

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FABIANA SAFFI

**Tomada de decisão e capacidade legal em pacientes portadores do transtorno bipolar**

São Paulo  
2022

FABIANA SAFFI

**Tomada de decisão e capacidade legal em pacientes portadores do transtorno bipolar**

**Versão Original**

Tese apresenta ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora 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 DESTE  
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)

Saffi, Fabiana

Tomada de decisão e capacidade legal em pacientes portadores do transtorno bipolar / Fabiana Saffi; orientador Antonio de Pádua Serafim. -- São Paulo, 2022.  
73 f.

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

1. Transtorno bipolar. 2. Tomada de decisão. 3. Capacidade legal. 4. Funções executivas. I. Serafim, Antonio de Pádua, orient. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SAFFI, Fabiana

Título: Tomada de decisão e capacidade legal em pacientes portadores do transtorno bipolar

Tese apresenta ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obter o título  
Doutora 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

Nenhum trabalho científico é feito sozinho, então, segue meus agradecimentos a quem me acompanhou nesse percurso.

Agradeço à minha família que me apoiou e incentivou nessa trajetória: Rodrigo, Diego, Livia, Marlene, Hid, Marilda e Durval.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Antonio de Pádua Serafim, amigo, parceiro de muitos trabalhos, pela ajuda, incentivo e orientação.

Agradeço a Cristiana Castanho de Almeida Rocca, amiga e colega de trabalho, que me ajudou a pensar sobre o Transtorno Bipolar.

Agradeço a equipe da Enfermaria de Ansiedade e Depressão (EAND) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial a Odeilton Tadeu Soares.

Aos colegas do Serviço de Psicologia e Neuropsicologia e do Programa de Psiquiatria e Psicologia Forense (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Agradeço às Psicólogas Any Akopia, Beatriz Costa Tomimoto, Isabella Ribeiro dos Santos, Juliana Dias Maggi, Karollinny Morais Silveira, Keylla Nayara Mendes dos Santos e Tatiana Khafif que me ajudaram na coleta de dados, ao Prof. Dr. Edgar Toschi Dias, que me ajudou com a análise estatística, ao Ricardo Silva dos Santos Duraes que me ajudou com a formatação do artigo e a Maria Umbelina que me auxiliou na formatação da tese.

Agradeço aos meus amigos que me acompanharam nas discussões, me incentivaram a continuar, ouviram minhas angústias, nesse período, em especial a Maria Fernanda Faria Achá e Erica Santos.

Agradeço à todas as pessoas que aceitaram dedicar um pouquinho de seu tempo para participar dessa pesquisa, acreditando na ciência!

## RESUMO

SAFFI, F. **Tomada de decisão e capacidade legal em pacientes portadores do transtorno bipolar**. 2022. Tese (Doutorado em Neurociências e Comportamento) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Os problemas de saúde mental estão entre os que mais contribuem para o aumento de incapacidades em todo o mundo, com maior repercussão em países de baixa renda. Os transtornos psiquiátricos ocasionam ainda um impacto no indivíduo e podem levar ao isolamento, à improdutividade nas atividades da vida adulta e a questões com implicações jurídicas e violência. Estas dificuldades, geralmente estão associadas a presença dos problemas adaptativos decorrentes tanto de alterações comportamentais quanto cognitivas. Neste contexto, se insere a tomada de decisão que depende de uso competente de processos cognitivos e emocionais que tornam as pessoas aptas a atender diferentes tipos de demandas sociais. No Transtorno Bipolar (TB) é comum dificuldades em tomada de decisão em função dos déficits cognitivos que esses pacientes apresentam. O presente trabalho visa verificar prejuízos na tomada de decisão e se estes afetariam a capacidade decisória para atos da vida civil em pacientes com TB. Foi utilizado um protocolo de avaliação neuropsicológica com foco na capacidade de tomada de decisão composta por: subtestes da Escala Wechsler de Inteligência Abreviada (WASI) - Vocabulário e Matrizes; Continuous Performance Test (CPT); Teste dos cinco dígitos (FDT); Figura complexa de Rey e Iowa Gambling Task (IGT). A amostra foi composta por 72 participantes, sendo 22 pacientes em episódio, 21 pacientes eutímicos e 29 não pacientes (pessoas sem histórico de doença psiquiátrica prévia). Resultados: Pacientes eutímicos apresentam lentificação em relação aos não clínicos e expressam mais respostas impulsivas no CPT ( $p < 0,01$ ). Pacientes em episódio apresentam pior discriminação, cometem mais omissões, são mais inconsistentes na velocidade de respostas (CPT  $p < 0,01$ ), mostram mais dificuldade em organizar suas ações (Cópia da Figura Complexa de Rey  $p = 0,03$ ) e são mais rígidos (Flexibilidade do FDT  $p = 0,03$ ). Já os eutímicos: cometem mais erros com pior discriminação sugerindo mais impulsividade (CPT  $p < 0,01$ ). Conclusão: Os resultados sugerem que as dificuldades cognitivas evidenciadas no grupo de pacientes, apontam para um maior prejuízo na tomada de decisão nos pacientes em episódio. Estes dados evidenciam a necessidade de suporte mais protetivo a pacientes com TB em episódio para atos da vida civil.

**Palavras-chave:** Transtorno bipolar; Tomada de decisão; Funções executivas; Eutímico; Fase episódica; Déficit cognitivo; Capacidade civil.

## ABSTRACT

SAFFI, F. **Decision making and legal capacity in patients with bipolar disorder**. 2022. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Mental health problems are among the biggest contributors to the increase in disability worldwide, with greater repercussions in low-income countries. Psychiatric disorders also have an individual impact and can lead to isolation, unproductivity in adult life activities and issues with legal implications and violence. These difficulties are usually associated with the presence of adaptive problems resulting from both behavioral and cognitive changes. In this context, decision-making is inserted, which depends on the competent use of cognitive and emotional processes that make people able to meet different types of social demands. In Bipolar Disorder (BD) it is common to have difficulties in decision making due to the cognitive deficits that these patients present. The present study aims to verify impairments in decision-making and whether these would affect the decision-making capacity for acts of civil life in BD patients. A neuropsychological assessment protocol was used, focusing on decision-making capacity, comprising subtests of the Wechsler Abbreviated Intelligence Scale (WASI) - Vocabulary and Matrix Reasoning test; Continuous Performance Test (CPT); Five-digit test (FDT); Complex figure of Rey and Iowa Gambling Task (IGT). The sample consisted of 72 participants, 22 patients in episode, 21 euthymic patients and 29 non-patients (people with no history of previous psychiatric illness). Results: Euthymic patients are slower than non-clinical patients and express more impulsive responses in CPT ( $p < 0.01$ ). Patients in an episode show worse discrimination, commit more omissions, are more inconsistent in the speed of responses (CPT  $p < 0.01$ ), show more difficulty in organizing their actions (Copy of Complex Figure of Rey  $p = 0.03$ ) and are more rigid (FDT flexibility  $p = 0.03$ ). On the other hand, euthymics: commit more errors with worse discrimination, suggesting more impulsivity (CPT  $p < 0.01$ ). Conclusion: The results suggest that the cognitive difficulties evidenced in the group of patients point to a greater impairment in decision-making in patients in episode. These data show the need for more protective support for patients with TB in an episode for acts of civil life.

**Keywords:** Bipolar disorder; Decision-making; Executive functions; Euthymic; Episodic phase; Executive functions; Cognitive deficit; Civil capacity.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxo da composição da amostra.....	38
---	----



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Instrumentos de avaliação cognitiva .....	39
<b>Tabela 2</b> - Dados sociodemográficos dos 72 participantes.....	44
<b>Tabela 3</b> - Desempenho dos grupos Episódio, Eutímico e Controle em relação às variáveis do <i>Continuous Performance Test – CPT</i> .....	45
<b>Tabela 4</b> - Comparação entre grupos: Episódio, Eutímico e Controle em relação às variáveis do Teste de Cinco Dígitos ( <i>Five Digit Test – FDT</i> ).....	46
<b>Tabela 5</b> - Comparação entre grupos: Episódio, Eutímico e Controle em relação às variáveis da Figura Complexa de Rey .....	47
<b>Tabela 6</b> - Comparação entre grupos: Episódio, Eutímico e Controle em relação as variáveis da <i>Iowa Gambling Task – IGT</i> .....	48

## **LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS**

CPT	Continuous performance test
FDT	Fivi-Digt Test
FE	Funções executivas
GDT	Game Dice Task
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGT	Iowa Gambling Test
QI	Coeficiente de inteligência
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TB	Transtorno Bipolar
UNESP	Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista
WASI	Escala de Inteligência Wechsler Abreviada

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
3.1	Funções Executivas e Processo de Tomada de Decisão.....	18
3.2	Tomada de Decisão e Transtorno Afetivo Bipolar.....	21
3.3	Capacidade Legal .....	27
3.4	Competência Mental e Transtorno Afetivo Bipolar .....	31
3.5	Tomada de Decisão e Capacidade Civil.....	32
3.6	Considerações Sobre a Revisão da Literatura Realizada .....	34
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
4.1	Geral .....	35
4.2	Específicos.....	35
<b>5</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>MÉTODOS E INSTRUMENTOS</b> .....	<b>37</b>
6.1	Participantes .....	37
6.2	Material.....	39
6.3	Procedimentos .....	41
6.4	Aspectos Éticos .....	41
6.5	Análise dos Dados .....	42
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>43</b>
7.1	Dados Sociodemográficos .....	43
7.2	Processos Atencionais pelo <i>Continuous Performance Test (CPT)</i> .....	45
7.3	Funções Executivas pelo <i>Five Digit Test (FDT)</i> .....	45
7.4	Capacidade de Planejamento pela Figura de Rey.....	46
7.5	Tomada de Decisão pelo <i>Iowa Gambling Task (IGT)</i> .....	48
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>

8.1	Nível de Escolaridade e Quociente de Inteligência.....	50
8.2	Funções Executivas: Discriminação de Estímulos, Respostas Impulsivas, Reduzida Flexibilidade Mental e Dificuldade De Organização/Planejamento .....	52
8.3	Inconsistência na Velocidade de Respostas (Variabilidade).....	53
8.4	Lentificação .....	53
8.5	IGT e a Tomada de Decisão .....	54
<b>9</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Há evidências crescentes do impacto global relacionado aos transtornos mentais, uma vez que, os problemas de saúde mental 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). Dados últimos 20 anos evidenciavam que cinco das 10 principais causas de deficiência em todo o mundo eram decorrentes de problemas relativos a alterações da saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) e três dos dez principais fatores de incapacidade em pessoas entre as idades de 15 e 44 estavam associados à presença de transtornos mentais (MERIKANGAS, NAKAMURA & KESSLER, 2009).

Os transtornos psiquiátricos ocasionam ainda um impacto no indivíduo e podem levar ao isolamento, à improdutividade nas atividades da vida adulta e a questões de com implicações jurídicas e violência (SERAFIM *et al.*, 2017; WEST *et al.*, 2015). Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) a maioria dos programas de desenvolvimento e da luta contra a pobreza não atinge as pessoas com problemas mentais ou psicológicos. Ainda com base no relatório da OMS, por exemplo, consta que entre 75 e 85% dessa população não têm acesso a qualquer forma de tratamento da saúde mental. Além do que, os transtornos mentais de uma maneira geral associam-se a taxas de desemprego elevadas, em torno de 90%. Estudo realizado na Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha apontam que pessoas com transtornos mentais apresentam de 3 a 4 vezes mais chances de perder o emprego comparado à população geral (ALONSO *et al.*, 2004).

Dados da Agência de Saúde Mental da União Europeia estimou que 20% da população trabalhadora adulta apresentará algum tipo de problema de saúde mental em qualquer momento repercutindo na capacidade para o trabalho. Os Transtornos depressivos, por exemplo, representam uma das doenças mais comuns em adultos interferindo na força de trabalho dos Estados Unidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). No Brasil os transtornos mentais são a terceira principal causa de concessão de benefício previdenciário por incapacidade. Sendo os transtornos depressivos os quadros mais frequentes (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2015).

A condição de portador de transtorno mental impacta no acesso a oportunidades educacionais e profissionais para atender ao seu pleno potencial. Outro ponto de relevância é

que parte destes quadros se inicia na infância e ou na adolescência e como há falhas nos processos diagnósticos mais efetivos, há uma tendência a cronificação do quadro repercutindo em incapacidades vida adulta.

Pessoas portadoras de transtornos neuropsiquiátricos apresentam problemas adaptativos decorrentes tanto de alterações cognitivas quanto comportamentais. Dentre os prejuízos cognitivos as seguintes áreas constituem domínios do funcionamento cognitivo de acordo com Trivedi (2006), Millan *et al.* (2012), Smirnova *et al.* (2017) e Cotrena *et al.* (2017).

- Atenção
- Linguagem
- Julgamento (crítica ou insight)
- Memória
- Planejamento
- Tomada de Decisão

Neste sentido, a literatura já ressalta, por exemplo, que o uso competente de processos cognitivos e emocionais que tornam as pessoas aptas a atender diferentes tipos de demandas sociais é essencial para viver em um contexto civilizado. Neste cenário dos processos cognitivos, se insere a tomada de decisão, que será abordada partir da Neuropsicologia. Esse constructo, integra as funções executivas, com participação das seguintes áreas cerebrais: córtex pré-frontal (orbitofrontal e dorsolateral), córtex cingular, tálamo, córtex parietal e núcleo caudado (CILLO *et al.*, 2019).

A tomada de decisão se caracteriza como um processo de escolha entre duas ou mais alternativas concorrentes, exigindo uma complexa análise dos custos e benefícios de cada opção e a estimativa das suas consequências a curto, médio e longo prazo (DAMASIO, 1996). Assim, no que tange especificamente a esfera cognitiva, a tomada de decisão se insere como parte integrante das funções executivas, que inclui: memória operacional, controle inibitório, autorregulação afetiva, planejamento, solução de problemas, flexibilidade cognitiva e a própria tomada de decisão (DIAMOND, 2013).

A literatura tem associado prejuízos ou dificuldades na tomada de decisões em diversas patologias psiquiátricas (CÁCEDA; NEMEROFF; HARVEY, 2014; CILLO *et al.*, 2019; PIÑÓN-BLANCO *et al.*, 2018; ROCHA; LAGE, 2011), entre estas, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) ou Transtorno Bipolar (TB). Assim, como o humor interfere na forma como o indivíduo percebe as recompensas, pois o sujeito acaba focando sua atenção em determinados estímulos, dependendo da condição do humor, poderá repercutir na qualidade da tomada de decisão (RADULESCU; NIV, 2019).

Autores como Kotzian, Passos e Kapczinski (2016) enfatizam a existência de prejuízo funcional que acompanha o curso do Transtorno Afetivo Bipolar e que esses prejuízos não são muito considerados nos estudos atuais, que se concentram no tratamento e prevenção de recaídas. Estes autores descrevem que algumas variáveis, como número de episódios, comorbidades e inteligência verbal estimada, seriam preditores de prejuízos funcionais.

Dessa forma, realizamos uma revisão da literatura no que tange déficits cognitivos em associação com prejuízos na tomada de decisão.

## 2 JUSTIFICATIVA

Ao longo da minha atuação como neuropsicóloga, seja na área clínica quanto forense, fui me deparando constantemente com algumas questões relativas a dúvidas quanto capacidade de autonomia associadas a capacidade legal das pessoas que eram atendidas em meu consultório e na instituição na qual trabalho. Muitas questões se impunham tais como: será que essa pessoa está apta a gerir sua vida? Será que essa pessoa pode tomar esta ou aquela decisão? Em relação a pessoa na condição de internação psiquiátrica, será que esse paciente internado pode assinar o documento que a esposa está solicitando, ainda que sua internação seja voluntária? Assim, comecei a pensar quais são os processos envolvidos na capacidade de tomar decisão do ser humano e, conseqüentemente, na sua capacidade legal.

