

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**LAIS TONETTI KAREPOVS**

**Caracterização das habilidades sociais e aspectos cognitivos em  
pacientes com quadros psicóticos e de humor acompanhados em  
serviços de saúde mental**

**SÃO PAULO**

**2022**

**LAIS TONETTI KAREPOVS**

**Caracterização das habilidades sociais e aspectos cognitivos em  
pacientes com quadros psicóticos e de humor acompanhados em  
serviços de saúde mental**

**Versão Original**

Dissertação apresenta ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestres em Ciências.

Área de Concentração:  
Neurociências e Comportamento

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim

**SÃO PAULO**

**2022**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,  
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Tonetti Karepovs, Lais

Caracterização das habilidades sociais e aspectos cognitivos em pacientes com quadros psicóticos e de humor acompanhados em serviços de saúde mental / Lais Tonetti Karepovs; orientador Antonio de Pádua Serafim. – São Paulo, 2022.  
63 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Neuropsicologia. 2. Psicose. 3. Transtorno Afetivo Bipolar. 4. Saúde Mental. 5. Equipamentos de Saúde Mental. I. de Pádua Serafim, Antonio, orient. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: KAREPOVS, Lais Tonetti

Título: **Caracterização das habilidades sociais e aspectos cognitivos em pacientes com quadros psicóticos e de humor acompanhados em serviços de saúde mental**

Dissertação apresenta ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obter o título Mestre em Ciências.

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Prof (a). Dr (a).

---

Instituição:

---

Julgamento:

---

Prof (a). Dr (a).

---

Instituição:

---

Julgamento:

---

Prof (a). Dr (a).

---

Instituição:

---

Julgamento:

---

## AGRADECIMENTOS

Uma dissertação é feita de muitas histórias e pessoas! Esta, que especialmente foi feita durante a maior pandemia de seu século, tem muitas para contar. Agradeço inicialmente à equipe de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), por ter me recebido, ensinado e supervisionado durante a minha especilaização, que fez nascer meu interesse primeiro pelo tema

Ao meu orientador e coordenador do Serviço e Neuropsicologia do IPq-HCFMUSP Antonio Serafim, por acreditar na ciência e em mim.

Às supervisoras Juliana Yokomizo, Erica Santos, Fabiana Saffi e Mery Cândido. Agradeço imensamente à toda equipe do CAPS Devir de Suzano pelos ensinamentos, afetuosidade e companhia: Tácia, Hugo, Luana, Rafael, Eliane, Rubens, Ailton, Mauricio, Amanda, Mayara, Poliana, Caio, Roseli, Elyana, Juliana, Gabrielle e Adonis.

Menção especial à Isabela Emi Ventura Ko pelo apoio na coleta de dados.

Agradeço à minha família: minha mãe Delma, minha avó Denise e meu irmão Rafael pelo apoio de sempre.

Agradeço aos departamentos e Institutos de Psicologia e de Psiquiatria da USP, seus professores e funcionários – pelos ensinamentos e compreensão que precisei em relação aos prazos para este trabalho.

Agradeço ao meu inicialmente ao namorado, hoje marido, sempre parceiro, Augusto Ribeiro Silva, por me apoiar incondicionalmente em todas as minhas empreitadas e me dar a coragem que preciso.

Agradeço também a todos os pacientes, que foram e são fontes de ensinamento e generosidade ao aceitarem participar dessa pesquisa.

Para Rolf (*in memoriam*).

## RESUMO

Karepovs, L.T. (2022). Caracterização das habilidades sociais e aspectos cognitivos em pacientes com quadros psicóticos e de humor acompanhados em serviços de saúde mental (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Os transtornos mentais como quadros psicóticos e transtorno afetivo bipolar, de uma maneira geral, cursam com alterações e prejuízos na cognição e nas habilidades sociais, além do estigma que resulta em exclusão social. Em quadros psicóticos, por exemplo, evidencia-se uma série de graves limitações sociais e pessoais, repercutindo em dificuldades para desempenhar papéis sociais e ocupacionais esperados, que podem levar ao retraimento social, deterioração da aparência e dificuldades para fazer novos laços. Além disso, as evidências disponíveis indicam que o isolamento social representa um fator de risco para doenças cardiovasculares e uma das principais causas de mortalidade destes pacientes. Já no Transtorno Bipolar, os principais achados se concentram em prejuízos de funções cognitivas como atenção, memória, funções executivas e velocidade de processamento, com poucos dados sobre prejuízos em cognição social. Neste escopo, destaca-se a questão de se pensar o diagnóstico não só nosológico, mas principalmente, funcional. Com base neste aporte, a presente pesquisa avaliou habilidades sociais e aspectos cognitivos de pacientes com diagnósticos de transtornos psicóticos e transtorno do afetivo bipolar. Trata-se de um estudo exploratório que foi composto por uma amostra de conveniência com 42 participantes, a partir dos 18 (dezoito) anos de idade. Os participantes foram distribuídos em dois grupos de acordo com o diagnóstico. A amostra foi dividida em: Grupo 1 – com 20 participantes com transtornos psicóticos e Grupo 2 – 22 participantes com transtorno do humor bipolar (TAB). A pesquisa revelou pouca alteração nas avaliações de processos atencionais e funções executivas entre os grupos, e elevada diferença nos resultados de habilidades sociais, velocidade de processamento e funções executivas em relação à população geral, com prejuízo maior para os pacientes com Transtornos Psicóticos. Frente ao exposto, enfatiza-se a necessidade da aplicação de protocolos de avaliação cognitiva, emocional e de habilidades sociais como forma de medir a efetividade

de programas de intervenções em equipamentos de atenção à saúde mental. Dessa forma entende-se que uma compreensão mais ampla do impacto de um determinado transtorno mental na vida de uma pessoa, resulta em informações imprescindíveis para a confecção de programas de intervenções, por exemplo, pensando na melhora da habilidade social.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Equipamentos de Saúde Mental; Psicose; Transtorno Afetivo Bipolar; Avaliação Neuropsicológica; Habilidades Sociais; Reabilitação Neuropsicológica.

## ABSTRACT

Karepovs, L. T. (2022) Characterization of social skills and cognitive aspects in patients with psychotic and bipolar disorders treated in mental health equipment's. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Mental disorders, such as psychoses and bipolar mood disorder, are generally associated with altered and impaired cognition and social skills, not to mention the stigma that leads to social exclusion. Considering of psychotic disorders, a series of severe social and personal limitations can be observed, resulting in difficulty to engage in social and occupational roles, possibly leading to social withdrawal, deterioration in appearance and hardship building new social bonds. Furthermore, available evidence suggests that social isolation is a risk factor for cardiovascular diseases and a major cause of mortality in these patients. For bipolar disorder, the main findings are focused on cognitive disfunctions in attention, memory, executive functions and processing speed, with small evidence of impaired social cognition. In this sense, it becomes evident that the diagnosis should not be restricted to nosological aspects and be mostly functional. In view of these contributions, the present work has assessed social skills and cognitive aspects in patients diagnosed with psychotic disorders and bipolar disorder. This is an exploratory study composed by a convenience sample of 42 participants, from the age of 18. Participants were divided in two groups according to their diagnostic. Therefore, the sample is divided in: Group 1 with 20 participants with psychotic disorders and Group 2 has 22 participants with bipolar disorder. The research has found little distinction in the assessment of attentional processes and executive functions between groups, and major differences regarding social skills, processing speed and executive functions, compared to general population, with bigger impairment in patients with psychotic disorders. This data suggests that cognitive, emotional and social skills evaluation protocols should be implemented as a way of measuring the effect of intervention programs in mental health facilities. A wider comprehension of the impact of specific mental disorders in people's lives results in indispensable information concerning intervention programs, e.g., aiming social skills improvement.

**Key-words:** Mental Health, Mental Health Equipment, Psychoses, Bipolar Disorder, Neuropsychological Assessment, Social Skills, Interventions

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo da Amostra.....pg. 21

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos de avaliação cognitiva e habilidades sociais – pg. 2

Tabela 2. Caracterização da amostra – pg.25

Tabela 3. Comparação dos grupos quanto ao QI e provas de atenção – pg. 26

Tabela 4. Comparação dos grupos quanto ao desempenho no FDT – pg. 27

Tabela 5. Comparação dos grupos quanto ao desempenho na Figura Complexa de Rey e Habilidade Sociais – pg. 28

Tabela 6. Análise estatística Grupos de Idade GI2: 25 até 50 anos - pg. 29

Tabela 7. Análise estatística Grupos de Idade GI3: 51 anos em diante – pg. 30

Tabela 8. Análise estatística por grupo de tempo de doença – GT1: até 5 anos – pg. 30

Tabela 9. Análise estatística por grupo de tempo de doença – GT3: de 11 até 20 anos – pg. 31

Tabela 10. Análise estatística por grupo de tempo de doença – GT4: acima de 21 anos - pg. 31

Tabela 11. Análise estatística por gênero - Masculino– pg. 32

Tabela 12. Análise estatística por sexo - Feminino – pg. 33

## LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

APA: Associação Americana de Psiquiatria

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CID: Classificação Internacional de Doenças

DSM: Manual Diagnóstico Estatístico

IPQ – HC- FMUPS: Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IPSS: *International Pilot Study of Schizophrenia*

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

TAB: Transtorno Afeito Bipolar

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>I – Importância e definição do objeto de pesquisa.....</b>	<b>1</b>
<b>II – Transtornos mentais .....</b>	<b>1</b>
<b>III - Sintomas Psicóticos.....</b>	<b>5</b>
<b>IV – Esquizofrenia.....</b>	<b>7</b>
<b>V – Transtorno Afetivo Bipolar.....</b>	<b>9</b>
<b>VI - As Políticas de Cuidado em Saúde Mental no Brasil.....</b>	<b>11</b>
<b>VII – As Funções Psíquicas.....</b>	<b>14</b>
<b>VIII – Atenção.....</b>	<b>14</b>
<b>IX – Memória.....</b>	<b>15</b>
<b>X – Velocidade de Processamento.....</b>	<b>17</b>
<b>XI – Inteligência.....</b>	<b>18</b>
<b>XII – Habilidades Sociais.....</b>	<b>18</b>
<b>2. Delineamento.....</b>	<b>19</b>
<b>I – Objetivos.....</b>	<b>19</b>
<b>II – Hipóteses.....</b>	<b>20</b>
<b>III – Métodos e Instrumentos.....</b>	<b>20</b>
<b>IV – Material.....</b>	<b>22</b>
<b>V – Procedimentos.....</b>	<b>24</b>
<b>VI – Aspectos Éticos.....</b>	<b>24</b>
<b>VII - Análise dos Dados.....</b>	<b>24</b>
<b>3. Resultados.....</b>	<b>25</b>
<b>I - Resultados por Grupo de Idade.....</b>	<b>29</b>
<b>II – Resultados por Tempo de Doença.....</b>	<b>30</b>
<b>III – Resultados de acordo com Gênero.....</b>	<b>32</b>
<b>4. Discussão.....</b>	<b>33</b>
<b>I - Habilidades Sociais.....</b>	<b>35</b>
<b>II - Velocidade do Processamento, Flexibilidade Cognitiva e Controle inibitório (avaliados pelo Teste dos Cinco Dígitos - FDT).....</b>	<b>36</b>
<b>III - Habilidades visuoestrutiva, capacidade de planejamento e memória</b>	

<b>(avaliados pela Figura de Rey).....</b>	<b>37</b>
<b>IV – Atenção.....</b>	<b>38</b>
<b>V - Estratégias de avaliação e intervenção.....</b>	<b>38</b>
<b>VI – Limitações.....</b>	<b>40</b>
<b>5. Conclusões.....</b>	<b>40</b>
<b>6. Referências.....</b>	<b>41</b>

## **1) INTRODUÇÃO**

### **I – Importância e definição do objeto de pesquisa**

As alterações e prejuízos na cognição e nas habilidades sociais são dificuldades frequentes que familiares e profissionais encontram ao lidar com pessoas afetadas pelos transtornos mentais. Os pacientes, ao experimentarem essas alterações, sofrem com a experiência e com o estigma da loucura.

Nesta pesquisa, avaliou-se estes aspectos em pacientes com diagnóstico de Transtornos Psicóticos e com Transtorno do Humor Bipolar, tanto em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto em unidade hospitalar. Ambos os serviços fazem parte do Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria 3.088 de 2011 (Ministério da Saúde, 2011).

A ideia da pesquisa surgiu da atuação profissional da autora como psicóloga em CAPS e como pós-graduanda dentro de instituição hospitalar, bem como do interesse na contribuição possível das práticas da avaliação psicológica, que atualmente é mais restrita aos consultórios e ambulatórios especializados, para a confecção de estratégias de reabilitação psicossocial dos pacientes atendidos.

