“Positive and Negative Syndrome Scale”* – PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). Contudo, no cenário Brasileiro a PANSS é a única escala exclusiva para avaliação destes sintomas, sabe-se que os estudos podem se beneficiar do uso combinado de diferentes escalas (Gallagher & Jones, 2017; Herbsleb et al., 2018). Desta forma, surge a necessidade de escalas que mensurem especificamente os sintomas negativos, dando maior atenção aos sintomas e atualizando-os aos critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) pode ser utilizada por profissionais de saúde mental da rede pública e/ou privada, a fim de desenvolver critérios diagnósticos, e definir objetivos e métodos para o acompanhamento de pacientes com sintomas psicóticos negativos (Díaz-Pons, et al., 2022). As principais aplicações da escala são: 1. Avaliar e indicar terapêutica subsequente; 2. Formar um sistema de avaliação que complemente os diagnósticos baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014), e na Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (World Health Organization [WHO], 2018); e 3. Permitir o monitoramento e avaliação das mudanças que surgem no paciente durante o processo terapêutico. Assim, o propósito original que levou à criação da escala SANS foi o desenvolvimento de um instrumento que poderia permitir avaliações mais detalhadas de sintomas graves, com foco no diagnóstico e no monitoramento mais objetivo do processo clínico (Akter et al., 2019; Andreasen, 1983; Paloski et al., 2021).

Neste contexto, a SANS divide-se em cinco categorias de sintomas, sendo elas: 1) embotamento afetivo; 2) alogia; 3) avolição-apatia; 4) anedonia; e 5) atenção. O embotamento afetivo consiste na expressão emocional diminuída. A alogia é percebida por produção reduzida do discurso. A avolia consiste na redução de atividades voluntárias, o indivíduo pode ficar sentado por longos períodos e demonstrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais. A anedonia consiste na capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação da recordação do prazer anteriormente vivido. E a atenção pode ser descrita como capacidade de manter o foco em uma atividade (APA, 2014).

Com o objetivo de testar a estrutura da SANS, Sayers e Curran (1996), avaliaram 457 pessoas, com diagnóstico de esquizofrenia (n: 350), esquizofreniforme (n: 29) e esquizoafetivo (n: 78) em dois momentos: tempo 1 (pacientes entre 2 a 4 semanas após crise psicótica); e tempo 2 (pacientes entre 3 a 6 meses após crise). Após a administração da SANS nos dois tempos, os pesquisadores sugeriram algumas alterações na estrutura para torná-la mais coesa. Além disso, ressaltaram o papel fundamental da escala na facilitação da avaliação detalhada dos sintomas negativos que são apresentados pela psicopatologia, auxiliando também no tratamento da esquizofrenia.

Para tanto, a relevância do uso de escalas no contexto clínico, justificam a necessidade da versão brasileira da SANS. Estudos que compararam a eficácia de diferentes instrumentos para avaliar pacientes psicóticos, sugerem correlações positivas entre os dados. No entanto, no Brasil há uma carência de escalas que avaliem exclusivamente sintomas negativos dos quadros psicóticos

(Preda et al., 2018). Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo foi traduzir e adaptar culturalmente a SANS para o português brasileiro.

Método

O procedimento adotado para a tradução e adaptação cultural da escala SANS foi uma combinação sugerida/utilizada por Borsa, Damásio e Bandeira (2012), Hungerbühler e Wang (2016) e Paiano et al. (2019). Segundo Borsa et al. (2012), não existe consenso sobre o procedimento de adaptação cultural de instrumentos, uma vez que este processo depende das características do instrumento, de seus contextos de aplicação e de particularidades da população-alvo. Desta forma, o trabalho foi dividido em duas etapas: Etapa 1: Tradução e adaptação transcultural; e Etapa 2: Índice de validade de conteúdo.

Etapa 1: Tradução e adaptação transcultural

O processo de tradução foi realizado da seguinte forma: A partir do instrumento original em inglês foram feitas duas traduções do instrumento para o português, por dois tradutores independentes, fluentes em português, com amplo domínio da língua inglesa. Após foi realizada a síntese das duas traduções da escala por um terceiro tradutor independente, juntamente com um comitê de *experts*.

