

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SARAH CORRÊA DE SALES

COGNIÇÃO SOCIAL E FUNCIONALIDADE PSICOSSOCIAL NA ESQUIZOFRENIA
E NO TRANSTORNO BIPOLAR: A TEORIA DA MENTE COMO CHAVE PARA
COMPREENDER DISFUNÇÃO NA ESQUIZOFRENIA

CURITIBA

2023

SARAH CORRÊA DE SALES

COGNIÇÃO SOCIAL E FUNCIONALIDADE PSICOSSOCIAL NA ESQUIZOFRENIA
E NO TRANSTORNO BIPOLAR: A TEORIA DA MENTE COMO CHAVE PARA
COMPREENDER DISFUNÇÃO NA ESQUIZOFRENIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, na Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Raffael Massuda
Coorientadora: Letícia Sanguinetti Czepielewski

CURITIBA

2023

S162 Sales, Sarah Corrêa de

Cognição social e funcionalidade psicossocial na esquizofrenia e no transtorno bipolar: a teoria da mente como chave para compreender disfunção na esquizofrenia. [recurso eletrônico] / Sarah Corrêa de Sales. – Curitiba, 2023.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Raffael Massuda

Coorientadora: Profa. Dra. Letícia Sanguinetti Czepielewski

1. Teoria da mente. 2. Cognição social. 3. Transtorno bipolar. 4. Esquizofrenia. I. Massuda, Raffael. II. Czepielewski, Letícia Sanguinetti. III. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MEDICINA INTERNA E
CIÊNCIAS DA SAÚDE - 40001016012P1

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **SARAH CORRÊA DE SALES** intitulada: **"COGNIÇÃO SOCIAL E FUNCIONALIDADE PSICOSSOCIAL NA ESQUIZOFRENIA E NO TRANSTORNO BIPOLAR: A TEORIA DA MENTE COMO CHAVE PARA COMPREENDER DISFUNÇÃO NA ESQUIZOFRENIA."**, sob orientação do Prof. Dr. RAFFAEL MASSUDA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curiúba, 28 de Fevereiro de 2023.

Assinatura Eletrônica

28/02/2023 11:50:00.0

RAFFAEL MASSUDA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

28/02/2023 10:55:28.0

TIAGO FERNANDO FIGUEIREDO SANTOS

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Assinatura Eletrônica

02/03/2023 23:18:13.0

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA

Avaliador Externo (PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE -UFPR)

Rua General Carneiro, 181 - Prédio Central - 11º Andar - Curitiba - Paraná - Brasil

CEP 80060-150 - Tel: (41) 3360-1099 - E-mail: ppgmedicina@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 259729

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.pppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 259729

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que não medem esforços para me apoiar em todas as minhas trajetórias. À Talitah, por me alegar e incentivar, espero sempre corresponder e ser merecedora dessa admiração. Ao Léo e à família que estamos constituindo, que viram de perto minhas conquistas, dúvidas e angústias atreladas à pesquisa. Aos meus familiares, por todos os incentivos e sacrifícios que fizeram e fazem para que eu siga meus propósitos. Aos meus amigos, por me fortalecerem tantas vezes ao longo dos anos que dediquei para a pesquisa.

Ao meu orientador, Dr. Raffael Massuda, por me oferecer um modelo tão admirável de pesquisador, promovendo ambiente seguro e saudável de estudo e trabalho, sempre preocupado em garantir que as necessidades e dúvidas da equipe fossem atendidas, e sendo constantemente um contraponto de ousadia aos meus momentos de esmorecimento. À minha coorientadora, Dra. Letícia Czepielewski, por me acolher respeitosamente e clarear meus momentos de dúvida e apreensão, assumindo um lugar especial de admiração como mulher cientista, e também nas outras esferas da vida que nós enquanto mulheres precisamos nos desafiar constantemente para garantir nosso espaço. Ao Dr. Gustavo Doria, por ter me recebido com tanto acolhimento e respeito desde o início, por perceber minha curiosidade científica e por se mobilizar para que ela fosse canalizada da melhor forma possível. A todos os professores e profissionais da educação que acompanharam minha caminhada escolar e acadêmica, por incentivarem aquela criança que sempre sonhava em ser cientista para ajudar as pessoas, e também àqueles que hoje me acolhem como colega de profissão.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, por cumprirem papéis tão importantes no meu desenvolvimento acadêmico, compartilhando com muita generosidade suas habilidades em processos riquíssimos de troca. Ao corpo docente e discente do programa de pós-graduação, por serem tão solícitos e preocupados em garantir o melhor desenvolvimento dos alunos e alunas.

Aos meus pacientes, que permitem com tanta confiança que eu transite em suas vulnerabilidades, e que assim tornaram possível a realização desse estudo.

À minha fé, esperança e determinação, que me mantiveram obstinada.