Serão abordadas as principais características dos transtornos psicóticos, do transtorno do humor bipolar, o modelo de cuidado preconizado pelo SUS, as possibilidades e limitações da avaliação neuropsicológica e seus objetos de estudo, os resultados das avaliações feitas em pacientes, bem como a análise e discussão destes resultados, e, finalmente, propostas de intervenção.

### **II – Transtornos mentais**

A preocupação com impacto global relacionado aos transtornos mentais se torna cada vez mais frequente em diversas sociedades, visto que os transtornos mentais se configuram como os problemas de saúde que estão entre os que mais contribuem para o aumento de incapacidades em todo o mundo, com maior repercussão em países de baixa renda (Brundtland, 2000). A literatura enfatiza que cinco das 10 principais causas de deficiência em todo o mundo são decorrentes problemas de saúde mental (Murray & Lopez, 2002). Além disso,

três dos dez principais fatores de incapacidade em pessoas entre as idades de 15 e 44 estão associados à presença de transtornos mentais (Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009). Estudos, tanto prospectivos quanto retrospectivos, enfatizam que de maneira geral os transtornos mentais começam na infância e adolescência e se estendem a idade adulta (Kessler et al, 2007).

A definição entre normal e patológico e os critérios que compõem uma classificação de transtornos mentais englobam um campo de estudos robusto, em movimento contínuo. Atualmente, as descrições aceitas e amplamente usadas de transtornos mentais podem ser encontradas na atual versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua 5ª versão, editado pela Associação Americana de Psiquiatria e na Classificação Internacional de Doenças (CID), atualizada recentemente para sua 11ª edição (Kaplan e Sadock, 2017).

As produções teóricas acerca dos transtornos mentais contaram, ao longo dos anos, com autores que estabeleceram análises tanto descritivas dos fenômenos, quanto sociais. Existem relatos que datam de I d.C., como as descrições dos episódios maníaco-depressivo por Aretaeus da Capadócia (Del-Porto e Del-Porto, 2005).

Neste contexto, Berrios (2008) escreve sobre como a medicina aderiu à prática da tendência classificatória da cultura ocidental, utilizada nas ciências naturais e aplicada às ciências médicas ao final do século XVIII. De acordo com Ramminger (2002), seguindo a classificação proposta por Pessotti (1994), a história da loucura pode ser dividida entre períodos em que ela foi compreendida, tomando as abordagens mitológica, psicológico-passional e organicista.

A contar desde Homero até os pensadores gregos, ela era vista como uma intervenção divina, por uma perspectiva mitológica e religiosa. Eurípides em suas tragédias a considerava como um produto dos conflitos vividos entre os homens, utilizando assim uma perspectiva psicológica-passional. Já para Hipócrates e Galeno, ela adquire um caráter orgânico, pois os desequilíbrios viriam de uma alteração fisiológica.

Já a partir da idade média, foi adotada novamente a hipótese religiosa, pois a loucura era tomada como algo demoníaco, uma possessão ou obsessão diabólica. A partir do século XVII, a hipótese religiosa vai sendo abandonada, e as ideias de Hipócrates começam a ser retomadas, principalmente a concepção de que existiria uma perturbação das funções nervosas superiores (Ramminger, 2002).

No seguimento desta fundamentação histórica, tem-se a figura de Philippe Pinel, em 1801, que publica o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental”. Nesta obra, expõe então sua visão de que a loucura seria um fenômeno passível de estudo e ordenamento, através da observação clínica prolongada, inaugurando então a psiquiatria como especialidade médica. Apesar do gesto retratado no famoso quadro de Charles Muller (que pintou uma cena em que Pinel aparece como que ordenando a retirada das correntes que prendiam os doentes), de acordo com Pereira (2004), este fato provavelmente nunca deva ter acontecido, como refere em seus escritos e prática. Porém, ainda assim, se configura como um marco no tratamento de indivíduos adoecidos psiquicamente pois, ao instruir o tratamento moral da loucura ele colocava uma real possibilidade da melhora destas pessoas através da interação humana. Este tratamento consistia então na ideia de que uma mudança no comportamento era possível através de atitudes firmes, e mais humanas das equipes de atendimento. Ainda de acordo com Pereira (2004), apesar do tratamento humanista já ser, à época, uma ideia em circulação nos centros europeus, a associação entre este tipo de abordagem com a ideia de que seria possível classificar e ordenar os sintomas da alienação de modo metódico e sistemático foi de fato a grande novidade. Cria-se então o local onde a observação clínica seria possível de ocorrer: os manicômios.

A progressão da classificação e estudo do adoecimento psíquico se mistura então com o ordenamento que entendia-se ser o mais adequado, à cada época, para seu tratamento. Seguindo a tendência iniciada por Pinel, de acordo com Martinhago e Caponi (2018), do século XIX em diante, há um foco em sistematizar uma classificação observando-se os comportamentos na vida diária dos sujeitos, e não mais focando-se nos delírios ou atos violentos que se manifestassem. As descrições propostas entre o final do século XIX e início do

século XX pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, distinguiu os quadros e sistematizou os adoecimentos psíquicos em seus manuais (que totalizaram oito edições). Dessa forma, cristalizaram-se a classificação dos adoecimentos da maneira como a medicina física tratava suas doenças (Martinhago e Caponi, 2019 e Dunker, 2014).

O primeiro Manual Estatístico das Doenças Mentais (DSM), de autoria da Associação Americana de Psiquiatria (APA) foi publicado em 1952. Ao longo da segunda metade do século XX até o momento, o DSM sofreu diversas alterações na maneira de descrever os fenômenos. A primeira edição descreveu cerca de 106 tipos de condições e focou-se em descrever os fatores ambientais que levariam ao adoecimento. A segunda, em 1968, teve forte influência psicanalítica e descreveu as condições a partir de traços psicológicos. O terceiro, publicado em 1980, teve uma grande alteração: descreveu as alterações por 5 eixos diferentes, sendo o primeiro depressões e fobias, o segundo, transtornos do desenvolvimento e de personalidade, o terceiro, condições clínicas que levam a alterações comportamentais, como as demências; a quarta categoria era composta por adoecimentos devido a fatores psicossociais e o quinto, finalmente, uma escala global do funcionamento.

Esse modelo se apresentou sem uma corrente teórica mais específica, não utilizando mais termos psicanalíticos como sua base fundamental. Em 1987, ainda sobre a terceira versão do DSM passa por uma revisão e sendo referenciado como DSM III-R, e a grande novidade trazida foi a ideia e termo de “comorbidade”. A APA considera, neste momento, que uma condição não deve se sobrepor à outra.

Já o DSM-IV, publicado em 1994, além de manter o ordenamento da sua antiga edição, acrescentou dados relativos às condições sociais, como cultura e gênero e critérios para o diagnóstico diferencial. Em 2000, a quarta edição também teve uma atualização, e foi publicada a versão DSM-IV-TR. (Alvarenga, Flores-Mendoza & Gontijo 2009).

Na quinta e mais atual versão, publicada em 2013, o DSM-V abdicou dos eixos multiaxiais e da Escala de Avaliação Global, propostas nas versões

anteriores. Ocorreram também mudanças na descrição e avaliação dos Transtornos Psicóticos: a nova versão abandonou a diferenciação por tipos de esquizofrenia (paranoide, catatônica etc.), e adotou a condição de que houvesse um episódio de alteração marcante do humor para diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo e não marca mais a necessidade de um delírio classificado como “bizarro” no Transtorno Delirante. Além disso, a Catatonia passou a ser considerada como um fenômeno que pode ocorrer em diversos tipos de adoecimentos, não exclusivos da Esquizofrenia (Araujo, Alvaro, Neto, 2014).

Apesar de ser a referência para a atuação de boa parte de profissionais da saúde mental no mundo, o DSM colecionou críticas ao longo das suas publicações e atualizações. É importante lembrar que as avaliações para diagnóstico sempre terão seus limites, e que para adequado tratamento, os pacientes sejam vistos em suas particularidades.

Neste escopo, destaca-se a questão de se pensar o diagnóstico não só nosológico, mas principalmente, funcional. Dessa forma entende-se que uma compreensão mais ampla do impacto de um determinado transtorno mental na vida de uma pessoa, resulta em informações imprescindíveis no que concerne os programas de intervenções, por exemplo, pensando na melhora da habilidade social.

### **III - Sintomas Psicóticos**

O termo psicose já foi usado de diversas maneiras ao longo da história dos transtornos mentais. Hoje, o DSM-V separa um capítulo que engloba os transtornos psicóticos, com diagnósticos específicos organizados dentro desta categoria maior.

Os transtornos psicóticos podem ser definidos pela incidência de cinco características principais: delírios, alucinações, desorganização do pensamento, comportamento motor desorganizado e sintomas negativos. Além disso, sintomas psicóticos também podem ocorrer por indução de medicações, substâncias ou por outras condições médicas.

Tais sintomas se traduzem, na vida prática do indivíduo, como uma série de graves limitações sociais e pessoais. Ocorre grande dificuldade de desempenhar os papéis sociais e ocupacionais esperados, que podem levar ao retraimento social, deterioração da aparência e dificuldades para fazer novos laços. Moraski e Hildebrandt (2005), que estudaram a percepção dos familiares durante períodos de crise, colocam a percepção tanto de leigos como de profissionais como a psicose sendo a própria loucura.

Pessoas que sofrem de psicose experimentam menor qualidade de vida e inclusão social reduzida. Eles são mais propensos a viver sozinhos, com elevados índices de desemprego, ter menos relacionamentos significativos e estão em alto risco de sofrer prejuízos de uma maneira geral (Silo et al, 2013). Além disso, as evidências disponíveis indicam que o isolamento social representa um fator de risco para doenças cardiovasculares e uma das principais causas de excesso de mortalidade (Holt-Lunstad et al, 2015).

Ainda neste contexto, evidencia-se que desvantagem social e psicose estão intimamente entrelaçadas, tornando difícil separar sua relação de causa e efeito. Além disso, a literatura ressalta que, ter menos relacionamentos sociais pode ser resultado dos sintomas negativos em particular, como retraimento emocional, social, baixo nível de energia e motivação, que interferem consideravelmente na capacidade de formar e manter uma rede social (Anderson, Laxhman, & Priebe, 2015). Por outro lado, a desvantagem social e a discriminação sofrida por pacientes psicóticos, como desemprego, perda de produtividade e papel social, podem reduzir as habilidades e oportunidades necessárias para formar e manter redes sociais de apoio. De acordo com Killaspy et al (2014), esse círculo vicioso pode, por sua vez, gerar baixa autoconfiança/autoestima e estigma internalizado, que interferem no funcionamento social satisfatório. Além disso, redes sociais menores associam-se a piores resultados, como aumento do risco de internações hospitalares, pior funcionamento e piora dos sintomas em indivíduos que sofrem de esquizofrenia (Mazzi, et al 2018).

Indubitavelmente, há uma associação direta entre transtorno mental e adaptação social, principalmente em relação a inclusão social. No caso dos

portadores de transtornos psicóticos, as evidências são consistentes de que esse grupo é mais propenso do que aqueles com transtornos mentais comuns a abandonar a educação, estar desempregado e experimentar pobreza, dívida e isolamento social. Neste contexto não fica claro se esses marcadores de exclusão social se devem à doença, a uma desvantagem social pré-existente ou a barreiras à inclusão social, como falta de finanças e estigma (Killaspy et al 2014).

A experiência de sintomas psicóticos e sua persistência pode ser dolorosamente incapacitante para os indivíduos que vivenciam transtornos mentais. De acordo com Silva Junior (2012), os transtornos mentais foram a terceira principal causa de concessão de benefício pelo INSS no ano de 2010. Os prejuízos funcionais são vários: os indivíduos têm dificuldade de manter empregos e relações sociais fora do meio familiar, e prejuízos cognitivos são frequentes (American Psychiatry Association, 2013).

Sintomas psicóticos podem se manifestar em diversos transtornos mentais. Nesta pesquisa, será tratada de maneira mais detalhada a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar, pois foram os quadros diagnósticos mais frequentes que compuseram a amostra de pacientes analisada.

#### **IV – Esquizofrenia**

A apresentação mais comum do quadro de psicose seria a esquizofrenia. A esquizofrenia, como é entendida hoje, é resultado do desenvolvimento de conceitos que foram construídos ao longo de séculos por atores diversos. Na história da psiquiatria, ela começa a ter um corpo teórico mais preciso a partir de Emil Kraepelin e Eugen Bleuler. A princípio foi descrita como “demência precoce” por Kraepelin, pois considerava que os sintomas se manifestavam na juventude, causando debilidades mentais que se estendiam pela vida. Já Bleuler, no início do século 20, usou o termo esquizofrenia, derivado dos termos gregos “Schizo”, divisão e “phrenia”, mente, marcando também a mudança conceitual da compreensão deste transtorno. Bleuler descreveu os sintomas centrais da esquizofrenia, como associação frouxa entre as ideias, alterações do afeto e a

constante presença de alterações da sensopercepção e delírios (Ey, Bernard, & Brisset, 1985 apud Silva, 2006).