Sendo minha atuação, dentro de instituição para tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, predominantemente em uma enfermagem que atende paciente com Transtornos de Humor, minha inquietação foi ficando mais delimitada. Será que o paciente com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), em episódio maníaco e/ou depressivo, está apto a tomar decisões? Está com a capacidade legal preservada? Sempre? Em qual momento sim e qual momento não? E na eutímia, a capacidade legal está preservada?

Na realidade brasileira, em relação a capacidade legal, o Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002), define que a “*personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro*” (Art. 2 CC). Personalidade civil está relacionada ao conceito de capacidade legal que é a aptidão que cada ser humano tem de ser sujeito ativo ou passivo de direitos e obrigações (FIUZA, 2008). Neste contexto, em nossa prática profissional, verifiquei que, como a avaliação neuropsicológica nas patologias psiquiátricas permite que se verifique a existência ou não do prejuízo funcional, além de auxiliar no diagnóstico diferencial, tratamento, reabilitação, era possível também aplicá-la a verificação da capacidade civil do paciente. Para tal a avaliação deve ser ampla, abarcando as diversas funções cognitivas, principalmente as funções executivas (SERAFIM; SAFFI, 2015).

Visto isto, dada a associação do transtorno afetivo bipolar com déficits cognitivos durante o curso da doença, definimos como “Problema da pesquisa” a questão relativa se a pessoa acometida pelo TAB está apta para tomar decisões sobre sua vida e seus bens durante



os episódios (maníaco / hipomaníaco e depressivo) da doença, bem como, na fase eutímica do quadro?

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

O Transtorno Bipolar, afeta de 1 a 2% da população mundial (KOTZIAN; PASSOS; KAPCZINSKI, 2016; MONTOYA ZAPATA *et al.*, 2019), é caracterizado por períodos opostos de humor ora de euforia, desorganização, irritabilidade (chamado de episódio maníaco ou hipomaníaco, dependendo da intensidade dos sintomas), ora por períodos de desânimo, apatia, tristeza, irritabilidade (chamado de episódio depressivo). Quando o paciente não está em episódio (mania / depressão), ou seja, quando está em um período em que não apresenta nenhum sintoma, chama-se de eutimia (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017). Dados da Organização Mundial da Saúde apresentados em 2019 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) mostram que o TAB atinge, no mundo todo, aproximadamente 45 milhões de pessoas e é uma das maiores causas de incapacidade.

O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 da Associação Americana de Psiquiatria (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) refere que os primeiros sintomas costumam aparecer no início da vida adulta, afeta tanto homens como mulheres e 30% dos pacientes com Transtorno Bipolar apresentam prejuízos no funcionamento profissional, mesmo fora de episódios, ou seja na eutimia, podendo ser classificado como:

- Transtorno Bipolar tipo I – caracterizado por fases de mania francas e depressão ao longo da vida.

- Transtorno Bipolar tipo II – caracterizado por mais fases depressivas e ao menos uma fase hipomaníaca.

Pacientes portadores do Transtorno Afetivo Bipolar tendem a apresentar eficiência intelectual semelhante daquela apresentada por não pacientes, no entanto, expressam alterações cognitivas específicas como nas habilidades visuoespaciais, nas funções executivas, na memória episódica e na atenção concentrada, além de falhas na regulação emocional (CÁCEDA; NEMEROFF; HARVEY, 2014; OSUJI; CULLUM, 2005; ROCCA; LAFER, 2006; VOLKERT *et al.*, 2016). Por outro lado, autores como Baune e Malhi (2015) e Fernandes *et al.* (2018), afirmam que pacientes Bipolares eutímicos, podem apresentar vários déficits cognitivos, incluindo função executiva, memória, aprendizagem verbal, atenção e velocidade de processamento.

Rocca e Lafer (2006) em revisão da literatura enfatizaram que as funções executivas – planejamento, automonitorização, flexibilidade mental, análise e síntese - estão prejudicadas em pacientes com Transtorno Bipolar. Esses déficits estão presentes tanto nos episódios da doença (pacientes sintomáticos) quanto na eutímia (pacientes assintomáticos). Os autores concluem: “Com base nos resultados descritos, torna-se compreensível que a vida social, familiar e ocupacional dos pacientes com TB pode ser afetada não somente pelos sintomas da doença como também pelas falhas no desempenho cognitivo” (ROCCA; LAFER, 2006, p.236).

Em um estudo longitudinal Volkert *et al.* (2016) avaliaram pacientes Bipolares em episódio (mania e depressão) e eufímicos, comparando com controles saudáveis. Verificou-se prejuízos na velocidade de processamento, atenção, memória operacional, memória verbal, e no funcionamento executivo, durante episódios. Quando eufímicos a maioria dos déficits remitiram, restando dificuldades na memória operacional e memória verbal.

Van Rheenen e Rossell (2014) discutem que o uso da escala MATRICS (MATRICS Consensus Cognitive Battery), pensada inicialmente para pacientes esquizofrênicos, pode também ser aplicada para a avaliação de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. Como conclusão percebem a necessidade de se utilizar testes adicionais para se avaliar funções executivas em pacientes Bipolares.

Alguns pesquisadores concordam que existem sim déficits em pacientes Bipolares, mas que existe diferença dentre os pacientes. Kollmann *et al.* (2019) estudaram pacientes Bipolares tipo I eufímicos a partir do desempenho cognitivo apresentado em uma avaliação neuropsicológica, composta por testes que avaliavam os seguintes domínios das funções executivas: impulsividade, controle inibitório motor, tomada de decisão flexibilidade e planejamento. A partir disso três subgrupos foram detectados: Tipo 1 pacientes apresentaram dificuldades em flexibilidade cognitiva e controle inibitório motor, o Tipo 2 apresentou impulsividade em tomada de decisão e o Tipo 3 mostrou um bom planejamento viso-espacial.

### **3.1 Funções Executivas e Processo de Tomada de Decisão**

A tomada de decisão é um processo imprescindível para o indivíduo em seu dia a dia, e uma função cognitiva extremamente importante para uma satisfatória interação social do indivíduo (CÁCEDA; NEMEROFF; HARVEY, 2014; COTRENA; BRANCO; FONSECA,

2018; SCHNEIDER; PARENTE, 2006). Damasio (1996) afirma que nesse processo o indivíduo precisa conhecer a situação que necessita a tomada de decisão e também conhecer as consequências a curto e longo prazo de cada uma das decisões que podem ser tomadas.

A tomada de decisão pode ser definida como o processo de escolha entre duas ou mais alternativas concorrentes, com pensamento crítico sobre as consequências a curto, médio e longo prazo de cada uma das opções (SIQUEIRA *et al.*, 2018). Para realizar esse processo é necessário que se tenha planejamento, flexibilidade mental e antecipação de consequências (SCHNEIDER; PARENTE, 2006). Wagner e Parente (2009) acrescentam que essa função compreende julgamento e escolha entre diversas alternativas.

No processo de tomada de decisão, a pessoa se depara com respostas somáticas emocionais, “marcadores somáticos”, que antecipam as possíveis consequências e interferem na tomada de decisão (DAMASIO, 1996). Essa decisão é baseada nas experiências passadas de recompensa e punição (WAGNER; PARENTE, 2009) e pode ocorrer de forma consciente, como também, inconsciente (BECHARA; DAMASIO; DAMASIO, 2000).

A hipótese dos marcadores somáticos está baseada nas seguintes suposições (ALMADA, 2012, p. 110-111):

A razão humana e a tomada de decisão dependem de muitos níveis de operação neural, alguns dos quais são conscientes e manifestamente cognitivos, enquanto que outros não; (ii) as operações cognitivas, a despeito de seu conteúdo, dependem do suporte em processos tais como a atenção, memória de trabalho e emoção; e, finalmente, (iii) tanto o raciocínio quanto as tomadas de decisão são dependentes da disponibilidade de conhecimento sobre situações, atores e resultados.

Neste contexto, a emoção ajuda no processo de tomada de decisão apenas se estiver condizente com a tarefa (DAMASIO, 1996). Por outro lado, o processo de tomada de decisão pode ser prejudicado frente a presença de déficits em memória de trabalho (BECHARA; DAMASIO; DAMASIO, 2000).

Autores como Cáceda, Nemeroff e Harvey (2014) referem que dificuldades na tomada de decisão em pessoas com transtornos mentais estão relacionados com déficits atencionais, na memória de trabalho e na ou inibição de respostas. Os autores definem a tomada de decisão por ações ou opções que se deve escolher, considerando as consequências dessas ações e as contingências a que esses resultados se relacionam. Assim, para ocorrer a tomada de decisão algumas habilidades são necessárias, como o controle cognitivo, ou funções executivas, que

envolve detecção de erros e automonitoramento para corrigi-los, resolução de problemas, inibição de respostas, flexibilidade mental e regulação emocional (CÁCEDA; NEMEROFF; HARVEY, 2014). Dessa forma, a tomada de decisão não deve ser compreendida unicamente como um comportamento baseado apenas na análise objetiva dos fatos, já que se reveste como um processo que envolve tanto aspectos cognitivos como emocionais.

Resumidamente, a tomada de decisão (que é um dos aspectos das funções executivas (FE) é o conjunto de processos que permite a resolução de problemas considerando suas repercussões em curto, médio e longo prazo, através da seleção de métodos para que os mesmos sejam alcançados, escolha e implementação de estratégias e monitoramento das mesmas (D'ALCANTE; COVRE, 2015; MALLOY-DINIZ *et al.*, 2008). Para isso ocorrer é necessária atenção, memória de trabalho, planejamento e flexibilidade mental, que são, também, funções cognitivas.

Esta modalidade de função cognitiva, é recrutada sempre que se necessita planos de ação e que uma sequência apropriada de resposta deve ser feita (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2008). Assim, as FE se desenvolvem desde a infância até final da adolescência, e podem ser subdivididas em “frias e quentes”. As frias correspondem aquelas que utilizam a lógica e a racionalidade. Por outro lado, Funções Executivas “Quentes” envolvem processos cognitivos direcionados a objetivos e orientados para o futuro, eliciados em contextos que geram emoção, motivação e tensão entre gratificação instantânea e recompensas de longo prazo (ZELAZO; CARLSON, 2012). Estas incluem habilidades cognitivas afetivas, como a capacidade de atrasar a gratificação e a tomada de decisão afetiva (ZELAZO; CARLSON, 2012).

Para se estudar tomada de decisão no contexto neuropsicológico alguns instrumentos que envolvem expor os indivíduos a jogos fictícios podem ser usados. No Brasil, o instrumento mais conhecido e utilizado é o IGT – Iowa Gambling Task – baseado na hipótese de marcador somático de Damásio.

O IGT é uma avaliação computadorizada, na qual simula-se um jogo de cartas com ganhos e perdas monetárias – tomada de decisão que envolve funções executivas em situações ambíguas. De acordo com Bechara *et al.* (2001) a tarefa do IGT permite a captura de componentes importantes da FE quente, incluindo sensibilidade à recompensa (probabilidade de modulação de risco quando as probabilidades de resultados mudam) e desconto de atraso

(tendência para escolher uma recompensa menor e mais rápida em vez de uma recompensa maior e posterior). Durante sua execução, o córtex pré-frontal, orbitofrontal, dorsolateral e ventromedial, o córtex parietal inferior bilateral, tálamo direito, cerebelo, o córtex insular, ventral estriado e cíngulo anterior são ativados (CARDOSO *et al.*, 2012).

Outros instrumentos também têm sido usados:

O Cambridge Gambling Task (CGT), que avalia diferentes aspectos da tomada de decisão separadamente, como escolhas arriscadas / racionais, comportamento de apostas, tempo de reação e ajuste de risco (ZOIS *et al.*, 2014). De acordo com os autores captura componentes importantes da FE quente, incluindo sensibilidade à recompensa (probabilidade de modulação de risco quando as probabilidades de resultados mudam) e desconto de atraso (tendência para escolher uma recompensa menor e mais rápida em vez de uma recompensa maior e posterior). É uma tarefa computadorizada não disponível em português.

O Game Dice Task (GDT) que avalia a tomada de decisão sob risco, no qual os sujeitos podem calcular o risco associado a cada alternativa desde o início da tarefa (RZEZAK *et al.*, 2012).

O Questionário de Tomada de Decisão de Melbourne (Melbourne Decision Making Questionnaire), que define o tipo de tomada de decisão: vigilância, procrastinação, buck-passing (deixar que o outro decida) e hiper vigilância (COTRENA; BRANCO; FONSECA, 2018).

### **3.2 Tomada de Decisão e Transtorno Afetivo Bipolar**

Realizando uma busca na base de dados BVS – Biblioteca Virtual de Saúde, que incluiu MEDLINE, IBECs, LILACS Index Psicologia, utilizando os termos ("Bipolar disorder" ) AND ("decision making" ) AND ("Transtorno Bipolar" OR "Tomada de Decisões" OR "Transtornos Mentais" OR "Cognição" OR "Emoções" OR "Psiquiatria" OR "Assunção de Riscos" OR "Comportamento de Escolha" OR "Competência Mental" OR "Transtornos do Humor" OR "Ética Médica" OR "Função Executiva" OR "Inquéritos e Questionários" OR "Técnicas de Apoio para a Decisão" OR "Testes Neuropsicológicos" OR "Testes Psicológicos" OR "Atenção") nos últimos 6 anos (2015-2021) encontramos 124 artigos completos em Inglês, Alemão e Espanhol.

Após leitura dos resumos, foram selecionados 25 artigos relacionados com o tema da pesquisa. Eliminou-se 99 artigos que se referiam a biomarcadores, fármacos, outras patologias psiquiátricas, capacidade de consentir com tratamentos/ pesquisas, modelos computadorizados de prever a tomada de decisão, tomada de decisão sobre tratamentos, reprodução, diagnósticos, caracterização sociodemográficas de populações específicas, cuidadores, idosos, crianças, adolescentes, aspectos éticos de internações involuntárias, intervenções para prevenir o início do Transtorno Afetivo Bipolar, preditores do Transtorno Bipolar, pesquisas com animais, reabilitação neuropsicológica, regulação emocional, crimes e julgamento moral.

O comportamento de risco em pacientes Bipolares foi estudado por Lukacs *et al.* (2021), que relacionam esse tipo de comportamento a impulsividade, incluindo inibição de respostas impulsivas, alterações na sensibilidade de recompensas. Os autores explicam como esse comportamento de risco está associado a tomada de decisão através da Teoria do Traço Difuso (Fuzzy-Trace Theory). Essa teoria entende que a tomada de decisão ocorre através de um processo que envolve aspectos de como as informações são recordadas pelo indivíduo, associadas a aspectos de humor que interferem nessa recordação. O risco, presente em todas as tomadas de decisão, não deve ser considerado nem totalmente negativo nem evitável. Assim os autores sugerem que ao combater comportamentos ou crenças de risco, raciocínio e vieses em relação ao risco pode ser um adicional ao tratamento dos pacientes Bipolares. Anteriormente, em 2020, os mesmos autores Sicilia *et al.* (2020), já haviam apontado que a Fuzzy-Trace Theory ajuda a entender o comportamento de risco do Transtorno Bipolar.

Autores como Ryu, Ha e Cho (2021) estudaram estratégias de tomada de decisão social e emocional através do Jogo do Ultimato (quando um jogador, que recebeu um prêmio deve dividir, do modo como quiser, a quantia ganha com outro jogador, que, caso não aceite, nenhum dos dois ganha nada). Os resultados demonstraram que pacientes em mania apresentam baixo controle comportamental e grave desregulação emocional, juntamente com comportamento desadaptivo ao explorar as fraquezas dos outros. Segundo os autores esse aspecto pode estar associado com dificuldades na cognição social.

Já Can *et al.*, (2019) pesquisaram se uma característica específica de pacientes psicóticos – tirar conclusões precipitadas sem muitas informações (*jumping to conclusion bias*) – também está presente em pacientes Bipolares, comparando esses pacientes com sujeitos sem diagnóstico psiquiátrico e chegaram a conclusão que não existe diferença

significativa nesse aspecto entre os dois grupos, apesar dos sujeitos do grupo pacientes terem um escore significativamente maior na escala da impulsividade.

