

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

STEFÂNIA MARTINS TEIXEIRA

**DESEMPENHO COGNITIVO E TRANSTORNOS DE HUMOR EM ADULTOS
JOVENS: CONTRIBUIÇÕES DAS ESCALAS WECHSLER DE INTELIGÊNCIA**

Pelotas

2013/2

STEFÂMIA MARTINS TEIXEIRA

**DESEMPENHO COGNITIVO E TRANSTORNO DE HUMOR EM ADULTOS
JOVENS: CONTRIBUIÇÕES DAS ESCALAS WECHSLER DE INTELIGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Karen Jansen

Pelotas

2013/2

**DESEMPENHO COGNITIVO E TRANSTORNO DE HUMOR EM ADULTOS
JOVENS: CONTRIBUIÇÕES DAS ESCALAS WECHSLER DE INTELIGÊNCIA**

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Karen Jansen

1º Examinador Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

2º Examinador Prof. Dra. Liliane Ores

Pelotas, 10 de dezembro de 2013.

Agradecimentos,

À Deus que me concedeu tantas graças e colocou nesta minha etapa pessoas muito especiais.

À minha mãe amada, pelo apoio carinhoso e incondicional diante das minhas escolhas.

À minha orientadora Karen Jansen, por me apresentar o mundo da pesquisa, me fazendo crescer como profissional.

À minha amiga Maria Rita Tavares pela sua imensidão de coração, tornando meu mestrado mais alegre e suave.

Às psicólogas Taiane Cardoso, Thaíse Mondim e aos bolsistas de iniciação científica por não medirem esforços neste projeto.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, meu muito obrigada.

Dedicatória,

Ao meu pai (saudades eterna), que com seu exemplo de vida, me mostrou que com responsabilidade, determinação e disciplina sempre alcançamos nossos sonhos.

PROJETO DE PESQUISA

DESEMPENHO COGNITIVO E TRANSTORNOS DE HUMOR EM ADULTOS JOVENS: CONSTRUÇÕES DAS ESCALAS WECHSLER DE INTELIGÊNCIA

Projeto de pesquisa elaborado para o curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Karen Jansen.

Pelotas

2013/2

IDENTIFICAÇÃO

Título: Desempenho cognitivo e transtornos de humor em adultos jovens: contribuições das Escalas Wechsler de Inteligência

Mestranda: Stefânia Martins Teixeira

Orientadora: Karen Jansen

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

Linha de pesquisa: Psicologia da Saúde

Revista a ser submetido o artigo produzido neste estudo: *Journal of Affective Disorders*

Data: Outubro de 2013

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 HIPÓTESES	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 Estratégias de busca	13
4.2 Quadro de revisão	14
4.3 Fundamentação teórica	21
5 MÉTODO	23
5.1 Delineamento	23
5.2 Participantes	23
5.3 Cálculo de tamanho da amostra	24
5.4 Definição das variáveis	24
5.5 Instrumentos	25
5.6 Seleção e treinamento de pessoal	27
5.7 Logística da coleta de dados	28
5.8 Processamento e análise dos dados	29
5.9 Aspectos éticos	29
5.10 Cronograma	30
5.11 Orçamento	30
6 REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	34
Anexo – A: Protocolo de respostas do WAIS III	35
Anexo – B: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI II)	38
Anexo – C: <i>Young Mania Rating Scale</i> (YMRS)	42
Anexo – D: Termo de consentimento livre e esclarecido	45
Anexo – E: Documento de devolução aos participantes	47

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor aparecem como as desordens psiquiátricas mais frequentes entre os adultos jovens.^{1,2} De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Transtorno Depressivo Maior (TDM) e o Transtorno Bipolar (TB) estão entre as duas das dez principais causas de incapacidade.³ Estes transtornos acarretam conseqüências na vida do indivíduo, de ordem psicossocial e neurocognitiva.⁴

Tais repercussões revelam que os episódios dos transtornos de humor estão frequentemente associados com um prejuízo generalizado em todos os domínios do funcionamento.⁵ Com a evolução dos estudos, os pesquisadores demonstraram que distúrbios neurológicos provocam alterações comportamentais e que transtornos psicológicos também podem causar disfunções cognitivas.⁶ Contudo, a etiologia das disfunções cognitivas e sua relação com a progressão da doença não são bem compreendidos, o que se concebe atualmente é que o desempenho cognitivo possa ser influenciado pela gravidade da doença.⁷

Neste contexto, os instrumentos de avaliação da inteligência têm sido bastante usados, pois além deles possibilitarem a obtenção de medidas de Quociente de Inteligência, a utilização dos mesmos permite também a identificação de dificuldades cognitivas mais específicas, uma vez que os pacientes podem apresentar desempenhos diferenciais entre os subtestes.⁸ Nesse sentido, a importância em se delinear prejuízos cognitivos nos transtornos de humor é que, além de auxiliar na compreensão da fisiopatologia, pode-se oferecer ao paciente uma forma de acompanhamento adicional ao tratamento médico, cuja finalidade seria minimizar as interferências que as dificuldades nestes processos causam na área social e ocupacional.⁹ Portanto, diante do acima exposto justifica-se a realização do presente projeto a fim de investigar o desempenho cognitivo através das Escalas Wechsler de Inteligência, e correlacionar a severidade dos sintomas dos transtornos de humor com os quatro índices

fatoriais da Escala Wechsler de Inteligência – WAIS III, os quais são: Índice de Compreensão Verbal (ICV), Índice de Organização Perceptual (IOP), Índice de Memória Operacional (IMO) e Índice de Velocidade de Processamento. Além disso, este projeto tem por finalidade, verificar se o tempo de doença está associado com o pior desempenho em adultos jovens da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar se o desempenho cognitivo está associado aos transtornos de humor em adultos jovens da cidade de Pelotas – RS.

2.2 Específicos

- Correlacionar a severidade dos sintomas depressivos com os Índices Fatoriais: Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Memória Operacional (IMO) e Velocidade de Processamento (IVP) que compõem o WAIS III;
- Correlacionar a severidade dos sintomas maníacos com os Índices Fatoriais: ICV, IOP, IMO e IVP que compõem o WAIS III;
- Verificar em quais Índices Fatoriais do WAIS III os adultos com transtorno de humor apresentam menores escores quando comparados a adultos sem transtornos de humor;
- Correlacionar os Índices Fatoriais dos adultos com transtornos de humor associados ao tempo de doença.

3 HIPÓTESES

- Quanto maior a severidade dos sintomas depressivos, menor o desempenho nos Índices de Memória Operacional e Velocidade de Processamento;
- Quanto maior a severidade dos sintomas maníacos, menor o desempenho nos Índices de Organização Perceptual e Memória Operacional;
- Os adultos com transtornos de humor apresentam menor desempenho em todos os Índices Fatoriais quando comparados aos sem diagnóstico;
- Quanto maior o tempo de doença menor o desempenho cognitivo dos adultos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Estratégias de busca

Pubmed* – busca realizada por descritores até agosto de 2013.

- Mood Disorder AND WAIS III – 19
- Mood Disorder AND Cognitive Deficit – 677
- Mood Disorder AND Neuropsychological Assessment – 266
- Mood Disorder AND Neurocognitive Dysfunction* – 248
- Mood Disorder AND Cognitive Impairment – 2589
- Mood Disorder AND Cognitive Abilities – 323
- Mood Disorder AND Cognitive Dysfunction* – 210

* Publicados nos últimos dez anos; pesquisa com humanos do gênero masculino e feminino com idade entre 19 e 44 anos; idioma inglês.

PsycInfo – busca realizada por descritores até agosto de 2013.

- Mood Disorder AND WAIS III – 01
- Mood Disorder AND Cognitive Deficit – 05
- Mood Disorder AND Neuropsychological Assessment – 02
- Mood Disorder AND Neurocognitive Dysfunction – 01
- Mood Disorder AND Cognitive Impairment – 07

4.2 Quadro de revisão

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Simonsen C, et al. (2008) NORUEGA</p> <p><i>Bipolar Disorders</i></p>	<p>Examinar se os pacientes com Transtorno Bipolar tipo I e tipo II apresentam perfis neurocognitivos diferentes.</p>	<p><i>Delineamento:</i> transversal com grupo controle</p> <p><i>Participantes:</i> 44 sujeitos com TB tipo I; 31 com TB tipo II e 124 controles.</p> <p><i>Instrumentos:</i> WAIS-III, WMS-III, CVLT-II, WM-MA, D-KEFS, Colour-Word-Interference Test. Entrevista estruturada do DSM-IV, IDS-C, PANSS-G6, YMRS, CDSS E GAF.</p> <p><i>Captação da amostra:</i> os pacientes bipolares foram recrutados de unidades psiquiátricas dos três maiores hospitais de Oslo.</p> <p><i>Crítérios de exclusão:</i> histórico de dores severas de cabeça, transtornos neurológicos, retardo mental, idade que não seja entre 18-60 anos.</p>	<p>O grupo de bipolares tipo I obteve uma <i>performance</i> significativamente pior que o grupo controle e o grupo de bipolares tipo II, em todas as medidas de memória. Comparado com o grupo controle, os bipolares tipo I também apresentaram <i>performance</i> reduzida na maioria das medidas de atenção e funções executivas.</p>	<p>Este estudo concluiu que a reabilitação cognitiva tem um papel importante para estes grupos de pacientes estudados.</p>