Pelo financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

RESUMO

A esquizofrenia e o transtorno bipolar estão associados a prejuízos funcionais significativos e os tratamentos farmacológicos não trazem respostas efetivas para recuperação funcional dos pacientes. É sabido que alguns processos cognitivos estão envolvidos com prejuízos funcionais, e a cognição social tem sido estudada como um importante aspecto relacionado à funcionalidade em transtornos mentais. A teoria da mente (TOM) aparece como uma chave para entender os prejuízos de cognição social na esquizofrenia e no transtorno bipolar, mas as evidências sobre a relação entre esse processo e a funcionalidade psicossocial permanecem controversas. Este estudo tem como objetivo investigar a relação entre teoria da mente e funcionalidade em esquizofrenia (SZ), transtorno bipolar (BD) e controles saudáveis (HC), e comparar TOM e prejuízos funcionais entre esses grupos, levantando a hipótese de que TOM está associada à funcionalidade psicossocial nos grupos clínicos. Um total de 208 participantes (HC n=69; BD n=89; SZ n=50) foram avaliados por meio das escalas *Functional Assessment Short Test – FAST*, *Reading the Mind in the Eyes Test – RMET*, *Wechsler Abbreviated Scale for Intelligence – WASI* e *Hopkins Verbal Learning Test – revisado – HVLT-R*. Comparações do escore RMET entre baixa e alta funcionalidade (FAST<11) e uma análise de regressão linear múltipla foram realizadas para cada grupo. Os resultados sugerem um desempenho inferior de TOM entre SZ com baixa funcionalidade psicossocial (U=35,5, p=0,022), e não foram encontradas diferenças significativas em BD ou HC. A análise de regressão múltipla revelou que a associação de TOM e funcionalidade psicossocial é observada apenas no SZ. Portanto, pode-se supor que a TOM é essencial para entender os prejuízos funcionais na esquizofrenia, mais do que no BD. Além disso, a TOM pode ser um alvo central nas estratégias de intervenção na SZ, resultando em melhora funcional dos prejuízos de vida diária que representam este transtorno.

Palavras-chave: teoria da mente; funcionalidade psicossocial; transtorno bipolar; esquizofrenia; cognição social

ABSTRACT

Functional impairment is a common symptom in schizophrenia and bipolar disorder, and pharmacological treatments have limited functional recovery in both disorders. Social cognition, a cognitive process, has been associated to functioning in mental disorders. The theory of mind (TOM) is considered a key factor in understanding the social cognitive deficits in schizophrenia and bipolar disorder. Our study aims to investigate the relationship between TOM and functioning in schizophrenia (SZ), bipolar disorder (BD) and healthy controls (HC) and compare TOM and functioning impairments between these groups. A total of 208 participants (HC n=69; BD n=89; SZ n=50) were evaluated with the Functioning Assessment Short Test – FAST, Reading the Mind in the Eyes Test – RMET, Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence – WASI and the Hopkins Verbal Learning Test – revised – HVLTR. Comparisons of RMET between low and high functioning and a multiple linear regression analysis were conducted for each group. Multiple regression analysis revealed that the association of TOM and psychosocial functioning is observed only in SZ. Participants with low functioning SZ show a lower TOM performance compared to participants with high functioning SZ ($U = 35.5$, $p = 0.022$). No significant associations were found in the other groups. TOM is essential to understand the functional impairment in schizophrenia, more than in BD. Furthermore, TOM may be a primary target for intervention strategies in improving functioning in SZ.

Key words: theory of mind; psychosocial functioning; bipolar disorder; schizophrenia; social cognition

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. CONCEITOS E MODELOS TEÓRICOS	7
1.1.1. Esquizofrenia.....	7
1.1.2. Transtorno bipolar	8
1.1.3. Cognição Social.....	9
1.1.4. Funcionalidade Psicossocial	14
1.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
1.3. OBJETIVOS	22
1.4. JUSTIFICATIVAS	22
2. METODOLOGIA	23
2.1. DELINEAMENTO	23
2.2. QUESTÕES ÉTICAS.....	23
2.3. PARTICIPANTES	23
2.4. PROCEDIMENTOS	24
2.5. INSTRUMENTOS	24
2.5.1. Protocolo de inclusão.....	24
2.5.2. Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV).....	24
2.5.3. Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)	25
2.5.4. Escala Breve de Funcionamento (FAST)	25
2.5.5. Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI)	25
2.5.6. Teste Auditivo-Verbal de Hopkins – revisado (HVLTR)	26
2.6. ANÁLISE DE DADOS	26
3. RESULTADOS.....	26
4. CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	56
ANEXO 2 – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	60
ANEXO 3 – PROTOCOLO DE INCLUSÃO	80

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONCEITOS E MODELOS TEÓRICOS

1.1.1. Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno psicótico caracterizado clinicamente por sintomas positivos de alterações qualitativas da sensopercepção, do pensamento e da consciência do eu, e sintomas negativos de alterações quantitativas de funções mentais como pensamento, atenção e memória (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). Além das manifestações clínicas, as alterações cognitivas impactam a funcionalidade, sendo consideradas fatores importantes no diagnóstico, tratamento e prognóstico das pessoas acometidas pela esquizofrenia (KAHN; KEEFE, 2013). A cognição também é de grande interesse para a compreensão da esquizofrenia por ser candidata a endofenótipo do transtorno uma vez que estudos identificam uma série de características que sugerem seguir os critérios dos endofenótipos: são marcadores quantificáveis que fornecem pistas sobre a base genética de um transtorno, por serem características herdáveis observadas independentemente da manifestação clínica, presentes também em familiares não acometidos pelo transtorno (GREEN; HARVEY, 2014). Além disso, as alterações cognitivas são observáveis antes mesmo do surgimento dos sintomas psicóticos, antecedendo em até nove anos a manifestação clínica dos critérios diagnósticos do transtorno (KAHN; KEEFE, 2013).

A esquizofrenia é um transtorno multifatorial que envolve interação de fatores genéticos, ambientais e sociais, sendo a neurobiologia do transtorno frequentemente relacionada a uma disfunção nos mecanismos do sistema dopaminérgico e, ainda, do córtex pré-frontal (BRAVER; BARCH; COHEN, 1999; MURRAY; LAPPIN; DI FORTI, 2008). A nível estrutural e funcional, observa-se em pacientes um tamanho aumentado dos ventrículos, e um funcionamento diminuído de estruturas frontais, resultando em hipofrontalidade (GREEN; HARVEY, 2014).