Um estudo desenvolvido por Kollmann *et al.* (2019) mostrou que de 54 pacientes com Transtorno Bipolar tipo 1 eutímicos, 12 apresentaram impulsividade na tomada de decisão.

Como exposto anteriormente para a tomada de decisão é necessário fazer antecipação de consequências, ou seja, considerar as consequências a curto, médio e longo prazo. Owen, Martin e Gergel (2018) apresentaram resultados de seus estudos que mostram que pacientes Bipolares em episódio (maníaco ou depressivo) apresentam modos específicos de prever as consequências futuras – eram mais otimistas, sem muitos limites quando estavam em episódio maníaco e se mostraram de modo mais negativo quando estavam em episódio depressivo. Os autores discutem que essa limitação pode interferir na capacidade do paciente em decidir sobre os passos para seu tratamento, mas nós podemos generalizar essa informação para as limitações que esses pacientes possam apresentar ao tomar decisões sobre aspectos legais de sua vida.

Aspectos éticos envolvidos no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar foram discutidos por Richa *et al.* (2018). Os autores argumentam que durante os episódios os pacientes apresentam dificuldades de tomar decisões e fazer julgamentos adequados e, mesmo fora de episódios sofrem estigmas da sociedade, sendo que o que mais contribui para esse estigma são as internações psiquiátricas. Os autores sugerem que os pacientes, durante a eutímia, elejam uma pessoa de sua confiança que acompanhe seu tratamento para que seja elaborado, um plano de tratamento para os momentos de crise e essa pessoa possa auxiliá-lo a colocar esse plano em prática.

Kane (2017) em seu artigo apresenta um questionamento sobre diretrizes auto vinculativas (self-binding directions), o que podemos entender como “termo de compromisso”, aplicadas a pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar no Reino Unido. É descrito que o modelo está associado a capacidade ou não de tomada de decisão e que isso pode acarretar erro. Anteriormente Gergel e Owen (2015) discutiram a necessidade de “termos de compromisso”/ contrato / diretrizes auto vinculativas (self-binding directions) para pacientes Bipolares, nos quais o paciente elenca sintomas iniciais que indicariam que ele está entrando em episódios para que, mesmo contra sua vontade, decisões sobre tratamento possam ser tomadas. Os autores argumentam que essas diretrizes devem ser aplicadas após análise da



capacidade do paciente em decidir pelo tratamento e afirmam que isso gera um determinado custo-benefício, quando considerando a autonomia do paciente, que deve ser levado em consideração nas decisões.

Nesse sentido Gergel *et al.* (2021) fizeram levantamento com 932 indivíduos Bipolares sobre a opinião deles no que tange as diretrizes auto vinculativas. A grande maioria afirma que prefere exercitar sua autonomia sobre seu tratamento previamente a episódios de maior gravidade. Segundo os autores, esses achados vão contra opiniões de que as diretrizes auto vinculativas são uma violação de direitos humanos.

Estilos de tomada de decisão de pessoas saudáveis, pacientes com depressão maior e pacientes bipolares em fase depressiva foram estudados a partir do Questionário de Tomada de Decisão de Melbourne que foi usado com os pacientes deprimidos e controles e reaplicado após 6 meses de tratamento medicamentoso (ALEXANDER *et al.*, 2017). Foi percebido diferença no estilo de tomada de decisão entre controles e pacientes deprimidos (tanto unipolares quanto, Bipolares) sendo que os primeiros apresentavam maior nível de vigilância e baixos níveis de tomada de decisão desadaptada quando comparados aos pacientes. Na reavaliação após 6 meses de tratamento medicamentoso, os pacientes tiveram um decréscimo no escore de tomada de decisão desadaptada. Os pacientes Bipolares também apresentaram um decréscimo nos escores de procrastinação e de atribuição ao outro de responsabilidade. Entre os pacientes com depressão maior, no entanto, o estilo de tomada de decisão passiva desadaptativa não diminuiu significativamente.

As alterações neurais foram muito estudadas.

Em metanálise realizada por Ganzola, e Duchesne (2017) sobre as diferenças da substância cinzenta e substância branca entre pacientes com Transtorno Bipolar e controles saudáveis, concluiu-se que existe deterioração das regiões frontal e insular. As reduções de substância cinzenta nessas regiões podem estar relacionadas a déficits no processamento emocional e na tomada de decisão, que normalmente são presentes no Transtorno Afetivo Bipolar.

Scholz *et al.* (2016) afirmam que mudanças estruturais nos lobos frontais, estão relacionadas a marcadores comportamentais no Transtorno Bipolar I, que assumir riscos está relacionado ao giro do cíngulo e as estruturas pré-frontais relacionam-se a comportamento de

risco. Mason *et al.* (2016), discorrem que quando o sujeito tem o primeiro foco de sua atenção nas recompensas, isso potencializa comportamentos de risco, elevando o valor que é dado a recompensa nas vias frontoestriais.

No estudo de Dutra *et al.* (2015) em análises de cérebro inteiro, foi observada reatividade estriatal elevada para recompensar o recebimento como um potencial mecanismo neural de busca persistente de recompensa em pacientes Bipolares tipo 1. Já Ajilore *et al.* (2015) submeteram pacientes Bipolares tipo 1, eutímicos a uma avaliação neuropsicológica e a ressonância magnética funcional. Como resultados perceberam que os pacientes Bipolares apresentaram resultados mais baixos na avaliação neuropsicológica de modo geral, mas apenas a memória verbal apresentava um resultado estatisticamente significativo. Além disso, sugerem que alterações estruturais do conectoma estão subjacentes a anormalidades na ativação da ressonância e no desempenho cognitivo desses pacientes e que essa anormalidade do conectoma pode ser um marcador para os pacientes Bipolares tipo 1, tanto em relação a marcar um risco biológico como prevenir recaídas.

Em outro estudo, pacientes Bipolares apresentam sensibilidade de recompensa diferente de outras pessoas. Pesquisa realizada com Iowa Gambling Task (IGT) apontam que os pacientes Bipolares durante episódios tendem a selecionar mais cartas dos decks de risco quando comparadas a controles saudáveis. Em relação aos pacientes eutímicos existe discrepâncias na literatura, algumas apontam que existe diferença de performance e outras não (RYU *et al.*, 2017). Os autores acrescentam que os pacientes Bipolares apresentam dificuldade em ajustar as respostas a recompensas intermitentes. O estudo apresentado estuda as características de aprendizagem por recompensa em pacientes Bipolares tipo 1 eutímicos e maníacos. Os achados sugerem que pacientes bipolares, mesmo na eutimia apresentam aprendizagem por recompensa e reforço prejudicadas. O comportamento de risco e impulsivo desses pacientes provavelmente estão relacionados com alteração da ativação do córtex pré-frontal e striatum ventral.

Usando o mesmo instrumento (IGT) e comparando pacientes diagnosticados com Depressão Maior, Transtorno Bipolar, Esquizofrenia e não pacientes, pesquisadores observaram que os três grupos de diagnóstico tendiam a selecionar os decks que proporcionavam menos vantagens, em comparação com os não pacientes, sendo que os pacientes Bipolares escolhem mais o deck com punição maior, mas também com maior intervalo (GU *et al.*, 2020).

Outra pesquisa conduzida com o IGT e medindo respostas hemodinâmicas de oxigenação periférica tecidual chegou a conclusão que pacientes Bipolares apresentaram níveis significativamente mais baixos de oxigenação no córtex orbito-frontal e no córtex pré-frontal esquerdo (ONO *et al.*, 2015). Na revisão realizada por Whitton, Treadway e Pizzagalli (2015) sobre a disfunção do processamento da recompensa em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Depressivo Maior e Esquizofrenia, evidenciaram a existência de déficits nesse processamento.

No estudo de Bersani *et al.* (2016) que analisaram a avaliação neuropsicológica de pacientes Bipolares tipo 1 na fase eutímica que faziam uso de lítio, com pacientes com mesmo diagnóstico e mesma fase da doença que não faziam uso de lítio e controles normais. A conclusão que chegaram foi que pacientes Bipolares de modo geral (não importando qual medicação faziam uso) apresentaram déficits em memória visual e funções executivas que sugerem disfunções no lobo temporal medial e no sistema fronto-estriado respectivamente. Aqueles que não faziam uso de lítio apresentaram déficits em memória verbal e funções como atenção, tomada de decisão e inibição de respostas impulsivas estavam preservadas. Adida *et al.* (2015) também avaliaram pacientes em uso de lítio e de outros estabilizadores de humor e chegaram a conclusão que o lítio pode estar associado a melhor tomada de decisão em pacientes Bipolares eutímicos.

A dificuldade de tomar decisões em pacientes Bipolares não foi percebida por Saunders, Goodwin e Rogers (2016) quando compararam mulheres Bipolares com mulheres com Transtorno de personalidade borderline e controles saudáveis. As pacientes Bipolares apresentam resultados intermediários entre os outros dois grupos em assumir riscos. Richard-Devantoy *et al.* (2016) estudaram a tomada de decisão em pacientes unipolares e Bipolares que tentaram suicídio e os compararam com pacientes com mesmos diagnósticos, mas sem histórico de tentativa de suicídio. Os autores perceberam que não existe diferença na capacidade de tomar decisão de pacientes Bipolares com ou sem histórico de tentativa de suicídio, apesar de em metanálise essa diferença ser constatada.

No estudo de Cotrena *et al.* (2016) verificando o desempenho em funções executivas, atenção, velocidade de processamento entre pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno Afetivo Bipolar tipo 1 e tipo 2 e controles saudáveis, observaram que pacientes bipolares tipo 1 apresentaram comprometimento cognitivo mais difuso que os

demais grupos e tiveram desempenho pior que indivíduos com TDM em medidas de atenção sustentada e controle inibitório.

Com base no aporte da revisão da literatura foi possível verificar a consonância entre os estudos no que tange a presença de déficits cognitivos em pacientes bipolares. Visto isto, discorro no próximo capítulo, aspectos relativos a capacidade legal.

### 3.3 Capacidade Legal

No entendimento do Direito, a capacidade legal pode ser de direito (inerente a toda pessoa, potencial para os atos da vida civil – casar realizar contratos etc) ou de fato (aptidão para a prática dos atos jurídicos – depende do grau do entendimento e da vontade do indivíduo) (FIUZA, 2008; MELLO, 2009). A capacidade de fato “remete ao discernimento, à higidez psíquica, à capacidade mental de mensurar a consequência dos atos realizados” (MENEZES; TEIXEIRA, 2016, p. 571).

Dessa forma todas as pessoas que nascem têm a capacidade de direito, mas nem todas são capazes de fato (MENEZES; TEIXEIRA, 2016). O Código Civil de 2002 definia como *Absolutamente Incapazes*: os menores de dezesseis anos; os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. E os *Relativamente Incapazes*: os maiores de dezesseis anos e os menores de dezoito anos; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos.

Entretanto esse entendimento mudou a partir de 2015, com a publicação da Lei 13.146, conhecida como Estatuto do Deficiente, Os *Absolutamente Incapazes* passaram a ser apenas os menores de 16 anos e os *Relativamente Incapazes* as pessoas entre 16 e 18 anos, os ébrios habituais e os viciados em tóxico, os pródigos e aqueles que por causa transitória ou permanente não puderem exprimir sua vontade (BRASIL, 2015).

Destaca-se nessas duas redações uma diferença importante ao se falar em incapacidade, o foco deixou de ser unicamente a presença de uma doença mental (como era desde 1916 – “insanidade de todos os tipos”) e passou a ser na capacidade decisória do indivíduo (SUDO; SALLES; DE SANTIAGO, 2016).

A Lei 13.146 de 2015 define em seu art. 2º (BRASIL, 2015):

“Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.”

No que tange a capacidade legal, os Art. 84 e 85 tratam do assunto:

“Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.

§ 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.

§ 3º A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.

§ 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.”

A partir do exposto, é possível destacar que a Lei 13.146 procura assegurar o exercício dos direitos das pessoas com deficiência do mesmo modo que aos demais indivíduos. A grande mudança de paradigma está no termo utilizado “deficiência”, que é um conceito técnico-jurídico (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Segundo o Art. 2º. o portador de uma doença mental, a partir de 2015 é atendido pelo Estatuto do Deficiente. Guimarães *et al.* (2018) apontam que nessa classificação, inclusive alterações psicológicas, que não configuram um diagnóstico psiquiátrico, podem ser consideradas como deficiência, abrindo um amplo leque para a Tomada de Decisão Apoiada.

A Tomada de Decisão Apoiada surge, então, como uma possibilidade alternativa a curatela (TEIXEIRA *et al.*, 2021), mas segundo o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002), a pessoa com deficiência pode também ser curatelada quando “por causa transitória ou permanente, não possam exprimir a sua vontade”, sendo essa medida em casos muito específicos e ter a menor duração possível.

Assim, de acordo com a Lei 13.146, o paciente psiquiátrico pode tanto ser curatelado como solicitar um processo de tomada de decisão apoiada. Neste contexto, Teixeira *et al.* (2021) questionam a Lei, afirmam que o benefício pode ser aplicado, mas que na prática não se sabe se realmente é ou não possível por falta de critérios claros quando a Lei é aplicada aos transtornos mentais.

Na Tomada de Decisão Apoiada, a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 pessoas idôneas, de sua confiança, com quem mantém vínculos, para auxiliá-la na tomada de decisão na vida civil (Art. 1783 Código Civil de 2002, incluído pela Lei 13.146 de 2015).

Quanto a avaliação da deficiência, esta deve ter um enquadre biopsicossocial, conforme a Lei 13.146, a ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e dessa avaliação deve constar os fatores psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação. Para tanto, em determinadas circunstâncias, é

necessária uma avaliação neuropsicológica pericial (forense), ou seja, uma avaliação das funções cognitivas para verificar a capacidade civil de uma pessoa. Serafim *et al.* (2017) acrescentam que para se configurar juridicamente um caso de interdição, isto é, quando a pessoa se insere na condição de curatela, se faz necessário que a doença mental impeça ou dificulte o discernimento para a prática dos atos da vida civil, e não apenas a existência de diagnóstico de um transtorno mental. Na prática significa que não basta apenas a classificação de um diagnóstico, mas sim, demonstrar evidências de que os sintomas daquela patologia estão, naquele momento, impactando na sua funcionalidade (SERAFIM *et al.*, 2017).

Nestes casos, quem requisita a Tomada de Decisão Apoiada é a própria pessoa portadora de uma deficiência, ou seja, a pessoa a ser apoiada (§ 2<sup>o</sup> Art. 1783-A Código Civil Brasileiro) (BRASIL, 2002). Assim, essa requisição ocorre em momentos que o sujeito esteja apto a expressar sua vontade, isto é, quando não se enquadrando no item I do Art. 1767 do Código Civil – “Estão sujeitos a curatela: I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade”. Essa capacidade de “exprimir sua vontade”, segundo a Lei, será verificada por equipe multidisciplinar que auxiliará o Juiz (§ 3<sup>o</sup> Art. 1783-A Código Civil Brasileiro) (BRASIL, 2002), sendo exatamente nesse momento que entra a avaliação neuropsicológica para verificar se a pessoa com deficiência está apta a exprimir sua vontade. Entretanto em nenhum momento do texto do Código Civil ou do Estatuto do Deficiente consta quais são os critérios para se considerar uma pessoa “capaz de exprimir sua vontade”. Teixeira *et al.* (2021) apontam que na avaliação se deve considerar as funções cognitivas no que tange a capacidade de avaliar, julgar, analisar e decidir, ressaltando a necessidade de critérios mais claros para se indicar a Tomada de Decisão Apoiada.

Koerich (2020) aponta que com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, quando aplicado a deficiências no âmbito mental (patologias psiquiátricas), o que ocorre na verdade é uma diminuição da proteção jurídica dessas pessoas, caso elas façam negócios quando a capacidade de entender as consequências dos atos não está plena. A autora cita como exemplo justamente o paciente Bipolar que em episódio maníaco realiza compras excessivas, envolvendo-se em dívidas.