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p data-bbox="161 603 353 735">Yates DB, et al. (2011) BRASIL</p> <p data-bbox="125 810 392 890"><i>Journal of Psychiatric Research</i></p>	<p data-bbox="450 584 759 970">Comparar a performance de pacientes eutímicos, depressivos e controles saudáveis, explorando quais variáveis clínicas influenciam seu desempenho nos subtestes que compõem o WAIS III.</p>	<p data-bbox="831 352 1160 584"><i>Delineamento:</i> Transversal <i>Participantes:</i> 65 pacientes Bipolares, sendo 34 em episódio depressivo, 31 eutímicos e 34 controles.</p> <p data-bbox="808 608 1189 687"><i>Instrumentos:</i> YMRS, HDRS E WAIS III.</p> <p data-bbox="864 711 1133 743"><i>Captação da amostra:</i></p> <p data-bbox="801 759 1189 991">Os sujeitos foram recrutados em um Programa do Transtorno Bipolar da UFRGS, em um hospital público de Porto Alegre, Brasil.</p> <p data-bbox="801 1015 1189 1142"><i>Critérios de exclusão:</i> pacientes com comorbidades que afetam a cognição.</p>	<p data-bbox="1234 584 1626 919">Os pacientes com transtorno bipolar em episódio depressivo apresentaram menor desempenho quando comparados com os eutímicos, os quais obtiveram menor desempenho ainda que os controles no WAIS III.</p>	<p data-bbox="1666 507 2063 1038">Este estudo não obteve em sua amostra paciente em episódio maníaco, não revelou as perdas bem como não apresentou os critérios de inclusão para o grupo controle. O estudo utilizou todos os subtestes do WAIS III com exceção do subteste Vocabulário. Este é um estudo brasileiro.</p>

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Sole B, et al. (2012) ESPANHA</p> <p><i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i></p>	<p>Comparar pacientes bipolares eutímicos nos aspectos demográficos e educacionais com grupo controle e elucidar o perfil neuropsicológico neste episódio.</p> <p>Estudar a relação entre desempenho cognitivo e desfecho de funcionamento.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Transversal</p> <p><i>Participantes:</i> 85 pessoas, sendo 43 pacientes Bipolares e 42 controles.</p> <p><i>Instrumentos:</i> SCID, HDRS, YMRS, WAIS, CVLT, WCST, FAS, TMT e SOFAS.</p> <p><i>Captação da amostra:</i></p> <p>Os sujeitos foram recrutados em um Programa de Transtorno Bipolar do Hospital de Clínicas de Barcelona. O grupo controle foi composto por voluntários sem histórico de comprometimento psiquiátrico e neurológico.</p> <p><i>Crítérios de exclusão:</i> Histórico de retardo mental ou uma condição clínica que afete o desempenho cognitivo. Alguma doença física ou neurológica, neurodegenerativa ou doença endócrina, exceto hipotireoidismo.</p> <p>Comorbidades de eixo I, terapia eletroconvulsiva durante o ano de avaliação neuropsicológica.</p>	<p>Os pacientes bipolares mostraram um baixo desempenho em muitas medidas de atenção, aprendizagem, memória verbal e funções executivas quando comparada aos controles. Além disso, uma medida de funções executivas e sintomatologia depressiva subliminar foi descoberta como preditor do desfecho de funcionamento.</p>	<p>O efeito da medicação e o impacto das psicoses não foram controlados.</p>

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Pattanayak RD, et al. (2012) INDIA</p> <p><i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i></p>	<p>Avaliar a performance cognitiva, qualidade de vida e o funcionamento global em pacientes eutímicos e controles saudáveis. Explorar a hipótese que o baixo desempenho cognitivo irá adversamente influenciar a qualidade de vida de pacientes com transtorno bipolar.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Transversal</p> <p><i>Participantes:</i> 30 pacientes Bipolares e 20 controles.</p> <p><i>Instrumentos:</i> SCID, HDRS, YMRS, Hindi Mental State Examination, Edinburgh Handedness Inventory, Ishihara's color charts, WAIS III, Trail Making Test, Verbal Working Memory N-Back Test, Stroop Color and Word Test, Postgraduate Institute memory, World Health Organization QoL-Brief, Global Assessment of Functioning.</p> <p><i>Captação da amostra:</i> Usuários Clínicos do Departamento de Psiquiatria do Instituto de Ciências Médicas.</p> <p><i>Critérios de exclusão:</i> diagnóstico atual ou ao longo da vida de um transtorno psiquiátrico em vez de transtorno bipolar tipo I; diagnóstico de dependência de substância atual ou ao longo da vida, exceto nicotina, histórico de terapia eletroconvulsiva, histórico de ferimento na cabeça, doença neurológica.</p>	<p>Comparado aos controles, os pacientes apresentaram menores escores nos domínios psicológico e social da qualidade de vida, bem como no funcionamento global. Outro achado foi que a disfunção cognitiva é um predito da baixa qualidade de vida na fase estável do Transtorno Bipolar.</p>	<p>O estudo revela pequeno poder amostral dificultando a generalização dos achados. Além disso, a maioria dos pacientes usavam medicação que pode afetar o funcionamento cognitivo e qualidade de vida, ambos por sofrerem efeito colateral.</p>

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Hellvin T, et al. (2012) NORUEGA <i>Bipolar Disorders</i></p>	<p>Investigar as funções neurocognitivas em dois subgrupos de pacientes bipolares (primeiro episódio e episódios maníacos não tratados previamente) e controles saudáveis, pareados por idade, sexo, nível educacional, além disso objetivou verificar a severidade do prejuízo no desempenho cognitivo, avaliar se a diferença é clinicamente significativa entre o desempenho dos bipolares e controles, bem como, descrever os domínios de maior prejuízo</p>	<p><i>Delineamento:</i> Coorte <i>Participantes:</i> 34 pacientes com primeiro episódio maníaco 21 episódios maníacos e 110 sujeitos no grupo controle. <i>Instrumentos:</i> BDI-I, SCID, IDS-C, YMRS, PANSS, WMS-III, CVLT, Rey Complex Figure Test, WAIS-III, Color-Word Interference Test, D-KEFS, N-Back, Wisconsin Card Sorting Test, NART, WASI. <i>Captação da amostra:</i> Participantes foram recrutados do Early Bipolar Disorder Study de um hospital de Oslo. <i>Critérios de exclusão:</i> história de hospitalizações por problemas neurológicos, transtornos neurológicos, condições médicas que interferem no funcionamento cerebral, QI abaixo de 70 e idade fora do intervalo de 17-60 anos. Além disso, terem a primeira língua norueguês ou terem recebido sua compulsória estudantil na Noruega, e terem escores de 15 ou acima no CVLT II.</p>	<p>A disfunção neurocognitiva está presente no início do curso do Transtorno Bipolar. Os domínios de maior prejuízo nos pacientes com TB precoce foram velocidade psicomotora, atenção, aprendizagem e memória, funções executivas e QI. 8% dos pacientes em primeiro episódio e 16% dos pacientes com episódio prévio tiveram clinicamente desempenho neurocognitivo significativo.</p>	<p>O estudo sugere que o a medida que o transtorno progride, a disfunção neurocognitiva também aumenta.</p>

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Godard J, et al. (2012) CANADA</p> <p><i>Psychiatry Research</i></p>	<p>Caracterizar o perfil psicossocial e neurocognitivo em pacientes com Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Bipolar durante o episódio de depressão maior através de acompanhamento de 12 meses.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Coorte</p> <p><i>Participantes:</i> 13 com Transtorno Depressivo Maior, 11 com Transtorno Bipolar e 30 controles.</p> <p><i>Instrumentos:</i> MINI, HDRS, MADRS, YMRS, BDI-II, BAI, LIFE-RIFT, CPT-II, D-KEFS, CogitEx II, CVLT-II, Subteste Cubos da escala WAIS III, Subtestes Vocabulário e Raciocínio Matricial da escala WASI.</p> <p><i>Captação da amostra:</i> Participantes foram recrutados da clínica de transtorno de humor do Instituto Universitário em Saúde Mental de Québec.</p> <p><i>Critérios de exclusão:</i> Transtorno psicótico, histórico de moderado a severo de ferimento na cabeça, transtorno neurológico, retardo mental, histórico de dificuldade de aprendizagem, e fora do intervalo de 18 a 65 anos de idade.</p>	<p>Depois de um ano de tratamento, o desempenho ocupacional bem como a disfunção neurocognitiva, persistiu o suficiente a alterar o funcionamento diário.</p>	<p>Em função da amostra do estudo ser pequena, isso limita as análises estatísticas e resulta em uma falta de poder estatístico. Além disso, a duração do follow-up foi relativamente pequena.</p>

Autor (ano) País	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Sarapas C, et al. (2012) CHICAGO</p> <p><i>Journal of Abnormal Psychology</i></p>	<p>Examinar o quanto a variância no funcionamento cognitivo é explicada pelo estado atual ou passado de depressão e se as mudanças de estado da depressão predizem mudanças na cognição no curso de seis anos e, se a cognição mostra uma estabilidade longitudinal no curso de seis anos.</p>	<p><i>Delineamento:</i> Coorte</p> <p><i>Participantes:</i> 89 sujeitos, dentre eles 42 unipolares e 47 bipolares</p> <p><i>Instrumentos:</i> WAIS-R, Trail Making Test, Wisconsin Card Sorting Test, Fluencia Verbal C-F-L, Teste de Aprendizagem Verbal California</p> <p><i>Captação da amostra:</i> os sujeitos fazem parte de um estudo de acompanhamento de Chicago, de um programa de pesquisa de psicopatologia severa. Os participantes foram recrutados de unidade de internação psiquiátrica e inicialmente diagnosticados pelo Critério Diagnóstico de Pesquisa para depressão aguda ou episódio maníaco baseado em uma entrevista estruturada.</p> <p><i>Crítérios de exclusão:</i> Psicóticos ou sujeitos que contemplam mais que dois critérios para episódio maníaco de acordo com o <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>.</p>	<p>Participantes bipolares mostraram pobre processamento psicomotor/ atencional e velocidade de processamento que os participantes unipolares, mas o grupo não diferiu nos outros domínios cognitivos. Estes achados revelam que alguns indivíduos com transtorno de humor apresentam prejuízo cognitivo até mesmo durante períodos de eutímia.</p>	<p>Neste estudo não houve a comparação com um grupo controle.</p>

4.3 Fundamentação teórica

Um crescente corpo de evidências sugere que pacientes com transtorno de humor apresentam danos neuropsicológicos persistentes mesmo durante períodos eufímicos.¹⁰ Estudos revelam que o desempenho cognitivo destes pacientes é significativamente pior quando comparado aos controles saudáveis.¹¹ Os sujeitos com TB, por exemplo, revelam um desempenho reduzido em todas as medidas de memória verbal e na maioria das medidas de atenção e funções executivas quando comparados aos controles.¹²

Há um consenso na literatura que os domínios de aprendizagem verbal e memória, atenção, funções executivas e fluência verbal revelaram estar associados a um menor desempenho em pacientes com TB.^{11, 13} Se somado a isso, a velocidade de processamento psicomotora quando avaliada através de testes, revela uma diferença estatisticamente significativa em sujeitos bipolares em comparação a indivíduos sem transtornos de humor.¹⁴ Aliado a esse perfil, em um estudo de acompanhamento de 12 meses, o perfil neurocognitivo de pacientes com TDM e com TB permaneceu relativamente estável ao longo do tempo, isto é, em ambos a maioria mostrou disfunções atencionais e de ordem executivas.⁴ Sendo este estudo realizado em pouco tempo, um acompanhamento mais longo seria necessário para avaliar a progressão do transtorno bipolar de forma mais sensível.

