

ADAPTAÇÃO PARA PORTUGUÊS DA ESCALA DE INSIGHT MARKOVÁ E BERRIOS

Irene VANELLI, Inês CHENDO, Pedro LEVY, Maria Luísa FIGUEIRA, Carlos GÓIS, Jennifer SANTOS, Ivana MARKOVA

RESUMO

A ausência de insight na doença mental é um fenómeno frequente em doentes com perturbações psicóticas e pode constituir um importante factor preditivo do curso da doença, essencialmente no que diz respeito à adesão à terapêutica.

O objectivo do presente estudo foi validar a versão portuguesa da Marková and Berrios Insight Scale, um instrumento de auto-preenchimento que nos permite avaliar o insight na doença psicótica. Após um processo de tradução-retradução, a versão portuguesa da escala foi aplicada a uma amostra de 83 doentes psicóticos (DSM-IV). Os resultados demonstraram que a versão portuguesa da escala atingiu uma excelente fiabilidade e consistência interna ($\alpha = 0,80$). Os valores determinados foram semelhantes aos encontrados pelos investigadores que desenvolveram a escala original. A Marková and Berrios Insight Scale demonstrou ser de fácil aplicação e revelou-se um instrumento útil e válido no estudo de doentes psicóticos.

SUMMARY

PORTUGUESE VERSION OF THE MARKOVÁ AND BERRIOS INSIGHT SCALE

Lack of insight into mental disorder is a frequent phenomenon in patients affected by a psychotic disorder and can be an important predicting factor involving the course of the disease mainly regarding compliance with treatment. The aim of the present study was to validate the Portuguese version of the Marková and Berrios Insight Scale, a self-report instrument that allow us to evaluate insight into psychotic illness. After a translation-back translation process, the Portuguese version of the scale was administered to a sample of 83 psychotic patients (DSM-IV). The results demonstrated that the Marková and Berrios Insight Scale achieved an excellent fiability, internal reliability ($\alpha = 0,80$). These coefficients were similar to those found by the researchers who developed this scale. The Marková and Berrios Insight Scale has proven to be easily applied and deemed an useful and valid instrument in researches involving psychotic subjects.

I.V., I.C., P.L., M.L.F., C.G., J.S.: Serviço de Psiquiatria. Hospital Santa Maria. Lisboa
I.M.: Department of Psychiatry. University of Hull, Southcoates Annexe (University of Lincolnshire and Humberside). Inglaterra

© 2010 CELOM

INTRODUÇÃO

O termo insight existe apenas na família de línguas germânicas, nórdicas e ocidentais. As línguas latinas (como portuguesa, italiana, espanhola) não possuem um termo idêntico unitário correspondente. Desta forma, a tradução desta palavra em cada língua depende da função linguística.

Historicamente, o termo foi introduzido pela primeira vez no âmbito psiquiátrico em 1836 no *Lehrbuch der Psychiatrie* de Krafft-Ebing como *einsichtslos* para indicar a capacidade do doente de reconhecer a própria condição delirante¹. De forma restrita, este termo referia-se a *awareness/consciencialização* ou ao reconhecimento de uma condição específica e das suas características.

Em 1934 Aubrey Lewis redefiniu a palavra insight como *a attitude correcta perante as alterações patológicas em si mesmo e a capacidade de se aperceber que a doença é mental*².

A primeira tentativa de medir o insight data de 1973, no contexto do Pilot Study of Schizophrenia coordenado pela World Health Organization. Nos primeiros estudos, o insight era conceptualizado de forma categorial e codificado como presente ou ausente. Actualmente, é considerado como uma entidade multidimensional com diferentes implicações para a abordagem terapêutica ao doente e que varia numa escala contínua.