Em seguida foi realizada uma avaliação do instrumento pelo público-alvo (profissionais da saúde mental). Nesta fase, os participantes discutiram todos os itens da SANS, investigando a adequabilidade ao português do Brasil. Na sequência, foram feitos ajustes no instrumento, com base num consenso de ideias sugeridas pela avaliação do público-alvo, dos tradutores e do comitê de *experts*. A partir disso, o desenvolvimento da tradução reversa da escala, versão com as sugestões em português para o inglês, feita por dois novos tradutores independentes, fluentes na língua inglesa e com amplo domínio de português brasileiro. E, após a tradução reversa foi enviada para a autora da escala SANS, com o intuito de assegurar que o conteúdo apresentado houvesse significado equivalente ao original.

Etapa 2: Índice de Validade de Conteúdo

Após o aceite da tradução reversa pela autora da escala SANS original, a versão em português foi utilizada para a execução do estudo do índice de validade de conteúdo. Participaram desta etapa, 11 profissionais da área de saúde mental, sendo eles psicólogos e psiquiatras. A coleta de dados foi realizada por meio do *Qualtrics Survey Software*. As respostas foram computadas pela fórmula $RVC = (ne - N/2)/(N/2)$ (ne = número de avaliadores que indicou o item como essencial; N = número total de avaliadores) calculando o índice de validade de conteúdo de cada item (Lawsh, 1975), sendo amplamente utilizada para estas análises (Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015).

Instrumentos

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

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Composta por 24 itens, que avaliam 5 domínios: 1) embotamento afetivo (item 1 ao 7); 2) alogia (item 8 ao 12); 3) avolição-apatia (item 13 ao 16); 4) anedonia e não-sociabilidade (item 17 ao 21); e 5) atenção (item 22 ao 24).

Procedimento de análise de dados

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

Procedimentos éticos

O trabalho atende todas as diretrizes e normas regulamentadoras, envolvendo pesquisas com seres humanos. Foram resguardados os cuidados éticos necessários na garantia de anonimato no tratamento dos dados e divulgação dos achados, não causando danos aos participantes. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o parecer CAAE: 65471317.2.0000.5336, no ano de 2017.

Vale salientar que todos os participantes envolvidos no estudo foram informados dos propósitos da pesquisa, e ao aceitar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi fornecido em duas vias, uma permanecendo com o pesquisador e a outra com o participante. Nele

eram explicitados os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como a garantia de anonimato quanto à identidade e a voluntariedade.

Resultados

A amostra foi composta por 10 profissionais da psicologia e 1 da medicina. Sendo eles, 6 doutores e 5 mestres, atuando em diferentes áreas, como consultório, docência e unidades de saúde mental. Pode-se observar que a maioria das afirmações obteve um alto índice de validade de conteúdo entre os juízes (Tabela 1). Os resultados apontam que 15 itens obtiveram $ICV = 1,00$, 6 itens $ICV = 0,82$ e apenas 3 itens $ICV = 0,64$.

No que tange ao nível de concordância, aproximadamente 63% dos tópicos não precisaram de alterações, com base nas respostas dos juízes. Nos demais, foram sugeridas pequenas alterações para melhor adequabilidade ao contexto brasileiro. As modificações foram discutidas entre o comitê de *experts* e por fim realizadas. Vale salientar que os participantes não sugeriram a retirada de nenhum dos itens da escala original.

Tabela 1
Itens da SANS, ICV e porcentagem de concordância (%)