Em meados dos anos 60 iniciou-se o Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS), uma pesquisa transcultural financiada pela Organização Mundial da Saúde. Alguns dos pesquisadores participantes observaram que, apesar dos sintomas centrais funcionarem como bons discriminadores, não eram exclusivos à Esquizofrenia, ocorrendo também nos transtornos de humor, por exemplo (Elkiss, 2000). O curso do transtorno depende de vários fatores, mas entende-se que quanto mais jovem for o indivíduo na eclosão dos sintomas, pior o prognóstico.

Como lembram Kaplan e Sadock (2017), a natureza essencial da esquizofrenia ainda não foi esclarecida, e o seu diagnóstico tem base inteiramente na avaliação e exame psíquico e na história da psiquiatria. Não há um sinal patognomônico, um exame laboratorial ou de imagem capaz de definir esse diagnóstico.

Epidemiologicamente, estima-se que a prevalência da esquizofrenia na população brasileira é de 1%. De acordo com Mari e Leitão (2000), não há diferenças na prevalência entre homens e mulheres, mas a eclosão dos sintomas ocorre mais cedo em homens.

De acordo com Ferreira Júnior et al (2010), existem diversos prejuízos cognitivos que ocorrem na esquizofrenia, quase todos associados ao desenvolvimento das funções do córtex pré-frontal: velocidade de processamento, memória de longo e curto prazo (memória de trabalho), atenção, capacidade de aprendizagem verbal e visual, raciocínio e cognição social (habilidades sociais). Ainda de acordo com os mesmos autores, “As alterações cognitivas da esquizofrenia têm elevada prevalência, são contínuas e apresentam elevada gravidade”. Através de uma revisão não sistemática da literatura, os pesquisadores reuniram dados que apontam que tais prejuízos estão associados a um mau desempenho escolar antes da eclosão dos sintomas, além de serem mais graves do que os verificados em transtornos afetivos. Em termos neurobiológicos, há indicativos que tais perdas cognitivas

são relativas à disfunção neuronal, e não à perda de neurônios, como é característico nos processos demenciais. Exames de neuroimagem também sugerem perda de volume do lobo frontal, e redução do volume e densidade no tálamo.

Uma revisão sistemática em artigos que apresentaram resultados sobre desempenho cognitivo em pacientes esquizofrênicos avaliados pelas escalas Wechsler de inteligência para adultos (WAIS), Bombassaro (2020) avaliou 28 estudos e constatou que o quociente de inteligência (QI) total de pacientes com esquizofrenia se encontrava na faixa média inferior, assim como o QI de execução. O QI verbal, entretanto, encontrava-se numa faixa média, assimilado à população saudável. Dentro das escalas de execução, as que apresentaram menor pontuação foram as de atenção, velocidade de processamento, processamento visual, capacidade de integração e organização sequencial de estímulos complexos e cognição social. A autora advoga que os resultados podem ser considerados como um perfil cognitivo na esquizofrenia, e que a avaliação neuropsicológica pode ser um instrumento de auxílio diagnóstico, além de base para desenvolvimento de programas específicos de reabilitação.

Em estudo sobre a linguagem na esquizofrenia, Daud et al, (2020) avaliaram 30 pacientes usando a Escala de Inteligência Abreviada (WASI), subtteste Interpretação de Metáforas da pela Bateria de Avaliação da Comunicação de Montreal (MAC). O modelo de regressão linear mostrou que pacientes com esquizofrenia apresentaram desempenho abaixo da média na tarefa de interpretação de metáforas, com tendência a interpretações concretas. Variáveis como QI, o subtteste de vocabulário do WASI e anos de doença influenciam as habilidades de linguagem pragmática dos pacientes.

Outro ponto, além das questões cognitivas na esquizofrenia, refere-se aos défices no funcionamento social resultando em maiores índices de desemprego e baixa produtividade, o que requer a necessidade de supervisão ou cuidado constantes (Fleischhacker et al., 2014; Moore, Harmell, et al., 2013).

## **V – Transtorno Afetivo Bipolar**

O transtorno afetivo bipolar é um quadro clínico que pode ser definido como a alternância entre estados depressivos, estados maníacos, estados eutímicos e possíveis estados mistos do humor. De natureza grave, se não for corretamente abordado, pode levar a prejuízos importantes na vida dos sujeitos, como maior índice de tentativas de suicídio, prejuízos econômicos e sociais (Rocca, Gomes, Fernandes, Oliveira e Saffi, 2017).

Este transtorno se diferencia da depressão unipolar pela ocorrência de uma fase maníaca, ou seja, um período de exacerbação de energia, elevação do humor, da irritabilidade e/ou expansividade, diminuição da necessidade de sono, ideias grandiosas, agitação psicomotora, aceleração do pensamento, logorreia, e envolvimento em atividades potencialmente danosas ou dolorosas, entre outros (DSM-V, 2014). Nos episódios depressivos, o indivíduo experimenta humor deprimido na maior parte do dia, diminuição de interesse e/ou prazer nas atividades do seu cotidiano, alterações no peso, sono, psicomotricidade, diminuição da capacidade de concentração, sentimentos de inferioridade ou inutilidade, pensamentos recorrentes de morte. Ambos os episódios podem durar meses ou semanas.

O conceito de que a depressão e a mania seriam variações do mesmo espectro já é antiga, sendo o seu primeiro registro de Aretaeus da Capadócia, no século I d.C. Ele também observou que tais flutuações não seriam relativas a acontecimentos exteriores, e sim, uma doença em si mesma (Del-Porto e Del-Porto, 2005). De acordo com o DSM-V, os sintomas psicóticos podem ocorrer em qualquer uma das fases patológicas do transtorno de humor, inclusive em depressões unipolares. Portanto, a apresentação destes sintomas é bastante heterogênea.

Um estudo conduzido em 2011 em 11 países estima que a prevalência de transtorno bipolar na população é de 2,4% (Merikangas et al, 2011). De acordo com Rowland, e Marwaha (2018), alguns estudos sugerem que o período típico de eclosão dos sintomas seria próximo aos 20 anos, mas alguns achados também sugerem que a eclosão pode ocorrer entre os 20 a 30 anos na população. Os mesmos autores destacam a inconsistência ou pouca evidência de achados sobre variantes sociodemográficas. Há uma aparente equivalência

de incidência entre sexos. Existem maiores índices que sugerem que a maior incidência seria em sujeitos brancos (caucasianos), mas as informações ainda são conflitantes. Paradoxalmente, ao passo que alguns achados sugerem maior incidência em população de baixa renda, desempregada e não casada, outros achados sugerem que maior renda e maior empregabilidade aumentariam o risco para o transtorno.

Em sua tese de doutorado, Gomes (2018) fala sobre certa inconsistência nos achados das alterações neuropsicológicas em pacientes acometidos pelo transtorno. Existem tentativas de construir um perfil neuropsicológico destes pacientes, porém devido, provavelmente, à heterogeneidade da fase em que os pacientes se encontram, uso de medicações distintas e presença ou não de sintomas psicóticos, essas tentativas não se mostraram frutíferas. Foi considerado também o conceito de neuroprogressão (ou seja, de que as funções cognitivas entrariam em declínio ao longo da progressão da doença e do passar dos anos), que tampouco se mostrou verdadeiro. Dados encontrados pelo autor apontam preservação cognitiva de cerca de 40% dos pacientes (Jensen et al, 2016). Analisando pesquisas feitas sobre os prejuízos cognitivos no Transtorno Bipolar entre os anos de 2008 e 2016, os principais achados se concentram em prejuízos nas funções: atenção, memória (verbal, visual, operacional), funções executivas e velocidade de processamento, com poucos dados sobre prejuízos em cognição social.

Pode-se considerar que o perfil dos sujeitos acometidos pelo transtorno do afetivo bipolar é mais heterogêneo do que os acometidos pela esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos. Gomes (2018) propõe que o perfil neuropsicológico desses sujeitos seria parcialmente semelhante ao de pacientes esquizofrênicos, porém em intensidade diferente (menor prejuízo cognitivo, em geral).

## **VI - As Políticas de Cuidado em Saúde Mental no Brasil**

O Sistema Único de Saúde brasileiro, SUS, organiza o atendimento de pessoas com transtornos mentais pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A orientadora da Política de Saúde Mental Brasileira é a Lei Federal nº 10.216,

de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é composta por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas modalidades I, II e III (a depender da densidade demográfica da região atendida), adulto, infantojuvenil e álcool e drogas (AD); unidades de urgência e emergência; Serviços de Residência Terapêutica (SRT); Unidades de Acolhimento, nas modalidades Adulto e Infantojuvenil; Comunidades Terapêuticas; Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Hospital-Dia.

De acordo com a mesma lei, o tratamento para pessoas com transtornos mentais deve ser feito preferencialmente em serviços comunitários, sendo a internação hospitalar indicada quando se esgotaram os demais recursos. A internação hospitalar, então, não deixa de ser reconhecida como um recurso de tratamento.

Os hospitais-gerais tendem a receber pacientes com diversas características dentro das possibilidades de adoecimento psíquico. Ao passo que os CAPS se organizam em torno da faixa etária (como foi explicado, podem ser na modalidade adulto ou infanto juvenil), ou direcionado especificamente à população com uso problemático de substâncias (CAPS Álcool e Drogas), os hospitais gerais tendem a organizar o cuidado contemplando a população sem uma divisão específica, muitas vezes pela escassez de profissionais e estrutura para tal. Em um levantamento publicado em por Paes et al, feito em um hospital geral na região de Curitiba, constatou-se que quase um quarto das internações (24,1%) correspondem à problemas por uso de álcool e outras substâncias psicoativas, sendo as internações somadas de pacientes diagnosticados com transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia 8,4%. Nesta mesma amostra, 67% dos pacientes estavam em tratamento psiquiátrico, sendo apenas 3,3% em CAPS.

Outro levantamento realizado por Cardoso e Galera (2011), em um hospital na região de Ribeirão Preto, em São Paulo, indica que os internados por transtornos psicóticos e transtorno afetivo bipolar somavam quase metade da população (45,8%). Um dos levantamentos feitos pelas pesquisadoras foi explorar se esses pacientes sabiam o nome de seus diagnósticos e que por ele

estavam em seguimento no serviço de saúde mental, e 56% responderam de maneira negativa, ou seja, não tinham ciência de seu diagnóstico. Apesar destes breves recortes apresentados, é importante notar que o hospital alvo da pesquisa na região de Ribeirão Preto é um Hospital-Escola.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são entendidos atualmente como dispositivos substitutivos de saúde mental cuja finalidade é tratar e cuidar de pessoas com transtornos mentais, principalmente os crônicos, garantindo que o paciente siga inserido em sua comunidade e família. Os pacientes recebem atendimentos com diversas características e finalidades (médico, psicológico, ocupacional, reabilitacional, entre outros) de uma equipe multidisciplinar.

Os CAPS foram concebidos após a reforma psiquiátrica brasileira como uma estratégia que possibilitaria o cuidado no território, em articulação com outras equipes de atendimento da rede de saúde (unidades básicas, saúde da família, entre outras) e de outras redes (social, educacional etc.) de maneira mais próxima da realidade dos pacientes, em contrapartida ao tratamento feito através de hospitalização e com características asilares. O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em São Paulo em 1986 (Cardoso, Cassandra e Nedio Seminotti (2006) e Ribeiro, 2005).

Existem diversos estudos sobre as características epidemiológica dos pacientes atendidos pelos CAPS no Brasil (Peixoto *et al*, 2017; Mangualde, et al, 2013; Paula, 2010), e com base neles, pode-se afirmar que uma parte relevante da clientela atendida pelo modelo substitutivo é a de pacientes com diagnósticos de Transtornos Psicóticos ou Esquizofrênicos. Ainda que a construção da assistência em saúde mental nas últimas décadas tenha evoluído, estes pacientes continuam sendo vítimas do estigma da loucura.

A abordagem dos CAPS em relação aos pacientes com transtornos mentais pode ser muito variada, mas em geral conta com: atendimento individual (médico, psicológico, com outros profissionais), atendimento grupal, familiar, atividades comunitárias (caminhadas, participação em eventos locais) e assembleias ou reuniões para organização do serviço. A frequência também

pode variar, podendo ser intensiva (diariamente) ou pelo menos três vezes ao mês (Brasil, 2004). O tratamento proposto não é, necessariamente, ligado ao diagnóstico do paciente, e sim às suas necessidades individuais.