A curatela, definida em Lei, é medida extraordinária, e abarca apenas atos relacionados a questões de natureza patrimonial e negocial, não podendo interferir no direito ao próprio corpo, na sexualidade, em questões matrimoniais, na privacidade, na educação, na saúde, no trabalho e no voto. Além disso, segundo o Art. 84: “§ 3<sup>o</sup> A definição de curatela de

pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.”

Essa mudança de paradigma quando se aborda a capacidade legal, não aconteceu apenas no Brasil. Almeida (2020) cita vários exemplos como:

- Portugal: Lei 49/2018 eliminou o instituto da interdição para instituir o Regime do Maior Acompanhado, respeitando a autonomia, vontade e capacidade, protegendo sem incapacitar;

- França: prevê auxílio em situações transitórias preservando-se três princípios fundamentais: o da subsidiariedade, da necessidade e da proporcionalidade, com proteção “proporcional e individualizada observando o grau de alteração das faculdades da pessoa.”;

- Áustria: pessoas com deficiência impossibilitadas de gerir adequadamente suas vidas podem nomear um administrador, sendo que o Juiz determina até onde sua capacidade está limitada;

- Alemanha: existe a Lei do Acompanhamento, no qual pessoas deficientes maiores de idade, portadores de doença psíquica ou ainda com deficiência física / intelectual, são protegidas caso estejam impossibilitadas, total ou parcialmente;

- Itália: existe a *Amministrazione di sostegno*, que é uma medida para sujeitos que, em função de doença / deficiência física / mental, está impossibilitado (permanentemente ou temporariamente) de cuidar os seus próprios interesses, sendo que suas necessidades e desejos devem ser priorizados;

- Espanha: protege-se o patrimônio da pessoa com deficiência.

### **3.4 Competência Mental e Transtorno Afetivo Bipolar**

Realizando uma busca na base de dados BVS – Biblioteca Virtual de Saúde, que inclui MEDLINE, IBECs, LILACS Index Psicologia, utilizando os termos "Mental competency" "Bipolar disorder" AND ("Transtorno Bipolar" OR "Competência Mental" OR "Transtornos Mentais" OR "Consentimento Livre e Esclarecido" OR "Diretivas Antecipadas" OR "Psiquiatria" OR "Tomada de Decisões" OR "Testes Psicológicos" OR "Psiquiatria Legal"



OR "Autonomia Pessoal") nos últimos 6 anos (2015-2021) encontramos 19 publicações com texto completo em inglês, italiano, alemão e francês.

Alguns referiam-se a capacidade do paciente em consentir com tratamento, internação involuntária, decisão de realizar cirurgia cesárea em pacientes incapazes, discutia-se aspectos de responsabilidade criminal de pacientes e como a equipe de enfermagem despende os cuidados aos pacientes.

Assim apenas três artigos estavam relacionados ao tema do presente trabalho, entretanto um deles apenas o resumo estava em inglês - o texto era em italiano. Os outros dois já foram citados anteriormente na revisão sobre “Tomada de Decisão e Transtorno Afetivo Bipolar”: Gergel e Owen (2015) e Kane (2017). Os autores discutem a questão de do “termo de compromisso” que o paciente Bipolar poderia fazer durante a eutímia para que decisões sobre seu tratamento fossem tomadas mesmo contra sua vontade durante os episódios, pois estariam com a capacidade de tomada de decisão comprometida.

### **3.5 Tomada de Decisão e Capacidade Civil**

Realizando uma busca na base de dados BVS – Biblioteca Virtual de Saúde, que inclui MEDLINE, IBECs, LILACS Index Psicologia, utilizando os termos "decision making" e "civil capacity" nos últimos 6 anos, encontrou-se 3 artigos.

Bosquet e Mahé (2018) discorrem sobre a decisão de juízes franceses no que tange o voto de “adultos protegidos”, ou seja, aqueles que estão sob curatela. Desde 2007 na França ficou estabelecido que os Juízes que supervisionam a curatela devem decidir, com base em um relatório médico, se o indivíduo pode ou não votar. Existem muitas críticas a essas decisões, principalmente no que tange o critério que é utilizado para tal. Para verificar isso foi elaborado um questionário enviado a médicos que realizam esse tipo de avaliação e correlacionado as respectivas cortes (fóruns). Com os resultados percebeu-se que os juízes seguem o parecer médico e que dois dos critérios se referia ao desejo do indivíduo em votar ou não votar e o quanto esse indivíduo tinha interesse em questões políticas. Um achado interessante foi que o sexo, a especialidade e a localização geográfica do médico eram variáveis que interferiam na avaliação que era feita dos pacientes e quando o indivíduo recorria da decisão, normalmente ganhava. Os autores discutem que não existe um critério

claro e reconhecido para esses pareceres, apesar de existir na França uma Ferramenta de Avaliação de Competências para Votação - Competency Assessment Tool.

Donders (2017) fala sobre crianças e adolescentes que apresentam comprometimento do sistema nervoso central e que chegam a vida adulta. O autor relata a preocupação de pais e responsáveis sobre a capacidade desses indivíduos de gerir a própria vida – médica, financeira etc. – e o constante questionamento para os neuropsicólogos sobre esse aspecto. Acrescenta que a maior parte da literatura científica fala de adultos e idosos. Donders (2017) deixa claro que o critério de capacidade civil e o que deve constar do parecer é estabelecido pelo estado e não por neuropsicólogos. O papel do neuropsicólogo é dizer o que o indivíduo está ou não apto a fazer, quando relacionado a questões financeiras. Dentre as opções estão: ter os pagamentos feitos diretamente a instituição / pessoa a quem deve (como por exemplo, transpondo para nossa realidade, agendamento de transferências, cadastrar contas para serem pagas em débito automático); planejamento de gastos ou limites de saques; contas conjuntas; ter um funcionário do banco como referência. Alguns juízes podem fazer questionamentos específicos, como a eficiência intelectual, funcionamento adaptativo, decisões sobre questões médicas. O autor sugere que esse processo se inicie um ano antes do adolescente chegar a maioridade, que o uso de instrumentos reconhecidos cientificamente é imprescindível (transpondo para a realidade brasileira testes validados e autorizados pelo Conselho Federal de Psicologia), que não existe um instrumento que deva necessariamente ser usado e que o uso de apenas um único instrumento não é o adequado. Além disso a integração dos resultados dos instrumentos com o restante da avaliação – história de vida, relatos objetivos e entrevistas com muitas fontes é crucial para se delimitar as reais capacidades do avaliando e fazer as recomendações necessárias ao judiciário.

Em um artigo discutindo as alterações do Novo Código Civil Brasileiro e suas implicações para pacientes com Doença de Alzheimer (SUDO; SALLES; DE SANTIAGO, 2016), os autores apontam que com o envelhecimento da população brasileira a necessidade que os idosos sejam curatelados quando considerados incapazes, aumentou. Com a curatela as decisões legais passam a ser tomadas por outras pessoas. O Novo Código Civil Brasileiro representou um avanço mudando o critério psiquiátrico (“loucos de todos os tipos”) para um critério funcional (“aqueles que por falta de discernimento devido a doença mental). Com a alteração a curatela é restrita a decisões específicas que o sujeito interdito é incapaz de tomar, sendo que a incapacidade tem dois níveis: total ou parcial. A dificuldade relatada pelos

autores é que é necessária comprovação do que o interdito pode ou não fazer na interdição parcial e a inexistência de instrumentos validados para se verificar essa incapacidade. Em decorrência disso as decisões judiciais ainda têm optado pela incapacidade total. Os autores apresentam dados de literatura que corroboram a hipótese que pacientes com Doença de Alzheimer em fase intermediária podem ter uma interdição parcial, que envolve questões financeiras, votar, ser testemunha, consentir com relações sexuais, decisões sobre tratamentos médicos e mudar estado civil.

### **3.6 Considerações Sobre a Revisão da Literatura Realizada**

- Verificamos que os autores são unânimes em elencar déficits cognitivos em pacientes sintomáticos

- No caso dos eufímicos os dados não são consistentes em relação a prejuízos em funções executivas nem em relação a tomada de decisão

- Várias pesquisas englobam pacientes Bipolares tipo I, ou seja, aqueles que apresentam sintomas maníacos mais claros e fáceis de serem identificados

- Não foram encontradas pesquisas abordando a capacidade legal / civil de pacientes Bipolares

Com base nos fundamentos desta revisão, foi possível verificar uma lacuna na literatura no que tange estudos que associem dificuldades cognitivas do paciente com transtorno afetivo bipolar à capacidade para atos da vida civil, constatação esta, que justifica a condução deste estudo.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

- Estudar a capacidade legal no paciente que tem o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar em episódio e na fase da eutímia.

### **4.2 Específicos**

- Avaliar a capacidade de tomada de decisão em sujeitos com TAB em episódio e eutímico.
- Avaliar aspectos da atenção em sujeitos com TAB em episódio e eutímica.
- Avaliar o controle inibitório em sujeitos com TAB em episódio e eutímica.
- Avaliar flexibilidade mental em sujeitos com TAB em episódio e eutímica.

## **5 HIPÓTESES**

H0 – Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em episódio apresentam a capacidade de tomar decisões comprometida

H1 - Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar eutímicos não apresentam a capacidade de tomar decisões comprometida

## 6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Delineamento:

Trata-se de um estudo de corte transversal.

### 6.1 Participantes

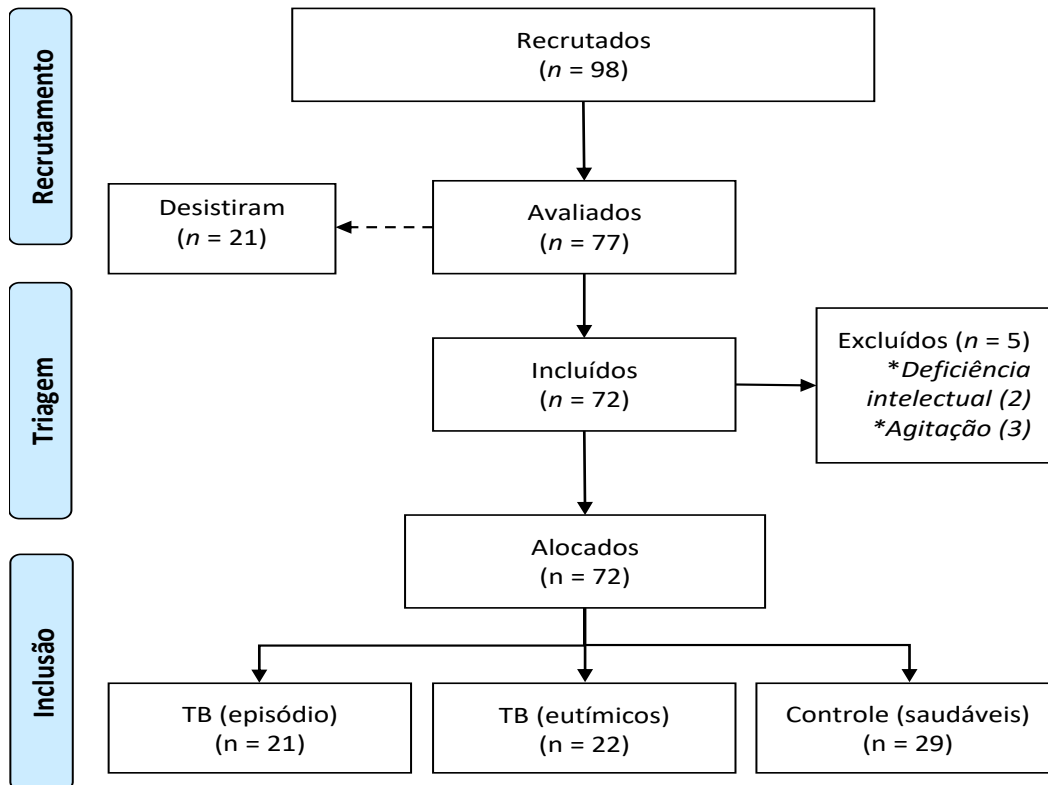
Após divulgação na rede social interna e externa do hospital, responderam com a intenção de participar do estudo 98 pessoas. A partir do agendamento para esclarecimentos e detalhes da pesquisa, 21 pessoas não compareceram e não responderam as tentativas de novo contato. Dessa forma, 77 participantes a partir dos 18 anos compareceram para a aplicação do protocolo. Ao se aplicar os critérios de exclusão cinco foram excluídos da amostra em função de deficiência intelectual, três não conseguiram realizar o protocolo devido a quadro de agitação do episódio de mania.

Amostra:

A amostra final contemplou 72 participantes, que foram distribuídos em dois grupos clínicos, de acordo com a fase do Transtorno do Humor em que se encontravam, e um terceiro grupo de participantes voluntários sem histórico de transtorno mental.

- Grupo 1: 22 participantes portadores de Transtorno Bipolar eutímicos
- Grupo 2: 21 participantes portadores de Transtorno Bipolar em episódio (tanto mania / hipomania como depressão)
- Grupo 3: 29 participantes sem histórico psiquiátrico

A Figura 1 expressa o fluxo da composição da amostra final.

**Figura 1** - Fluxo da composição da amostra

Fonte: Figura do autor.

Critérios de inclusão: O projeto contou com a participação de adultos (acima de 18 anos) com o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, tanto eutímicos como aqueles que estejam sintomáticos (tanto na fase depressiva como na fase maníaca / hipomaníaca), além de sujeitos sem diagnósticos e que aceitaram participar da pesquisa. Os participantes desse estudo eram pacientes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O Hospital das Clínicas do Estado de São Paulo é um hospital terciário, de alta complexidade, mas também regionalizado, ou seja, atende principalmente os moradores da região. Fica localizado na Zona Oeste de São Paulo. A coleta de dados do grupo controle foi, em sua maioria, realizada com os moradores de um condomínio de classe média também localizado na Zona Oeste de São Paulo.

Critérios de exclusão: Menores de 18 anos, portadores de deficiência intelectual e aqueles que no momento da avaliação, apresentavam sintomas psicóticos. A deficiência intelectual foi excluída da amostra em função de apresentar alterações neuropsicológicas específicas que poderiam interferir nos resultados.

## 6.2 Material

O material para coleta de dados constava de

### Ficha de identificação:

Usada para coleta dos dados sociodemográficos dos participantes: Nome, data de nascimento, idade, escolaridade, sexo, idade de início da doença, número de internações psiquiátricas, polaridade dominante, comorbidades, uso de medicações e intensidade dos sintomas. Essas informações tiveram como objetivo estratificar as possíveis variáveis de confusão e realizar as devidas análises estatísticas.

### Protocolo de avaliação neuropsicológica

Foi elaborado um protocolo de avaliação neuropsicológicas composto por instrumentos direcionados a verificar nível intelectual e funções cognitivas associados ao processo de tomada de decisão. Os testes utilizados estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Instrumentos de avaliação cognitiva

<b>Instrumento</b>	<b>O que avalia</b>
<b>*CPT – Continuous Performance Test</b>	avaliação da atenção e controle inibitório
<b>Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI) – Vocabulário e Raciocínio Matricial</b>	escala para medir a inteligência
<b>FDT – Five Digit Test</b>	efeito da interferência atencional, o controle inibitório
<b>Figura Complexa de Rey - cópia</b>	habilidade visuoespacial, capacidade de planejamento e estratégias para solução de problemas
<b>IGT – Iowa Gambling Test</b>	tomada de decisão

### **\*Critérios adotados para análise dos resultados do *Continuous Performance Test* (CPT)**

- a) CPT – Continuous Performance Test – é instrumento computadorizado utilizado para avaliação da atenção e controle inibitório (STRAUSS; SHERMAN; SPREEN, 2006).