Original	Traduzido	ICV	%
1. Unchanging Facial Expression: <i>The patient's face appears wooden—changes less than expected as emotional content of discourse changes.</i>	1. Expressão facial invariável: A expressão facial não muda conforme o conteúdo emocional do discurso.	1,00	100%
2. Decreased Spontaneous Movements: <i>The patient shows few or no spontaneous movements, does not shift position, move extremities, etc.</i>	2. Diminuição dos movimentos espontâneos: Demonstra pouco ou nenhum movimento espontâneo, não muda de posição, não mexe as extremidades do seu corpo, etc.	1,00	100%
3. Paucity of Expressive Gestures: <i>The patient does not use hand gestures or body position as an aid in expressing his ideas.</i>	3. Escassez de gestos expressivos: o paciente não faz gestos com as mãos ou utiliza o corpo como forma de expressão de suas ideias.	0,82	90,9%
4. Poor Eye Contact: <i>The patient avoids eye contact or “stares through” interviewer even when speaking.</i>	4. Pouco contato visual: evita o contato visual ou “olha através” do entrevistador, mesmo quando fala	0,64	81,8%
5. Affective Nonresponsivity: <i>The patient fails to laugh or smile when prompted.</i>	5. Baixa responsividade afetiva: Não apresenta reações emocionais adequadas, como sorrir em momentos esperados.	0,82	90,9%
6. Lack of Vocal Inflections: <i>The patient fails to show normal vocal emphasis patterns, is often monotonic</i>	6. Ausência de entonação vocal: Não apresenta padrões normais de ênfase vocal, costuma manter um único tom vocal.	0,82	90,9%
7. Global Rating of Affective Flattening: <i>This rating should focus on overall severity of symptoms, especially unresponsiveness, inappropriateness and an overall decrease in emotional intensity.</i>	7. Avaliação global do embotamento afetivo: Esta avaliação deve se concentrar na gravidade geral dos sintomas, especialmente falta de responsividade, de contato visual, de expressão facial e de entonação vocal.	0,64	81,8%
8. Poverty of Speech: <i>The patient's replies to questions are restricted in amount, tend to be brief, concrete, unelaborated.</i>	8. Pobreza de fala: As respostas às questões são curtas, pobres em vocabulário, concretas e não elaboradas.	1,00	100%
9. Poverty of Content of Speech: <i>The patient's replies are adequate in amount but tend to be vague, over concrete, or over generalized, and convey little in information.</i>	9. Pobreza de conteúdo de fala: As respostas são referentes ao que foi perguntado, mas tendem a ser vagas, concretas ou generalizadas demais, transmitindo poucas informações.	1,00	100%
10. Blocking: <i>The patient indicates, either spontaneously or with prompting, that his train of thought was interrupted</i>	10. Bloqueio: Indica, de forma espontânea ou quando induzido, que seu fluxo de pensamento foi interrompido.	0,64	81,8%
11. Increased Latency of Response: <i>The patient takes a long time to reply to questions, prompting indicates the patient is aware of the question.</i>	11. Maior latência de resposta: Demora para responder às perguntas espontaneamente, mesmo estando ciente delas.	1,00	100%
12. Global Rating of Alogia: <i>The core features of alogia are poverty of speech and poverty of content.</i>	12. Avaliação global da alogia: As características fundamentais da alogia são a pobreza da fala e do conteúdo do discurso, fala fora do contexto e disfuncional.	0,82	90,9%

Original	Traduzido	ICV	%
13. Grooming and Hygiene: The patient's clothes may be sloppy or soiled, and he may have greasy hair, body odor, etc.	13. Cuidados pessoais e higiene: As roupas podem estar desarrumadas ou sujas, pode ter o cabelo sujo, odor corporal, etc.	1,00	100%
14. Inperistence at Work or School: The patient has difficulty seeking or maintaining employment, completing schoolwork, keeping house, etc. If an inpatient, cannot persist at ward activities, such as OT, playing cards, etc.	14. Falta de persistência no trabalho ou na escola: Tem dificuldade para procurar ou se manter em um emprego, concluir trabalhos escolares, cuidar da casa, etc. Se estiver internado, não tem persistência para realizar atividades oferecidas na clínica ou local de internação.	1,00	100%
15. Physical Anergia: The patient tends to be physically inert. He may sit for hours and not initiate spontaneous activity	15. Falta de energia física (astenia): Tende a estar fisicamente inerte. Pode ficar sentado por horas e não iniciar qualquer atividade espontânea.	1,00	100%
16. Global Rating of Avolition/Apathy: Strong weight may be given to one or two prominent symptoms if particularly striking.	16. Avaliação global de avolição-apatia: A intensidade da apatia pode ser explicada por um ou dois sintomas especialmente fortes.	1,00	100%
17. Recreational Interests and Activities: The patient may have few or no interests. Both the quality and quantity of interests should be taken into account.	17. Interesses e atividades recreativas: Pode ter pouco ou nenhum interesse. Tanto a qualidade quanto a quantidade de seus interesses devem ser levados em conta.	1,00	100%
18. Sexual Activity: The patient may show decrease in sexual interest and activity, or no enjoyment when active.	18. Atividade sexual: Pode demonstrar diminuição ou desinteresse por ela, ou nenhum prazer quando a realiza.	1,00	100%
19. Ability to Feel Intimacy and Closeness: The patient may display an inability to form close or intimate relationships.	19. Capacidade de sentir intimidade e proximidade: Pode se mostrar incapaz de ter relacionamentos próximos ou íntimos.	1,00	100%
20. Relationships with Friends and Peers: The patient may have few or no friends and may prefer to spend all his time isolated.	20. Relacionamentos com amigos e colegas: Pode ter poucos ou nenhum amigo, preferindo permanecer isolado.	1,00	100%
21. Global Rating of Anhedonia/Asociality: This rating should reflect overall severity, taking into account the patient's age, family status, etc.	21. Avaliação global de anedonia-não sociabilidade: Esta avaliação deve refletir a gravidade geral, levando em conta a idade da pessoa, a situação familiar, bem como o contexto cultural.	0,82	90,9%
22. Social Inattentiveness: The patient appears uninvolved or unengaged. He may seem "spacey".	22. Desatenção social: Parece desinteressado e descomprometido. Pode se mostrar "aéreo".	1,00	100%
23. Inattentiveness During Mental Status: Testing Refer to tests of "serial 7s" (atleast five subtractions) and spelling "world" backwards.	23. Desatenção durante o exame do estado mental: Testes de "séries de 7" (cinco subtrações). Pontuação: 0 = nenhum erro; 1 = 1 erro; 2 = 2 erros; 3 = 3 erros; 4 = 4 erros; 5 = 5 erros. E também soletrar "MUNDO" de trás para frente "ODNUM".	1,00	100%
24. Global Rating of Attention: This rating should assess the patient's overall concentration, both clinically and on tests	24. Avaliação global da atenção: Esta avaliação deve incluir a concentração geral da pessoa, do ponto de vista clínico e em testes.	0,82	90,9%