## **VII – As Funções Psíquicas**

As funções psíquicas exploradas nesta pesquisa foram compostas por: atenção, memória, velocidade de processamento, inteligência e habilidades sociais ou cognição social.

Durante um processo de avaliação de um paciente, é comum que os profissionais utilizem o recurso da separação das funções, como faremos, mas, como nos lembra Dalgarrondo (2019), essa divisão é artificial, uma estratégia de abordagem da vida mental, mas, que essas áreas ou funções não existem separadas umas das outras. O objetivo principal desta separação é o de avaliar as perdas e potenciais dos pacientes e traçar, se possível, um perfil neuropsicológico para certos tipos de adoecimento, a fim de auxílio diagnóstico e de realizar propostas de intervenção e tratamento.

## **VIII - Atenção**

De acordo com Erné (2009): “atenção é um processo psíquico que permite concentrar a atividade mental sobre um fato determinado”. Sua avaliação engloba o tempo em que ela pode ser mantida (concentração), a capacidade de ser dividida (focada simultaneamente), alternada e seletiva. Dalgarrondo (2019) explica: a *atenção concentrada* refere-se à capacidade do indivíduo de manter-se focado em uma determinada atividade ou objeto. Esta capacidade pode variar, e fica mais frouxa de acordo com o tempo. A *atenção dividida* seria a capacidade de focar-se em mais de uma tarefa ou objeto, que ocorrem simultaneamente, de maneira concorrente. A *atenção alternada* seria a capacidade de mudar o foco da atenção, voluntariamente, durante a execução de uma tarefa. O autor considera que seria um processo sobreposto à atenção dividida, conceitualmente. Já a capacidade de selecionar os estímulos e manter a atenção em um específico, definiria a atenção sustentada. Esse processo é bastante suscetível à motivação para o cumprimento de uma tarefa, a outros estímulos ocorrendo de forma simultânea, ou à fadiga. Anatomicamente, as

áreas cerebrais mais acionadas para a manutenção dos processos atencionais são: sistema reticular, tálamo, estriado, córtex parietal posterior não dominante, córtex pré-frontal, giro do cíngulo anterior e sistema límbico (Monteiro, & Saffi, 2015).

A atenção é um processo complexo, e seu prejuízo pode ser o resultado de vários fatores (disposição física, estresse, afetividade etc.). Numa avaliação, é importante considerá-lo junto de outros aspectos.

## **IX - Memória**

A memória representa uma importante função cognitiva dada sua relevância nos processos de aprendizado como a aquisição, consolidação, evocação de informações (Wilson (2011).

Na *aquisição* os cinco sentidos são utilizados (audição, tato, paladar, visão e olfato), que captam os detalhes daquilo que prestamos atenção e envia a mensagem ao cérebro. Assim o cérebro seleciona as informações, armazenando aquilo que é importante, descartando o restante. A concentração é fundamental nesta fase, pois o cérebro só consegue guardar aquilo em que focamos a atenção. Quanto à *consolidação*, esta representa a fase inicial do armazenamento da informação que é processada no hipocampo, onde por meio de reações químicas específicas, ocorrem mudanças que possibilitam a memorização. Se muitas informações são computadas ao mesmo tempo, confundem o hipocampo, impedindo o estabelecimento de associações adequadas. No que tange a *evocação de informações*, seu processo ocorre pela recuperação ou resgate das informações já armazenadas na memória (Serafim, & Rocca, 2021).

Quanto ao tipo de memória avalia-se:

### Memórias de acordo com a Função:

*Memória de Trabalho ou Operacional:* De acordo com Baddeley (2007) representa um sistema cujo papel é a manutenção e manipulação temporária das informações, durante o desempenho de tarefas cognitivas complexas relacionadas com a compreensão, aprendizagem e raciocínio. Assim dada a

esta especificidade, modula o contato com a realidade, determina o contexto no qual ocorrem fatos, eventos, e as variadas situações da vida

#### Memórias de acordo com o Conteúdo:

Memórias declarativas, relativas ao registro de conhecimento, eventos, acontecimentos, declarar que existem e relatar como as adquirimos, podem ser:

- *Episódicas ou autobiográficas*: são as memórias relacionadas aos eventos, os quais podemos ter participado ou simplesmente assistido. Estas memórias são autobiográficas, tem ligações com as vivências pessoais.
- *Semânticas*: memórias referentes aos nossos conhecimentos gerais. Diz respeito ao registro e retenção de conteúdos em função do significado que têm.
- *Memória Não-Declarativa*: relaciona-se as memórias de capacidades ou habilidades motoras ou sensoriais. É o que chamamos de “hábitos”. São adquiridas de forma implícita, de certa forma automática e repetitiva e sem que a pessoa perceba claramente que está aprendendo.
- *Memórias procedurais ou de procedimentos*: o conceito é relacionado as memórias de capacidades motoras e sensoriais. Por exemplo, nadar ou andar de bicicleta.
- *Condicionamento simples e aprendizagem associativa simples*: são as memórias adquiridas através da associação de um estímulo com um outro estímulo ou com uma resposta.
- *Priming (pré-ativação)*: refere-se as memórias evocadas através de dicas (fragmentos). Corresponde à imagem de um evento, preliminar à compreensão do que ele significa.

#### Memórias de acordo com a forma de aprender:

- *Memória explícita*: quando conseguimos ter total consciência de cada passo na formação de determinada memória. Até uns anos atrás, apenas as memórias declarativas eram consideradas como explícitas.

- *Memória implícita*: são memórias que adquirimos sem perceber claramente, ou seja, de forma automática tornando-se difícil descrever o passo a passo da formação desse tipo de memória. Quando aprendemos a nadar, é difícil estabelecer como foi a aquisição dessa habilidade. Algumas memórias semânticas também são adquiridas de forma não consciente, sendo classificadas como implícitas.

#### Memórias de acordo com o tempo de duração ou uso:

- *Memória de curta duração*: são armazenadas e podem ser recrutadas entre 1 a 6 horas, que é o tempo para consolidação das memórias de longa duração. Fala-se de uma fase inicial geral da memória onde ambas requerem as mesmas estruturas, mas envolvem mecanismos distintos. As memórias explícitas podem durar de alguns minutos até décadas. As implícitas permanecem por toda vida.
- *Memória de longa duração*: ou remotas, duram mais do que 6 horas, tempo que demora o processo de consolidação celular. Algumas duram dois dias, semanas, anos. O fator de persistência a ser considerado é o alerta emocional que acompanha a consolidação inicial.

Várias estruturas cerebrais estão associadas ao processo de memória, sendo elas, principalmente: a região do lobo parietal mais intensamente, hipocampo, tálamo, núcleo caudado, corpos mamilares, lobo frontal, amígdala cerebral e cerebelo (Oliveira e Serafim, 2015).

#### **X - Velocidade de Processamento**

A velocidade do processamento da informação no escopo da cognição engloba a capacidade mental de processar rapidamente uma informação no que tange a codificação, transformação e recuperação (Lambert et al, 2012).

Autores como Passolunghi e Lanfranchi (2012) associam a velocidade do processamento como o fator mais importante na definição da inteligência geral, uma vez que, reflete a capacidade do cérebro de processar informações. Prejuízos na velocidade do processamento cursa com dificuldades de leitura,

raciocínio aritmético e memória de trabalho em pacientes com esquizofrenia (Lima & Espíndola, 2015), como no transtorno afetivo bipolar (Rocca & Lafer, 2006).

## **XI - Inteligência**

De acordo com Sharma e Antonova (2003), cognição é a habilidade de reter informações, aprender, concentrar-se por um determinado período e instrumentalizar o conhecimento adquirido para resolver problemas. Aprender uma língua e expressar-se, capacidade de planejamento, também são exemplos que definem o processo mental conhecido como função cognitiva. Os transtornos mentais alteram esse processo, de maneira que as habilidades adaptativas e de resolução de problemas ficam prejudicadas em indivíduos acometidos.

De acordo com Addad, Castro e Mattos (2000), estima-se que entre 40% a 60% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia apresentem défices em relação à população geral. Ainda no mesmo texto, os autores apresentam algumas interpretações sobre a característica desse prejuízo: enquanto alguns autores colocam que existe uma característica de “déficit generalizado” (como em processos difusos do adoecimento do sistema nervoso central, como hipóxia cerebral, por exemplo), outros marcam processos específicos de declínio, como na memória, atenção e nas funções executivas, como capacidade de julgamento e planejamento, que seriam as funções cerebrais mais refinadas. Já Ferreira Junior et al (2010) listam outros aspectos que também são prejudicados: velocidade de processamento, atenção sustentada, aprendizagem verbal, aprendizagem visual e cognição social.

## **XII - Habilidades Sociais**

Del Prette & Del Prette (2010) definem as habilidades sociais como:

“...um constructo, inferido das relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, onde as respostas de uma delas são antecedentes ou consequentes para as da outra, de forma dinâmica e alternada no processo interativo”.

Os autores marcam, porém, a diferença entre habilidade social e competência social, sendo esta última o conjunto de comportamentos bem-sucedidos dentro de um contexto.

Em pesquisas com sujeitos esquizofrênicos, é comum encontrar o termo “Cognição Social”. Ferreira Junior et al (2010) descrevem o termo como “um aspecto cognitivo especializado e desenvolvido pelo indivíduo com o objetivo de resolver problemas para sua adequada adaptação social”. Outro termo usado frequentemente nas avaliações de interação social é “Teoria da Mente”, definido por Tonelli e Alvarez (2009) como a habilidade que o ser humano possui de interpretar e inferir sentimentos, intenções e estados mentais em si e nos outros. O termo ganhou força nos anos 70, após a publicação de um trabalho onde dois primatólogos, Premack e Woodruff, que discutiam sobre a habilidade de primatas de compreender que os comportamentos de seus pares eram determinados por desejos e intenções.

Green, Horan & Lee (2015) falam sobre quatro aspectos da cognição social: percepção de pistas ou “dicas” emocionais, compartilhamento de experiência, mentalização e regulação emocional. Em seus achados, avaliaram que indivíduos com esquizofrenia possuem mais dificuldades na mentalização e na regulação emocional, mas que em geral a vivência de compartilhamento de emoções não é tão diretamente afetada.

## **2) Delineamento**

### **I. Objetivos**

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar aspectos cognitivos e de habilidade social em pacientes com sintomas psicóticos e de humor em tratamento em serviços de saúde mental, e, de acordo com os resultados, fomentar a formação de protocolos de avaliação e de intervenções.

Os objetivos específicos se dividiram em:

- Comparar quociente de Inteligência de pacientes com transtornos psicóticos e pacientes com transtorno afetivo bipolar;

- Comparar habilidades sociais de pacientes com transtornos psicóticos e pacientes com transtorno afetivo bipolar;
- Comparar processos atencionais de pacientes com transtornos psicóticos e pacientes com transtorno afetivo bipolar;
- Comparar capacidade de memória de pacientes com transtornos psicóticos e pacientes com transtorno afetivo bipolar;
- Comparar, entre os dois grupos definidos, diferenças de resultados considerando sexo, idade e tempo de doença.

## **II. Hipóteses**

Dentro do conteúdo apresentado e da amostra estudada, as hipóteses eram de que:

- Pacientes com diagnóstico de Transtornos Psicóticos demonstram pior performance cognitiva e de habilidades sociais em relação aos pacientes com Transtorno do Humor Bipolar;
- Pacientes com maior tempo de doença teriam maior prejuízo nos resultados das avaliações (cognitiva e social) em relação aos mais novos com diagnóstico dentro do mesmo bloco.

## **III. Métodos e Instrumentos**

Esta pesquisa foi um estudo observacional de corte transversal.