Antes do início dos sintomas psicóticos, já se observa prejuízo cognitivo em domínios como funções executivas, atenção e memória, e até mesmo no quociente intelectual geral (KAHN; KEEFE, 2013). Apesar do prejuízo cognitivo ser observado em diversos domínios na esquizofrenia, esse prejuízo parece ser persistente permanecendo observável ao longo das fases da doença (GREEN; HARVEY, 2014).

As fases do transtorno envolvem estágio prodrômico anterior à manifestação dos sintomas psicóticos, o primeiro episódio psicótico, e a fase crônica com remissão ou quadros agudos de manifestação dos sintomas (KHAN et al., 2014).

Estudos epidemiológicos estimam que cerca de 0,3 a 1% da população mundial é acometida pela esquizofrenia (CHARLSON et al., 2018), resultando em elevado custo econômico de saúde pelo uso dos recursos necessários para o tratamento, pelo alto índice de hospitalizações, e porque a esquizofrenia é considerada uma das doenças mais incapacitantes devido aos prejuízos funcionais atrelados ao transtorno (GREEN; HORAN; LEE, 2015). Considerando aspectos psicossociais, a esquizofrenia acomete com maior frequência os homens do que as mulheres, as pessoas em contextos de alta urbanicidade e os imigrantes (MCGRATH et al., 2004).

O tratamento usual envolve uso de antipsicóticos, que visam os sintomas positivos da esquizofrenia (NARDI; QUEVEDO; DA SILVA, 2015). Entretanto, os sintomas negativos, e os prejuízos cognitivos e funcionais do transtorno não são contemplados por esse tratamento farmacológico, permanecendo mesmo após a remissão dos sintomas (KEEFE; FENTON, 2007). Assim, o tratamento psiquiátrico com uso de psicofármacos promove a remissão dos sintomas psicóticos, mas não garante a recuperação do paciente (GREEN; HARVEY, 2014), sendo necessárias investigações a respeito das demais características que se manifestam na esquizofrenia para que novos alvos terapêuticos sejam identificados, e novas estratégias interventivas sejam desenvolvidas.

1.1.2. Transtorno bipolar

O transtorno bipolar (TAB) é um transtorno de humor caracterizado por oscilações entre períodos de manifestação de sintomas depressivos, de sintomas de mania/hipomania, e períodos de remissão (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). O transtorno bipolar pode ser classificado em categorias excludentes entre si pelas características que lhes são próprias. O TAB tipo 1 se caracteriza por pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida, e o TAB tipo 2 é caracterizado por pelo menos um episódio hipomaníaco além de pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013).

De acordo com estudos de iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), a epidemiologia estima prevalência de 0,6% para o TAB tipo 1 e 0,4% para o TAB tipo 2, sendo este o mais frequentemente observado em mulheres (REISER et al., 2018). O transtorno também representa altos custos em saúde por ser importante causa de incapacidade e pelo ônus psicológico e econômico que representa aos pacientes e familiares, sendo considerado um dos transtornos mais custosos dos Estados Unidos (PEELE; XU; KUPFER, 2003).

O transtorno bipolar também é multifatorial, envolvendo aspectos genéticos e ambientais. A neurobiologia do TAB envolve disfunções dos sistemas dopaminérgico e serotoninérgico a nível molecular, e diminuição no volume de substância cinzenta em regiões frontais, temporais e parietais (KATO, 2019). Estudos de neuroimagem também identificam alterações nos circuitos de recompensa do cérebro como chave para a compreensão do transtorno (REISER et al., 2018). Diversos estudos evidenciam alterações neuropsicológicas presentes em pessoas com TAB nos domínios de funções executivas, atenção e aprendizagem visual e verbal (OSPINA et al., 2018). O curso da doença envolve episódios agudos de humor, oscilando entre episódios depressivos, episódios de mania ou hipomania, e a eutimia (DE SIQUEIRA ROTENBERG et al., 2020).

O tratamento usual envolve intervenção farmacológica, principalmente com administração de estabilizadores de humor e antipsicóticos, todavia, é um processo complexo pela ampla gama de apresentações do transtorno envolvendo estágios de tratamento agudo, de continuação e de manutenção (KATO, 2019). A persistência de sintomas subsindrômicos mesmo com tratamento medicamentoso atrapalham o funcionamento dos pacientes e podem resultar em perdas financeiras, relacionais e profissionais, além de gerar inquietação com a possibilidade de recaídas e pelo alto risco de suicídio que se observa nessa população (REISER et al., 2018).

1.1.3. Cognição Social

A neuropsicologia é um campo da psicologia que investiga e estuda os aspectos que relacionam a neurobiologia e o comportamento (MALLOY-DINIZ et al., 2014). Inicialmente voltada aos estudos da inteligência, percepção e memória, entre outras funções cognitivas, a neuropsicologia passou a incluir recentemente em seu

arcabouço teórico as investigações a respeito da cognição social (GREEN; HARVEY, 2014), propondo diferentes modelos para compreender seus mecanismos.

A cognição social é composta por diferentes subprocessos, que permitem a resolução de problemas e a tomada de decisão através de elementos sociais, contextuais, inter e intrapessoais. A cognição social é um conjunto de habilidades que permite o processamento de toda informação socialmente relevante (GREEN; HARVEY, 2014), e possibilita que os indivíduos reconheçam e se adaptem a diferentes contextos sociais de acordo com suas competências e habilidades, tornando possível seu funcionamento social (FIGUEIREDO, 2022).