Nota: ICV = Índice de validade de conteúdo.

Discussão

Esta pesquisa buscou realizar a tradução e adaptação transcultural da SANS, escala para a avaliação de sintomas negativos em quadros psicóticos, para o português brasileiro. Pode-se observar que a maioria dos itens da escala não precisaram de alterações. As sugestões feitas tiveram como finalidade, a melhora de sua inteligibilidade para o português do Brasil, em sua maioria modificações de palavras por seus sinônimos para a melhor compreensão.

Referente ao número de avaliadores, os pesquisadores utilizaram 11 profissionais da área da saúde mental com ampla experiência no assunto, assim como em estudos semelhantes (Barchi-Ferreira et al., 2019). Não existe um consenso sobre a quantidade de especialistas que devem avaliar um instrumento. Porém, a literatura aponta para a presença de no mínimo dois avaliadores e não muito mais que dez (Damásio & Borsa, 2018). O questionário respondido pelos participantes, era em formato dicotômico ("sim" e "não"), o que poderia limitar suas respostas. Com a finalidade de reduzir esse viés os pesquisadores ofereceram um campo de texto disponível para a apuração detalhada de cada afirmação. Esse procedimento pode ajudar a diminuir os vieses no processo de avaliação de concordância, de instrumentos em processo de adaptação (Gisev, Bell, & Chen, 2013).

No que diz respeito ao nível de concordância dos itens, observa-se que a maioria deles obteve um ótimo desempenho entre os avaliadores. Em apenas três foram sugeridos mais ajustes na tradução. Todas as adequações foram discutidas entre os pesquisadores e realizadas. Os níveis de concordância dos avaliadores foram superiores a 81,8% em todas as afirmações da SANS. A literatura e outros estudos apontam que o grau de concordância acima de 80% é considerado excelente (Cardoso et al., 2019; Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015).

Referente ao ICV, a teoria aponta que quando são utilizados 11 avaliadores, o mesmo deve ser superior a 0,59 (Lawshe, 1975; Hutz et al., 2015). Com base nos resultados pode-se verificar que todos os itens ficaram com ICV superior ao exigido pela literatura. Vale salientar, que nenhuma das afirmações da SANS apresentou pontuação que sugerisse a retirada dela da escala para versão brasileira. Desta forma, a versão final ficou com o mesmo número de itens da original. A SANS versão para população brasileira, foi construída utilizando procedimentos sistematizados. O instrumento surge para preencher uma lacuna no processo de avaliação de sintomas negativos de indivíduos com quadros psicóticos, colaborando para a avaliação clínica e em pesquisa.

Considerações finais

O presente artigo teve como principal objetivo apresentar a tradução e adaptação transcultural da *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) para população brasileira. Também buscou verificar o índice de validade de conteúdo da escala. A escala possui ampla aplicabilidade na avaliação de sintomas negativos em pacientes com quadros psicóticos, tanto na área clínica quanto na área da pesquisa. O uso do instrumento pode auxiliar na avaliação da efetividade de diferentes intervenções terapêuticas com essa população.