Para o presente estudo analisaremos os seguintes aspectos do CPT:

- **Comissões:** são respostas incorretas a não alvos, ou seja, o sujeito responde a estímulos que não deveria responder. Assim muitas comissões podem indicar impulsividade (CONNERS, 2018).
  - **Perseverações:** são respostas feitas em menos de 100 milissegundos após a apresentação de um estímulo, sendo que é impossível perceber e reagir a um estímulo tão rapidamente levando-se em consideração a capacidade fisiológica dos seres humanos. Assim, perseverações são provavelmente o resultado de uma resposta antecipatória, repetitiva ou impulsiva (CONNERS, 2018).
  - **Detectabilidade:** é a capacidade de discriminação de alvos, de não alvos. Nesse instrumento a pontuação é reversa, ou seja, quanto maior a pontuação pior desempenho (ou seja, pior a discriminação) (CONNERS, 2018).
  - **Omissões:** são alvos perdidos, sendo que erros de omissão são geralmente um indicador de desatenção (CONNERS, 2018).
  - **Variabilidade:** é uma medida de consistência da velocidade de resposta quando comparado o sujeito com ele mesmo, ou seja, o quão consistente a velocidade de suas respostas ocorre. A alta variabilidade da velocidade de resposta indica que a atenção do sujeito e a eficiência do processamento variou em toda a administração (CONNERS, 2018).
- b) Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI) – É uma escala para medir a inteligência de sujeitos entre 6 e 89 anos, formada por quatro subtestes: Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial (TRENTINI; YATES; HECK, 2014). O subteste Vocabulário avalia conhecimento semântico e inteligência geral (verbal); o Cubos avalia capacidade de análise e síntese de dados visoespaciais, coordenação viso-motor-espacial e estratégia de solução de problemas; o Semelhanças avalia raciocínio lógico e formação conceitual verbal. Finalmente o Raciocínio Matricial avalia o processamento da informação visual e raciocínio abstrato /analógico (NASCIMENTO, 2000). Para o presente estudo foi utilizada uma forma reduzida

dessa escala, apenas com os subtestes Raciocínio Matricial e Vocabulário, pois o intuito desse instrumento foi apenas certificar-se que os sujeitos não apresentam deficiência mental.

- c) FDT - avalia o efeito da interferência atencional, o controle inibitório (CAMPOS *et al.*, 2016), isto é, a capacidade de emitir uma resposta inusual no lugar de uma resposta usual, além de verificar a flexibilidade mental.
- d) Figura Complexa de Rey - avalia habilidade visoconstrutiva, capacidade de planejamento e estratégias para solução de problemas (REY, 2011)
- e) IGT - é uma avaliação computadorizada, na qual simula-se um jogo de cartas com ganhos e perdas monetárias – tomada de decisão que envolve funções executivas em situações ambíguas.

### **6.3 Procedimentos**

Os participantes dos grupos clínicos (pacientes já diagnosticados nos programas de tratamento do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, seja em regime de internação, seja em regime ambulatorial, portanto com o diagnóstico já realizado por médicos psiquiatras especialistas no tema) foram recrutados pessoalmente e através de comunicado interno realizado pela Assessoria de Imprensa do Instituto de Psiquiatria para o corpo funcional dos profissionais de saúde para que os pacientes fossem convidados a participar da pesquisa.

Os participantes foram informados dos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando estavam de acordo quanto a sua participação no estudo. A coleta de dados foi realizada por neuropsicólogos treinados e afeitos a área de saúde mental em um único encontro de forma individual e com duração aproximada de 90 minutos.

O resultado dos instrumentos aplicados e todas as informações pertinentes a coleta de dados deste estudo, estão armazenadas em prontuário sob responsabilidade dos pesquisadores.

### **6.4 Aspectos Éticos**

O referido projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo em 24/04/2019, tendo registro sob o Número do Parecer 3.280.904.

## 6.5 Análise dos Dados

Inicialmente os dados foram analisados para se verificar a homogeneidade da amostra através o teste de Lèvene e o teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade de distribuição de cada variável quantitativa estudada. Para variáveis homogêneas e gaussianas, a análise de variância (ANOVA) de um fator foi utilizada para testar as diferenças entre os grupos. Nos casos de F significativa, foi realizado o teste de post-hoc de diferença menos significativa de Fisher (Fisher's Least Significant Difference, Fisher's LSD) para comparações múltiplas. Já em variáveis não homogêneas e/ou não gaussianas, foi utilizado o teste de Kruskal–Wallis em cada grupo. Em casos de H significativa, foi realizado o teste de post-hoc de Dunn para comparações múltiplas.

No presente estudo foram considerados como estatisticamente significativos às diferenças com valores de  $P < 0,05$ . A análise do tamanho do efeito das diferenças estatisticamente detectadas foi obtida por meio do índice *Eta* ao quadrado parcial ( $\eta^2_p$ ) sendo possível a categorização do tamanho do efeito das diferenças significativas em três níveis: 1) Efeito Pequeno ( $\eta^2_p < 0,06$ ); 2) Efeito Médio ( $\eta^2_p$  entre 0,06 e 0,14); e 3) Efeito Grande ( $\eta^2_p > 0,14$ ).

## 7 RESULTADOS

No processo de coleta de dados, logo no início ocorreram alguns percalços, o teste computadorizado CPT foi formatado e o teste apagado com dados coletados, sem conseguir ser reinstalado, sendo necessário a compra de um novo. Além disso, a coleta de dados sofreu um atraso de aproximadamente quatro meses em decorrência da deflagração da pandemia da COVID-19, que impossibilitou uma participação mais intensa da amostra devido as restrições sanitárias de circulação.

### 7.1 Dados Sociodemográficos

Com as análises iniciais verificou-se que a amostra se apresentou homogênea, considerando critérios de idade, tempo de doença e internações psiquiátricas. Em relação ao sexo dos participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino, sendo que no grupo eutímicos essa diferença foi maior (Tabela 2).

No que tange a escolaridade, percebe-se que em todos os grupos a média de anos de escolaridade corresponde a, pelo menos nível médio completo /início do curso superior (8 ou 9 anos do ensino fundamental mais 3 anos do ensino médio). Entretanto, foi observada diferença significativa em relação a pacientes do grupo em episódio e do grupo controle, sendo que os últimos apresentam mais anos de estudo ( $p < 0,01$ , Teste = Teste de Kruskal-Wallis). Essa mesma diferença também foi notada em relação ao quociente de inteligência (QI), tanto na inteligência fluida como na cristalizada, sendo que os participantes do grupo controle apresentaram resultados significativamente maiores que o grupo episódio, mas não em relação ao grupo eutímico com  $p < 0,01$  (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2 pode-se verificar que outras duas variáveis significantes são em relação a antecedentes pessoais e tentativa de suicídio, sendo as taxas maiores em pacientes (tanto no grupo eutímico como em episódio) do que no grupo controle (Tabela 2).

**Tabela 2** - Dados sociodemográficos dos 72 participantes

<i>Variável</i>	<b>Grupos</b>			<i>P</i>
	<b>Episódio (n=21)</b>	<b>Eutímico (n=22)</b>	<b>Controle (n=29)</b>	
<b>Idade, anos</b>	37 [31–54]	39 [33–46]	43 [38–47]	0,89
<b>Sexo (F/M), %</b>	57 / 43	91 / 9	76 / 24	<b>0,04</b>
<b>Escolaridade, anos<sup>a</sup></b>	16 [12–17]*	16 [13–16]	17 [16–20]	<b>&lt;0,01</b>
<b>QI</b>	93 [83–104]*	107 [96–113]	114 [104–120]	<b>&lt;0,01</b>
Matrizes	45 [37–50]*	50 [44–57]	54 [50–59]	<b>&lt;0,01</b>
Vocabulário	45 [43–64]*	54 [49–59]	59 [54–66]	<b>0,01</b>
<b>Lateralidade (destros), %</b>	97	96	95	0,83
<b>Tempo de Doença, anos<sup>a</sup></b>	11 [7–18]	16 [8–21]	--	0,58
<b>Antecedentes Familiares, %</b>	40	71	4	<b>&lt;0,01</b>
<b>Tentativa de Suicídio, %</b>	62	32	0	<b>&lt;0,01</b>
<b>Sintomas psicóticos, %</b>	68	57	--	0,45
<b>Internações</b>				
Apenas 01vez, %	33	24	--	0,50
De 02 a 05 vezes, %	57	33	--	0,12
Mais de 05 vezes, %	5	19	--	0,15

Dados apresentados em Mediana e intervalos interquartílicos [25<sup>th</sup> –75<sup>th</sup>]. a = Teste de Kruskal-Wallis. \* = diferença vs. Grupo Controle, P<0,05.

## 7.2 Processos Atencionais pelo *Continuous Performance Test* (CPT)

A Tabela 3 expressa os resultados do desempenho dos participantes no *Continuous Performance Test* – CPT. No que tange a aspectos atencionais, medido através do *Continuous Performance Test* – CPT, foi evidenciada diferença estatística do grupo episódio em relação ao grupo controle dos pacientes em episódio nos aspectos: Comissões, Perseverações, Detectabilidade, Omissões e Variabilidade.

**Tabela 3** - Desempenho dos grupos Episódio, Eutímico e Controle em relação às variáveis do *Continuous Performance Test* – CPT

<i>Variável</i>	<b>Grupos</b>			<i>P</i>	$\eta^2_p$
	<b>Episódio (n=21)</b>	<b>Eutímico (n=22)</b>	<b>Controle (n=29)</b>		
<b>Comissões<sup>a</sup></b>	49 [46–57]*	50 [45–61]*	41 [37–46]	<b>&lt;0,01</b>	0,22
<b>Perseverações<sup>a</sup></b>	68 [48–73]* <sup>†</sup>	47 [46–48]	46 [46–53]	<b>&lt;0,01</b>	0,19
<b>Detectabilidade</b>	57 [51–63] * <sup>†</sup>	54 [46–60]*	43 [35–48]	<b>&lt;0,01</b>	0,36
<b>Omissões<sup>a</sup></b>	56 [46–76]*	48 [45–53]	45 [44–49]	<b>&lt;0,01</b>	0,15
<b>Variabilidade<sup>a</sup></b>	58 [48–69]*	53 [45–57]	46 [42–52]	<b>&lt;0,01</b>	0,13

Dados apresentados em Mediana e intervalos interquartílicos [25<sup>th</sup> –75<sup>th</sup>]. a = Teste de Kruskal-Wallis. \* = diferença vs. Grupo Controle,  $P < 0,05$ ; † = diferença vs. Grupo Eutímico,  $P < 0,05$ .

De acordo com a Tabela 3 verifica-se que o grupo eutímico apresentou piores resultados em Comissões (resposta incorretas) e em Detectabilidade (capacidade de discriminação de alvos, de não alvos) em relação ao grupo controle. Já na comparação entre episódio e eutímicos verifica-se diferença em Perseveração (resposta antecipatória, repetitiva ou impulsiva) e Detectabilidade (capacidade de discriminação de alvos, de não alvos), evidenciando que o grupo episódio apresenta pior desempenho nesses aspectos.

## 7.3 Funções Executivas pelo *Five Digit Test* (FDT)

Em relação a aspectos de funções executivas medidos através do *Five Digit Test*- FDT, evidencia-se que os pacientes de modo geral (eutímicos e em episódio) são mais lentos que o grupo controle, tanto em processos automáticos (que não requerem esforço extra) como em

processos controlados (que requerem esforço para manter a atenção diante de estímulos distratores e em alternar entre duas operações). Além disso, os pacientes quando em episódio, são mais rígidos, ou seja, têm mais dificuldade em mudar de atitude conforme as solicitações do meio (flexibilidade mental). Assim, os resultados evidenciam que pacientes bipolares apresentam lentificação quando comparados a população não clínica. E na fase de episódio, são mais rígidos em suas ações no meio, não percebendo ou aceitando as informações que o ambiente lhe passa para mudar atitudes quando necessário (Tabela 4).

**Tabela 4** - Comparação entre grupos: Episódio, Eutímico e Controle em relação às variáveis do Teste de Cinco Dígitos (*Five Digit Test* – FDT)

<i>Variável</i>	<b>Grupos</b>			<i>P</i>	$\eta^2_p$
	<b>Episódio (n=21)</b>	<b>Eutímico (n=22)</b>	<b>Controle (n=29)</b>		
FDT - Tempo processos automáticos (segundos) <sup>a</sup>	61 [45–90]*	62 [52–81]*	48 [42–57]	<b>&lt;0,01</b>	0,14
FDT- Erros processos automáticos (número bruto) <sup>a</sup>	0 [0–1]	0 [0–1]	0 [0–0]	0,05	--
FDT – Tempo processos controlados (segundos) <sup>a</sup>	107 [89–135]*	107 [92–128]*	83 [68–99]	<b>&lt;0,01</b>	0,16
FDT - Erros processos controlados (número bruto) <sup>a</sup>	5 [1–8]	3 [1–8]	2 [1–3]	0,05	--
FDT - Inibição (percentil)	45 [15–71]	50 [15–88]	55 [28–83]	0,43	--
FDT - Flexibilidade (percentil)	31 [6–50]*	50 [25–90]	60 [38–90]	<b>0,03</b>	0,11

Dados apresentados em Mediana e intervalos interquartílicos [25<sup>th</sup> –75<sup>th</sup>]. a = Teste de Kruskal-Wallis. \* = diferença vs. Grupo Controle, P<0,05.

#### **7.4 Capacidade de Planejamento pela Figura de Rey**

No que tange ao desempenho da capacidade viso espacial, a habilidade organizacional e o planejamento de ações, evidenciou-se que pacientes em episódio apresentam mais dificuldade na organização viso espacial quando comparados aos controles, mostrando mais dificuldade em organizar suas ações para agir no meio, mesmo não existindo diferença na capacidade de planejamento (Tabela 5). Ou seja, a dificuldade é na ação e não no planejamento das ações.

**Tabela 5** - Comparação entre grupos: Episódio, Eutímico e Controle em relação às variáveis da Figura Complexa de Rey

<i>Variável</i>	<b>Grupos</b>			<i>P</i>	$\eta^2_p$
	<b>Episódio (n=21)</b>	<b>Eutímico (n=22)</b>	<b>Controle (n=29)</b>		
<b>Percentil - cópia, (percentil)<sup>a</sup></b>	40 [10–100]*	73 [21–100]	75 [75–100]	<b>0,03</b>	0,07
<b>Planejamento, (número bruto)<sup>a</sup></b>	3 [1–5]	5 [3–6]	4 [2–6]	0,09	--

Dados apresentados em Mediana e intervalos interquartílicos [25<sup>th</sup> –75<sup>th</sup>]. a = Teste de Kruskal-Wallis. \* = diferença vs. Grupo Controle, P<0,05.



### 7.5 Tomada de Decisão pelo *Iowa Gambling Task (IGT)*

A Tabela 6 expressa os resultados da análise do *Iowa Gambling Task (IGT)*.

**Tabela 6** - Comparação entre grupos: Episódio, Eutímico e Controle em relação as variáveis da *Iowa Gambling Task* – IGT

<i>Variável</i>	<b>Grupos</b>			<i>P</i>	$\eta^2_p$
	<b>Episódio (n=21)</b>	<b>Eutímico (n=22)</b>	<b>Controle (n=29)</b>		
<b>Baralho A, %</b>	19 [17–25]	20 [16–24]	18 [15–25]	0,93	--
<b>Baralho B, %</b>	28 [23–31]	29 [24–34]	27 [25–35]	0,80	--
<b>Baralho C, %</b>	27 [22–30]	24 [22–31]	24 [18–26]	0,08	--
<b>Baralho D, %</b>	25 [21–30]	25 [21–28]	32 [26–37]	0,07	--
<b>Baralhos com perdas mais frequentes, %</b>	48 [43–51]	47 [42–51]	43 [36–49]	0,11	--
<b>Baralhos com perdas menos frequentes, %</b>	51 [49–56]	53 [49–58]	57 [50–63]	0,12	--
<b>Tomada de Decisão, %</b>	2 [-2–8]	-2 [-10–9]	7 [-1–17]	0,33	--
<b>Evitar Punição, %</b>	2 [-2–12]	6 [-2–17]	14 [0–25]	0,13	--
<b>1º. Bloco, %<sup>a</sup></b>	0 [-2–2]	-2 [-5– 0]	-2 [-4– 0]	0,19	--
<b>2º. Bloco, %<sup>a</sup></b>	-2 [-4– 0]	-2 [-4– 1]	0 [-4–3]	0,39	--
<b>3º. Bloco, %<sup>a</sup></b>	0 [-2–6]	2 [-1–3]	2 [0–6]	0,66	--
<b>4º. Bloco, %<sup>a</sup></b>	0 [0–3]	0 [-2–2]	2 [0–6]	0,36	--
<b>5º. Bloco, %<sup>a</sup></b>	0 [-2–6]	2 [-2–5]	2 [-1–8]	0,41	--

Dados apresentados em Mediana e intervalos interquartílicos [25<sup>th</sup> –75<sup>th</sup>]. a = Teste de Kruskal-Wallis.