Considerando sua amplitude temática, a cognição social ainda carece de modelos teóricos bem estruturados (MECCA, 2022). Buscando analisar sistematicamente as evidências já estabelecidas a respeito do campo, as pesquisadoras Happé, Cook e Bird (2017) elaboraram uma proposta de modelo estrutural para a cognição social. Nesse modelo, as autoras identificaram oito subprocessos:

- a) afiliação ou motivação social: fatores que influenciam a quantidade de interações de um indivíduo;
- b) reconhecimento de agentes: reconhecer o outro como indivíduo independente de mim, com capacidade de me beneficiar ou prejudicar;
- c) imitação ou reconhecimento de ações e movimentos biológicos: preferência por estímulos sociais (pareidolia, por exemplo) e reprodução de ações percebidas no outro;
- d) atenção social: foco em estímulos sociais acompanhando a atenção compartilhada (olhar para onde a maioria está olhando, por exemplo);
- e) reconhecimento de emoções: determinar o estado afetivo do outro e em si próprio;
- f) a empatia: adotar em si o mesmo estado afetivo do outro, sabendo que ele é o agente da ação;
- g) aprendizagem social: aprender com outros indivíduos;
- h) teoria da mente: atribuir estados mentais a si e ao outro.

Além desses subprocessos, Pinkham, Harvey e Penn (2018) também indicam os constructos de percepção social, como a habilidade para reconhecer e interpretar

pistas sociais, e de estilos de atribuição, como as tendências de atribuição de causas sociais aos eventos.

Assim como todo subprocesso cognitivo, a atuação dos constructos da cognição social muitas vezes se sobrepõe umas às outras, assumindo manifestações muito semelhantes, e partindo de fatores comuns que os tornam mais sinônimos do que distintos, seguindo um modelo de desenvolvimento em cascata, em que o desenvolvimento de uma habilidade ocorre de forma contínua e possibilita o desenvolvimento de outras capacidades que também se atualizam constantemente (HAPPÉ; COOK; BIRD, 2017).

Alguns estudos apresentam modelos neurofuncionais que são substrato para a cognição social. O estudo de revisão de Hiser e Koenigs (2018) explora o papel fundamental do córtex pré-frontal ventromedial (CPFvm) como aparato neural para a cognição social, através de interações com diversas áreas. Em processos de recompensa e tomada de decisão, o CPFvm interage com estriado ventral e amígdala. Associado com as habilidades de regulação de emoções, o CPFvm se relaciona também com amígdala, com estruturas límbicas, com a substância cinzenta periaquedutal, o hipocampo, e o córtex cingulado dorsal. Já para processos de reconhecimento de emoções, teoria da mente e processamento de informações intrapessoais, as interações se dão com córtex cingulado posterior, pré-cúneo, córtex pré-frontal dorsomedial e amígdala. Também Frith e Frith (2012) demonstram a relevância do córtex pré-frontal ventromedial para aprendizado por recompensas, além de indicar outras regiões relevantes para processos de imitação como o sulco temporal superior, a junção têmporoparietal como fundamento para auto e hétero monitoramento, o córtex pré-frontal dorsolateral envolvido no viés de atribuição, e o córtex pré-frontal medial relacionado com a metacognição.

As intervenções em cognição social resultam em modificações funcionais nas estruturas citadas (GREEN; HORAN; LEE, 2019), demonstrando o quanto os estudos a respeito da cognição social são relevantes para a recuperação de pessoas acometidas por transtornos mentais graves e que são prejudicadas em suas interações sociais.

1.1.3.1. Teoria da Mente

A Teoria da Mente (TOM) é um dos processos mais estudados em transtornos mentais por sua relação com as habilidades sociais de interações cotidianas que impactam na tomada de decisão e resolução de problemas com componentes sociais (GREEN; HORAN; LEE, 2015). Também é conhecida pelo termo “mentalização”, pois se refere à capacidade de inferir processos mentais ao outro (FRITH; FRITH, 2012; GREEN; HORAN; LEE, 2015; SALES et al., 2022). Assim como há a capacidade de se refletir, pela metacognição, sobre os próprios estados mentais, também é possível inverter o movimento e atribuir processos mentais aos outros, pressupondo que são processos independentes que ocorrem em outra fonte de ação (FRITH; FRITH, 2012). Os estados mentais são entendidos como as intenções, desejos, pensamentos, crenças, sonhos, pretensões e etc., e inferir sobre os processos percebidos no outro permitem que questões do cotidiano sejam solucionadas com base em tais percepções (BARON-COHEN et al., 1994).

Considerando o processo de desenvolvimento normal, a habilidade de Teoria da Mente se apresenta inicialmente como uma capacidade de reconhecer as chamadas “crenças”, e com o desenvolvimento de processos cognitivos superiores passa a tornar-se mais complexa, incluindo a linguagem em seus mecanismos. Já entre os quatro e cinco anos de idade, a criança é capaz de realizar tomadas de perspectivas com inferências simples a respeito de terceiros, o que caracteriza a teoria da mente de primeira ordem (BARON-COHEN et al., 1999). Entre seis e oito anos de idade é possível observar o desenvolvimento da teoria da mente de ordens mais altas, com inferências que permitem a identificação de ironia e sarcasmo, por exemplo (BARON-COHEN et al., 1999).