Em se tratando da severidade dos sintomas depressivos, especificamente, a literatura revela que em média, estes predizem o desempenho na atenção, velocidade de processamento entre pacientes unipolares e bipolares, e, na flexibilidade cognitiva entre os indivíduos unipolares.¹⁵ Porém, quando comparado com outros transtornos mentais, tais como: esquizofrenia e TB, tem se dado menos ênfase aos riscos causados pelo déficit

cognitivo no TDM, mesmo sabendo que os prejuízos cognitivos são freqüentes e em alguns casos podem preceder a manifestação dos sintomas depressivos clinicamente significativos.¹⁶ Nesse sentido, estudo que avaliou o desempenho neuropsicológico de bipolares em episódios depressivos, maníacos e mistos, revelou que não há diferença estatisticamente significativa entre os episódios avaliados. Além disso, os três grupos revelaram pior desempenho que o grupo controle no que tange aos domínios cognitivos.¹⁷

Quanto ao tempo de doença, pouco se sabe a respeito da natureza e extensão do déficit neurocognitivo em pacientes com TDM e TB. Estudo revelou que a faixa etária, a severidade, a duração da doença e o uso de medicações podem influenciar no funcionamento psicossocial e neurocognitivo do indivíduo.⁴ Um estudo prospectivo evidenciou que sintomas iniciais de depressão, juntamente com um maior número de hospitalizações e déficit na velocidade de processamento aparecem como relacionados a um prejuízo no desempenho funcional em pacientes com TB após 15 anos de diagnóstico.¹⁸

Em contrapartida, um estudo transversal, no qual foi realizada uma bateria neuropsicológica a fim de verificar o desempenho neurocognitivo, avaliou-se também variáveis clínicas tais como: tempo de doença, uso de medicação e aspectos demográficos, no entanto, não foi constatado nenhuma das características de forma estatisticamente significativa no desempenho cognitivo dos pacientes com TB.¹⁹

Diante disso, verifica-se que embora esteja clara a relação entre os transtornos de humor e déficit cognitivo, a maioria dos estudos encontrados têm amostras de conveniência advindas de ambulatórios psiquiátricos e poucos incluem sujeitos em início da doença. Também verificou-se que os estudos apresentam pequenos tamanhos amostrais. Observa-se, assim, que são necessários estudos que contemplem esta

problemática, uma vez que, o déficit cognitivo possa ser um fator de vulnerabilidade para os transtornos de humor por estarem presentes desde o início da doença e piorar à medida que a doença progride.

5 MÉTODO

5.1 Delineamento

Trata-se de um delineamento transversal aninhado a um estudo de coorte intitulado “Fatores psicossociais e biológicos no transtorno bipolar: uma coorte populacional com jovens”, realizado na cidade de Pelotas.

5.2 Participantes

Através de uma amostragem não probabilística, 231 jovens adultos (55 adultos com diagnóstico de TB, 82 com TDM e 94 controles populacionais), com idades entre 21 e 30 anos, provenientes de um estudo de base populacional, serão convidados a participar de uma avaliação cognitiva.

5.2.1 Critérios de inclusão

Ter participado do estudo populacional;

Ter completado a avaliação clínica diagnóstica da segunda avaliação;

Apresentar diagnóstico de transtorno bipolar ou de transtorno depressivo maior ou ainda, ter sido sorteado no pareamento para compor o grupo controle.

5.2.2 Critérios de exclusão

Apresentar sintomas psicóticos avaliados através da entrevista clínica estruturada para o DSM III-R *Mini International Neuropsychiatric Interview* na versão Plus (MINI Plus)²⁰, e/ou retardo mental, isto é, QI abaixo de 70 obtido através do WAIS-III.

5.3 Cálculo de tamanho da amostra

Os objetivos do estudo visam correlacionar os índices fatoriais da WAIS III com a severidade de sintomas maníacos e depressivos, bem como ao tempo de doença. Com um n amostral de 55 adultos jovens com diagnóstico de TB, estimando-se 15% de perdas/recusas é esperado um n de 47 sujeitos. Considerando-se α (bidirecional) de 0,05 e β de 0,20 é possível testar correlações com um r de 0,40.

Como a amostra já está previamente estabelecida, para todas as associações testadas será apresentado o *effect size*.

5.4 Definição das variáveis

Variável dependente: desempenho cognitivo – obtida através da escala WAIS III, onde serão considerados quatro desfechos: ICV, IOP, IMO e IVP - Contínuas

Variáveis independentes:

1. Classificação econômica – através da classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008)²¹ – Este instrumento mensura bens de consumo e a escolaridade do chefe da família, gera uma variável ordinal (A, B, C, D e E), onde “A” é a classificação mais alta e “E” a classificação mais baixa

2. Trabalho – sim/não - Dicotômica
3. Escolaridade – anos de escola aprovados (concluídos) - Discreta
4. Sexo – masculino/feminino - Dicotômica
5. Estado civil – solteiro/casado/viúvo/vive junto - Nominal
6. Tempo de doença – em anos – Entrevista clínica - Discreta
7. Uso de medicamento – antidepressivos/ansiolítico/estabilizado do humor/não -
Nominal
8. Dominância manual – destro/sinistro - Dicotômica
9. Severidade dos sintomas depressivos – *Beck Depression Inventory* - Discreta
10. Severidade dos sintomas maníacos – *Young Mania Rating Scale* - Discreta
11. Diagnóstico – depressão/transtorno bipolar/ausência de diagnóstico – MINI-Plus
Nominal
12. Episódio atual – mania, depressão, eutimia, hipomania – MINI- Plus - Nominal

5.5 Instrumentos

5.5.1 Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - 3ª edição (WAIS III) – (ANEXO A)

É um teste de avaliação clínica de capacidade intelectual de adultos na faixa de 16 a 89 anos. É composto de 14 subtestes organizados em duas escalas (Verbal e Execução). Além disso, nos permite acessar quatro índices fatoriais denominados: Compreensão Verbal, Organização Perceptual, Memória Operacional e Velocidade de Processamento. Para pontuação do WAIS III, é realizado um método onde se obtém os escores brutos de cada subteste e, posteriormente, estes são transformados em escores ponderados em relação à faixa etária de cada examinando. Os totais de escores

ponderados usados para o cálculo das três escalas de Quociente de Inteligência (QI) são obtidos somando-se os escores ponderados do examinando nos subtestes relevantes: Vocabulário, Semelhanças, Aritmética, Dígitos, Informação e Compreensão para a Escala Verbal; Completar Figuras, Códigos, Cubos, Raciocínio Matricial e Arranjo de Figuras para a Escala de Execução, e os 11 subtestes para Escala Total. Da mesma forma, os totais de escores ponderados usados para o cálculo dos Índices são obtidos somando-se os escores ponderados do examinando nos subtestes relevantes: Vocabulário, Semelhanças e Compreensão para o Índice de Compreensão Verbal; Completar Figuras, Cubos e Raciocínio Matricial para o Índice de Organização Perceptual; Aritmética, Dígitos e Sequências de Números e Letras para o Índice de Memória Operacional e Códigos e Procurar Símbolos para o Índice de Velocidade de Processamento. A tabela abaixo apresenta faixas específicas de escores de QI e as categorias de diagnóstico qualitativo equivalentes. Essas categorias e faixas de escores de QI são as mesmas em todas as escalas Wechsler e foram definidas estatisticamente. Este instrumento foi validado para população brasileira por Nascimento.²²

Tabela 1. Interpretação dos escores de QI.

Escore de QI	Classificação
120 – 129	Superior
90 – 109	Médio
70 – 79	Limítrofe

5.5.2 Severidade dos sintomas depressivos - Beck Depression Inventory – II (ANEXO B)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI II) consiste em uma escala para avaliação da intensidade dos sintomas depressivos. Trata-se de um instrumento autoaplicável que contém vinte e um grupos de afirmações sobre sintomas depressivos, avaliando como o paciente se sente nos últimos 15 dias. O BDI II apresenta escores que variam de 0 a 63 pontos, em que quanto maior a pontuação maior a severidade do quadro depressivo. Foi validado para população brasileira por Gomes-Oliveira.²³

5.5.3 Severidade dos sintomas maníacos - Young Mania Rating Scale (ANEXO C)

Esta é uma escala clínica semi-estruturada que avalia a manifestação dos sintomas maníacos. É composta de 11 grupos de afirmações. Para cada item, os valores são avaliados de acordo com a sua intensidade. O escore total é obtido pela soma dos valores atribuídos em todos os itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 58 indicando que quanto maior o valor maior a severidade dos sintomas. Foi validada para a língua portuguesa para a população de Portugal por Vilela.²⁴

5.6 Seleção e treinamento de pessoal

Serão selecionados para aplicação do instrumento três bolsistas de iniciação científica que já tenham cursado a disciplina Técnicas Psicométricas do curso de Psicologia. Duas psicólogas, doutorandas com bolsa CAPES no PPGSC, também serão avaliadoras.