De acordo com os dados da Tabela 6, embora o IGT tenha sido usado na literatura como um instrumento para verificar tomada de decisão, no presente estudo o desempenho dos participantes não evidenciou diferenças capazes de se estabelecer um perfil para diferenciar os pacientes bipolares eutímicos e em episódio de não pacientes.

## 8 DISCUSSÃO

Este estudo foi conduzido com vistas a verificar possibilidades de associações entre o Transtorno Afetivo Bipolar, o desempenho na tomada de decisão e repercussão na autonomia para atos da vida no escopo da capacidade civil. Como parte integrante das Funções Executivas, a expressão “tomada de decisão”, majoritariamente se reveste como uma função de resolução de problema pautada por meio do controle consciente de estímulos que demandam uma resolução (ALVAREZ; EMORY, 2006). Para tanto, o desempenho mais adaptado de uma tomada de decisão depende da qualidade do funcionamento de componentes cognitivos como a capacidade de inibir ou mudar o comportamento (controle inibitório e flexibilidade cognitiva), da atenção sustentada e seletiva, além da memória de trabalho (ALVAREZ; EMORY, 2006).

Com base neste aporte e nos resultados deste estudo foi possível considerar o seguinte panorama:

### 8.1 Nível de Escolaridade e Quociente de Inteligência

No presente estudo os pacientes Bipolares do grupo episódio, quando comparados com grupo controle apresentaram menos anos de escolaridade, mesmo que a média tenha sido o equivalente ao término do Ensino Médio (*high school*). O Ensino Médio também foi a escolaridade apontada na amostra de Ponsoni *et al.* (2021) em estudo brasileiro com a população de pacientes Bipolares. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) apontam que a taxa da população brasileira que concluiu o Ensino Médio é de 27,4%.

Neste seguimento, Tucci, Kerr-Corrêa e Dias (2004) em levantamento realizado com 29 pacientes diagnosticados com Transtorno Bipolar do ambulatório psiquiátrico da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP) constataram baixo nível de escolaridade dentre os pacientes, com 51,7% apenas com ensino primário (*primary school*). No estudo de Torres *et al.* (2020), os pacientes Bipolares também apresentaram nível de escolaridade menor que os indivíduos do grupo controle. Entretanto, Keramatian *et al.* (2022), em estudo conduzido no Canadá, constataram que o nível de escolaridade da amostra era correspondente ao ensino universitário (68%). MacCabe *et al.* (2010) em levantamento realizado na Suécia, onde crianças e adolescentes são obrigados a frequentar a escola até os 16 anos, apontam que baixa escolaridade está relacionada a um aumento de risco de

Transtorno Bipolar. Osuji e Cullum (2005) afirmam que pacientes bipolares apresentam eficiência intelectual semelhante daquela apresentada por não pacientes, por outro lado esses pacientes apresentam diminuição nas habilidades viso espaciais e principalmente nas funções executivas, memória episódica e atenção concentrada.

Frente ao exposto, é possível verificar que a questão de anos de escolaridade relacionado a pacientes Bipolares está equiparada com a população do país de origem desses pacientes, apesar do Transtorno Bipolar estar relacionado com interrupção precoce dos estudos. No escopo da associação anos de escolaridade e capacidade civil, tanto neste estudo quanto nos dados da literatura, podemos considerar que “anos de escolaridade” não se apresenta como uma variável que impacta ou influencia a tomada de decisão destes pacientes.

Em relação ao quociente intelectual, um dos critérios de exclusão era a presença deficiência intelectual, já que esta condição cursa com importantes prejuízos globais na pessoa, que poderiam intrinsecamente já interferir na capacidade decisória do indivíduo. Assim, em nossa amostra constatamos que os pacientes Bipolares de modo geral (tanto eutímicos como em episódios) apresentaram resultados compatíveis com a faixa média (QI entre 90 e 110), enquanto o grupo controle apresentou resultados em níveis mais elevados situando-se em na faixa média superior (QI entre 111 e 120). Entretanto, só foi verificada diferença significativa entre os pacientes do grupo episódio em relação ao controle, dado este que evidencia que pacientes em quadros maniformes ou depressivos estão sujeitos a expressarem menor eficiência intelectual, fato que não se observou no grupo de eutímicos. Este resultado é corroborado por Vreeker *et al.* (2017), que verificaram, que pacientes bipolares apresentam baixa eficiência intelectual após o início da doença quando comparados a indivíduos saudáveis.

Tendo como base escolaridade e quociente de inteligência menor (mesmo que estando na faixa média), com dificuldade tanto na inteligência fluida, que é a capacidade que uma pessoa tem em resolver problemas novos, como na inteligência cristalizada, recrutando conhecimentos antigos para resolução de problemas, os pacientes Bipolares quando em episódio, mostram-se significativamente mais prejudicados do que os não pacientes. Esse aspecto, associado a outros fatores que serão descritos a seguir, ao ser transposto para a área jurídica, pode acarretar prejuízos na capacidade decisória de um indivíduo, pois ele poderá ter mais dificuldades em recrutar conhecimentos prévios para a resolução de novos problemas.

## **8.2 Funções Executivas: Discriminação de Estímulos, Respostas Impulsivas, Reduzida Flexibilidade Mental e Dificuldade De Organização/Planejamento**

A literatura tem sido bem consistente no que tange as evidências de que pacientes bipolares apresentam déficits nas funções executivas, mesmo em eutimia (ALEXANDER *et al.*, 2017; BERSANI *et al.*, 2016; FOUNTOULAKIS, 2015; OSUJI; CULLUM, 2005; TSITSIPA; RICHA *et al.*, 2018; VOLKERT *et al.*, 2016).

No estudo conduzido por Bora, Vahip e Akdeniz (2006), usando o CPT-II foi detectado que pacientes bipolares em mania apresentam mais erros (comissões) e perseverações, indicando impulsividade. Lewandowski, Cohen e Öngur (2011) em meta-análise referem déficit em funções executivas de pacientes Bipolares de modo geral, sendo que a medida que os sintomas são mais exacerbados, tanto para mania como para depressão, os déficits são mais proeminentes.

Em nosso estudo, foi possível verificar que pacientes em episódio usando o CPT-II, apresentaram pior desempenho no processo da detectabilidade, que se fundamenta pela capacidade de discriminação de alvos, de não alvos, quando comparados a não pacientes (grupo controle). Além disso, também cometeram mais comissões (erros), ou seja, responderam a estímulos que não deveriam responder, o que podem indicar impulsividade. E por outro lado, também cometeram mais omissões, que se configuram como aspectos atencionais em associação com a memória operacional e a velocidade de processamento (OSUJI; CULLUM, 2005; VOLKERT *et al.*, 2016).

No que tange a capacidade de organização viso espacial, Tsitsipa e Fountoulakis, (2015) em meta análise demonstraram que essa dificuldade está presente apenas durante episódios e não em eutimia. Esse dado corrobora nossos resultados: pacientes em episódio também apresentaram pior organização viso espacial do que não pacientes. Em relação a pacientes eutímicos, não houve diferença significativa.

Em relação a impulsividade, presente tanto no grupo eutímico como no grupo em episódio, esta parece ser uma característica do paciente Bipolar de modo geral, também demonstrado na meta análise de Tsitsipa e Fountoulakis (2015) e de Ramírez-Martín *et al.* (2020).

Relacionando esses déficits com as habilidades necessárias a capacidade para atos da vida cível (capacidade legal), deve-se atentar para o fato de que, ao deixar passar informações importantes, este fato pode cursar com dificuldades na diferenciação do que é relevante daquilo que não é e responder de modo mais impulsivo as demandas do meio de várias naturezas. Seguindo nesta linha de raciocínio, é possível considerar que o paciente Bipolar em episódio, por exemplo, pode ter dificuldade em ler com a devida atenção e compreender adequadamente o conteúdo de um contrato, deixando passar informações importantes em uma negociação. Ou ainda, assinar esse contrato de modo impulsivo, sem considerar as consequências a longo prazo, visando apenas a recompensa imediata, correspondendo ao que afirma Ryu *et al.* (2017) sobre a dificuldade de pacientes Bipolares em episódio em ajustar suas respostas a recompensas intermitentes.

Seguindo na perspectiva do funcionamento cognitivo do paciente bipolar, focando agora na dificuldade de flexibilidade mental, ou seja, a rigidez cognitiva apresentada pelos integrantes do grupo episódio, esta condição, também pode se traduzir em dificuldades na interação social como apontado por Ponsoni *et al.* (2021), e assim, pode interferir na capacidade civil em uma negociação contratual, por exemplo.

### **8.3 Inconsistência na Velocidade de Respostas (Variabilidade)**

No estudo conduzido por Bora, Vahip e Akdeniz (2006), usando o CPT-II, foi detectado que pacientes bipolares em mania apresentam inconsistência na velocidade de respostas, do mesmo modo que foi encontrado no presente estudo com pacientes Bipolares em episódio. Os autores acrescentam que a inconsistência na velocidade de respostas pode inclusive ser um indicador de vulnerabilidade para o Transtorno Bipolar.

### **8.4 Lentificação**

A lentificação no contexto neuropsicológico está associada a velocidade de processamento, que é como tarefas cognitivas simples são executadas. Na avaliação realizada nessa pesquisa percebemos que os pacientes bipolares de modo geral (tanto eutímicos como em episódio) apresentam redução na velocidade de processamento, ou seja, mostram-se mais lentificados que não pacientes. A lentificação em pacientes eutímicos, quando comparados com não pacientes também foi verificada por Bora, Vahip e Akdeniz (2006) e em meta análise realizada por Tsitsipa e Fountoulakis (2015). Uma hipótese que podemos levantar é

que essa lentificação tenha o intuito de não cometer erros, ou pelo menos diminuir a probabilidade de ocorrência, tanto que na nossa amostra não notamos diferença estatística em relação aos erros entre os grupos. No que tange as atividades necessárias para a atos da vida civil, esse aspecto não interfere, pois referem-se as atividades cognitivas simples que não impactam no dia a dia.

## 8.5 IGT e a Tomada de Decisão

As análises realizadas em nosso estudo com o instrumento que mede a tomada de decisão (IGT) não evidenciou diferença significativa entre os grupos. Ryu *et al.* (2017) apontam que os pacientes Bipolares durante episódios tendem a selecionar mais cartas dos decks de risco quando comparadas a controles saudáveis. Gu *et al.* (2020) apontam que uma característica do paciente com Transtorno Bipolar é apresentar mais escolhas no deck B e poucas escolhas no deck D. Em nossa amostra, apesar de não haver diferença significativa, mas sim uma tendência ( $p 0,07$ ), temos que os pacientes Bipolares escolheram poucas vezes o deck D.

Entretanto, a literatura tem apresentado dados, que não configuram de forma unânime a presença de déficits na toma de decisão pelo IGT em pacientes bipolares. Por exemplo, diferentemente dos resultados de Edge, Johnson e Carver (2013) e Gu *et al.* (2020) e não encontraram diferença significativa no IGT entre pacientes Bipolares e sujeitos saudáveis. Autores como Lukacs *et al.* (2021) enfatizam que em pacientes Bipolares déficits de impulsividade não necessariamente refletem o desempenho inadequado em tarefas que avaliam planejamento e risco. É bem possível, que a observação Lukacs *et al.* (2021) corrobore os nossos resultados quanto ao IGT. Entretanto, variáveis como o tamanho da amostra, especificidade do quadro, medicações, por exemplo, precisariam ser controladas para um melhor poder de explicação deste resultado. Ryu, Ha e Cho (2021) apontam que pacientes Bipolares e não pacientes apresentam performance similar em tarefas de classificação probabilística, que envolvem aprendizado. O IGT é uma tarefa como essa.

A partir do exposto temos que em alguns aspectos avaliados, apesar de existir diferença significativa entre pacientes em episódio e não pacientes, quando comparamos pacientes em episódio com pacientes eutímicos e pacientes eutímicos com não pacientes, para os mesmos aspectos, não encontramos diferença significativa. Isso pode sugerir que os pacientes eutímicos funcionam ligeiramente pior que os não pacientes e ligeiramente melhor

que os paciente em episódios, mas sem diferença significativa, ou seja, existe uma gradação de piora de déficit. Esses achados também foram observados por Saunders, Goodwin e Rogers (2016).

Ajilore *et al.* (2015) submeteram pacientes Bipolares tipo 1, eufímicos a uma avaliação neuropsicológica e a ressonância magnética funcional. Como resultados observaram que os pacientes Bipolares apresentaram resultados mais baixos na avaliação neuropsicológica de modo geral, mas apenas a memória verbal apresentava um resultado estatisticamente significativo

No estudo de Grunze e Born (2020) foi relatado que muitos pacientes Bipolares mantêm sintomas subsindrômicos entre as fases, que interferem na funcionalidade desses indivíduos. Isso nos faz levantar a hipótese de que essas diferenças qualitativas que notamos em nossa amostra sejam esses sintomas subsindrômicos, pois, como apontado pelos autores, os sintomas não são restritos aos aspectos do humor, mas também na esfera cognitiva que acabam impactando diretamente em atividades laborais. Importante ressaltar que os autores apontam que sintomas subsindrômicos são diferentes dos sintomas residuais, ou seja, os sintomas subsindrômicos estão circunscritos em uma lacuna entre remissão e recuperação.

Retomando o objetivo do presente estudo (discutir a tomada de decisão do paciente Bipolar e relacionar isso com a capacidade legal desses indivíduos) temos que os pacientes eufímicos apresentam-se mais lentos e cometem mais erros, com pior discriminação do que deve ser feito e não deve ser feito, quando comparados a população não clínica. Isso pode ser devido a sintomas subsindrômicos, mas que não afetam diretamente a tomada de decisão e conseqüentemente a capacidade legal, pois outros aspectos necessários para o processo da tomada de decisão estão preservados, como a flexibilidade, a organização das ações no meio e a inteligência fluida e cristalizada. Este aspecto por se só corrobora a necessidade de que, mesmo na condição de estabilidade da doença, pacientes bipolares podem precisar de supervisão, principalmente quando a tomada de decisão envolver questões jurídicas.

Esta mesma linha de raciocínio se torna mais evidente quando se trata dos pacientes bipolares em episódio, ainda que não tenha sido possível identificar déficits no IGT, que mede tomada de decisão, foi possível demonstrar por outros recursos neuropsicológicos a presença déficits cognitivos repercutindo em pior discriminação entre estímulos, são menos precisos, apresentam mais respostas impulsivas / repetitivas / antecipadas, inconsistência na velocidade



de respostas, dificuldade em organizar suas ações para agir no meio e mais rigidez. Essas alterações cognitivas demonstram que ao agir no mundo, o paciente em episódio por responder com mais impulsividade e menor flexibilidade cognitiva, tornam-se mais vulneráveis na tomada de decisão. Esta vulnerabilidade, deriva da tendência desses pacientes agirem sem considerar os aspectos ambientais que lhe sinalizam que o caminho que está sendo tomado não é o mais benéfico, inclusive podendo colocá-lo em situações difíceis.