Na fase pré-escolar a Teoria da Mente se manifesta pela compreensão das crenças falsas, consistida em uma situação na qual a criança é colocada para prever o comportamento de um terceiro que tem uma crença que não corresponde com a realidade concreta, sendo que isso é de conhecimento da criança (MARTINS; BARRETO; CASTIAJO, 2013). Assim, é necessário que a criança pense sobre os estados mentais como representações, e que se descentralize de sua própria perspectiva para responder de acordo com o que o outro responderia, ou seja, exige

uma distinção entre a representação e o conteúdo (GARRIDO; AZEVEDO; PALMA, 2013). Um exemplo de história proposta para avaliar a crença falsa é de apresentar uma situação em que uma personagem quer um doce que costuma ficar na primeira gaveta, mas que a mãe tirou de lá sem que a personagem soubesse. Assim, pergunta-se para o sujeito o que a personagem faria se quisesse um doce, e ao responder que a personagem procuraria pelo doce na primeira gaveta mesmo ele não estando realmente lá, a criança demonstra a compreensão de uma crença que é falsa.

Já a partir da idade escolar, a compreensão de crenças falsas se torna mais complexa progressivamente: a criança passa a representar e raciocinar acerca de crenças de alta ordem, compreendendo que as pessoas podem ter crenças, verdadeiras ou falsas, acerca de outras crenças. Essas crenças se tornam cada vez mais complexas na medida em que a criança se torna capaz de pensar acerca do que determinada personagem pensaria a respeito do pensamento de uma outra personagem, na antecipação do desejo de uma terceira (BARON-COHEN, 2000). Um exemplo seria uma situação proposta em que uma personagem critica um desenho na presença de seu autor sem saber quem concebeu o desenho, e a criança é convidada a justificar o que levou a personagem a comportar-se desta maneira e identificar a gafe social cometida na situação exemplificada.

A partir da adolescência, a Teoria da Mente se manifesta perante tarefas mais complexas, onde o nível de sofisticação das competências de teoria da mente opera através da compreensão e atribuição de intenções, crenças, emoções ao outro, em situações sociais mais complexas e de difícil interpretação, até que na idade adulta se apresenta a capacidade de contrastar interpretações físicas e comportamentais com inferências que compreendem a análise de estados mentais do outro, aplicando as atribuições em situações do cotidiano (MARTINS; BARRETO; CASTIAJO, 2013).

Apesar de ter definição semelhante ao que se conhece por empatia, os dois processos podem ser considerados distintos e envolvem estruturas neurais diferentes. A empatia, envolvendo aspectos afetivos de identificação de estados emocionais e reprodução através de neurônios espelho, envolve também atividades no córtex cingulado anterior e ínsula anterior (HAPPÉ; COOK; BIRD, 2017). Por outro lado, a teoria da mente envolve aspectos cognitivos de identificação de estados e representações mentais, o que requer estruturas como córtex pré-frontal medial, o pré-cúneo e a junção têmporoparietal (FRITH; FRITH, 2012; HAPPÉ; COOK; BIRD, 2017).

1.1.4. Funcionalidade Psicossocial

A funcionalidade pode ser compreendida como a capacidade de utilização dos recursos físicos, sociais e cognitivos a fim de encontrar soluções para as questões que cercam o cotidiano nas esferas comunitária, familiar, laborativa, acadêmica ou de lazer. Assim, o conceito de funcionalidade envolve as diferentes capacidades que tornam um sujeito apto para trabalhar ou estudar, para viver de forma independente, para se divertir e ter uma vida social, entre outras atividades que compõem o domínio psicossocial (ROSA et al., 2007).

O modelo de funcionalidade em geral é compreendido como contraponto ao conceito de incapacidade. A incapacidade é definida pela OMS como uma experiência multidimensional que envolve processos de saúde e doença interagindo com aspectos sociais, individuais, físicos e ambientais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020). Do mesmo modo, a funcionalidade é um contínuo de estado de saúde que pode ser avaliado de acordo com as capacidades de cada indivíduo em diferentes domínios ao nível do corpo, da pessoa e da sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020).

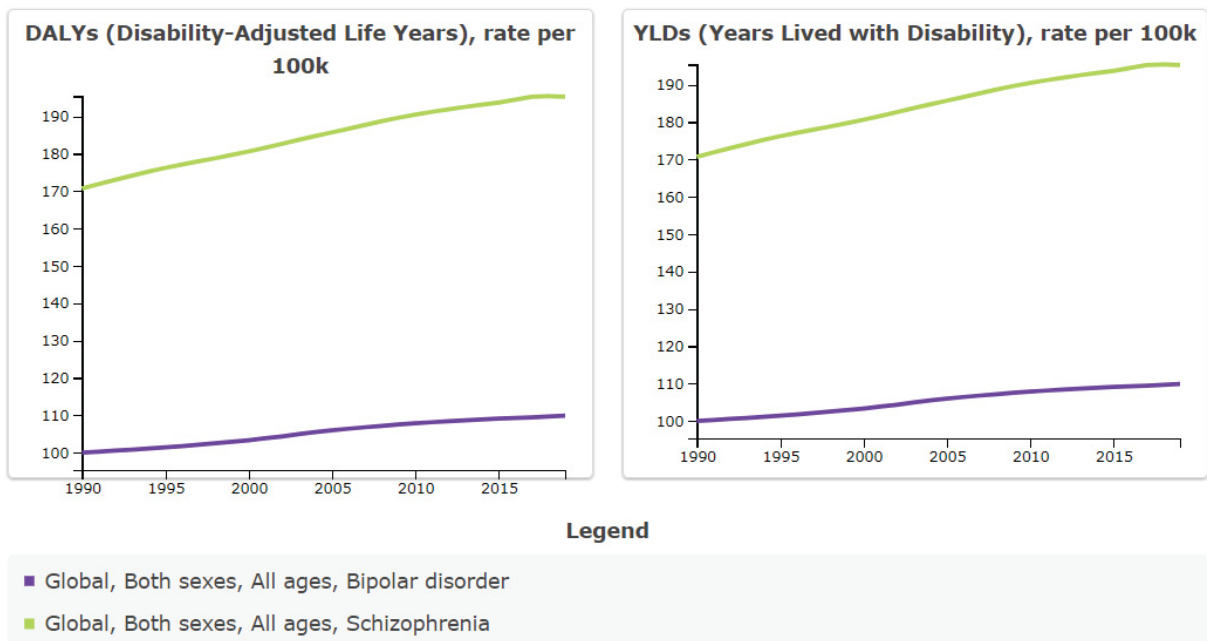
A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020) busca realizar uma leitura biopsicossocial da funcionalidade integrando os modelos médicos e sociais: no modelo médico, a incapacidade é considerada um problema individual causado diretamente pela doença, devendo ser tratada por profissionais da saúde para promover a cura, adaptação e mudança de comportamento do sujeito, sendo então um problema da saúde; o modelo social, por sua vez, considera que a incapacidade é um problema multideterminado por interações complexas de uma série de condições que deve ser tratado coletivamente para promover integração plena do sujeito à sociedade, sendo assim um problema político.