O treinamento para o manuseio da Escala Wechsler para Adultos - WAIS III será ministrado por esta mestranda. Para tal, será apresentada a forma de aplicação de cada um dos subtestes e suas peculiaridades. Posteriormente, os bolsistas realizarão um

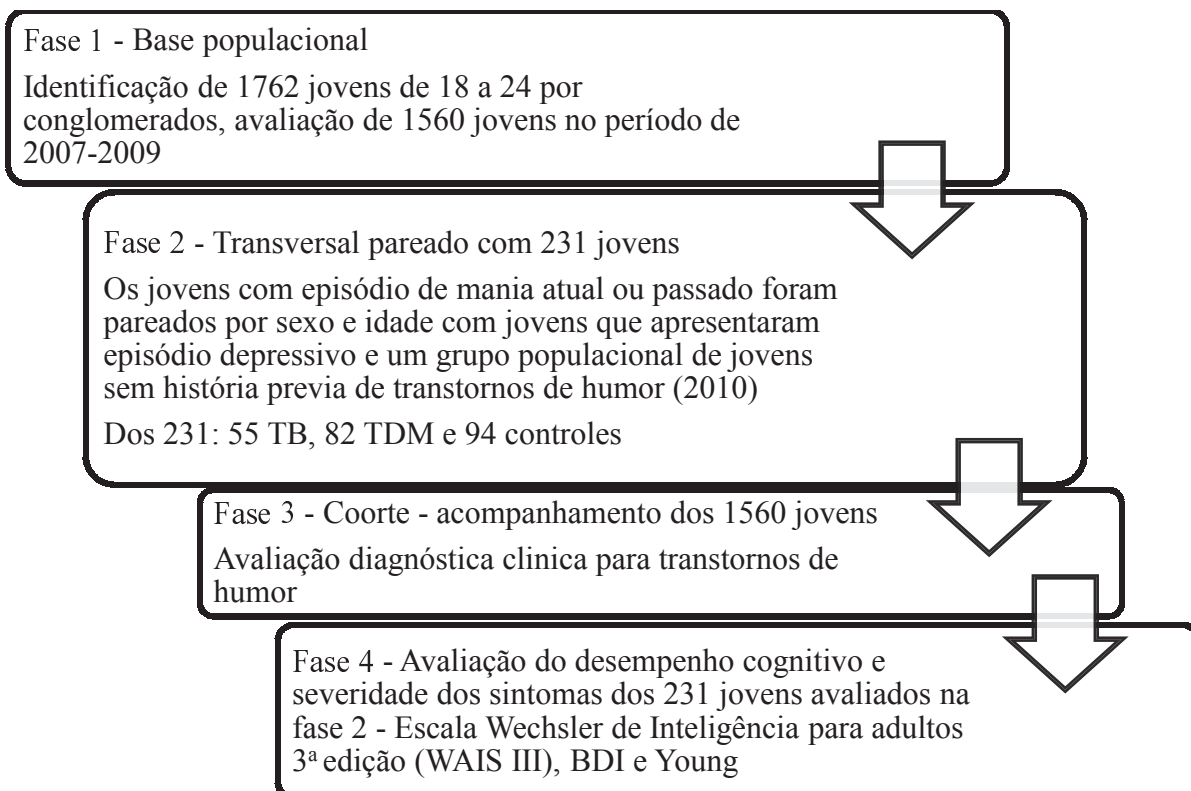
piloto aplicando o instrumento na mestrandia responsável pelo treinamento, com isso, será possível verificar o desempenho de cada um dos avaliadores e promover as devidas correções.

Em um segundo momento, será feito o treinamento para pontuação dos subtestes do WAIS III. Semanalmente reuniões de calibragem serão realizadas com o intuito de aperfeiçoar a aplicação e correção por parte dos avaliadores.

5.7 Logística da Coleta de dados

Os adultos que comparecerem na 3ª fase serão convidados a participar da avaliação cognitiva através do WAIS III no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental.

Figura 1: Fluxograma da logística do estudo.



5.8 Processamento e análise de dados

Após a codificação dos instrumentos de avaliação, os dados serão duplamente digitados no programa Epi-Info 6.04d com posterior checagem da consistência dos dados através do comando VALIDADE.

A análise dos dados será realizada no programa Stata 9. A apresentação das medidas de posição e dispersão da amostra será realizada de acordo com a distribuição dos sintomas depressivos e maníacos na curva de Gauss. Se a distribuição dos dados for normal os mesmos serão apresentados por média e desvio padrão e a análise indutiva será processada através do teste t e correlação de Pearson. Caso contrário, os dados serão apresentados por medianas e intervalos interquartis, enquanto os testes de associações serão realizados por Wilcoxonrank-sum e correlação de Spearman. Serão consideradas associações estatisticamente significativas quando $p\text{-valor} < 0,05$.

5.9 Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Os adultos receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Será assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados. Os adultos que apresentarem sintomas psicótico e/ou retardo mental serão encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial mais próximo de sua residência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UCPel sob número 2011/46.

5.10 Cronograma - 2013

ATIVIDADES	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X									
Treinamento dos instrumentos: WAIS III, BDI II e YMRS	X	X									
Coleta de dados		X	X	X	X	X	X	X			
Correção dos instrumentos		X	X	X	X	X	X	X			
Dupla digitação dos dados					X	X	X	X	X		
Análise									X	X	
Redação do artigo										X	
Defesa											X

5.11 Orçamento

Item	Valor individual	Valor total
Material de consumo		
Ajuda de custo para locomoção da amostra	R\$ 20,00	R\$ 4.620,00
Teste utilizado para avaliação cognitiva – Escala de Inteligência Wechsler para adultos 3ª edição WAIS III	R\$ 980,00	R\$ 980,00
Material de escritório (lápiz, apontador, envelopes, cronômetro, folhas de resposta)	R\$ 9,90	R\$ 99,00
Pagamento de pessoal		
03 bolsas de Iniciação Científica	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
02 bolsas de Doutorado	R\$ 2.000,00	R\$ 48.000,00
TOTAL		R\$ 68.099,00

* Projeto com recurso da FAPERGS e CNPq.

6 REFERÊNCIAS

1. Kessler R, et al. Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety* 2010; 27(4): 351-64.
2. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7): 316-25.
3. World Health Organization (WHO), 2004. The Global Burden of Disease: Update. *WHO Press*, Switzerland.
4. Godard J, et al. Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: A 12-month prospective study. *Psychiatry Research* 2012; 196:145-53.
5. Martínez-Arán A, et al. Cognitive function across manic, hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161(2): 262-70.
6. Malloy-Diniz L, et al. Neuropsicologia das funções executivas. *Neuropsicologia: Teoria e Prática* 2008; 187-206.
7. Yates DB, Dittmann S, Kapczinski F, Trentini CM. Cognitive abilities and clinical variables in bipolar I depressed and euthymic patients and controls. *J Psychtr Res* 2011; 45(4): 495-504
8. Wagner G, et al. Habilidade intelectuais em paciente com doença de alzheimer: Contribuições das Escalas Wechsler de Inteligência Abreviada (WASI). *Revista Neuropsicologia Latinoamericana* 2010; 3(2): 28-36.

9. Rocca C, et al. Alterações neuropsicológica no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28(3): 226-37
10. Robinson LF, et al. Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disord* 2006; 8(2): 103-16.
11. Simonsen C, et al. Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. *Bipolar Disorders* 2008; 10: 245-55.
12. Helvin T, et al. Neurocognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorders. *Bipolar Disorders* 2012; 14: 227-238.
13. Solé B, et al. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012; 125: 309-17.
14. Pattanayak R, et al. Neuropsychological performance in euthymic Indian patients with bipolar disorder type I: Correlation between quality of life and global functioning. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; 66: 553-63.
15. Sarapas C, et al. Parsing trait and state effects of depression severity on neurocognition: Evidence from a 26-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 2012; 121(4): 830-37.
16. McIntyre RS, et al. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment intervention. *Depression and Anxiety* 2013; 30: 515-27.
17. Basso M, et al. Neuropsychological impairment among manic, depressed, and mixed-episode in patients with bipolar disorder. *Neuropsychology* 2002; 16 (1): 84-91.

18. Burdick K, et al. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta Psychiatry Scandinavica* 2010; 122 (6): 499-506.
19. Ryan KA, et al. Differential executive functioning performance by phase of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2012; 14(5): 527-36.
20. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev. Bras Psiquiatr* 2000; 22 (3): 106-15
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2008. Acessado em: www.abep.org
22. Nascimento E. WAIS-III – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos: Adaptação padronizada de uma amostra brasileira (3. ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo
23. Gomes-Oliveira MH, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34: 389-94.
24. Vilela JAA, Crippa JAS, Del-Bem CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version on the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res* 2005; 38(9): 1429-39.