Assim, as abordagens utilizadas na avaliação do insight podem ser distinguidas em (a) **categorial**, ou seja, o insight é entendido como um fenómeno dicotómico (descrito como *presente* ou *ausente*) ou categorizado em mais grupos (descrito como *presente*, *parcialmente presente* ou *ausente*) e, mais recentemente, (b) **contínua**, em que o insight é conceptualizado como um processo contínuo e aferido, com auxílio de uma pontuação, a partir de escalas estruturadas³⁻⁸.

Na prática clínica, todas as medidas de avaliação fiáveis e válidas do insight teriam de se basear em quatro pressupostos:

- 1) o insight é um conceito complexo e multidimensional,
- 2) os factores culturais têm de ser cuidadosamente considerados,
- 3) o nível de insight pode variar ao longo da doença,
- 4) a capacidade do doente reconhecer a natureza da sua doença tem de ser deduzida a partir das circunstâncias contingentes e não apenas através da entrevista diagnóstica (McGorry e McConville, 1999)⁹.

O insight não pode ser considerado uma variável independente, sendo necessário considerar outra perspectiva através da qual este é correlacionado com diversos aspectos relativos à doença. Segundo Brentano¹⁰, o insight

pode ainda ser definido como *relacional* ou *intencional*, ou seja, pode ser compreendido e expresso em função de diversos factores (sintomatologia, adesão à terapêutica etc) em relação aos quais o insight é avaliado. Pela multiplicidade dos factores foram criados diversos instrumentos de medida do insight, podendo ser escolhido o mais apropriado de acordo com a finalidade.

Markova e Berrios¹¹ desenvolveram uma escala de auto-avaliação do insight (IS) baseada numa premissa em que se considera que o insight é uma subcategoria da consciencialização mais do que uma característica independente da perturbação psicótica. Esta medida do insight é mais abrangente e ultrapassa o conceito do insight na doença considerado até então.

No novo conceito de insight, o doente apercebe-se não só da forma como é afectado pela doença mas também de como esta modifica as suas interações com o mundo. Esta escala é constituída por 30 questões com resposta dicotómica (sim/não) que representam aspectos de auto awareness de relevância para a doença do sujeito, percepção do ambiente envolvente e desejo de se compreender a situação actual. A cotação final estará compreendida entre 0 e 30, não existindo um valor a partir do qual se considere a presença de insight. Assim, à medida que a pontuação aumenta, maior é o nível de insight.

Os estudos realizados evidenciaram que a falta de insight tem consequências importantes na prática clínica. O baixo nível de insight em doentes psicóticos (sobretudo doentes esquizofrénicos) está associado a uma maior duração da psicose não tratada, escassa ou ausente adesão à terapêutica, maior disfunção profissional e redução das capacidades sociais. Desta forma, é importante ter instrumentos válidos que permitam uma avaliação fiável do nível de insight nas perturbações psicóticas, com o objectivo de desenvolver estratégias para melhorar o decurso da doença.

Este estudo tem como objectivo avaliar a tradução e adaptação da escala Markova e Berrios para a população portuguesa, com o intuito de disponibilizar uma medida fiável da avaliação do insight na psicose.

MATERIALE MÉTODOS

O método usado para a tradução da Escala da Língua Inglesa para a Língua Portuguesa foi a tradução-retradução, por dois profissionais da área da Saúde Mental que dominavam em absoluto ambas as línguas e que não tinham tido qualquer contacto prévio com a escala. A versão final resultou de uma cuidadosa adaptação cultural.

Quadro 1 – Características da amostra

	Número	Percentual	Média
Sexo (homens)	57	68,7	
Idade			42,3 ± 12,81
Consumo de substâncias (sim)			
Duração da doença (anos)			18,2 ± 16,4
Diagnóstico			
Esquizofrenia	68	81,9	
Perturbação bipolar (mania)	10	12,1	
Psicose	5	6	
Com quem vive			
Parentes	44	53,0	
Sozinho	25	30,1	
Cônjuge	10	12,1	
Instituição	2	2,4	
Sem abrigo	2	2,4	
Marková e Berrios Insight Scale total			15,34 ± 5,56

A validação da Escala de Insight Marková e Berrios em Portugal incluiu a determinação da fiabilidade, validade e aplicabilidade deste instrumento.