### Amostra:

Para este estudo utilizou-se uma amostra de conveniência com 42 participantes, a partir dos 18 (dezoito) anos de idade. Como o maior fluxo de pacientes abordados nos equipamentos de saúde pesquisados foram majoritariamente quadros de psicoses e alterações do humor, como o transtorno afetivo bipolar, optou-se por priorizar os seguintes diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID-10:

- Esquizofrenia (F20)

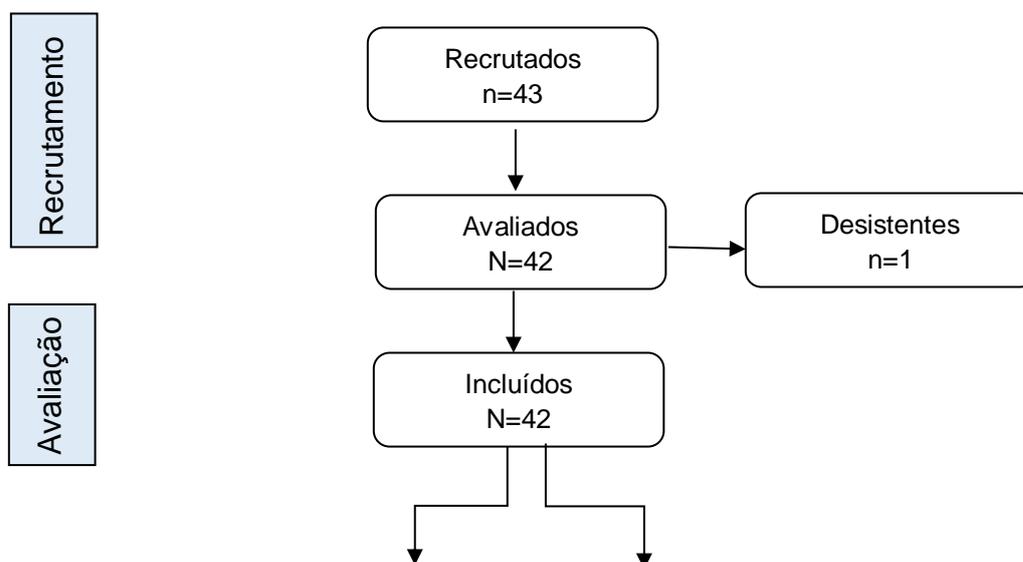
- Psicose não-orgânica não especificada (F29)
- Transtorno Delirante Agudo Transitório (F23)
- Alucinação orgânica (F06)
- Transtorno Afetivo Bipolar (F31)

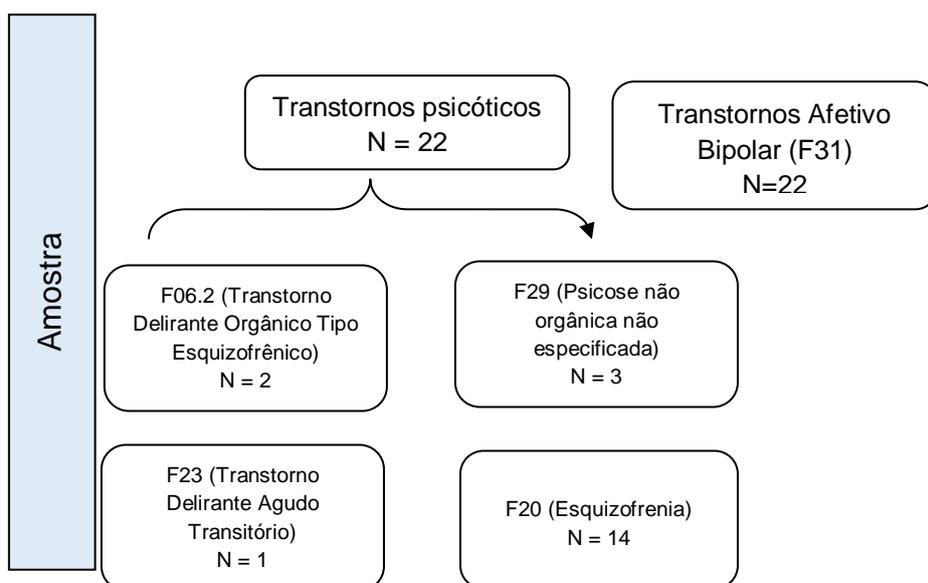
Ressalta-se que todos os participantes foram diagnosticados de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition; DSM-5. American Psychiatry Association, 2013). O diagnóstico foi verificado tanto no prontuário quanto com a equipe responsável pelos registros clínicos do paciente.

Destaca-se que considerando as variáveis estudadas realizou-se as análises (a priori) por meio do software G\*Power 3.1, o qual indicou que mantendo o poder de 0,80 e nível de significância a 5%, para o tamanho de efeito de 0,5, estimava-se uma amostra com 55 participantes. No entanto, decorrente das condições adversas impostas pela pandemia do COVID-19, não alcançamos este total.

Assim, os 42 participantes foram distribuídos em dois grupos de acordo com o diagnóstico da seguinte forma: Grupo 1 – com 20 participantes com transtornos psicóticos e Grupo 2 – 22 participantes com transtorno do humor bipolar (TAB) (figura 1).

Figura 1. Fluxo da Amostra





**Crêterios de Inclusão:** Participantes maiores de 18 anos portadores de quadros psicóticos ou transtorno afetivo bipolar com condi es psicológicas pautadas na ausência de crises ou agudiza o do quadro suficientes para interferir na capacidade de responder as provas cognitivas e escalas.

**Crêterios de Exclusão:** Portadores de outros quadros psiquiátricos.

#### IV. Material

Como material, foram utilizados alguns instrumentos de avalia o e os prontuários de cada paciente. As informa es sobre diagnóstico e características sociodemográficas foram complementadas por meio das entrevistas junto aos participantes.

#### Instrumentos de avalia o

Tabela 1. Instrumentos de avalia o cognitiva e habilidades sociais

Instrumento	O que identifica ou avalia
-------------	----------------------------

Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI) Fornece informações sobre os QIs (quocientes de inteligência) Total, de Execução e Verbal a partir de quatro subtestes: (Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial).

---

FDT – Five Digit Test Velocidade de processamento cognitivo, a capacidade de focar e reorientar a atenção, a capacidade de lidar com interferências e controle inibitório

---

Figura Complexa de Rey Atividade perceptiva e a memória visual. Verifica o modo como o sujeito apreende os dados perceptivos que lhe são apresentados e o que foi conservado espontaneamente pela memória, habilidade visuoconstrutiva, capacidade de planejamento e estratégias para solução de problemas

Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA) Mensura a capacidade geral da atenção, e avaliação de tipos de atenção específicos: atenção concentrada, dividida e alternada

Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS2) Avalia o repertório de habilidades sociais usualmente requeridas em

---

## **V. Procedimentos**

A amostra foi captada em Centros de Atenção Psicossocial de cidades da grande São Paulo e em uma unidade de “Hospital Dia” de um hospital escola na Cidade de São Paulo. Inicialmente foi realizada a leitura de prontuário e levantamento do quadro diagnóstico em associação com consultas à equipe responsável por cada caso. Em seguida realizava-se o primeiro contato com o possível participante, no qual era apresentado a proposta do estudo e tendo seu aceite, realizava-se o agendamento da aplicação do protocolo de pesquisa em horário diferente da sua agenda de atendimento. Os atendimentos foram realizados de forma individual com autorização prévia, seguida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## **VI. Aspectos Éticos**

Este estudo seguiu todas as diretrizes de pesquisas com humanos regidas pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Dessa forma foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo sob o registro CAAE 35536920.2.0000.5561.

## **VII. Análise dos Dados**

Para este estudo foram utilizados os softwares IBM SPSS Statistics v24 e extensão PROCCESS v3.5 por Andrews F. Hayes e JASP v0.16.0.0. As técnicas estatísticas utilizadas durante a análises dos dados envolveram a estatística descritiva calculando medidas de tendência central tais como a média e mediana e de dispersão como desvio padrão, além de frequências e porcentagens. Para testar e comparar dois grupos enquanto a uma variável quantitativa foi utilizado o teste U Mann-Whitney e T Student verificando a distribuição das variáveis envolvidas mediante o teste de Shapiro Wilks. Foi considerado o nível de significância 5%,  $\alpha = 0,05$  para alterações significativas nos resultados. Uma

análise de Moderação foi realizada no intuito de identificar possíveis moderadores no impacto do diagnóstico nos testes.

### 3) RESULTADOS

Para a análise dos resultados, foram estabelecidos agrupamentos de acordo com as características dos pacientes. Também foram divididas por grupos o tempo de doença de cada participante: GT1: até 5 anos, GT2: de 6 a 10 anos, GT3: de 11 a 20 anos e GT4: 21 anos em diante. Além disso, também foram consideradas as diferenças de entre sexos. Os resultados dos testes apresentados foram todos convertidos para percentis, conforme as instruções de correção nos respectivos manuais. Na tabela 2 está expressa a caracterização da amostra.

Tabela 2 – caracterização da amostra

		Grupos				
		Psicose		TAB		Total
		N	%	N	%	N
Sexo	Masculino	11	52,40%	10	47,60%	21
	Feminino	9	42,90%	12	57,10%	21
Grupo de Idade	18 até 24 anos	9	90,00%	1	10,00%	10
	25 até 50 anos	3	15,80%	16	84,20%	19
	50 anos em diante	8	61,50%	5	38,50%	13
Escolaridade	Ensino Fundamental completo	4	100,00%	0	0,00%	4
	Ensino Médio Completo	13	54,20%	11	45,80%	24
	Ensino Médio Incompleto	0	0,00%	4	100,00%	4
	Ensino Superior Completo	3	37,50%	5	62,50%	8
	Ensino Superior Incompleto	0	0,00%	2	100,00%	2

De acordo com a tabela 2 observa-se prevalência de homens no grupo das psicoses e de mulheres no de TAB. Quanto ao agrupamento da idade, verifica-se que os casos de psicoses são mais frequentes na faixa etária entre 18 e 24 anos. Enquanto nos casos de TAB esta distribuição se concentra mais entre 25 até 50 anos.

Em relação ao desempenho nos testes cognitivos dos participantes dos dois grupos clínicos, as avaliações foram realizadas considerando os resultados provenientes de cada um dos instrumentos.

A tabela 3 apresenta os dados do quociente intelectual total com quatro subtestes na Escala Inteligência Abreviada de Wechsler – WASI, o QI total (QIT) considerando habilidades verbais e de execução. Também expressa desempenho na Bateria Psicológica de Avaliação de Atenção – BPA no que tange a atenção Concentrada, Dividida e Alternada.

*Tabela 3. Comparação dos grupos quanto ao QI e provas de atenção*

<i>Variável</i>	<b>Grupos</b>		<i>P*</i>
	<b>Psicose (n=20) MD(DP)</b>	<b>TAB (n=22) MD(DP)</b>	
QI (WASI)	54,4 (40,9)	80,5 (31,6)	<b>,001</b>
Atenção Concentrada	18,7 (15,5)	20,9 (13,9)	,465
Atenção Dividida	12,8 (14,8)	19,4 (14,8)	,065
Atenção Alternada	14,2 (14,8)	17,0 (12,1)	,253

*Nota: MD: média; DP: desvio padrão; \* teste U Mann-Whitney*

De acordo com os resultados da tabela 3, os participantes do grupo psicose expressam a menor média de QI em relação ao grupo de TAB ( $p < 0,001$ ; teste U Mann-Whitney). Ressalta-se que embora haja diferença entre os grupos quanto ao QI, na verificação geral, ambos os grupos se apresentam abaixo na média da população que é QI = 90. Já para as avaliações atencionais, o percentil

50 indica o funcionamento médio esperado para a população. Dentro deste padrão, ambos os grupos apresentam prejuízo.

Na tabela 4 estão expressos os resultados do FDT. Este instrumento possibilita verificar o índice de velocidade de processamento através das seguintes avaliações: Leitura e Contagem, para velocidade de processamento e para funções executivas: Escolha e Alternância. É importante levar em consideração que manual deste teste indica o percentil 50 como o resultado médio esperado, de acordo com a padronização para a população brasileira. Resultados abaixo do percentil 25 indicam dificuldades discretas, tanto na velocidade de processamento quanto no funcionamento executivo. Percentis abaixo de 5 indicam maior comprometimento.

*Tabela 4. Comparação dos grupos quanto ao desempenho no FDT*

<b>Variável</b>	<b>Grupos</b>		<b>P*</b>
	<b>Psicose (n=20) MD (DP)</b>	<b>TAB (n=22) MD (DP)</b>	
FDT – Leitura	13,5 (14,3)	32 (18,8)	<b>,001</b>
FDT- Contagem	11,8 (14,4)	30,9 (20,7)	<b>,001</b>
FDT – Escolha	9,3 (8,2)	20,9 (19,4)	<b>,020</b>
FDT - Alternância	8,5 (10,8)	22,3 (17,5)	<b>,001</b>
FDT - Inibição	19,8 (29)	13 (11,8)	,489
FDT - Flexibilidade	14,3 (21,7)	29,9 (18,8)	,080

*Nota: MD: média; DP: desvio padrão; \* teste U Mann-Whitney*

De acordo com os dados da tabela 4 é possível verificar que os pacientes com quadros psicóticos apresentam índices percentis significativamente inferiores ao grupo de TAB ( $p < 0,001$ ; teste U Mann-Whitney). Estes resultados demonstram que os pacientes do grupo das psicoses expressam mais dificuldades nos processos de velocidade do processamento e atenção. No que tange processos de alternância, inibição (controle inibitório) e flexibilidade

cognitiva, não se evidenciou diferenças significativas em relação ao grupo de TAB. É interessante notar que somente na avaliação de processos inibitórios o grupo de pacientes psicóticos apresentou melhor performance que o de pacientes com TAB.