1.1.4.1. Funcionalidade e cognição no transtorno bipolar e na esquizofrenia

Buscando uma métrica que abrange não apenas a mortalidade, mas também a incapacidade que uma condição representa, a OMS propôs em 1996 a medida “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade”, ou DALY (do inglês *disability-adjusted life years*). O DALY representa o fardo de uma doença que se expressa no número de

anos de vida saudável perdidos em decorrência de uma condição, e que é calculado pela soma dos anos de vida perdidos em decorrência de morte prematura (YLL) e dos anos vividos com invalidez (YLD) (INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE, 2013). O Estudo de Carga de Doença Global (GBD) coordenado pelo Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde (IHME), permite fazer um acompanhamento do quanto essas medidas variam ao longo do tempo, e possibilita assim a identificação de condições de saúde que precisam ser priorizadas em estratégias de intervenção e de alocação de recursos em saúde (INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE, 2013). Ao comparar os índices de DALY ao longo dos anos, é possível perceber que a carga do transtorno observado tanto na esquizofrenia quanto no transtorno bipolar permanece quase inalterada ao longo dos trinta anos compreendidos entre 1990 e 2020, o que pode indicar que a população acometida por esses transtornos permanece sem grandes ganhos em sua funcionalidade há pelo menos esse período de tempo (Figura 1).

FIGURA 1 – ÍNDICES DALY E YLD DA ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR AO LONGO DOS ANOS



Fonte: (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2023).

Diversas evidências sugerem que a funcionalidade psicossocial está fortemente relacionada com aspectos cognitivos em pessoas com transtornos

mentais, indicando que os prejuízos cognitivos podem ser determinantes para o desfecho funcional de saúde mental. Mucci e Galderisi (2017) demonstram em estudo de revisão que tanto a cognição social como a não social estão relacionadas com funcionalidade e qualidade de vida em participantes com transtornos mentais como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno bipolar.

Dentre os processos cognitivos envolvidos com a funcionalidade na esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar podemos ressaltar a memória verbal como aspecto relevante para a compreensão da relação cognição-funcionalidade. A memória verbal pode ser definida como a capacidade de adquirir, armazenar e recuperar informações verbais. A memória requisita a segunda unidade funcional cerebral em zonas mediais e estruturas como amígdala, hipotálamo e hipocampo, sendo uma função que exige que atenção e percepção se estabeleçam garantindo, assim, o armazenamento de informações (LURIA, 2010). Em colaboração com o grupo de Hasse-Souza *et al.* (2023), nossa equipe contribuiu para um estudo transversal contando com participantes de grupos controles saudáveis, transtorno bipolar e esquizofrenia a fim de investigar o papel da memória verbal na funcionalidade, e identificamos que os índices de memória verbal se relacionam com prejuízo funcional nos grupos clínicos, sugerindo assim uma associação entre um aspecto de cognição não social e o desfecho funcional. Considerando essa relação, os autores Green e Harvey (2014) indicam que a cognição e funcionalidade têm um traço comum na esquizofrenia, e que poderiam ser agrupados em um aspecto único chamado de "habilidades".

Além da já estabelecida relação entre cognição e funcionalidade psicossocial nos transtornos mentais graves, diversos estudos investigaram se as medidas de cognição social têm influência sobre aspectos da funcionalidade. O estudo de Easwaran e Palaniappan (2021) identificou que o prejuízo de reconhecimento de pistas sociais estava associado com o prejuízo funcional em participantes com transtorno bipolar (TAB). Da mesma forma, Lahera *et al.* (2012) conduziram estudo com participantes TAB tipo I e II em eutímia, e identificaram um prejuízo de cognição social maior entre participantes com baixa funcionalidade. Também Lahera *et al.* (2015) demonstram em estudo transversal que o estilo de atribuição, um subprocesso da cognição social, é um dos fatores ligados ao prejuízo funcional tanto no transtorno bipolar como na esquizofrenia, além da presença de sintomas residuais, que se relacionaram com a funcionalidade na amostra do estudo. Também existem

evidências de que a cognição social é uma chave importante para a funcionalidade na esquizofrenia, aparecendo como o fator de maior associação com funcionalidade para o trabalho formal e relações interpessoais nessa população, representando preditor de desfecho mais significativo nesses aspectos do que cognição não social, sintomatologia e aspectos psicossociais (MUCCI et al., 2021). Entretanto, a relação entre cognição social e funcionalidade ainda merece ser melhor investigada, pois alguns estudos realizados não identificaram essa associação em estudo que comparam pessoas com esquizofrenia e com transtorno bipolar (DURAND et al., 2021; VAUTH et al., 2004).