ANEXOS

Anexo – A: Protocolo de respostas do WAIS III

Página de Conversão dos Escores

SUBTESTES	Escores Brutos	Escores Ponderados - ajustados por idade						Grupo de Referência Escores Ponderados
		Verbal	Exec.	ICV	IOP	IMO	IVP	
Completar Figuras								
Vocabulário								
Códigos								
Semelhanças								
Cubos								
Aritmética								
Raciocínio Matricial								
Dígitos								
Informação								
Arranjo de Figuras								
Compreensão								
Procurar Símbolos		()						
Seqüência Números - Letras		()						
Amar Objetos		()						
Soma dos Escores Ponderados								
		Verbal	Exec.	ICV	IOP	IMO	IVP	

Escala Total (Verbal+Exec.) ↓

Para converter os escores brutos em ponderados, consulte a Tabela A1 e A2 do anexo A

Total		=
+ Nº de Subtestes		÷
Escore Médio		Média Total

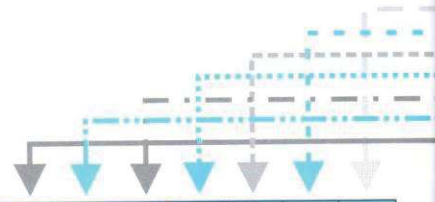
SUBTESTES	Escores Ponderados	Escore Médio	Diferença da Média	Significância Estatística ____ Nível	Facilidade (+)	Dificuldade (-)	Frequência da Diferença da Amostra de Padronização	Determinação das Facilidades e Dificuldades
Vocabulário								
Semelhanças								
Aritmética								
Dígitos								
Informação								
Compreensão								
Seqüência Números - Letras								
Completar Figuras								
Códigos								
Cubos								
Raciocínio Matricial								
Arranjo de Figuras								
Procurar Símbolos								
Amar Objetos								

Para determinar as facilidades e as dificuldades, veja a Tabela B3.

Procedimento Opcional	Escores Brutos	% Acumulada
Códigos – Pareamento		
Aprendizagem espontânea		
Evocação Livre		
Códigos – Cópia		

Para % acumulada, veja a Tabela A.11 (americana)

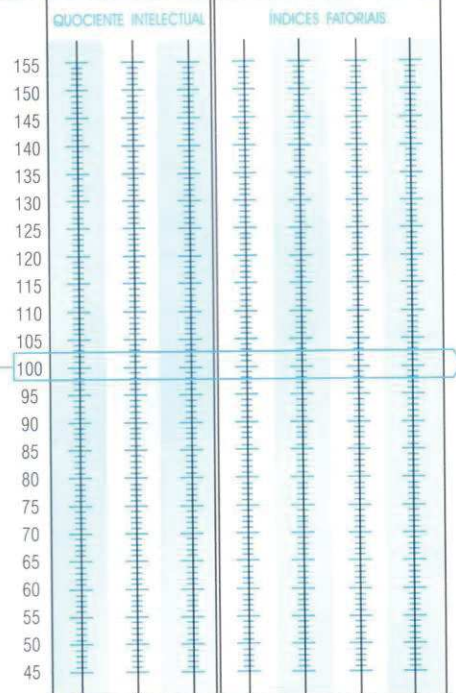
Página de Perfil



QI / Índices Fatoriais	QIV	QIE	QIT	ICV	IOP	IMO	IVP
Soma dos escores ponderados							
QI / Índices Fatoriais							
Percentil							
Intervalo de Confiança _____ %							

Escala Verbal								Escala de Execução							
CV				MO				OP				VP			
V	S	I	C	A	D	SNL		AF	CF	CB	RM	CD	PS	AO	
19	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
18	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
17	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
16	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
15	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
14	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
13	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
12	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
11	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
10	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
9	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
8	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
7	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
6	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
5	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
4	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
3	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
2	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	
1	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	

Para o perfil dos subtestes, use a Escala de escores ponderados, consultar Tabela A1.



Para obtenção dos perfis de QI e Índices, use as Tabelas A3 - A9.

Anexo – B: Beck Depression Inventory II (BDI-II)**01. Tristeza**

- (0) Não me sinto triste.
- (1) Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- (2) Estou triste o tempo todo.
- (3) Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

02. Pessimismo

- (0) Não estou desanimado (a) a respeito do meu futuro.
- (1) Eu me sinto mais desanimado (a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- (2) Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- (3) Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

03. Fracasso passado

- (0) Não me sinto um fracassado
- (1) Tenho fracasso mais do que deveria.
- (2) Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- (3) Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

04. Perda de prazer

- (0) Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas que eu gosto
- (1) Não sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir.
- (2) Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
- (3) Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que eu costumava gostar.

05. Sentimentos de culpa

- (0) Não me sinto particularmente culpado (a).
- (1) Eu me sinto culpado (a) a respeito de várias coisas que eu fiz e/ou que deveria ter feito.
- (2) Eu me sinto culpado (a) a maior parte do tempo.
- (3) Eu me sinto culpado (a) o tempo todo.

06. Sentimentos de punição

- (0) Não sinto que estou sendo punido (a).
- (1) Sinto que posso ser punido (a).
- (2) Eu acho que serei punido (a).

(3) Sinto que estou sendo punido (a).

07. Auto-estima

(0) Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo (a).

(1) Perdi a confiança em mim mesmo (a).

(2) Estou desapontado comigo mesmo (a).

(3) Não gosto de mim.

08. Auto-crítica

(0) Não me crítico nem me culpo mais do que o habitual

(1) Estou sendo mais crítico (a) comigo mesmo (a) do que costumava ser

(2) Eu me critico por todos os meus erros.

(3) Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

09. Pensamentos ou desejos suicidas

(0) Não tenho nenhum pensamento de me matar.

(1) Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.

(2) Gostaria de me matar.

(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. Choro

(0) Não choro mais do que chorava antes.

(1) Choro mais agora do que costumava chorar.

(2) Choro por qualquer coisinha.

(3) Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

(4) Medos expressos sem serem inquiridos.

11. Agitação

(0) Não me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes.

(1) Eu me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes.

(2) Eu me sinto tão inquieto (a) ou agitado (a) que é difícil ficar parado (a).

(3) Estou tão inquieto (a) ou agitado (a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de interesse

(0) Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.

(1) Estou menos interessado (a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.

- (2) perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- (3) É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão

- (0) Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- (1) Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- (2) Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.
- (3) Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- (0) Não me sinto sem valor.
- (1) Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- (2) Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- (3) Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- (0) Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- (1) Tenho menos energia do que costumava ter.
- (2) Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- (3) Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- (1a) Durmo um pouco mais do que o habitual.
- (1b) Durmo um pouco menos do que o habitual.
- (2a) Durmo muito mais do que o habitual.
- (2b) Durmo a maior parte do dia.
- (3a) Durmo a maior parte do dia.
- (3b) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- (0) Não estou mais irritado (a) do que o habitual.
- (1) Estou mais irritado (a) do que o habitual.
- (2) Estou muito mais irritado (a) do que o habitual.
- (3) Fico irritado (a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- (1a) Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- (1b) Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- (2a) Meu apetite está muito menor do que antes.
- (2b) Meu apetite está muito maior do que antes.
- (3a) Não tenho nenhum apetite.
- (3b) Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- (0) Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- (1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- (2) É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- (3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- (0) Não estou mais cansado (a) ou fadigado (a) do que o habitual.
- (1) Fico cansado (a) ou fadigado (a) mais facilmente do que o habitual.
- (2) Eu me sinto muito cansado (a) ou fadigado (a) para fazer as muitas das coisas que costumava fazer.
- (3) Eu me sinto muito cansado (a) ou fadigado (a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- (0) Não notei nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
- (1) Estou menos interessado (a) em sexo agora.
- (2) Estou muito menos interessado (a) em sexo agora.
- (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo – C: *Young Mania Rating Scale (YMRS)*

01. Humor e afeto elevados

- (0) Ausência de elevação do humor
- (1) Humor afeto discreto ou possivelmente aumentados, quando questionado
- (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento
- (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso
- (4) Eufórico; risos inadequado, cantando

02. Atividade motora – energia aumentada

- (0) Ausente
- (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora
- (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados
- (3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)
- (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

03. Interesse sexual

- (0) Normal; sem aumento
- (1) Discreta ou possivelmente aumentado
- (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado
- (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade
- (4) Relato confirmado ou observação discreta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas

04. Sono

- (0) Não relata diminuição do sono
- (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual
- (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual
- (3) Relata diminuição da necessidade de sono
- (4) Nega necessidade de sono

05. Irritabilidade

- (0) Ausente
- (2) Subjetivamente aumentada

- (4) Irritável em alguns momentos da entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria
- (6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo
- (8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível

06. Fala (velocidade e quantidade)

- (0) Sem aumento
- (2) Percebe-se mais falante do que o seu habitual
- (4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborréico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)
- (6) Quantidade de velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)
- (8) Fala pressionada, ininterruptível, continua (ignora solicitação do entrevistador)

07. Linguagem – distúrbio do pensamento

- (0) Sem alterações
- (1) Circunstancial; pensamentos rápidos
- (2) Perde objetivos do pensamento, muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados
- (3) Fuga de ideias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante
- (4) Incoerência; comunicação impossível

08. Conteúdo

- (0) Normal
- (2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sócio-cultural do paciente, mas questionáveis
- (4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper-religioso
- (6) Ideias supervalorizadas
- (8) Delírios

09. Comportamento disruptivo agressivo

- (0) Ausente, cooperativo
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado
- (4) Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

(4) Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Aparência

(0) Arrumado e vestido apropriadamente

(1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados

(2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero

(3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante

(4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras

11. Insight (discernimento)

(0) Insight presente; espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento

(1) Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento

(2) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento

(3) Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento

(4) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento

Anexo – D: Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

O objetivo desta pesquisa é avaliar o desempenho intelectual de adultos jovens com e sem transtornos de humor. Dessa forma, pretendemos realizar uma avaliação psicológica através de um teste de inteligência.

Como o estudo será realizado?

Se aceitares participar do estudo, um psicólogo treinado realizará uma avaliação que inclui alguns aspectos da inteligência, como: atenção, raciocínio, memória, etc. esta avaliação tem duração média de 90 minutos.

Existem riscos em participar?

Este estudo de nenhuma forma oferece risco para a sua saúde.

Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo.

O que eu ganho com este estudo?

Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre o desempenho intelectual de adultos jovens. Você ainda se beneficiará de uma avaliação neuropsicológica.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe ao pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será

tratada confidencialmente.

7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do psicólogo: _____

Data: __ / __ / _____

Para maiores informações entre em contato com a coordenadora do estudo, Karen Jansen pelos telefones: (53) [81186112](tel:81186112) ou com o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento – (53) [21288404](tel:21288404).