Na tabela 5 estão expressos os resultados da Figura Complexa de Rey que verifica o desempenho dos participantes quanto a habilidade visuoespacial, capacidade de planejamento e estratégias para solução de problemas e memória, associadas e memória funções executivas. Ainda na tabela 5 estão expressos os resultados quanto a medida dos índices de habilidades sociais nos dois grupos pelo IHS2. De acordo com os manuais, o percentil 50 é o esperado como média para a população brasileira, em ambas as avaliações.

*Tabela 5. Comparação dos grupos quanto ao desempenho na Figura Complexa de Rey e Habilidade Sociais*

<b>Variável</b>	<b>Grupos</b>		<b>P*</b>
	<b>Psicose (n=20) MD (DP)</b>	<b>TAB (n=22) MD (DP)</b>	
Fig. Rey – Cópia	13,5 (14,3)	32 (18,8)	<b>,001</b>
Fig. Rey – Memória	11,8 (14,4)	30,9 (20,7)	<b>,001</b>
IHS2 Geral	13,9 (17,9)	45,4 (15,2)	<b>,001</b>

*Nota: MD: média; DP: desvio padrão; \* teste U Mann-Whitney*

De acordo com os dados da tabela 5 é possível verificar que os pacientes com quadros psicóticos apresentam índices percentis significativamente inferiores ao grupo de TAB ( $p < 0,001$ ; teste U Mann-Whitney). Estes resultados demonstram que os pacientes do grupo das psicoses expressam mais dificuldades tanto nos processos de habilidades visuoespaciais, capacidade de planejamento e estratégias para solução de problemas, quanto de memória. Novamente, ainda que exista essa diferença, ambos os grupos apresentam prejuízo em relação à média esperada.

Resultado semelhante observa-se em relação ao índice geral de habilidades sociais (tabela 5). Revelando os pacientes com quadros psicóticos apresentam índices percentis significativamente inferiores ao grupo de TAB (( $p < 0,001$ ; teste U Mann-Whitney).

## I - Resultados por Grupo de Idade

A fim de investigar se essas alterações poderiam ser mais bem explicadas de acordo com variedades sociodemográficas, foram feitas análises de acordo com idade dos pacientes avaliados.

Os pacientes foram divididos por grupos de idade, sendo GI1: 18 a 24 anos, GI2: 25 até 50 anos e GI3: 51 anos em diante. Neste formato de análise, não foi possível realizar a comparação entre o primeiro grupo de idade, que englobavam pacientes de 18 a 24 anos, pois na amostra havia somente um paciente com diagnóstico de TAB neste grupo.

Na tabela 6 estão expressas as análises dos agrupamentos de idade considerando o intervalo de 25 a 50 anos.

*Tabela 6. Análise estatística Grupos de Idade GI2: 25 até 50 anos*

	Teste	p	Tamanho do Efeito
WASI - QIT4	Mann-Whitney	0.198	-0.500
Atenção Concentrada	Student	0.509	0.424
Atenção dividida	Student	0.484	0.450
Atenção Alterada	Mann-Whitney	0.909	-0.063
Figura de Rey Cópia	Mann-Whitney	0.732	0.146
Figura de Rey Memória	Mann-Whitney	1.000	-0.021
FDT - Leitura	Student	0.273	-0.713
FDT - Contagem	Mann-Whitney	0.324	-0.375
FDT - Escolha	Mann-Whitney	0.377	-0.333
FDT - Alternância	Student		
FDT - Inibição	Mann-Whitney	0.760	-0.125
FDT - Flexibilidade	Mann-Whitney	0.860	-0.083
IHS2 Geral	Student	< .001	-2.749

Observando os resultados na tabela 6 resultados, pode-se considerar que o único índice avaliado que apresentou diferença significativa entre os grupos foi o de Habilidade Sociais (IHS2 Geral), marcado em vermelho no texto.

Já entre o grupo que considera pacientes acima de 51 anos, a análise estatística também aponta como a única diferença significativa o resultado do IHS2-Geral (tabela 7).

*Tabela 7. Análise estatística Grupos de Idade GI3: 51 anos em diante*

	<b>Teste</b>	<b>p</b>	<b>Tamanho do efeito</b>
WASIQT4	Mann-Whitney	0.212	-0.450
Atenção Concentrada	Mann-Whitney	0.762	0.125
Atenção Dividida	Mann-Whitney	0.135	-0.525
Atenção Alterada	Mann-Whitney	0.705	-0.150
Figura de Rey - Cópia	Student	0.384	-0.516
Figura de Rey - Memória	Mann-Whitney	0.592	0.200
FDT - Leitura	Mann-Whitney	0.153	-0.450
FDT - Contagem	Mann-Whitney	0.229	-0.400
FDT - Escolha	Mann-Whitney	0.737	-0.125
FDT - Alternância	Mann-Whitney	0.787	-0.100
FDT - Inibição	Mann-Whitney	0.420	0.250
FDT - Flexibilidade	Mann-Whitney	0.720	-0.125
IHS2Geral	Mann-Whitney	<b>0.032</b>	-0.750

De acordo com a tabela 7, observa-se novamente, o resultado estatisticamente significativo foi o comparativo entre percentis em Habilidades Sociais, destacado em vermelho.

## **II - Resultados por Tempo de Doença**

Foi realizada uma divisão entre os resultados obtidos pelos pacientes a fim de verificar se o tempo de diagnóstico (ou seja, há quanto tempo o paciente tinha sido diagnosticado) influenciava nos resultados obtidos. A divisão proposta foi: grupo GT1: até 5 anos, grupo GT2: de 6 a 10 anos, grupo GT3: de 11 a 20 anos e grupo GT4: 21 anos em diante.

*Tabela 8 - Análise estatística por grupo de tempo de doença – GT1: até 5 anos*

	<b>Teste</b>	<b>p</b>	<b>Tamanho do efeito</b>
WASIQT4	Mann-Whitney	0.345	-0.500
Atenção Concentrada	Mann-Whitney	0.810	0.167
Atenção Dividida	Mann-Whitney		
Atenção Alterada	Mann-Whitney		

Figura de Rey - Cópia	Mann-Whitney	0.397	0.444
Figura de Rey - Memória	Mann-Whitney	0.467	0.389
FDT - Leitura	Mann-Whitney	0.901	0.111
FDT - Contagem	Mann-Whitney	0.764	-0.167
FDT - Escolha	Mann-Whitney	0.763	-0.167
FDT - Alternância	Mann-Whitney	0.652	-0.222
FDT - Inibição	Mann-Whitney	0.764	-0.167
FDT - Flexibilidade	Mann-Whitney		
IHS2Geral	Mann-Whitney	0.076	-0.889

Neste grupo, nota-se que não foram verificadas alterações estatisticamente significativas, dentro da divisão dos pacientes por grupo diagnóstico, entre o tempo que se convive com o transtorno.

Entre o grupo GT2, que considera o intervalo entre 6 a 10 anos de doença, não foi possível estabelecer as análises pois havia somente um paciente dentro dos Transtorno Psicótico que se enquadrava nesta classificação. Já entre o próximo grupo, a tabela a seguir esclarece os resultados.

*Tabela 9. Análise estatística por grupo de tempo de doença – GT3: de 11 até 20 anos*

	Teste	p	Tamanho do Efeito
WASIQT4	Mann-Whitney	0.950	-0.042
Atenção Concentrada	Student	0.902	0.068
Atenção Dividida	Mann-Whitney	0.948	-0.042
Atenção Alterada	Mann-Whitney	0.791	-0.104
Figura de Rey - Cópia	Mann-Whitney	0.835	0.083
Figura de Rey - Memória	Mann-Whitney	1.000	-0.021
FDT - Leitura	Mann-Whitney	0.063	-0.604
FDT - Contagem	Mann-Whitney	0.119	-0.500
FDT - Escolha	Mann-Whitney	0.821	-0.083
FDT - Alternância	Mann-Whitney		
FDT - Inibição	Mann-Whitney	0.786	-0.083
FDT - Flexibilidade	Mann-Whitney	0.405	-0.250
IHS2Geral	Mann-Whitney	<b>0.002</b>	-1.000

Novamente, apenas a pontuação em Habilidades Sociais mostrou diferenças significativas entre os grupos.

Já no grupo GT4: acima de 21 anos, os resultados brutos podem ser conferidos na tabela

*Tabela 10. Análise estatística por grupo de tempo de doença – GT4: acima de 21 anos*

	W	df	p	Rank-Biserial Correlation
--	---	----	---	---------------------------

WASIQT4	1.000	<b>0.036</b>	-0.900
Atenção Concentrada	9.000	0.899	-0.100
Atenção Dividida	5.000	0.260	-0.500
Atenção Alternada	6.500	0.441	-0.350
Figura de Rey - Cópia	6.500	0.457	-0.350
Figura de Rey - Memória	14.000	0.381	0.400
FDT - Leitura	NaN		
FDT - Contagem	6.500	0.418	-0.350
FDT - Escolha	9.000	0.884	0.000
FDT - Alternância	9.500	1.000	-0.050
FDT - Inibição	14.000	0.306	0.400
FDT - Flexibilidade	9.500	1.000	-0.050
IHS2Geral	5.000	0.268	-0.500

*Nota:* Para o teste de Mann-Whitney, o tamanho do efeito é dado pela correlação bisserial de posto

Nesta análise, o resultado com diferença estatisticamente significativa foi o de QI total, fornecido pelo teste WASI – marcado pelo destaque em vermelho. Ou seja, em pacientes com que convivem com o transtorno há mais de 20 anos, foi verificado que há mais prejuízo no QI total em um dos grupos em relação ao outro.

### III - Resultados de acordo com gênero

Foi realizada uma última divisão para analisar os resultados dos pacientes – a divisão entre os gêneros.

*Tabela 11. Análise estatística por gênero - Masculino*

	W	df	p	Rank-Biserial Correlation
WASIQT4	24.500		<b>0.034</b>	-0.555
Atenção Concentrada	49.500		0.721	-0.100
Atenção Dividida	39.000		0.269	-0.291
Atenção Alternada	42.500		0.393	-0.227
Figura de Rey - Cópia	29.000		0.068	-0.473
Figura de Rey - Memória	47.000		0.588	-0.145
FDT - Leitura	23.500		<b>0.024</b>	-0.573
FDT - Contagem	25.500		<b>0.034</b>	-0.536
FDT - Escolha	31.500		0.091	-0.427
FDT - Alternância	19.500		<b>0.009</b>	-0.645
FDT - Inibição	53.000		0.909	-0.036
FDT - Flexibilidade	40.500		0.295	-0.264
IHS2Geral	11.500		<b>0.002</b>	-0.791

*Nota.* Para o teste de Mann-Whitney, o tamanho do efeito é dado pela correlação bisserial de posto.

No grupo dos homens, houve diferenças significativas nos resultados de QI total (WASI – QIT). Nos procedimentos de Leitura, Contagem e Alternância no FDT e nas habilidades sociais (IHS2 Geral).

Já os resultados brutos da população feminina podem ser vistos na tabela 12.

*Tabela 12. Análise estatística por sexo - Feminino*

	<b>W</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Rank-Biserial Correlation</b>
WASIQT4	31.500		0.117	-0.417
Atenção - Concentrada	42.500		0.422	-0.213
Atenção Dividida	32.500		0.128	-0.398
Atenção Alternada	44.500		0.507	-0.176
Figura de Rey - Cópia	51.000		0.855	-0.056
Figura de Rey - Memória	59.500		0.712	0.102
FDT - Leitura	20.500		<b>0.013</b>	-0.620
FDT - Contagem	NaN			
FDT - Escolha	NaN			
FDT - Alternância	NaN			
FDT - Inibição	44.000		0.365	-0.185
FDT - Flexibilidade	36.000		0.117	-0.333
IHS2Geral	4.500		<b>&lt; .001</b>	-0.917

*Nota.* Para o teste de Mann-Whitney, o tamanho do efeito é dado pela correlação biserial de posto.

<sup>a</sup> A variância em FDT - Contagem é igual a 0 após agrupamento no Diagnóstico

<sup>b</sup> A variância em FDT - Escolha é igual a 0 após agrupamento no Diagnóstico

<sup>c</sup> A variância em FDT - Alternância é igual a 0 após agrupamento no Diagnóstico

Nas mulheres, os testes com diferenças significativas entre pacientes com Transtornos Psicóticos e TAB foram no procedimento de Leitura do FDT e nas habilidades sociais (IHS2Geral).