Com este objectivo, recrutámos um grupo de 83 doentes internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria de Lisboa (57 homens e 26 mulheres) com uma idade média de 42,3 anos (DP = 12,81), que preenchiam os critérios para diagnóstico (DSM-IV) de Esquizofrenia, Perturbação Bipolar (mania) e outras perturbações psicóticas.

O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética do Hospital Santa Maria de Lisboa. Todos os participantes assinaram um formulário de consentimento informado.

Os instrumentos utilizados na recolha dos dados incluíram um formulário com informações demográficas e a versão em Língua Portuguesa da Escala de Insight Marková e Berrios.

As características da amostra são resumidas no Quadro 1.

Metodos Estatísticos

Para a realização da análise estatística foi utilizado o SPSS para Windows (version 14.0). A consistência interna da escala foi calculada com recurso ao alpha de Cronbach. A fiabilidade da escala foi calculada através da aplicação do teste-reteste a uma subamostra de 12 doentes com intervalo de dois dias da administração prévia (é indicado o valor de coeficiente r de Pearson obtido). A avaliação da aplicabilidade da escala de insight Marková e Berrios foi realizada através do cálculo da percentagem de doentes que não responderam à totalidade das perguntas da escala.

RESULTADOS

Relativamente à consistência interna da escala, foi encontrado um α de Cronbach de 0.80, mostrando uma elevada correlação estatística entre os itens da Escala de Insight Marková e Berrios. O α de Cronbach é considerado adequado quando são obtidos valores superiores a 0,70.

O valor de alpha desceu ou permaneceu inalterado quando algum dos itens foi eliminado da escala, o que sugere que não existem itens redundantes. A fiabilidade da escala, calculada através do teste-reteste para um intervalo de dois dias foi de 0,78 ($r = 0,78$; $p < 0,05$). Para a fiabilidade do teste-reteste, considera-se que valores de coeficiente r de Pearson situados entre 0.4 e 0.75 representam uma fiabilidade aceitável a boa,

enquanto que valores superiores a 0.75 são considerados excelentes¹². Todos os doentes que participaram no estudo responderam à totalidade das perguntas da escala, mostrando assim uma aplicabilidade de 100%. No Quadro 2 são indicadas as frequências das respostas às perguntas da escala de insight Marková e Berrios.

CONCLUSÃO

O presente artigo diz respeito a um estudo de validação da Escala de Insight Marková and Berrios para Língua e população Portuguesas. A fim de avaliar a validade da referida escala foi recrutada um grupo de 83 doentes com psicose aos quais foi aplicada a versão portuguesa da escala.

A aplicabilidade de 100% demonstra que a escala é facilmente compreendida pelo doente e, assim, fácil de administrar. Relativamente à fiabilidade, os resultados indicam que a consistência interna do teste é 0,80 ($\alpha = 0,80$). A fiabilidade do teste-reteste deste estudo para um intervalo de dois dias é satisfatória ($r = 0,78$; $p < 0,05$) e indica a estabilidade da resposta do doente durante este período.

Este estudo demonstra que a versão portuguesa da escala de insight Marková e Berrios é uma escala de auto-preenchimento de fácil e rápida administração e com aplicabilidade e fiabilidade satisfatórias. O seu espectro de aplicação inclui tanto a prática clínica como projectos de investigação com o objectivo de avaliar o grau de insight em doentes psicóticos.