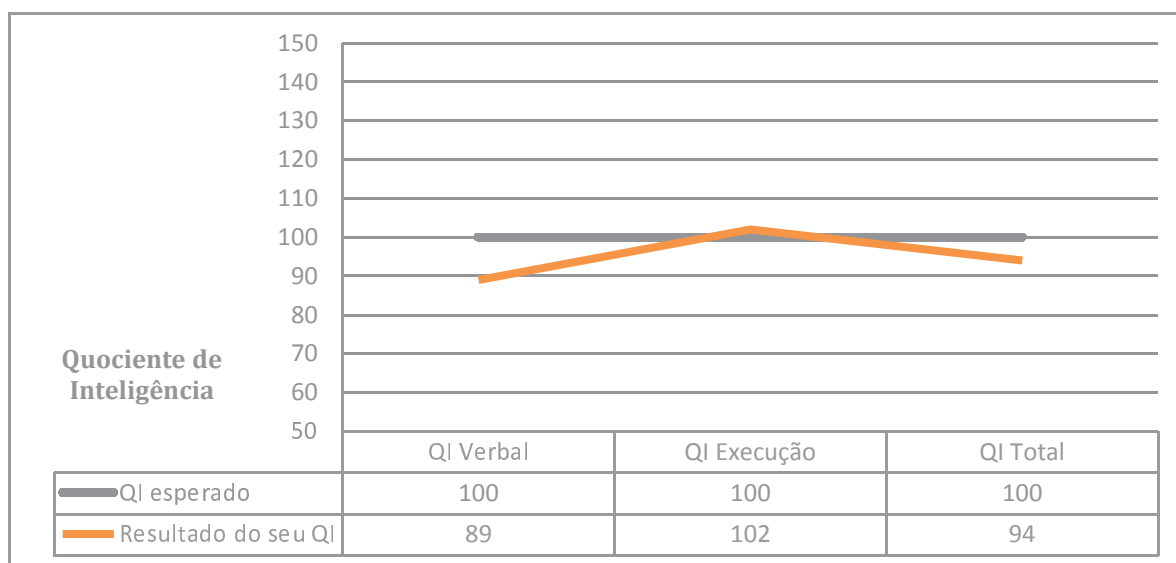
Anexo – E: Documento de devolução aos participantes da pesquisa

Cara **Paciente**, pacientex@xxxx.com.br

Obrigado pela sua participação em nossa pesquisa!

O teste que você realizou chama-se WAIS III. Ele é composto de vários subtestes, cada um medindo um aspecto diferente da sua inteligência (memória, atenção, resolução de problemas, etc). A soma destes subtestes resulta em três Quocientes de Inteligência (QI): o QI Verbal, o QI Execução e o QI Total.

Confira os resultados do Teste de Inteligência que você realizou:



Veja a sua classificação grifada (em laranja) na tabela abaixo:

Pontuação de QI	Classificação / Interpretação
130 pontos ou acima	Superdotado
120 até 129 pontos	Muito acima do esperado
110 até 119 pontos	Acima do esperado
90 até 109 pontos	Dentro do esperado
80 até 89 pontos	Abaixo do esperado
70 até 79 pontos	Muito abaixo do esperado
69 pontos e abaixo	Muitíssimo abaixo do esperado

O que avalia o QI Verbal?

Avalia os conhecimentos que você adquiriu ao longo da vida, mede também seu raciocínio verbal e sua atenção.

O que avalia o QI Execução?

Avalia sua velocidade na tomada de decisões, velocidade para o processamento de uma informação, atenção a detalhes e integração entre o que é visto e executado.

O que avalia o QI Total?

É a sua capacidade intelectual global (QI Verbal + QI Execução = QI Total).

Atenciosamente,

Equipe de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Desempenho cognitivo em uma amostra de adultos jovens com transtorno de humor

Cognitive impairment in a sample of young adults with mood disorder

Stefânia Martins Teixeira¹

Karen Jansen²

¹ Psicóloga, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas

² Doutora em Saúde e Comportamento, Professora da Universidade Católica de Pelotas

Autor correspondente:

Stefânia Martins Teixeira

Rua Félix da Cunha, 412 Pelotas - RS - Brasil CEP: 96010-000

Fone: +55 53 2128-8012 Fax: +55 53 2128-8298

stefaniamteixeira@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Correlacionar o desempenho cognitivo com a severidade de sintomas maníacos e depressivos em adultos jovens com transtornos de humor, bem como, verificar a diferença entre os grupos com diagnóstico e controles populacionais.

Método: Estudo transversal aninhado a um estudo de base populacional com jovens de 21 a 30 anos. Para avaliação do desempenho cognitivo foi utilizado a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III). Os sintomas depressivos foram avaliados através da *Beck Depression Inventory* (BDI-II), enquanto os sintomas maníacos por meio da *Young Mania Rating Scale* (YMRS).

Resultados: A amostra total contou com 83 participantes, os quais estavam distribuídos em: 13 com transtorno bipolar, 34 com sintomas depressivos e 36 controles saudáveis. O desempenho cognitivo não foi associado à severidade dos sintomas de humor. Nesta amostra de adultos jovens, também não foi encontrado prejuízo cognitivo entre os indivíduos com diagnóstico de transtorno bipolar e depressão quando comparados aos controles.

Conclusão: Os achados sugerem que adultos jovens com transtorno bipolar ou depressão não apresentam comprometimento cognitivo quando mensurado pelo WAIS III.

Palavras-chave: Transtornos de humor, WAIS III, desempenho cognitivo, habilidades cognitivas, déficit cognitivo, disfunção cognitiva.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to correlate the cognitive impairment with a severity symptoms in young adults with mood disorder, as well, to analyze the difference between the groups with diagnostic and healthy controls population- based.

Methods: Cross-sectional study with young adults of 21 to 30 years old who participated from a population-base sample. The impairment cognitive were assessed using Wechsler Scale of Intelligence (WAIS-III). Depressive symptoms were assessed using the Beck Depression Inventory (BDI-II), while the manic symptoms were assessed using the Young Mania Rating Scale (YMRS).

Results: The total sample consisted of 83 participants which were distributed in: 13 with bipolar disorder, 34 with depressive symptoms and 36 healthy controls. The cognitive performance was not associated with severity of mood symptoms. In this sample of young adults, it was also found cognitive impairment between subjects with bipolar disorder and major depression when compared the controls.

Conclusion: The results suggest that the young adults with bipolar disorder or depression don't come up with cognitive impairment when measured at WAIS III.

Keywords: Mood disorders, WAIS III, cognitive impairment, cognitive abilities, cognitive deficit, cognitive dysfunction.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor aparecem como as desordens psiquiátricas mais frequentes entre os adultos jovens.^{1,2} De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Transtorno Depressivo Maior (TDM) e o Transtorno Bipolar (TB) estão entre as duas das dez principais causas de incapacidade.³ Estes transtornos acarretam consequências na vida do indivíduo, de ordem psicossocial e cognitiva.⁴

Tais repercussões revelam que os episódios dos transtornos de humor estão frequentemente associados com um prejuízo generalizado em todos os domínios do funcionamento.⁵ Com a evolução dos estudos, os pesquisadores demonstraram que distúrbios neurológicos provocam alterações comportamentais e que transtornos psicológicos também podem causar disfunções cognitivas.⁶ Nos últimos vinte anos, evidências vem crescendo a cerca de que não somente durante episódios depressivos e maníacos há uma disfunção cognitiva, mas sim, que o prejuízo persiste mesmo em períodos de eutímia.^{7,24,25}

Contudo, a etiologia das disfunções cognitivas e sua relação com a progressão da doença não são bem compreendidos, o que se concebe atualmente é que o desempenho cognitivo possa ser influenciado pela gravidade da doença.⁷

Neste contexto, são inúmeras as ferramentas de avaliação cognitiva disponíveis, porém, esta diversidade pode confundir o progresso na compreensão dos sintomas cognitivos, criando uma heterogeneidade nos resultados.⁸ Contudo, os instrumentos de avaliação da inteligência têm sido bastante utilizados, pois além deles possibilitarem a obtenção de medidas de Quociente de Inteligência, a utilização dos mesmos permite também a identificação de dificuldades cognitivas mais específicas, uma vez que os pacientes podem apresentar desempenhos diferenciais entre os subtestes.⁹ Nesse

sentido, a importância em se delinear prejuízos cognitivos nos transtornos de humor é que, além de auxiliar na compreensão da fisiopatologia, pode-se oferecer ao paciente uma forma de acompanhamento adicional ao tratamento médico, cuja finalidade seria minimizar as interferências que as dificuldades nestes processos causam na área social e ocupacional.¹⁰ Diante do acima exposto justifica-se a realização do presente projeto a fim de investigar o desempenho cognitivo através das Escalas Wechsler de Inteligência (WAIS III).¹¹

O objetivo deste trabalho é correlacionar a severidade dos sintomas maníacos e depressivos aos quatro índices fatoriais da WAIS III: Índice de Compreensão Verbal (ICV), Índice de Organização Perceptual (IOP), Índice de Memória Operacional (IMO) e Índice de Velocidade de Processamento. Além disso, este projeto tem por finalidade, verificar a diferença entre os grupos com diagnóstico e controles populacionais dos adultos jovens da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODOS

Este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Fatores psicossociais e biológicos no transtorno bipolar: uma coorte populacional com jovens”, o qual teve início em 2007 com a identificação de 1762 jovens de 18 a 24 anos selecionados por conglomerados. Desde então, eles vem sendo acompanhados com avaliações periódicas. Neste artigo 83 adultos jovens entre 21 e 30 anos de idade, provenientes do estudo de base populacional foram selecionados por conveniência.

Inicialmente, a coleta de dados foi constituída por variáveis sócio-demográficas e econômicas, bem como, pela realização de uma entrevista clínica diagnóstica. A classificação econômica foi baseada no acúmulo de bens materiais e no nível educacional do chefe da família de acordo com a classificação proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).¹² Neste estudo as classificações A e B foram consideradas como alto nível econômico e a classificação C como nível econômico médio.