Koerich (2020) exemplifica falha do Estatuto da Pessoa com Deficiência, destacando que “uma gestão ruim dos recursos financeiros não significa uma manifestação da incapacidade civil, pessoas sem deficiência mental firmam negócios jurídicos ruins a todo momento”. O autor ilustra com uma situação envolvendo o paciente com Transtorno Bipolar, que com autonomia financeira garantida pela Tomada de Decisão Apoiada, em momentos que não possua plena capacidade de entender as consequências de seus atos (durante um episódio de hipomania, por exemplo) excede sua capacidade financeira através do uso do limite do cheque especial, ou contratando um empréstimo, ou ainda firme um contrato com um terceiro. Após remitido os sintomas, ou a família perceber o que foi feito, para desfazer os negócios é necessário entrar com uma ação judicial, pois não existe um mandado judicial que limite o oferecimento de crédito a esses pacientes. Além disso, o terceiro com quem foi firmado o contrato irá arcar com o prejuízo de desfazer o contrato, inclusive com perdas monetárias. Com base neste aporte, destaca-se a relevância do nosso estudo que evidencia falhas em processos cognitivos de pacientes com transtorno efetivo bipolar, destacando que, ainda que tais déficits não impliquem em incapacidade civil, carece de suporte na tomada de decisão.

Assim, considerando o Art. 85 do Estatuto do Deficiente (BRASIL, 2015) que aponta que a curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial – e que a curatela visa proteger o paciente (MONTEIRO; ALEXANDRE; SILVA, 2019), podemos associar o que foi apontado por Gergel e Owen (2015) e Kane (2017) que postulam “termos de compromisso” (self-binding directions) nos quais os pacientes Bipolares elencam sintomas iniciais que indicariam que ele está entrando em episódio. Assim, mesmo contra sua vontade, decisões sobre tratamento podem ser tomadas. Associamos também ao descrito por Richa *et al.* (2018) que sugerem que os pacientes, durante a eutimia, elejam uma pessoa de sua confiança que acompanhe seu tratamento para que seja elaborado, um plano de tratamento para os momentos de crise e essa pessoa possa auxiliá-lo a colocar esse plano em prática.

Transpondo o apresentado por Gergel e Owen (2015), Kane (2017) e Richa *et al.* (2018) para a realidade brasileira, associada ao levantamento apresentado no presente trabalho de dificuldades cognitivas que podem influenciar negativamente na funcionalidade desses pacientes e ao apresentada no Estatuto do Deficiente, o paciente Bipolar, durante a fase de eutimia, poderia eleger duas pessoas de sua confiança para que, durante episódios, comprovado por equipe multidisciplinar (conforme postula o Art. 2º da Lei 13.146), possam limitar suas ações de natureza negocial e patrimonial, ou ainda pedir a anulação desses atos.

## 9 CONCLUSÃO

Assim, depreende-se deste estudo que:

- **Pacientes em episódio quando comparados a não pacientes:** tem menor escolaridade, menor quociente de inteligência, apresentam maior respostas a estímulos que não deveriam responder, apresentando pior discriminação, apresentam mais respostas impulsivas / repetitivas / antecipadas, além de serem menos precisos, apresentam inconsistência na velocidade de respostas, mostram mais dificuldade em organizar suas ações para agir no meio e são mais rígidos. **Características essas ligadas a funções executivas que inclui impulsividade, dificuldade de agir no meio, desatenção e rigidez.**

- **Pacientes eutímicos quando comparados a não pacientes** apresentam-se mais lentos, cometem mais erros com pior discriminação do que deve ser feito e não deve ser feito. **Isso também indica impulsividade e desatenção.**

- **Pacientes em episódio quando comparados a pacientes eutímicos:** pacientes quando estão em fase maníaca / hipomaníaca ou depressiva apresentam mais respostas antecipatórias / repetitivas / impulsivas, com pior discriminação de alvos. **Isso sugere que os pacientes em episódio são mais impulsivos e menos precisos em suas ações.**

- **Pacientes Bipolares quando comparados a não pacientes:** apresentam lentificação quando comparados a população não clínica e são mais impulsivos. **Isso sugere que os pacientes Bipolares são mais lentos e mais impulsivos que a população geral.**

Os resultados deste estudo corroboraram dados da literatura, além disso, produzem informações relevantes, sugerindo que o paciente com Transtorno Bipolar, durante a fase episódica, período em que está mais vulnerável, apresenta prejuízos cognitivos que podem influenciar negativamente a sua funcionalidade, cursando com maior risco de prejuízos na tomada de decisão com implicações na capacidade civil. Neste contexto, depura-se a necessidade de discutir o papel da Tomada de Decisão Apoiada em pacientes com Transtornos Mentais. Ainda assim, apontamos como limitações deste estudo o tamanho da amostra, outra modalidade de medida nos moldes do paradigma do IGT e maior controle de variáveis como tempo de doença e resposta ao tratamento medicamentoso dos grupos clínicos.

Além disso, novas discussões sobre a Tomada de Decisão Apoiada em pacientes com Transtornos Mentais devem ser feitas, pois muitas vezes a alteração cognitiva é decorrente da exacerbação da doença, é transitória e / ou pode não ser incapacitante ou que o faça perder a funcionalidade.

## 10 REFERÊNCIAS

ADIDA, M.; JOLLANT, F.; CLARK, L.; GUILLAUME, S.; GOODWIN, G. M.; AZORIN, J. M.; COURTET, P. Lithium might be associated with better decision-making performance in euthymic bipolar patients. **European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology**, v. 25, n. 6, p. 788–797, 2015.

AJLORE, O.; VIZUETA, N.; WALSHAW, P.; ZHAN, L.; LEOW, A.; ALTSHULER, L. L. Connectome signatures of neurocognitive abnormalities in euthymic bipolar I disorder. **Journal of Psychiatric Research**, v. 68, p. 37–44, 2015.

ALEXANDER, L. F.; OLIVER, A.; BURDINE, L. K.; TANG, Y.; DUNLOP, B. W. Reported maladaptive decision-making in unipolar and bipolar depression and its change with treatment. **Psychiatry Research**, v. 257, p. 386–392, 2017.

ALMADA, D. F. Processos implícitos não-conscientes na tomada de decisão: a hipótese dos marcadores somáticos. **Ciência e Cognição**, v. 17, n. 1, p. 105-119, 2012.

ALMEIDA, G. P. L. **O regime do maior acompanhado da incapacidade à capacidade? Os contornos genéricos da nova disciplina legal.** 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídico-Forenses) - Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2020.

ALONSO, J.; ANGERMEYER, M. C.; BERNERT, S.; BRUFFAERTS, R.; BRUGHA, T. S.; BRYSON, H.; DE GIROLAMO, G.; GRAAF, R.; DEMYTTENAERE, K.; GASQUET, I.; HARO, J. M.; KATZ, S. J.; KESSLER, R. C.; KOVASS, V.; LÉPINE, J. P.; ORMEL, J.; POLIDORI, G.; RUSSO, L. J.; VILAGUT, G.; ALMANSA, J.; ARBABZADEH-BOUCHEZ, S.; AUTONELL, J.; BERNAL, M.; BUIST-BOUWMAN, M. A.; CODONY, M.; DOMINGO-SALVANY, A.; FERRER, M.; JOO, S. S.; MARTÍNEZ-ALONSO, M.; MATSCHINGER, H.; MAZZI, F.; MORGAN, Z.; MOROSINI, P.; PALACÍN, C.; ROMERA, B.; TAUB, N.; VOLLEBERGH, W. A.; ESEMED/MHEDEA 2000 INVESTIGATORS; EUROPEAN STUDY OF THE EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS (ESEMED) PROJECT. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, n. 420, p. 21-27, 2004.

ALVAREZ, J. A.; EMORY, E. Executive function and the frontal lobes: a meta-analytic review. **Neuropsychology Review**, v. 16, n. 1, p. 17–42, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAUNE, B. T.; MALHI, G. S. A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 17, p. 41-55, 2015. Suppl 2.

BECHARA, A.; DAMASIO, H.; DAMASIO, A. R. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. **Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)**, v. 10, n. 3, p. 295–307, 2000.

BECHARA, A.; DOLAN, S.; DENBURG, N.; HINDES, A.; ANDERSON, S. W.; NATHAN P. E. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. **Neuropsychologia**, v. 39, n. 4, p. 376–389, 2001.

BERSANI, G.; QUARTINI, A.; ZULLO, D.; IANNITELLI, A. Potential neuroprotective effect of lithium in bipolar patients evaluated by neuropsychological assessment: preliminary results. **Human Psychopharmacology**, v. 31, n. 1, p. 19–28, 2016.

BORA, E.; VAHIP, S.; AKDENIZ, F. Sustained attention deficits in manic and euthymic patients with bipolar disorder. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 30, n. 6, p. 1097–1102, 2006.

BOSAIPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, p. 72-84, 2017. Supl.1.

BOSQUET, A.; MAHÉ, I. Protected adults' voting rights: an interdisciplinary study of medical assessment and jurisprudence in France. **BMJ Open**, v. 8, n. 7, p. e020522, 2018.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 127, p. 2-11, 7 jul. 2015.

BRUNDTLAND, G. H. Mental health in the 21st century. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 4, p. 411, 2000.

CÁCEDA, R.; NEMEROFF, C. B.; HARVEY, P. D. Toward an understanding of decision making in severe mental illness. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 26, n. 3, p. 196-213, 2014.

CAMPOS, M. C.; SILVA, M. L.; FLORÊNCIO, N. C.; PAULA, J. J. Confiabilidade do Teste dos Cinco Dígitos em adultos brasileiros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 2, p. 135-139, 2016.

CAN, S. S.; ATAGÜN, M. İ.; KORKMAZ, Ş. A.; SOYKAN, Ç. Investigating the jumping to conclusion bias in bipolar disorder. **Cognitive Neuropsychiatry**, v. 24, n. 3, p. 208–216, 2019.

CARDOSO, C. O.; KRISTENSEN, C. H.; CARVALHO, J. C. N.; GINDRI, G.; FONSECA, R. P. Tomada de decisão no IGT: estudo de caso pós-AVC de hemisfério direito versus esquerdo. **Psico-USF**, v. 17, n. 1, p. 11-20, 2012.

CILLO, A.; BONETTI, M.; BURRO, G.; DI SERIO, C.; FILIPPIS, R.; MARTONI, R. M. Neurocognitive assessment in obsessive compulsive disorder patients: adherence to behavioral decision models. **PLoS One**, v. 14, n. 2, p. e0211856, 2019.

CONNERS, C. K. **Conners Continuous Performance Test (Conners CPT 3™)**. 3rd ed. [S. l.]: MHS, 2018.

COTRENA, C.; BRANCO, L. D.; FONSECA, R. P. Adaptation and validation of the Melbourne Decision Making Questionnaire to Brazilian Portuguese. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 40, n. 1, p. 29-37, 2018.

COTRENA, C.; BRANCO, L. D.; PONSONI, A.; SHANSIS, F. M.; FONSECA, R. P. Neuropsychological Clustering in Bipolar and Major Depressive Disorder. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 23, n. 7, p. 584-593, 2017.

COTRENA, C.; BRANCO, L. D.; SHANSIS, F. M.; FONSECA, R. P. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. **Journal of Affective Disorders**, v. 190, p. 744-753, 2016.

D'ALCANTE C.C. E COVRE P. Para que as funções executivas? *In*: PANTANO, T.; ROCCA, C. C. A. **Como se estuda? Como se aprende?: um guia para pais, professores e alunos, considerando os princípios das neurociências**. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2015. p. 197-208.

DAMASIO, H. Human neuroanatomy relevant to decision-making. *In*: DAMASIO, A. R.; DAMASIO, H.; CHRISTEN, Y. (ed.). **Neurobiology of decision-making: research and perspectives in neurosciences**. Berlin: Springer, 1996. p. 1-12.

DIAMOND, A. Executive functions. **Annual Review of Psychology**, v. 64, p. 135-168, 2013.

DONDERS, J. Civil capacity in transition-age youth with history of central nervous system compromise: a review. **Clinical Neuropsychologist**, v. 31, n. 3, p. 501-514, 2017.

DUTRA, S. J.; CUNNINGHAM, W. A.; KOBER, H.; GRUBER, J. Elevated striatal reactivity across monetary and social rewards in bipolar I disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 124, n. 4, p. 890-904, 2015.

EDGE, M. D.; JOHNSON, S. L.; NG, T.; CARVER, C. S. Iowa Gambling Task performance in euthymic bipolar I disorder: a meta-analysis and empirical study. **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 1, p. 115-122, 2013.

FERNANDES, F. B. F.; ROCCA, C. C.; GIGANTE, A. D.; DOTTORI-SILVA, P. R.; GERCHMANN, L.; ROSSINI, D.; SATO, R.; LAFER, B.; NERY, F. G. The association between social skills deficits and family history of mood disorder in bipolar I disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 3, p. 244-248, 2018.

FIUZA, C. **Direito civil: curso completo**. 11. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

GANZOLA, R.; DUCHESNE, S. Voxel-based morphometry meta-analysis of gray and white matter finds significant areas of differences in bipolar patients from healthy controls. **Bipolar Disorders**, v. 19, n. 2, p. 74-83, 2017.

GERGEL, T.; DAS, P.; OWEN, G.; STEPHENSON, L.; RIFKIN, L.; HINDLEY, G.; DAWSON, J.; RUCK KEENE, A. Reasons for endorsing or rejecting self-binding directives in bipolar disorder: a qualitative study of survey responses from UK service users. **Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 7, p. 599-609, 2021.

GERGEL, T.; OWEN, G. S. Fluctuating capacity and advance decision-making in bipolar affective disorder - Self-binding directives and self-determination. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 40, p. 92-101, 2015.

GRUNZE, H.; BORN, C. The impact of subsyndromal bipolar symptoms on patient's functionality and quality of life. **Frontiers in Psychiatry**, v.11, p. 510, 2020.

GU, Y. T.; ZHOU, C.; YANG, J.; ZHANG, Q.; ZHU, G. H.; SUN, L.; GE, M. H.; WANG, Y. Y. A transdiagnostic comparison of affective decision-making in patients with schizophrenia, major depressive disorder, or bipolar disorder. **PsyCh Journal**, v. 9, n. 2, p. 199-209, 2020.

GUIMARÃES, D. N.; MEDEIROS, R. F. P.; ZAGANELLI, M. V.; BENEVENUTI, C. B.; PESSIN, G. Tomada de decisão apoiada: instrumento protetivo do exercício da capacidade civil da pessoa com deficiência. **Temas em Saúde**, v. 18, n. 4, p. 270-290, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça o Brasil - População**: Educação. 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>. Acesso em: 07 out. 2021.

KANE, N. B. Ulysses in the United Kingdom: difficulties with a capacity-based justification for self-binding in bipolar disorder. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 23, n. 5, p. 1038-1044, 2017.

KERAMATIAN, K.; PINTO, J. V.; SCHAFFER, A.; SHARMA, V.; BEAULIEU, S.; PARIKH, S. V.; YATHAM, L. N. Clinical and demographic factors associated with delayed diagnosis of bipolar disorder: Data from Health Outcomes and Patient Evaluations in Bipolar Disorder (HOPE-BD) study. **Journal of Affective Disorders**, v. 296, p. 506-513, 2022.

KOERICH, B. C. **A capacidade civil da pessoa com deficiência mental e o princípio da isonomia**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

KOLLMANN, B.; YUEN, K.; SCHOLZ, V.; WESSA, M. Cognitive variability in bipolar I disorder: a cluster-analytic approach informed by resting-state data. **Neuropharmacology**, v. 156, p. 107585, 2019.

KOTZIAN, B.; PASSOS, I. C.; KAPCZINSKI, F. Curso longitudinal do transtorno bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 6, n. 5, p. 6-8, 2016.

LEWANDOWSKI, K. E.; COHEN, B. M.; ÖNGUR, D. Evolution of neuropsychological dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder. **Psychological Medicine**, v. 41, n. 2, p. 225-241, 2011.

LUKACS, J. N.; SICILIA, A. C.; JONES, S.; ALGORTA, G. P. Interactions and implications of Fuzzy-Trace theory for risk taking behaviors in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 293, p. 305-313, 2021.