Quadro 2 – Frequência das respostas às perguntas da escala de Insight Marková e Berrios (Num. tot = 83)

	Aware (N, %)	Non-aware (N, %)
Sinto-me diferente do que sou normalmente	48 (57,8)	35 (42,2)
Não há nada de errado comigo	48 (57,8)	35 (42,2)
Estou doente	45 (54,2)	38 (45,8)
As pessoas em torno de mim parecem diferentes	50 (60,2)	33 (39,8)
Não me sinto parte de nada	32 (38,6)	51 (61,4)
Tudo parece desorganizado	47 (56,6)	36 (43,4)
A mente não se pode tornar doente, só o corpo	71 (85,5)	12 (14,5)
Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes	41 (49,4)	42 (50,6)
Sinto-me pouco à vontade	43 (51,8)	40 (48,2)
Tenho dificuldades em pensar	35 (42,2)	48 (57,8)
Nesta altura, sofro de problemas dos nervos	46 (55,4)	37 (44,6)
Tudo à minha volta está diferente	43 (51,8)	40 (48,2)
Estou a perder o contacto comigo mesmo	31 (37,3)	52 (62,7)
É difícil para mim sentir-me à vontade com as pessoas que conheço	26 (31,3)	57 (68,7)
Algo de estranho me está a acontecer	49 (59,0)	34 (41,0)
Quero saber porque me sinto assim	52 (62,7)	31 (37,3)
Não pareço ser capaz de funcionar normalmente	32 (38,6)	51 (61,4)
As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população	80 (96,4)	3 (3,6)
Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos	37 (44,6)	46 (55,4)
Não estou doente, mas estou cansado	37 (44,6)	46 (55,4)
Sinto que a mente me está a fugir	35 (42,2)	48 (57,8)
Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia	40 (48,2)	43 (51,8)
Tudo me parece agora mais claro do que nunca	33 (39,8)	50 (60,2)
Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim	51 (61,4)	32 (38,6)
Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada	35 (42,2)	48 (57,8)
Tudo parece diferente à minha volta	39 (47,0)	44 (53,0)
As coisas já não fazem sentido	25 (30,1)	58 (69,9)
O meu problema principal é a minha saúde física	42 (50,6)	41 (49,4)
Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa	18 (21,7)	64 (77,1)
Acho que preciso de algum tipo de ajuda	68 (81,9)	15 (18,1)

*Insight is deemed present for **positive** responses to items 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30 and **negative** responses to items 2, 7, 12, 20, 23, 28-29*

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. KRAFFT-EBING R: Lehrbuch der Psychiatrie, 5th edn. Stuttgart: Enke 1893
2. LEWIS A: The Psychopathology of Insight. Br J Med Psychol 1934;14:332-48
3. ESKEY A: Insight and Prognosis. J Clin Psychol 1958;14:426-29
4. HEINRICHS EL, COHEN BP, CARPENTER WT: Early Insight and the Management of Schizophrenic Decompensation. J Nerv Ment Dis 1985;173:133-8
5. CUESTA MJ, PERALTA V, ZARZUELA A: Reappraising Insight in Psychosis. Multi-scale Longitudinal Study. Br J Psych 2000;177:233-40
6. McEVOY JP, FRETER S, MERRITT M, APPERSON LJ: Insight about Psychosis among Outpatients with Schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry 1993;44:883-4
7. DAVID AS: Insight and Psychosis. Br J Psych 1990;156:798-808
8. AMADOR XF, STRAUSS DH, YALE SA, GORMAN JM: Awareness of Illness in Schizophrenia. Schizophr Bull 1991;17:113-132
9. MCGORRY P, McCONVILLE SB: Insight in Psychosis: an Elusive Target. Comp Psychiatry 1999;40:131-142
10. BRENTANO F: Psychology from an Empirical Standpoint (AC Rancurello, DB Terrell, LL McAlister trans.). London: Routledge and Kegan Paul (1874/1973)
11. MARKOVÁ IS, BERRIOS GE: The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry. Br J Psychiatry 1992;160:850-60
12. PRIETO L, LAMARCA R, CASADO A: La evaluación de la fiabilidad de las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. Med Clin (Barc) 1998;110:142-5



Hospital Santa Maria. Lisboa