A *Structured Clinical Interview Diagnostic* (SCID) é baseada nos critérios do DSM-IV¹³ e foi utilizada neste estudo para a definição do grupo diagnóstico. Esta entrevista foi realizada por psicólogos previamente treinados e as dúvidas de diagnóstico eram discutidas em reuniões semanais de equipe.

Logo após a avaliação diagnóstica foi agendada a aplicação do WAIS III e verificada a severidade dos sintomas maníacos e depressivos. Os sintomas depressivos foram mensurados pelo *Beck Depression Inventory* (BDI-II)¹⁴. Neste estudo utilizou-se a versão do BDI-II validada para o Brasil de Gomes-Oliveira (2012),¹⁴ em que os escores variam de 0 a 63 pontos. A *Young Mania Rating Scale* (YMRS)¹⁵ verificou a

severidade dos sintomas maníacos em uma escala de 0 a 58 pontos. A YMRS foi validada para o Português de Portugal por Vilela.¹⁵

Para avaliação do desempenho cognitivo foi utilizada a Escala Wechsler de Inteligência (WAIS-III), instrumento desenvolvido por Wechsler (1981).¹⁶ É composta de 14 subtestes e tem por objetivo fornecer três medidas de inteligência – QI Verbal, QI Execução e QI Total, além de quatro escores de Índices Fatoriais – Compreensão Verbal, Organização Perceptual, Memória Operacional e Velocidade de Processamento.

Os participantes foram avaliados no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM) da UCPel. Os testes foram aplicados em sessão única de aproximadamente duas horas em ambiente silencioso e adequado para avaliação cognitiva.

Este estudo obedeceu as normas da resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que regem os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel, tendo sido protocolado e registrado pelo número 2011/46. Os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e informações sobre a confidencialidade dos dados foram apresentados aos participantes, e os mesmos prestaram concordância assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os adultos jovens quando diagnósticos com transtorno de humor foram encaminhados para atendimento gratuito no APESM da UCPel.

Após a correção e revisão do WAIS III, procedeu-se a codificação dos instrumentos de coleta de dados e a dupla digitação no programa Epi-Info 6.04d com posterior checagem da consistência dos dados através do comando VALIDADE.

Foram excluídos das análises aqueles que apresentaram sintomas psicóticos na entrevista diagnóstica e/ou retardo mental, considerado quando QI abaixo de 70 pontos obtidos no WAIS III.

A análise dos dados foi realizada no programa Stata 9. Para tal, os dados foram descritos por frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) ou média (μ) e desvio padrão (\pm). Os índices fatoriais, QIs e sintomas apresentaram distribuição normal na curva de Gauss, em função disso os testes paramétricos ANOVA e Correlação de Pearson foram utilizados para o teste de hipóteses. Foram consideradas associações significativas quando $p\text{-valor} < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 83 adultos jovens entre 21 e 30 nos de idade. Destes, a maioria eram mulheres (75,9%), de cor da pele branca (59,0%), com Ensino Médio completo ou Superior incompleto (55,4%) e pertencentes a Classificação Econômica C (61,4%) (Tabela 1).

Quanto as características clínicas dos participantes, os grupos diagnósticos foram distribuídos nas seguintes proporções: 43,4% sem história atual ou passada de transtornos de humor, 41,0% com depressão maior atual ou passada e 15,7% com transtorno bipolar. Dentre os adultos jovens com algum dos transtornos de humor avaliados, 45,8% estavam em episódio depressivo e 25,3% em episódio maníaco. A severidade dos sintomas foi de $13,87 \pm 13,61$ pontos e sintomas maníacos de $5,05 \pm 6,94$ pontos, enquanto que o tempo médio de doença foi de $6,95 \pm 5,10$ anos (Tabela 1).

O desempenho cognitivo nos subtestes do WAIS III está exposto na Tabela 2. Na mesma é possível observar os escores ponderados dos índices fatoriais: Compreensão Verbal ($28,73 \pm 6,87$), Organização Perceptual ($32,53 \pm 6,51$), Memória Operacional ($30,34 \pm 7,51$) e Velocidade de Processamento ($22,72 \pm 4,49$), bem como os quocientes de inteligência: Verbal (97), Execução (105) e Total (101).

Quando associadas as variáveis sociodemográficas aos índices fatoriais se pode verificar que os escores do ICV, IOP e IVP foram mais baixos entre os sujeitos de cor da pele não branca, os de menor escolaridade e os de classificação econômica C quando comparados aos de classe A/B. Já o IMO foi relacionado apenas a variável escolaridade (Tabela 4).

De acordo com os dados apresentados na Figura 1, pode-se observar que não houve correlação estatisticamente significativa entre a severidade dos sintomas

depressivos e os índices fatoriais do WAIS III: ICV ($r -0,107$; $p 0,337$), IOP ($r -0,117$; $p 0,293$), IMO ($r -0,105$; $p 0,343$) e IVP ($r 0,061$; $p 0,583$). O mesmo ocorreu para a severidade dos sintomas maníacos, onde ICV ($r -0,042$; $p 0,704$), IOP ($r -0,160$; $p 0,149$), IMO ($r -0,038$; $p 0,735$) e IVP ($r -0,020$; $p 0,856$) não se correlacionaram com os sintomas.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi correlacionar a severidade dos sintomas maníacos e depressivos ao desempenho cognitivo, bem como, comparar o desempenho cognitivo entre jovens com transtorno bipolar, depressão maior e controles populacionais. A hipótese de que a maior severidade dos sintomas estaria correlacionada à menor desempenho cognitivo foi refutada. Além disso, foi refutada a hipótese de menor desempenho cognitivo entre os jovens com transtornos de humor quando comparados aos controles populacionais.

Nesta amostra foi observado pior desempenho cognitivo entre os menos escolarizados, pertencentes à classificação econômica C e não brancos. A literatura não enfatiza associações diretas com referência a cor da pele e a classificação econômica. De acordo com Parente (2009)¹⁷, o nível de escolaridade está diretamente associado ao desempenho em tarefas cognitivas, ou seja, quanto maior o número de anos de estudo, melhor o desempenho nos testes cognitivos. No Brasil, o nível educacional está relacionado a características socioeconômicas, o que pode auxiliar na compreensão destes achados.

Grande parte dos estudos que relacionam prejuízo cognitivo a transtornos de humor tratam de amostras ambulatoriais de adultos, com diagnóstico prévio e diferentes intervenções terapêuticas. Yates *et al* (2010)⁷ verificaram um pior desempenho no WAIS III em pacientes bipolares em episódio depressivo quando comparados a eufímicos e controles. Além disso, a severidade dos sintomas depressivos entre os adultos com transtorno bipolar foi preditora de pior desempenho no WAIS III. Outro estudo, com uma amostra ambulatorial em uso de lítio, com idades entre 20 e 40 anos, encontrou prejuízo significativo nas funções cognitivas dos bipolares quando

comparados aos controles saudáveis.¹⁸ Estudos que realizam a avaliação do QI, conforme a revisão sistemática de Vöhringer *et al* (2013)¹⁹, observam que pacientes, com idades entre 27 e 40 anos com transtorno bipolar, apresentam menores escores quando comparados aos controles saudáveis.

Os estudos citados anteriormente sugerem a hipótese inicial desta pesquisa, de que o prejuízo cognitivo está presente desde o primeiro episódio maníaco em indivíduos com transtorno bipolar, como um fator determinante no desfecho funcional.^{20,21} Em relação ao transtorno depressivo maior, a literatura relata que o déficit no desempenho cognitivo, nos domínios memória e tomada de decisão, manifestam-se precocemente na doença.⁸ Em contrapartida, Kapczinski (2009)²² sugere que o déficit cognitivo está presente apenas em estágios mais avançados do transtorno bipolar e que o número de episódios desencadeia prejuízo cognitivo.

Os achados deste estudo refutam a hipótese de prejuízo precoce no desempenho cognitivo de jovens com transtornos de humor. Castaneda (2008)²³, com uma amostra populacional de adultos jovens entre 21 e 35 anos com transtorno depressivo e controles, verificou que a memória visual e verbal de curto e longo prazo, aprendizagem, atenção, velocidade de processamento e funções executivas estavam preservadas nos jovens com depressão em relação aos controles. Nesta amostra os resultados revelaram a cognição como intacta.

Sendo o WAIS III um instrumento de avaliação das habilidades intelectuais, muitos estudos utilizam alguns dos subtestes que compõe o WAIS III, juntamente com outros testes específicos de avaliação cognitiva. Segundo Trivedi (2013)⁸ há numerosas ferramentas disponíveis para a avaliação de funções cognitivas específicas, entretanto a diversidade de ferramentas utilizadas nos estudos acaba por confundir o entendimento

da associação entre o desempenho cognitivo e os sintomas de alteração de humor, ocasionando uma heterogeneidade de desfechos.

Este é um dos poucos estudos que avalia adultos jovens, período do desenvolvimento considerado de risco para o surgimento de transtornos de humor. Além disso, nesta amostra, os adultos são provenientes de um estudo populacional, enquanto a maioria das pesquisas tem suas amostras contempladas por pacientes ambulatoriais que habitualmente apresentam sintomas mais severos e com comorbidades psiquiátricas. Não obstante, a amostra do presente estudo se restringe a pacientes não psicóticos.

É possível que haja um prejuízo mínimo nos domínios cognitivos de adultos jovens com transtornos de humor, no entanto é preciso que seja feita uma avaliação pré mórbida das funções cognitivas, para uma possível comparação. Com isso, sugere-se novos estudos para averiguar os domínios de maior prejuízo nos transtornos de humor, tais como: funções executivas, atenção, memória e velocidade de processamento em amostras jovens com diagnóstico precoce de transtorno de humor.