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

Referências

- Akter, L., Srabony, F. A., Deeba, F., & Roy, S. (2019). Adaptation of the scale for the assessment of positive symptoms and scale for the assessment of negative symptoms of schizophrenia in Bangladesh. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 10(2), 201-213. doi: 10.1080/21507686.2019.1634602
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª Edição). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andreasen, N. (1983). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, EUA: University of Iowa Press.
- Barchi-Ferreira, A. M., Loureiro, S. R., Torres, A. R., Silva, T. D. A. da., Moreno, A. L., Sousa, D. A. de., ... & Osório, F. L. (2019). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): cross-cultural adaptation and content validity in the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 00(0), 1-4. doi: 10.1590/2237-6089-2018-0098
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Cardoso, M. C. L. R., Santos, A. S. F., Fonseca, A. D. G., Silva-Junior, R. F. da., Carvalho, P. D. de., & Martins, A. M. E. de. B. L. (2019). Validade e confiabilidade da Escala de Avaliação da Alfabetização em Saúde quanto à adesão medicamentosa entre diabéticos. *Einstein (São Paulo)*, 17(2), 1-9. doi: 10.31744/einstein_journal/2019ao4405
- Damásio, B. F., & Borsa, J. C. (2018). *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*. São Paulo, SP: Vetor.
- Díaz-Pons, A., González-Rodríguez, A., Ortiz-García de la Foz, V., Seeman, M. V., Crespo-Facorro, B., & Ayesa-Arriola, R. (2022). Disentangling early and late onset of psychosis in women: identifying new targets for treatment. *Archives of women's mental health*, 25(2), 335-344. doi: 10.1007/s00737-022-01210-2
- Elkis, H., & Buckley, P. F. (2016). Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, 39(2), 239-265. doi: 10.1016/j.psc.2016.01.006
- Gallagher, B. J., & Jones, B. J. (2017). Early-onset schizophrenia: Symptoms and social class of origin. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 492-497. <https://doi.org/10.1177/0020764017719302>
- Gisev, N., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability: key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(3), 330-338. doi: 10.1016/j.sapharm.2012.04.004
- Herbsleb, M., Schumann, A., Malchow, B., Puta, C., Schulze, P. C., Gabriel, H. W., & Bär, K.-J. (2018). Chronotropic incompetence of the heart is associated with exercise intolerance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 197, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.020>
- Hungerbühler, L., & Wang, Y. P. (2016). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. Em *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (pp. 12-17). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria* (pp. 71-84). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
- Paiano, R., Teixeira, M. C. T. V., Cantieri, C. N., Efstratopoulou, M. A., & Carreiro, L. R. R. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the Motor Behavior Checklist (MBC) into Brazilian Portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 00(0), 1-9. doi: 10.1590/2237-6089-2017-0104
- Paloski, L. H., de Andrade Pereira, L., Bastos, A. G., Alminhana, L. O., de Oliveira, J. A. W., & Irigaray, T. Q. (2021). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) e Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): uma revisão sistemática. *Conhecimento & Diversidade*, 13(30), 137-153. doi: 10.18316/rcd.v13i30.8129
- Paloski, L. H., Bastos, A. G., Alminhana, L. O., Rossi, T., & Irigaray, T. Q. (2021). Scale for the assessment of positive symptoms: tradução e adaptação ao português. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 29(2), 97-105. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v29n2p97-105
- Preda, A., Nguyen, D. D., Bustillo, J. R., Belger, A., O'Leary, D. S., McEwen, S., ... & Potkin, S. G. (2018). A positive take on schizophrenia negative symptom scales: Converting scores between the SANS, NSA and SDS. *Schizophrenia Research*, 00(0), 1-7. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.014
- Sayers, S. L., & Curran, P. J. (1996). Factor structure and construct validity of the Scale for the assessment of negative symptoms. *Psychological Assessment*, 8(3), 269-280. doi: 1040.3590/96/\$3.00
- World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases (ICD-11)*. Retirado de: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f405565289>

Apêndice 1

Escala para Avaliação de Sintomas Negativos (SANS)	
Versão brasileira do "Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)" da autora Nancy Andreasen.	
Instrumento traduzido e adaptado por Luís Henrique Paloski, André Goettems Bastos, Letícia Oliveira Alminhana, Tainá Rossi e Tatiana Quarti Irigaray.	
Nome: _____	Sexo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Escolaridade: _____
Data de Aplicação: ____/____/____	
Prezado(a) profissional, na sequência há uma lista de itens que descrevem os sintomas negativos em quadros psicóticos. Por favor, leia cuidadosamente cada sintoma e marque o número correspondente.	