MACCABE, J. H.; LAMBE, M. P.; CNATTINGIUS, S.; SHAM, P. C.; DAVID, A. S.; REICHENBERG, A.; MURRAY R. M.; HULTMAN C. M. Excellent school performance at age 16 and risk of adult bipolar disorder: national cohort study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 196, n. 2, p. 109–115, 2010.



MALLOY-DINIZ, L. F.; SEDO, M.; FUENTES, D.; LEITE, W. D. Neuropsicologia das funções executivas. *In*: FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L. F.; CAMARGO, C. H. P.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 187-206.

MASON, L.; TRUJILLO-BARRETO, N. J.; BENTALL, R. P.; EL-DEREDY, W. Attentional bias predicts increased reward salience and risk taking in bipolar disorder. **Biological Psychiatry**, v. 79, n. 4, p. 311-319, 2016.

MELLO, C. M. **Código civil comentado e interpretado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora, 2009.

MENEZES, J. B.; TEIXEIRA, A. C. B. Desvendando o conteúdo da capacidade civil a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência. **Pensar: Revista de Ciências Jurídicas**, v. 21, n. 2, p. 568-599, 2016.

MERIKANGAS, K. R.; NAKAMURA, E. F.; KESSLER, R. C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 11, n. 1, p. 7-20, 2009.

MILLAN, M. J.; AGID, Y.; BRÜNE, M.; BULLMORE, E. T.; CARTER, C. S.; CLAYTON, N. S.; CONNOR, R.; DAVIS, S.; DEAKIN, B.; DERUBEIS, R. J.; DUBOIS, B.; GEYER, M. A.; GOODWIN, G. M.; GORWOOD, P.; JAY, T. M.; JOËLS, M.; MANSUY, I. M.; MEYER-LINDENBERG, A.; MURPHY, D.; ROLLS, E.; SALETU, B.; SPEDDING, M.; SWEENEY, J.; WHITTINGTON, M.; YOUNG, L. J. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. **Nature Reviews Drug Discovery**, v. 11, n. 2, p. 141-168, 2012.

MONTEIRO, L. C. A.; ALEXANDRE, T. S.; SILVA, N. M. (In)capacidade civil da pessoa com doença de alzheimer: atuação de equipe multiprofissional como subsídio para tomada de decisão. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 2, p. 30-46, 2019.

MONTOYA ZAPATA, C. P.; PÉREZ VILLA, M.; RENDÓN MORALES, K. J.; QUINTERO ARENAS, A. A.; URREGO FEBRYS, I. C.; ÁLVAREZ GÓMEZ, M. L. Características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería de personas hospitalizadas que sufren trastorno afectivo bipolar. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 21, n. 1, p. 1-20, 2019.

NASCIMENTO, E. WAIS-III. *In*: CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 615-627.

ONO, Y.; KIKUCHI, M.; HIROSAWA, T.; HINO, S.; NAGASAWA, T.; HASHIMOTO, T.; MUNESUE, T.; MINABE, Y. Reduced prefrontal activation during performance of the Iowa Gambling Task in patients with bipolar disorder. **Psychiatry Research**, v. 233, n. 1, p. 1-8, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

OSUJI, I. J.; CULLUM, C. M. Cognition in bipolar disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 28, n. 2, p. 427-441, 2005.

OWEN, G. S.; MARTIN, W.; GERGEL, T. Miscalculating the future: affective disorder and decision-making capacity for treatment - a temporal understanding. **Psychopathology**, v. 51, n. 6, p. 371-379, 2018.

PIÑÓN-BLANCO, A.; VERGARA-MORAGUES, E.; TORRES-RINCÓN, T.; GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ, O.; CONDE-AMADO, M.; VÁZQUEZ-JUSTO, E.; OTERO-LAMAS, F. Diferencias entre hombres y mujeres en los procesos de toma de decisiones en pacientes con trastornos relacionados con sustancias. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v. 50, n. 3, p. 160-169, 2018.

PONSONI, A.; BRANCO, L. D.; COTRENA, C.; SHANSIS, F. M.; FONSECA, R. P. A longitudinal study of cognition, functional outcome and quality of life in bipolar disorder and major depression, **Applied Neuropsychology: Adult**, 2021. Ahead of print. DOI <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1979551>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23279095.2021.1979551?journalCode=hapn21>. Acesso em: 06 out. 2021.

RADULESCU, A.; NIV, Y. State representation in mental illness. **Current Opinion in Neurobiology**, v. 55, p. 160-166, 2019.

RAMÍREZ-MARTÍN, A.; RAMOS-MARTÍN, J.; MAYORAL-CLERIES, F.; MORENO-KÜSTNER, B.; GUZMAN-PARRA, J. Impulsivity, decision-making and risk-taking behaviour in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 50, n. 13, p. 2141-2153, 2020.

REY, A. **Figuras Complexas de Rey**: teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

RICHA, S.; CHAMMAY, R.; DARGÉL, A.; HENRY, C.; MASSON, M. Ethical considerations in bipolar disorders. **L'Encephale**, v. 44, n. 3, p. 286-287, 2018.

RICHARD-DEVANTOY, S.; OLIÉ, E.; GUILLAUME, S.; COURTET, P. Decision-making in unipolar or bipolar suicide attempters. **Journal of Affective Disorders**, v. 190, p. 128-136, 2016.

ROCCA, C. C. A.; LAFER, B. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 226-237, 2006.

ROCHA, F. F.; LAGE, N. V. A importância do Iowa Gambling Task para a psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 2, p. 148-149, 2011.

RYU, V.; HA, R. Y.; CHO, H. S. Altered behavioral and electrophysiological responses to social fairness in manic and euthymic patients with bipolar disorder. **Brain and Behavior**, v. 11, n. 8, p. e2289, 2021.

RYU, V.; HA, R. Y.; LEE, S. J.; HA, K.; CHO, H. S. Behavioral and electrophysiological alterations for reinforcement learning in manic and euthymic patients with bipolar disorder. **CNS Neuroscience & Therapeutics**, v. 23, n. 3, p. 248-256, 2017.

RZEZAK, P.; ANTUNES, H. K. M.; TUFIK, S.; MELLO, M. T. Translation and cultural adaptation of the Game Dice Task to Brazilian population. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 70, n. 12, p. 929-933, 2012.

SAUNDERS, K. E. A.; GOODWIN, G. M.; ROGERS, R. D. Insensitivity to the magnitude of potential gains or losses when making risky choices: women with borderline personality disorder compared with bipolar disorder and controls. **Journal of Personality Disorders**, v. 30, n. 4, p. 530-544, 2016.

SCHNEIDER, D. D. G., PARENTE, M. A. M. P. O desempenho de adultos jovens e idosos na Iowa Gambling Task (IGT): um estudo sobre a tomada de decisão. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 442-450, 2006.

SCHOLZ, V.; HOUENOU, J.; KOLLMANN, B.; DUCLAP, D.; POUPON, C.; WESSA, M. Dysfunctional decision-making related to white matter alterations in bipolar I disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 72-79, 2016.

SERAFIM, A. P.; SAFFI, F. (org.). **Neuropsicologia forense**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SERAFIM, A. P.; SAFFI, F.; MARQUES, N. M.; ACHA, M. F. F.; OLIVEIRA, M. P. C. **Avaliação neuropsicológica forense**. São Paulo: Person, 2017.

SICILIA, A. C.; LUKACS, J. N.; JONES, S.; PEREZ ALGORTA, G. Decision-making and risk in bipolar disorder: a quantitative study using fuzzy trace theory. **Psychology and Psychotherapy**, v. 93, n. 1, p. 105-121, 2020.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Sickness absence due to mental disorders and psychosocial stressors at work. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 735-744, 2015.

SIQUEIRA, A. S. S.; FLAKS, M. K.; BIELLA, M. M.; MAUER, S.; BORGES, M. K.; APRAHAMIAN, I. Decision making assessed by the Iowa Gambling Task and major depressive disorder: a systematic review. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2018.

SMIRNOVA, D.; CLARK, M.; JABLENSKY, A.; BADCOCK, J. C. Action (verb) fluency deficits in schizophrenia spectrum disorders: linking language, cognition and interpersonal functioning. **Psychiatry Research**, v. 257, p. 203-211, 2017.

STRAUSS, E.; SHERMAN, E. M. S.; SPREEN, O. **A Compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary**. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2006.

SUDO, F. K.; SALLES, A. C.; DE SANTIAGO, C. R. What are the boundaries of legal guardianship in alzheimer's disease? An evidence-based update in the context of the Brazilian Civil Code. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 1, p. 61-64, 2016.

TEIXEIRA, E. H.; FREIRE, R. N.; AMADERA, G.; VIANELLI, L.; TOMITA, F. Tomada de Decisão Apoiada: quando usar? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 1, p. 80-81, 2021.

TORRES, I. J.; QIAN, H.; BASIVIREDDY, J.; CHAKRABARTY, T.; WONG, H.; LAM, R. W.; YATHAM, L. N. Three-year longitudinal cognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 141, n. 2, p. 98-109, 2020.

TRENTINI, C. N.; YATES, D. M.; HECK, V. S. Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

TRIVEDI, J. K. Cognitive deficits in psychiatric disorders: current status. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 1, p. 10-20, 2006.

TSITSIPA, E.; FOUNTOULAKIS, K. N. The neurocognitive functioning in bipolar disorder: a systematic review of data. **Annals of General Psychiatry**, v. 14, p. 42, 2015.

TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊA, F.; DIAS, R. S. Social disability of Brazilian mood disorder patients. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, n. 11, p. 1713-1720, 2004.

VAN RHEENEN, T. E.; ROSSELL, S. L. An empirical evaluation of the MATRICS Consensus Cognitive Battery in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 16, n. 3, p. 318-325, 2014.

VOLKERT, J.; SCHIELE, M. A.; KAZMAIER, J.; GLASER, F.; ZIERHUT, K. C.; KOPF, J.; KITTEL-SCHNEIDER, S.; REIF, A. Cognitive deficits in bipolar disorder: from acute episode to remission. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 266, n. 3, p. 225-237, 2016.

VREEKER, A.; ABRAMOVIC, L.; BOKS, M. P. M.; VERKOOIJEN, S.; VAN BERGEN, A. H.; OPHOFF, R. A.; KAHN, R. S.; VAN HAREN, N. E. M. The relationship between brain volumes and intelligence in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 223, p. 59-64, 2017.

WAGNER, G. P.; PARENTE, M. A. M. P. O desempenho de idosos quanto a tomada de decisão em duas variações do Iowa Gambling Test. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 425-433, 2009.

WEST, M. L.; VAYSHENKER, B.; ROTTER, M.; YANOS, P. T. The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 38, n. 2, p. 150-157, 2015.

WHITTON, A. E.; TREADWAY, M. T.; PIZZAGALLI, D. A. Reward processing dysfunction in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 7-12, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental disorders**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 07 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

ZELAZO, P. D.; CARLSON, S. M. Hot and cool executive function in childhood and adolescence: development and plasticity. **Child Development Perspectives**, v. 6, n. 4, p. 354–360, 2012.

ZOIS, E.; KORTLANG, N.; VOLLSTÄDT-KLEIN, S.; LEMENAGER, T.; BEUTEL, M.; MANN, K.; FAUTH-BÜHLER, M. Decision-making deficits in patients diagnosed with disordered gambling using the Cambridge Gambling task: the effects of substance use disorder comorbidity. **Brain and Behavior**, v. 4, n. 4, p. 484–494, 2014.

## ANEXOS

### ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TOMADA DE DECISÃO E CAPACIDADE CIVIL EM PACIENTES PORTADORES DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

**Pesquisador:** ANTONIO DE PADUA SERAFIM

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04248318.0.0000.0068

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.280.904

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se da representação do projeto para avaliar a tomada de decisão e capacidade em pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar durante as suas diferentes fases de apresentação clínica, por meio de avaliação de características neuropsicológicas. A amostra será constituída de 200 pacientes, sendo 50 pacientes em fase maníaco/hipomaniaca, 50 em fase depressiva, 50 em eutímia, 50 sem histórico psiquiátrico. Os dados clínicos e neuropsicológicos dos grupos-caso serão comparados com o grupo controle.

##### Objetivo da Pesquisa:

O projeto objetiva avaliar por meio de testagem neuropsicológica o controle inibitório, a flexibilidade mental, a tomada de decisão e a fluência verbal em pacientes com transtorno afetivo bipolar na fase maníaco/hipomaniaca, depressiva e eutímica.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefício potencial, este estudo permite mapear as funções executivas de um paciente com transtorno afetivo bipolar, para poder inferir sobre a sua capacidade civil.

Os riscos são mínimos, visto que a avaliação psicológica por meio de bateria de testes deve ocorrer em torno de 90 minutos, oferecendo discreto desconforto causado pelo cansaço na aplicação dos instrumentos de avaliação.

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.280.904

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O proponente retifica que o projeto é um estudo transversal. Informa que o diagnóstico dos pacientes da amostra sejam padronizados com SCID-5. Esclarece ainda como e onde os controles normais serão identificados e recrutados. Por fim, o autor informa sobre o pareamento das características dos pacientes e controles.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está escrita de forma simples, apresentando o estudo e dirigindo-se corretamente aos participantes em forma de carta convite. Além disso, informações detalhadas do estudo e dos procedimentos adotados no estudo foram acrescentadas no TCLE aos pacientes.

**Recomendações:**

Projeto foi reformulado conforme as recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado. Não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1084192.pdf	14/03/2019 15:47:58		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RespostaParecerCEP.pdf	13/02/2019 11:34:15	Fabiana Saffi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.doc	13/02/2019 11:33:39	Fabiana Saffi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLErevisto.doc	13/02/2019 11:32:59	Fabiana Saffi	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 3.280.904

Ausência	TCLerevisto.doc	13/02/2019 11:32:59	Fabiana Saffi	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	07/12/2018 09:22:52	ANTONIO DE PADUA SERAFIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DIPq.pdf	07/12/2018 08:24:56	ANTONIO DE PADUA SERAFIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DRP.doc	07/12/2018 08:24:37	ANTONIO DE PADUA SERAFIM	Aceito
Folha de Rosto	FR1.pdf	06/12/2018 08:21:38	ANTONIO DE PADUA SERAFIM	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 24 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**ALFREDO JOSE MANSUR**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br




## ANEXO B – Submissão de Artigo



**Executive functioning and decision-making in patients with bipolar disorder**

Journal:	<i>Brazilian Journal of Psychiatry</i>
Manuscript ID	BJP-2022-0A-2465
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	11-Jan-2022
Complete List of Authors:	Saffi, Fabiana; Universidade de Sao Paulo Faculdade de Medicina Hospital das Clinicas Instituto de Psiquiatria, Psiquiatria Rocca, Cristiana; Universidade de São Paulo Centro de Estudos do Instituto de Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria Toschi-Dias, Edgar; Methodist University of São Paulo Durães, Ricardo; Methodist University of São Paulo, Health Psychology Program; University of Sao Paulo Institute of Psychiatry, Psychology and Neuropsychology Serafim, Antonio; Universidade de Sao Paulo Faculdade de Medicina Hospital das Clinicas Instituto de Psiquiatria, Psiquiatria; Universidade Metodista de Sao Paulo, Psicologia
Keyword - Go to <a href="http://decs.bvs.br/" target="_blank">DeCS</a> or <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh" target="_blank">MeSH</a> to find your keywords.:	Bipolar disorder, cognitive deficit, decision-making, euthymic, executive functioning


Brazilian Journal of Psychiatry

[Home](#) / [Author](#) / [Review](#)

Author Dashboard

**Author Dashboard**

- 1 Submitted Manuscripts >
- 6 Manuscripts with Decisions >
- 2 Manuscripts I Have Co-Authored >
- [Start New Submission](#) >
- [Legacy Instructions](#) >
- [5 Most Recent E-mails](#) >

## Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Editorial Office, BLP	BJP-2022-04-2465	Executive functioning and decision-making in patients with bipolar disorder <a href="#">View Submission</a>	11-Jan-2022	11-Jan-2022
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Awaiting EIC Decision</li> <li>• Awaiting Reviewer Selection</li> </ul>				

[Contact Journal](#)