REFERÊNCIAS

1. Kessler R, *et al.* Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety* 2010; 27(4): 351-64.
2. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7): 316-25.
3. World Health Organization (WHO), 2004. The Global Burden of Disease: Update. *WHO Press*, Switzerland.
4. Godard J, *et al.* Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: A 12-month prospective study. *Psychiatry Research* 2012; 196:145-53.
5. Martínez-Arán A, *et al.* Cognitive function across manic, hypomanic, depressed, and, euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161(2): 262-70.
6. Malloy-Diniz L, *et al.* Neuropsicologia das funções executivas. *Neuropsicologia: Teoria e Prática* 2008; 187-206.
7. Yates DB, Dittmann S, Kapczynski F, Trentini CM. Cognitive abilities and clinical variables in bipolar I depressed and euthymic patients and controls. *J Psychtr Res* 2011; 45(4): 495-504.
8. Trivedi, M.H., Greer, T.L., Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment. *Journal of Affective Disorders* 2013. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.012.
9. Wagner G, *et al.* Habilidade intelectuais em paciente com doença de alzheimer: Contribuições das Escalas Wechsler de Inteligência Abreviada (WASI). *Revista Neuropsicologia Latinoamericana* 2010; 3(2): 28-36.

10. Rocca C, *et al.* Alterações neuropsicológica no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006; 28(3): 226-37.
11. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (WAIS III). Norwegian Manual. Stockholm: Pearson Assessment, 2003.
12. ABEP – Associação Brasileira e Empresas de Pesquisa, 2003. Dado com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em maio de 2013, através do site: [HTTP://www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
13. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition. Washington, DC American Psychiatric Association 1987.
14. Beck, A. T., *et al.* An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4, 461-571.
15. Vilela JAA, Crippa JAS, Del-Bem CM, Loureiro SR. Realibility and validity of a Portuguese version on the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res* 2005; 38(9): 1429-39.
16. Wechsler, D. Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised. New York, NY: The Psychological Corporation; 1981.
17. Parente, M. A. M. P., Scherer, L. C., Zimmermman, N., Fonseca , R.P. Evidências do papel da escolaridade na organização cerebral. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana* 2009; 1 (1), 72-80.
18. Fakyry H., *et al.* Cognitive functions and cognitive styles in young euthymic patients with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders* 2013. 151: 369-377.
19. Vöhringer, P.A., *et al.* Cognitve impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry* 2013; 8(4):87.

20. Torres I.J., *et al.* Relationship between cognitive functioning and 6-month clinical and functional outcome in patients with first manic episode bipolar I disorder. *Psychological Medicine* 2010; 42(5): 971-82.
21. Hellvin T, *et al.* Neurocognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorders. *Bipolar Disorders* 2012; 14: 227-238.
22. Kapczinski, F VV, Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Grassi-Oliveria R, Colom F, Berk M. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev Neurother* 2009; 9(7), 957-66.
23. Castaneda, A.E, *et al.* Cognitive functioning in a population-based sample of young adults with history of non-psychotic unipolar depressive disorders without psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders* 2008; 110: 36-45.
24. Sarapas C, *et al.* Parsing trait and state effects of depression severity on neurocognition: Evidence from a 26-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 2012; 121(4): 830-37.
25. Palsson E, *et al.* Neurocognitive function in bipolar disorder: a comparison between bipolar I and II disorder and matched controls. *BMC Psychiatry* 2013; 13:165.

Tabela 1: Características sócio-demográficas e clínicas da amostra.

Variáveis	n / μ	% / \pm
Sexo*		
Masculino	20	24,1
Feminino	63	75,9
Cor da pele*		
Branco	49	59,0
Não branco	34	41,0
Escolaridade*		
Ens. Fundamental incompleto	09	10,8
Ens. Fund. completo / Ens. Médio incompleto	14	16,9
Ens. Médio completo / Graduação incompleto	46	55,4
Graduação completa / Pós-Graduação	14	16,9
Idade*		
21 – 25 anos	35	42,2
26 – 30 anos	48	57,8
Classificação econômica*		
Alta (A/B)	32	38,6
Média (C)	51	61,4
Grupo diagnóstico*		
Sem história atual/passada de transtornos de humor	36	43,4
Depressão Maior atual ou passada	34	41,0
Transtorno Bipolar	13	15,7
Tempo de doença**	6,95	$\pm 5,10$
Episódio depressivo (BDI-II ≥ 13)*	38	45,8
Episódio maníaco (Hipo) (YMRS ≥ 8)*	21	25,3
Sintomas depressivos**	13,87	$\pm 13,61$
Sintomas maníacos**	5,05	$\pm 6,94$
Total	83	100

* Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

** Média (μ) e desvio padrão (\pm).

Tabela 2: Desempenho cognitivo dos subtestes do WAIS III, bem como, os Índices Fatoriais e escores de QI de Execução, QI Verbal e QI Total.

Subtestes (escores ponderados)	Média	Desvio padrão
Completar Figuras	10,83	2,33
Vocabulário	8,82	2,93
Códigos	11,10	2,60
Semelhanças	10,35	2,09
Cubos	10,72	2,49
Aritmética	10,29	3,72
Raciocínio Matricial	10,97	2,55
Dígitos	9,90	2,37
Informação	9,57	2,87
Arranjo de Figuras	10,51	2,47
Compreensão	28,73	6,87
Procurar Símbolos	11,63	2,91
Sequências de Números e Letras	10,14	2,58
Índices Fatoriais (escores ponderados)	Média	Desvio padrão
Compreensão Verbal	28,73	6,87
Organização Perceptual	32,53	6,51
Memória Operacional	30,34	7,51
Velocidade de Processamento	22,72	4,49
Quociente de Inteligência (QI)	QI	IC 95%*
Verbal	97	91-103
Execução	105	95-115
Total	101	95-106

* Intervalo de Confiança de 95% segundo o Manual para Administração e Avaliação do WAIS III.

Tabela 3: Variáveis sociodemográficas e desempenho cognitivo.

Variáveis	ICV μ / \pm	IOP μ / \pm	IMO μ / \pm	IVP μ / \pm
Sexo	0,719	0,864	0,912	0,321
Masculino	28,25 \pm 5,91	32,75 \pm 6,31	30,50 \pm 7,98	21,85 \pm 4,56
Feminino	28,88 \pm 7,18	32,46 \pm 6,63	30,29 \pm 7,42	23,00 \pm 4,46
Cor da pele	0,015	0,021	0,070	0,045
Brancos	30,20 \pm 7,15	33,88 \pm 6,52	31,55 \pm 7,79	23,59 \pm 3,79
Não brancos	26,61 \pm 5,90	30,58 \pm 6,08	28,59 \pm 6,82	21,47 \pm 5,13
Escolaridade	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ens. Fundamental incompleto	19,11 \pm 3,55	23,11 \pm 5,28	23,44 \pm 4,75	17,88 \pm 4,59
Ens. Fund. completo / Ens. Médio incompleto	24,77 \pm 4,79	29,07 \pm 4,23	26,57 \pm 6,86	20,50 \pm 4,03
Ens. Médio Completo / Graduação incompleto	29,39 \pm 4,77	33,63 \pm 5,36	31,13 \pm 7,38	23,26 \pm 3,62
Graduação completa / Pós-Graduação	37,43 \pm 4,18	38,43 \pm 4,13	35,93 \pm 4,73	26,28 \pm 4,48
Idade	0,624	0,674	0,958	0,599
21 – 25 anos	29,17 \pm 6,51	32,88 \pm 6,86	30,28 \pm 8,62	23,03 \pm 4,37
26 – 30 anos	28,42 \pm 7,16	32,27 \pm 6,31	30,37 \pm 6,68	22,50 \pm 4,60
Classificação econômica	0,004	0,009	0,368	0,030
Alta (A/B)	33,41 \pm 7,13	34,87 \pm 5,37	31,28 \pm 6,97	24,06 \pm 4,28
Média (C)	27,06 \pm 6,19	31,06 \pm 6,78	29,74 \pm 7,84	21,88 \pm 4,45

ICV (Índice de Compreensão Verbal), IOP (Índice de Organização Perceptual), IMO (Índice de Memória Operacional) e IVP (Índice de Velocidade de Processamento).

Tabela 4: Escores médios dos Índices Fatoriais do WAIS III entre os grupos diagnósticos e episódio atual.

Grupo diagnóstico e episódio atual	ICV	IOP	IMO	IVP
Grupo diagnóstico	0,364	0,853	0,977	0,676
Sem história atual/passada de transtornos de humor	29,61 ±6,59	32,94 ±6,56	30,39 ±6,87	23,22 ±4,79
Depressão Maior atual ou passada	27,44 ±7,57	32,06 ±6,85	30,44 ±8,03	22,38 ±4,62
Transtorno Bipolar	29,69 ±5,48	32,61 ±5,84	29,92 ±8,39	22,23 ±3,21
Grupo diagnóstico e episódio atual	0,661	0,966	0,895	0,874
Sem história atual/passada de transtornos de humor (n=36)	29,61 ±6,59	32,94 ±6,56	30,39 ±6,87	23,22 ±4,79
Depressão Maior, em remissão de sintomas (n=10)	28,50 ±7,44	32,50 ±6,65	32,50 ±10,09	22,60 ±3,78
Depressão Maior, em episódio atual (n=24)	27,00 ±7,73	31,87 ±7,07	29,58 ±7,07	22,29 ±5,01
Transtorno Bipolar, eutímicos (n=5)	29,00 ±6,32	31,60 ±7,13	29,06 ±4,33	21,20 ±2,39
Transtorno Bipolar, em episódio atual (n=8)	30,12 ±5,30	33,25 ±5,31	30,12 ±10,49	22,87 ±3,64

ICV (Índice de Compreensão Verbal), IOP (Índice de Organização Perceptual), IMO (Índice de Memória Operacional) e IVP (Índice de Velocidade de Processamento).

Figura 1: Correlação entre a severidade dos sintomas depressivos (BDI-II) e maníacos (YMRS) com os índices fatoriais do WAIS III (ICV, IOP, IMO e IVP).