#### **4) DISCUSSÃO**

Como abordado na fundamentação dessa dissertação, fica evidenciado a necessidade do aprofundamento dos estudos em relação ao impacto global relacionado aos transtornos mentais. Como pontou Brundtland (2000), os transtornos mentais estão entre os problemas de saúde que mais contribuem para o aumento de incapacidades em todo o mundo, com maior repercussão em países de baixa renda. Além disso, representam cinco das dez principais causas de deficiência em todo o mundo (Murray & Lopez, 2002), principalmente entre a faixa etária de 15 e 44 anos estão associados à presença de transtornos mentais (Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009). Com base nestas

informações e nas atividades por mim desenvolvidas em equipamentos de saúde, me propus com este projeto avaliar aspectos cognitivos e de habilidade social em pacientes com sintomas psicóticos e de humor em tratamento em serviços de saúde mental. Meu propósito é colaborar com o desenvolvimento de protocolos de avaliação e intervenção nestes equipamentos.

Os resultados apresentados mostram que os pacientes com transtornos psicóticos mostram prejuízos em todas as áreas do funcionamento avaliadas: atenção, memória, velocidade de processamento, habilidades executivas e habilidades sociais. Tais resultados corroboram com os achados em literatura. Uma meta-análise conduzida por Fioravanti *et al* (2005) avaliou 1.275 artigos no período de 1990 e 2003, e selecionou 113 pesquisas que avaliaram cinco funções cognitivas: QI, memória, linguagem, funções executivas e atenção. Nestes estudos, pacientes esquizofrênicos apresentaram pior performance em todos os domínios, em relação a controles saudáveis. Sharma e Antonova (2003) também apontaram prejuízos na atenção sustentada, memória verbal, memória operativa, funções executivas e linguagem.

Já para os pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, também foram verificados défices globais, porém com menor intensidade. Em sua pesquisa de doutorado, Lima (2018) analisou metanálises que informavam que pacientes com transtorno afetivo bipolar eutímicos apresentavam pior performance em relação a controles saudáveis nas áreas de velocidade de processamento, atenção, memória verbal e funções executivas. A autora marca outras características associadas à piora da cognição: pessoas com Transtorno Bipolar tipo I tendem a ter maiores prejuízos que as com tipo II, por exemplo. Os dados sobre cognição no TAB são mais variados pois considera-se que outros fatores podem influenciar a gravidade do quadro, como por exemplo a presença ou não de sintomas psicóticos. De acordo com Rocca e Lafer (2006), que realizaram uma revisão bibliográfica de publicações sobre prejuízos cognitivos nestes pacientes, sintomas psicóticos e a alta frequência de episódios maníacos são preditores de piora de desempenho.

Considerando que nesta pesquisa, em comparação de grupos, os principais défices para a população de indivíduos com transtornos psicóticos

foram nos domínios de QI total (envolvendo habilidades executivas e de linguagem), velocidade de processamento, habilidades executivas e habilidades sociais, pode-se dizer que a primeira hipótese, em ressonância com a literatura, se mostrou verdadeira. Ou seja, de fato, pacientes com transtornos psicóticos tendem a ter maior comprometimento cognitivo que aqueles acometidos por TAB.

Vamos nos deter sobre os domínios específicos dentro das avaliações feitas.

## **I - Habilidades Sociais**

Em nossos resultados ficou evidente que pacientes com quadros de psicoses expressam pior desempenho para habilidades sociais em relação ao grupo de pacientes com TAB. Estes dados de antemão já apontam a relevância de se pensar tanto no processo da avaliação quanto das intervenções, à inclusão das medidas de habilidades sociais.

Esta observação é reforçada pela literatura. Em revisão bibliográfica sobre o treino de habilidades sociais para pacientes com esquizofrenia hebefrênica (Esteves & Santos, 2016), os autores indicam os prejuízos não somente em relação às interações dos pacientes com outras pessoas, mas também em relação a si mesmos, como asseio, por exemplo, o que também impacta nos relacionamentos interpessoais. Desta maneira, o ciclo de empobrecimento social destes pacientes e provável deterioração cognitiva se intensifica. Como estratégia de coleta de informações, os autores sugerem questionamentos sobre interesse em manter amizades e contato íntimo, além de extrair informações sobre quanto tempo o paciente passaria sozinho de fato. Na mesma revisão, Esteves e Santos (2016) propõe algumas estratégias de intervenção, que podem ser aplicadas tanto em grupo quanto em atendimento individual, a saber: ensaio comportamental, representação de papéis, modelação (observação do comportamento alheio e incorporação deste ao seu repertório), além da necessidade de incentivar a exteriorização de ideias destes pacientes, a fim de explorar quais consequências um comportamento possa ter, ou sugestões de comportamento substitutos, por exemplo.

Já Ferreira e Madalena (2022) falam sobre a importância de, ao estabelecer um projeto de trabalho com esses pacientes, fornecer feedback e esclarecer a importância das habilidades sociais no cotidiano, e de fato usar possíveis cenários cotidianos para que os pacientes possam replicar ou treinar essas habilidades se faz muito importante. Ainda que os autores façam tais colocações sobre intervenção em habilidades sociais, elas podem ser estendidas à outras estratégias, como as de reabilitação cognitiva em geral.

Ainda neste estudo realizamos uma análise com o teste de correlação bisserial de posto (The rank biserial correlation) que é usado para avaliar a relação entre uma variável categórica dicotômica e uma variável ordinal. Nesta modalidade de análise verificamos a relação idade, tempo de doença, sexo e desempenho nos testes cognitivos e de habilidade social para os grupos diagnósticos.

Os resultados demonstraram, por exemplo, que há um prejuízo nas habilidades sociais dos pacientes de uma maneira geral, independente da faixa etária e sexo, com maior tendência para os quadros de psicoses. Estes achados corroboram a literatura, uma vez que, pacientes com psicoses vivenciam menos relacionamentos significativos o que pode interferir consideravelmente na capacidade de formar e manter uma rede social (Silo et al, 2013; Anderson, Laxhman, & Priebe, 2015).

## **II - Velocidade do Processamento, Flexibilidade Cognitiva e Controle inibitório (avaliados pelo Teste dos Cinco Dígitos - FDT)**

Os resultados demonstram que os pacientes do grupo das psicoses expressam mais dificuldades nos processos de velocidade do processamento e flexibilidade cognitiva. No que tange a processos de alternância, inibição (controle inibitório) e flexibilidade cognitiva, não se evidenciou diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo de TAB, ainda que, neste grupo, pacientes demonstram maior prejuízo no controle inibitório.

Rocca (2006) fala sobre dificuldades de pacientes bipolares em avaliações que exijam flexibilidade mental, entretanto, em pesquisas comparando-os com pacientes esquizofrênicos, esse grupo tende a demonstrar

melhor performance. Em seus resultados, foi observado que, nas avaliações atencionais, não foi constatada diferença significativa no controle inibitório, mas que considerando pacientes com sintomas psicóticos e com maior número de internações, a performance nesta tarefa encontra-se prejudicada.

Uma pesquisa com pacientes Esquizofrênicos em Portugal (Sá, 2015) evidenciou prejuízos nas habilidades de velocidade de processamento, além de outros domínios, em relação a controles saudáveis.

Novamente aventa-se a possibilidade de que a amostra utilizada neste estudo, por realizar acompanhamento em unidades de saúde mental e em hospital de grande porte, tenha um quadro mais agravado que o da população geral acometida por tais transtornos, em especial

### **III - Habilidades visuoespaciais, capacidade de planejamento e memória (avaliados pela Figura de Rey)**

Os resultados demonstram que os pacientes do grupo das psicoses expressam mais dificuldades tanto nos processos de habilidades visuoespaciais, capacidade de planejamento e estratégias para solução de problemas, quanto de memória. O grupo de pacientes com TAB também demonstrou prejuízos em ambas as habilidades, ainda que mais discretos.

A figura de Rey é um instrumento com boa sensibilidade para avaliar tais constructos (Oliveira e Rigoni, 2010). Raposo (2018) avaliou 28 sujeitos, com este instrumento, sendo metade destes pacientes esquizofrênicos e a outra metade grupo controle. Em seus resultados, foi constatado prejuízo destes pacientes em relação ao grupo controle, ainda que não fossem estatisticamente significativos. Em uma pesquisa com 25 sujeitos bipolares, Deckersbach (2004) verificou que esses pacientes tiveram maior dificuldade na reprodução da figura por memória, ainda que as habilidades para a cópia estivessem preservadas. Em 2013, Schirmbeck et al. avaliaram 80 pacientes esquizofrênicos, 37 deles com sintomas obsessivos compulsivos. Todos apresentaram prejuízos nos resultados da Figura Complexa de Rey, com persistentes prejuízos após 12 meses.

Em relação a estudos sobre memória em ambos os grupos, Martins (2021), realizou um estudo longitudinal sobre memória verbal de ambos os grupos diagnósticos no período de 5 anos. Seus achados indicam que a memória verbal em pacientes com Esquizofrenia está mais prejudicada em relação aos pacientes com TAB. O índice de QI, em pacientes com TAB relacionava-se com melhor performance, porém tal relação não foi constatada nos pacientes esquizofrênicos. Não houve variação de performance pela variação de tempo, ao contrário do que foi hipotetizado em sua pesquisa.

Novamente, os resultados encontrados vão de encontro aos apresentados em literatura, mostrando melhores resultados para grupos TAB do que grupos de psicóticos.

#### **IV - Atenção**

Os resultados nesta pesquisa mostraram melhor performance em processos atencionais em pacientes com TAB, em detrimento dos pacientes psicóticos.

Em uma pesquisa que comparou performance sobre atenção sustentada, Liu *et al* (2002) verificaram que ambos os grupos tiveram prejuízos em relação à capacidade de atenção sustentada, mas que pacientes esquizofrênicos tiveram pior performance do que pacientes com TAB. Neste último grupo, foi feita uma distinção em relação à presença de sintomas psicóticos, e estes tiveram performance pior em relação aos bipolares que não apresentavam tais sintomas. Rocca (2006) avaliou 25 pacientes bipolares e comparou seus resultados com 31 controles. Em sua avaliação, não houve diferença significativa nos resultados nos processos de atenção seletiva, mas observou que pacientes com maior número de internações foram mais lentos na tarefa.

As avaliações de aspectos atencionais tendem a ser mais sensíveis em relação à medicação utilizada pelos pacientes, o que pode ser um dos motivos da variação destes resultados.

#### **V - Estratégias de avaliação e intervenção**

Considerando que o objetivo maior dessa pesquisa também seria de corroborar com estratégias de avaliação para implementação de programas de reabilitação destes pacientes, nos deteremos a avaliar os métodos de avaliação utilizados atualmente entende-se que, de fato, conforme colocado pela literatura, pacientes com quadros psicóticos tendem a ter pior performance que os pacientes com TAB. Entretanto, considerando o interesse em contribuir com propostas de avaliação e reabilitação, recomenda-se atenção em relação às variáveis sociais dos pacientes, como por exemplo, idade dos pacientes.

Nossos resultados revelaram que a faixa etária dos casos de psicoses inicia bem mais cedo, o que certamente impacta nos processos de estimulação pedagógica e impacto na eficiência intelectual. Estes corroboram a literatura, por exemplo, estudando pacientes com esquizofrenia, Bombassaro (2020) demonstrou que os déficits encontrados correspondem ao prejuízo quanto à aspectos executivos e perceptuais, incluindo resultados qualificados como limítrofes em avaliação da habilidade de atenção e velocidade de processamento. Coloca-se a necessidade de programas de identificação precoce de quadros prodrômicos na população geral, como estratégia para minorar os impactos a longo prazo, em ambos os grupos diagnósticos.

No caso dos pacientes com TAB verificou-se que a faixa etária engloba partir dos 25 anos e com um melhor desempenho na eficiência intelectual, ainda que abaixo da população geral. Ressalta-se que esta amostra derivou tanto de CAPS quanto de Hospital de Alta complexidade, o que se configura por unidades de pacientes com maiores comprometimentos.

De qualquer maneira, a faixa etária que engloba o fim da adolescência até a juventude deveria receber a maior atenção em programas de prevenção, visto que a eclosão de ambos os transtornos figura nesta população.

Dados atuais da literatura propõe um método de averiguação do declínio cognitivo que considerem a avaliação de familiares não afetados de pacientes com transtornos mentais para a composição de um perfil endofenotípico. Ou seja, propõe-se um perfil neuropsicológico de risco ou predisposição para desenvolvimento de transtornos mentais. Em 2004, Zalla et al realizaram um

levantamento de prejuízos cognitivos com pacientes esquizofrênicos, bipolares, seus grupos de parentes diretos e um grupo controle. Em seus achados, esquizofrênicos e bipolares tiveram performance abaixo do esperado, e os parentes de pacientes bipolares tiveram melhores resultados do que os parentes de pacientes esquizofrênicos. Os autores reconhecem, porém, que esses resultados poderiam ser explicados por diversos fatores além dos genéticos. Bombassaro (2020) aponta certa tendência a considerar os resultados de QI Verbal dentro de uma média e QI de execução prejudicado como possíveis traços relacionados ao endofenótipo da esquizofrenia, além dos sintomas clássicos. Tal perfil poderia ser usado para realizar diagnóstico precoce de Esquizofrenia.