Alguns autores investigam inclusive se os subprocessos de cognição social desempenham um papel de mediação entre a cognição não social e a funcionalidade psicossocial na esquizofrenia e no transtorno bipolar, o que contribui para a hipótese de que as alterações cognitivas estão relacionadas com os prejuízos funcionais observados nos transtornos mentais (JAVED; CHARLES, 2018; KONSTANTAKOPOULOS et al., 2016; OSPINA et al., 2018).

1.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A cognição social vem sendo estudada como característica relevante para as pesquisas e intervenções em esquizofrenia, sendo recomendada como um dos processos cognitivos que devem ser aferidos nos processos de avaliação e intervenção pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH) dos Estados Unidos através da iniciativa MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*) e pelos *Research Domain Criteria* do NIMH (FONSECA et al., 2017).

As alterações mais frequentemente observadas na esquizofrenia são nos subprocessos de percepção de pistas sociais, compartilhamento de experiências, regulação de emoções e Teoria da Mente (GREEN; HORAN; LEE, 2015). Assim como aspectos da cognição não social, os prejuízos de cognição social observados na esquizofrenia demonstram estabilidade ao longo das fases do transtorno, sendo observáveis na fase de pródromo, no primeiro episódio psicótico e nos quadros crônicos (GREEN et al., 2012). Em estudo de revisão, as autoras Healey, Bartholomeusz e Penn (2016) identificaram prejuízo de percepção de emoções de medo e tristeza e alterações de Teoria da Mente em participantes já no primeiro

episódio psicótico (PEP), e indicaram que o prejuízo nesses processos de cognição social é persistente ao longo das fases do transtorno.

Há evidências que relacionam os sintomas da esquizofrenia com o perfil de comprometimento de cognição social, sugerindo que os sintomas negativos estão associados à dificuldade no reconhecimento de emoções, enquanto os sintomas positivos estariam mais relacionados ao viés de atribuição hostil, propondo assim um perfil “*under social cognition*” e outro perfil “*over social cognition*” (PEYROUX et al., 2019). Também a paranoia estaria relacionada ao viés de atribuição hostil e de mentira, sendo que a paranoia está associada a maior prejuízo funcional dos pacientes (PINKHAM; HARVEY; PENN, 2016). Também a dificuldade de insight está relacionada ao prejuízo de cognição social, uma vez que o viés de atribuição influenciaria a percepção e interpretação de autoconfiança nas respostas em pessoas com esquizofrenia (TAKEDA et al., 2018).

A cognição social também vem sendo estudada por sua relação com a funcionalidade em pessoas com esquizofrenia. A Teoria da Mente é o subprocesso que frequentemente se observa impactado em esquizofrênicos com maior prejuízo funcional (BORA et al., 2006). Além disso, a Teoria da Mente já foi relacionada com desfecho funcional em aspectos comunitários que abarcam uma ampla gama de tarefas e ações relacionadas à vida independente e ao funcionamento social/profissional, além de estar associada a funcionalidade de autonomia e performance nessa população, sendo que baixa reatividade a emoções desconfortáveis combinado com melhores índices de atenção e Teoria da Mente resultam em melhor funcionalidade na esquizofrenia (JAVED; CHARLES, 2018).

Também no transtorno bipolar, a cognição social tem sido apontada como aspecto de interesse para os estudos e intervenções, uma vez que parece estar relacionada com dificuldades nas interações, isolamento e com desfechos sociais negativos (PAN; FIGUEIREDO, 2022).

Gillissie *et al.* (2022) identificaram em revisão com metanálise que os prejuízos de teoria da mente são consistentemente reportados no transtorno bipolar, estando associados a baixo desempenho na velocidade de processamento, atenção e agilidade psicomotora. A tomada de decisão também aparece alterada com pequeno tamanho de efeito sugerindo disfunções nos sistemas de recompensas, o que resultaria em maior impulsividade e sensibilidade a reforços com ganhos (GILLISSIE et al., 2022). Além da teoria da mente, diversas alterações no reconhecimento de

emoções foram reportadas no transtorno bipolar com variações de acordo com a fase da doença, com estudos que sugerem dificuldade em reconhecer faces felizes na manifestação da depressão e dificuldades no reconhecimento de faces de medo, raiva e tristeza na manifestação da mania, além de tendência em reconhecer negativamente estímulos neutros em diferentes estágios da doença (GILLISSIE et al., 2022). Também a memória emocional já foi apontada como marcador de progressão no TAB, sugerindo que os pacientes com maior número de episódios de humor apresentam prejuízos na memória afetiva (FIJTMAN et al., 2020). Szmulewicz *et al.* (2020) identificaram em estudo transversal que participantes com TAB apresentam desempenho prejudicado na teoria da mente e no processamento emocional (principalmente do medo), dificuldades que estão acentuadas em pacientes com baixa reserva cognitiva, traumas na infância e sintomas psicóticos.

As alterações de teoria da mente são frequentemente observadas em pessoas com transtorno bipolar nos tipos 1 e 2 (ESPINOS et al., 2019; MARTINO et al., 2011; WOLF; BRÜNE; ASSION, 2010), com prejuízos acentuados em tarefas verbais de teoria da mente (DE SIQUEIRA ROTENBERG et al., 2020), e com perfil de prejuízo mais acentuado observado entre homens e entre pacientes mais velhos (ESPINÓS et al., 2021). As evidências a respeito da estabilidade dos prejuízos de teoria da mente ao longo das fases do transtorno bipolar são difusas. Enquanto alguns resultados de metanálise indicam não haver diferenças de desempenho em TOM entre eutímicos e sintomáticos, com prejuízos observáveis também em quadros subsindrômicos do TAB (GILLISSIE et al., 2022), outros estudos de metanálise postulam que no transtorno bipolar os prejuízos de teoria da mente são mais acentuados em episódios agudos da doença (BORA; BARTHOLOMEUSZ; PANTELIS, 2016; DE SIQUEIRA ROTENBERG et al., 2020), diferente da estabilidade no prejuízo que se observa na esquizofrenia ao longo das fases do transtorno.