0 = Nenhum 1 = Baixo 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Acentuado 5 = Grave						
Embotamento Afetivo						
1. Expressão facial invariável: A expressão facial não muda conforme o conteúdo emocional do discurso.	0	1	2	3	4	5
2. Diminuição dos movimentos espontâneos: Demonstra pouco ou nenhum movimento espontâneo, não muda de posição, não mexe as extremidades do seu corpo etc.	0	1	2	3	4	5
3. Escassez de gestos expressivos: o paciente não faz gestos com as mãos ou utiliza o corpo como forma de expressão de suas ideias.	0	1	2	3	4	5
4. Pouco contato visual: evita o contato visual ou "olha através" do entrevistador, mesmo quando fala.	0	1	2	3	4	5
5. Baixa responsividade afetiva: Não apresenta reações emocionais adequadas, como sorrir em momentos esperados.	0	1	2	3	4	5
6. Ausência de entonação vocal: Não apresenta padrões normais de ênfase vocal, costuma manter um único tom vocal.	0	1	2	3	4	5
7. Avaliação global do embotamento afetivo: Esta avaliação deve se concentrar na gravidade geral dos sintomas, especialmente falta de responsividade, de contato visual, de expressão facial e de entonação vocal.	0	1	2	3	4	5
Alogia						
8. Pobreza de fala: As respostas às questões são curtas, pobres em vocabulário, concretas e não elaboradas.	0	1	2	3	4	5
9. Pobreza de conteúdo de fala: As respostas são referentes ao que foi perguntado, mas tendem a ser vagas, concretas ou generalizadas demais, transmitindo poucas informações.	0	1	2	3	4	5
10. Bloqueio: Indica, de forma espontânea ou quando induzido, que seu fluxo de pensamento foi interrompido.	0	1	2	3	4	5
11. Maior latência de resposta: Demora para responder às perguntas espontaneamente, mesmo estando ciente delas.	0	1	2	3	4	5
12. Avaliação global da alogia: As características fundamentais da alogia são a pobreza da fala e do conteúdo do discurso, fala fora do contexto e disfuncional.	0	1	2	3	4	5
Avolição - Apatia						
13. Cuidados pessoais e higiene: As roupas podem estar desarrumadas ou sujas, pode ter o cabelo sujo, odor corporal etc.	0	1	2	3	4	5
14. Falta de persistência no trabalho ou na escola: Tem dificuldade para procurar ou se manter em um emprego, concluir trabalhos escolares, cuidar da casa etc. Se estiver internado, não tem persistência para realizar atividades oferecidas na clínica ou local de internação.	0	1	2	3	4	5
15. Falta de energia física (astenia): Tende a estar fisicamente inerte. Pode ficar sentado por horas e não iniciar qualquer atividade espontânea.	0	1	2	3	4	5
16. Avaliação global de avolição-apatia: A intensidade da apatia pode ser explicada por um ou dois sintomas especialmente fortes.	0	1	2	3	4	5

Anedonia - Não sociabilidade						
17. Interesses e atividades recreativas: Pode ter pouco ou nenhum interesse. Tanto a qualidade quanto a quantidade de seus interesses devem ser levados em conta.	0	1	2	3	4	5
18. Atividade sexual: Pode demonstrar diminuição ou desinteresse por ela, ou nenhum prazer quando a realiza.	0	1	2	3	4	5
19. Capacidade de sentir intimidade e proximidade: Pode se mostrar incapaz de ter relacionamentos próximos ou íntimos.	0	1	2	3	4	5
20. Relacionamentos com amigos e colegas: Pode ter poucos ou nenhum amigo, preferindo permanecer isolado.	0	1	2	3	4	5
21. Avaliação global de anedonia-não sociabilidade: Esta avaliação deve refletir a gravidade geral, levando em conta a idade da pessoa, a situação familiar, bem como o contexto cultural.	0	1	2	3	4	5
Atenção						
22. Desatenção social: Parece desinteressado e descomprometido. Pode se mostrar “aéreo”.	0	1	2	3	4	5
23. Desatenção durante o exame do estado mental: Testes de “séries de 7” (cinco subtrações). Pontuação: 0 = nenhum erro; 1 = 1 erro; 2 = 2 erros; 3 = 3 erros; 4 = 4 erros; 5 = 5 erros. E soletrar “MUNDO” de trás para frente “ODNUM”.	0	1	2	3	4	5
24. Avaliação global da atenção: Esta avaliação deve incluir a concentração geral da pessoa, do ponto de vista clínico e em testes.	0	1	2	3	4	5