## **VI - Limitações**

Este trabalho cursou com o período da pandemia do COVID-19 o que resultou em duas importantes limitações. A primeira refere-se reduzido número de participantes e outro ponto é a ausência de um grupo controle, e pretendemos corrigir estes limitadores para a submissão do artigo.

## **5) CONCLUSÕES**

As possíveis conclusões advindas desta pesquisa englobam possibilidades de compreensão dos quadros de adoecimento psíquico, da evolução da doença, inclusive de acordo com sexo e das potenciais intervenções.

Pode ser possível concluir que, conforme aponta a literatura, pacientes com Transtornos Psicóticos tendem a apresentar maiores perdas cognitivas em diversos aspectos do que pacientes com TAB. Também é possível concluir que pacientes mulheres tendem a ter um quadro com menor variação no desempenho cognitivo, mas os homens apresentam maior variação em mais áreas (QI total, velocidade de processamento, função executiva e habilidades sociais).

Conclui-se também que a diferença de performance de habilidades sociais foram as mais marcantes em diversos seguimentos analisados, tanto por tipo de adoecimento, idade, tempo de doença e sexo.

Para a confecção de programas de reabilitação e desenvolvimento de habilidades por psicólogos, é possível dizer que a Escala Wechsler Abreviada (WASI-4), o Teste dos Cinco Dígitos (FDT) e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS2) podem ser bons instrumentos de avaliação inicial de pacientes, a fim de determinar perfis mais ou menos prejudicados. A inserção de mais instrumentos que avaliam impulsividade e memória também é aconselhada.

Também é possível dizer que as intervenções com foco em melhora nos processos atencionais, memória e funções executivas podem ser feitas sem prejuízos em ambos os perfis de pacientes.

Tendo em mente o objetivo de criar ferramentas para psicólogos e outros profissionais traçarem planos de reabilitação para pacientes com adoecimentos psíquicos graves e moderados, pode-se concluir que o investimento no desenvolvimento e manutenção das habilidades sociais é um dos principais focos de qualquer projeto terapêutico de pacientes com transtornos psicóticos. Além disso, o aperfeiçoamento da velocidade de processamento e funções executivas em geral também é um carro chefe no planejamento de processos de reabilitação.

Já para pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, investir em estratégias que os auxiliem em controle de impulsos é uma boa escolha.

Indo numa possível direção inversa, a abordagem e psicoeducação da população geral sobre os diversos tipos de adoecimento psíquico também pode ser uma estratégia benéfica, pois a informação contribui para que os estereótipos em relação a transtornos mentais diminuam, e conseqüentemente a marginalização desses pacientes também minore, além da possibilidade de identificar quadros prodrômicos de maneira mais clara.

## **6) REFERÊNCIAS**

Adad, M. A., Castro, R. D., & Mattos, P. (2000). Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 31-34.

- Alvarenga, M. A. S., Flores-Mendoza, C. E., & Gontijo, D. F. (2009). Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 258-266.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Anderson, K., Laxhman, N., & Priebe, S. (2015). Can mental health interventions change social networks? A systematic review. *BMC psychiatry*, 15, 297. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0684-6>
- Araújo, Álvaro C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 16(1), 67–82. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>
- Baddely, A. (2007). *Working memory, thought and action*. Oxford: New York: Oxford University Press.
- Berrios, G. E. (2008). Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35, 113-127.
- Bombassaro, T. (2020). Perfil neuropsicológico de pacientes com esquizofrenia. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS.
- Brundtland, G.H. (2000) Mental health in the 21st century. *Bulletin of the World Hhealth Organization*. 78(4),411.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 87-94.
- Deckersbach, T., McMurrich, S., Ogutha, J., Savage, C., Sachs, G., & Rauch, S. (2004). Characteristics of non-verbal memory impairment in bipolar disorder: The role of encoding strategies. *Psychological Medicine*, 34(5), 823-832. [doi:10.1017/S0033291703001685](https://doi.org/10.1017/S0033291703001685)

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento. *Perspectivas em análise do comportamento*, 1(2), 104-115.
- Del-Porto, J. A., & Del-Porto, K. O. (2005). História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 7-14.
- Dunker, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *J. psicanal.*, São Paulo , v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014.
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 23-26.
- Erne, S. A. (2009). O exame do estado mental do paciente. In: Cunha, J. A. *Psicodiagnóstico-v*. Artmed Editora.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1985). As psicoses esquizofrênicas. In Manual de psiquiatria (pp. 535-615). Rio de Janeiro: Masson.
- Fioravanti, M.; Carlone, O.; Vitale, B.; Cinti, M.E.; Clare, L. - A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review* 15(2): 73-95, 2005.
- Ferreira Junior, B. D. C., Barbosa, M. D. 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.
- Ferreira Junior, Breno de Castro et al. Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [online]. 2010, v. 32, n. 2, pp. 57-63. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000200006>>. Epub 26 Ago 2010. ISSN 0101-8108. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000200006>.
- Fleischhacker, W. W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T. R., Carpenter, W., Duckworth, K., ... Woodruff, P. (2014). Schizophrenia--time to commit to policy change. *Schizophr Bull*, 40 Suppl 3, S165-94. doi: 10.1093/schbul/sbu00
- Gomes, B. C. (2018). Intervenção combinada de terapia cognitivo comportamental e reabilitação neuropsicológica em grupo para portadores de transtorno do

humor bipolar. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.5.2019.tde-27022019-122105.

Green, M., Horan, W. & Lee, J. Social cognition in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci* 16, 620–631 (2015). <https://doi.org/10.1038/nrn4005>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Jensen, J. H., Knorr, U., Vinberg, M., Kessing, L. V., & Miskowiak, K. W. (2016). Discrete neurocognitive subgroups in fully or partially remitted bipolar disorder: associations with functional abilities. *Journal of affective disorders*, 205, 378-386.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. (2017). *Compêndio de Psiquiatria*. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Killaspy, H., White, S., Lalvani, N., Berg, R., Thachil, A., Kallumpuram, S., Nasiruddin, O., Wright, C., & Mezey, G. (2014). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *The International journal of social psychiatry*, 60(2), 148–154. <https://doi.org/10.1177/0020764012471918>

Lambert, K.; Spinath, B. (2017). Conservation Abilities, Visuospatial Skills, and Numerosity Processing Speed: Association With Math Achievement and Math Difficulties in Elementary School Children. *Journal of Learning Disabilities*, 51(3), 223-235.

Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

Lima, F. M. (2018). *Funcionamento cognitivo no transtorno bipolar*.

- Lima, A. Barroso.; & Espíndola, C. R. (2015). Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. *Revista Subjetividades*, 15(1), 105-112.
- Liu, S. K., Chiu, C. H., Chang, C. J., Hwang, T. J., Hwu, H. G., & Chen, W. J. (2002). Deficits in sustained attention in schizophrenia and affective disorders: stable versus state-dependent markers. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 975-982.
- Mari, J. J., & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 15-17.
- Martinago, F., & Caponi, S. (2019). Breve história das classificações em psiquiatria. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 16(1), 73-90.
- Martins, D. S. (2021). Memória verbal na esquizofrenia e no transtorno bipolar: aspectos longitudinais.
- Mazzi, F., Baccari, F., Mungai, F., Ciambellini, M., Brescancin, L., & Starace, F. (2018). Effectiveness of a social inclusion program in people with non-affective psychosis. *BMC psychiatry*, 18(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1728->
- Mendonça, L. C. e Saffi, F. (2015). Atenção. In: *Neuropsicologia Forense*. Artmed.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241–251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Ministério da Saúde (2011). PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(\*). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Ministério da Saúde. Saúde Mental Recuperado de: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>

Monteiro, L. D. C., & Louzã, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: conseqüências funcionais e abordagens terapêuticas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 179-183.

Moore, R. C., Harmell, A. L., Ho, J., Patterson, T. L., Eyler, L. T., Jeste, D. V., & Mausbach, B. T. (2013). Initial validation of a computerized version of the UCSD Performance-Based Skills Assessment (C-UPSA) for assessing functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 144(1-3), 87-92. doi: 10.1016/j.schres.2012.12.028

Moraski, T. R., & Hildebrandt, L. M. (2005). A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. *Sci Med*, 15, 213-9.

Murray, C., & Lopez, A. (2002). World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Oliveira, M. C. e Serafim, A. P. (2015). Memória. In: Neuropsicologia Forense. Artmed.

Oliveira, M. C.; & Serafim, A.P. (2015). Memória. In: Antonio de Pádua Serafim e Fabiana Saffi. (Org.). *Neuropsicologia Forense*. 1ed.Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 78-87.

Oliveira, M. S.; Rigoni, M. S. Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2010.

Paes, M. R., Maftum, M. A., Felix, J. V. C., de Fatima Mantovani, M., & de Freitas Mathias, T. A. (2018). Caracterização de pacientes com transtornos mentais de um hospital geral e de ensino. *Cogitare Enfermagem*, 23(2).

Passolunghi, M.; Lanfranchi, S. (2012). Domain specific and domain general precursors of mathematical achievement: A longitudinal study from kindergarten to first grade. *British Journal of Educational Psychology*, . 82; 42–63.

- Pereira, M. E. C. (2004). Pinel—a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), 113-116.
- Pessotti, I. (1994). A loucura e as épocas. In *A loucura e as épocas*.
- Rueda, F. J. M. (2013). *Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção – BPA*. São Paulo: Vetor.
- Pichot, P. *Los testes Mentales*. Buenos Aires: Paidós, 1960.
- Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci*. 1978;1:515-26.
- Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde*, 16(1), 111-124.
- Raposo, C. C. D. S. (2018). *Percepção visual e força de preensão palmar em sujeitos com esquizofrenia* (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco).
- Rocca, C. C. D. A. (2006). *Estudo controlado das funções executivas no transtorno bipolar* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Rocca, C. C. A.; & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 28(3): 226-237. doi.org/10.1590/S1516-44462006000300016
- Rocca, C.G. de A, Gomes, B. C., Fernandes, F de B. F., Oliveira, A. B., Saffi, F. (2017). Avaliação Neuropsicológica no Transtorno Bipolar. In: *Psicologia Hospitalar em Psiquiatria*. Vetor Editora.
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 251–269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>

- Sá, A. D. C. D. (2015). Velocidade de processamento na Esquizofrenia: avaliação comparativa entre um grupo clínico e de controlo saudável (Doctoral dissertation).
- Schirmbeck, F. et al. Stable cognitive deficits in Schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive symptoms: A 12-month longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*. v. 39, n. 6, p. 1261-1271. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1754470X13000123>. 2013.
- Serafim, A. de P., Rocca, C. C. de A., Saffi, F., Yokomizo, J. E (2017). Avaliação Diagnóstica em Transtornos da Personalidade. In: *Psicologia Hospitalar em Psiquiatria*. Vetor Editora.
- Serafim, A. P.; & Rocca, C. C. A. (2021). Avaliação neuropsicológica ao longo da vida. In: Eurípedes Constantino Miguel, Beny Lafer, Helio Helkis, Orestes Vicente Forlenza. (Org.). *Clínica Psiquiátrica: Os fundamentos da psiquiatria*. 2ed.Barueri-SP: Manole. v. 1, p. 349-360.
- Sharma, T., & Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(1), 25–40. doi:10.1016/s0193-953x(02)00084-9
- Silva Júnior, J. S. (2012). Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.6.2012.tde-26102012-134845
- Silva M.T., Galvao T.F., Martins S.S., Pereira M.G. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2014;(36):262-270. DOI: 10.1590/1516-4446-2013- 1294
- Silva, R. C. B. D. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia Usp*, 17, 263-285.
- Stilo S.A., Di Forti M., Mondelli V., Falcone A.M., Russo M., O'Connor J., et al. Social disadvantage: cause or consequence of impending psychosis? *Schizophr Bull*. 2013;39(6):1288–95. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs112>.

- Tonelli, H., & Alvarez, C. E. (2009). Cognição social na esquizofrenia: um enfoque em habilidades teoria da mente. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31.
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., & Marques-Teixeira, J. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058.
- Wechsler, D. (2014). Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – Quarta Edição (WISC IV). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Wilson, B.A. (2011). *Reabilitação da Memória Integrando Teoria e Prática*. 1ª ed. Artmed E, editor. Porto Alegre.
- Zalla, T., Joyce, C., Szöke, A., Schürhoff, F., Pillon, B., Komano, O., ... Leboyer, M. (2004). Executive dysfunctions as potential markers of familial vulnerability to bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 121(3), 207–217. doi:10.1016/s0165-1781(03)00252-x