A teoria da mente é estudada como candidata a endofenótipo do transtorno bipolar (ESPINÓS et al., 2021), assim como ocorre na esquizofrenia (ZHENG et al., 2018). Entretanto, o papel mediador que se observa sendo desempenhado pela cognição social na relação entre cognição não social e funcionalidade entre pessoas com esquizofrenia ainda não está bem esclarecido no TAB, com resultados controversos que indicam não identificar os subprocessos da cognição social como mediadores dessa relação (OSPINA et al., 2018), enquanto outros resultados

identificam a teoria da mente como mediadora entre processos cognitivos não sociais e a funcionalidade psicossocial (KONSTANTAKOPOULOS et al., 2016).

As investigações a respeito da cognição social como preditora da funcionalidade também demonstram resultados controversos no TAB (VLAD et al., 2018). Em estudo realizado com participantes com transtorno bipolar tipo I sem psicose foram identificados que os prejuízos de funcionalidade social aferidos pela Escala Breve de Funcionalidade – FAST estão associados aos prejuízos nos subprocessos da cognição social de reconhecimento de pistas sociais e de viés de atribuição (EASWARAN; PALANIAPPAN, 2021). Também em estudos com participantes TAB tipos I e II em eutímia, a baixa funcionalidade esteve combinada com pior desempenho em medidas de cognição social e de cognição não social (LAHERA et al., 2012). Entretanto, outras evidências não identificaram a mesma relação entre teoria da mente e funcionalidade. Cusi, MacQueen e McKinnon (2012) conduziram estudo investigando os subprocessos de teoria da mente e de percepção interpessoal no transtorno bipolar, e concluíram que apenas a percepção interpessoal esteve relacionada com funcionalidade social. Também no estudo de Martino *et al.* (2011) não foi encontrada associação entre subprocessos de cognição social e funcionalidade em participantes eutímicos de TAB tipo I e II, investigando teoria da mente e reconhecimento facial de emoções.

Diversos estudos no âmbito da saúde mental têm investigado a esquizofrenia e o transtorno bipolar como transtornos com grandes semelhanças etiológicas, genéticas e sintomatológicas (REISER et al., 2018), que compartilhariam de um mecanismo neurobiológico e etiológico comum (MEHTA et al., 2021), sendo considerados transtornos mentais graves semelhantes dentro de um mesmo espectro (DONOHOE et al., 2012). Apesar de apresentarem alterações cognitivas semelhantes, os prejuízos observados na esquizofrenia são mais acentuados do que os observados no transtorno bipolar (KRABBENDAM et al., 2005). No estudo transversal de nossa colaboração, buscamos investigar a memória verbal enquanto aspecto de cognição não social que poderia estar envolvido na funcionalidade da esquizofrenia e do transtorno bipolar, e identificamos que a esquizofrenia é a que tem maior comprometimento de memória verbal e de funcionalidade, seguida do transtorno bipolar e dos participantes do grupo controle saudável (HASSE-SOUSA et al., 2023). Tendo em vista os diversos aspectos em comum entre TAB e esquizofrenia, pesquisadores têm investigado a cognição social e seus subprocessos nos

transtornos mentais graves, identificando prejuízos na teoria da mente (MARTIN-CONTERO et al., 2017) e considerando esse subprocesso como importante preditor de desfecho funcional tanto no transtorno bipolar como na esquizofrenia (COOK et al., 2013).

Estudos que comparam os dois transtornos identificam que os prejuízos de cognição social também são mais acentuados na esquizofrenia do que no TAB (MEHTA et al., 2021; NAVARRA-VENTURA et al., 2022). Enquanto as dificuldades de cognição social parecem ser mais generalizadas na esquizofrenia, no transtorno bipolar observa-se dificuldade mais específica e acentuada no reconhecimento de emoções (MEHTA et al., 2021). Ao investigar a teoria da mente nos dois transtornos, observa-se que o perfil de desempenho entre eles é semelhante em tarefas de TOM de primeira ordem – saber o que o outro sabe –, porém, a dificuldade seria mais acentuada na esquizofrenia em tarefas que envolvem TOM de alta ordem – saber o que o outro não sabe (NAVARRA-VENTURA et al., 2022).

Também a relação entre cognição social e funcionalidade aparece em estudos que comparam o transtorno bipolar e a esquizofrenia. Aspectos de cognição social foram identificados por Mucci e Galderisi (2017) como principais preditores de desfecho funcional para a funcionalidade psicossocial e qualidade de vida em transtornos como TAB, esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo. O prejuízo funcional observado na esquizofrenia e no transtorno bipolar também já foi relacionado com a cognição social no subprocesso de estilo de atribuição, além de se relacionar com a manifestação de sintomas residuais (LAHERA et al., 2015).

Também a teoria da mente já foi identificada como preditor de desfecho na funcionalidade comunitária e para o trabalho entre participantes com TAB e esquizofrenia em remissão de sintomas (NAVARRA-VENTURA et al., 2022). Entretanto, propõe-se que os impactos da teoria da mente na funcionalidade ainda precisam de maiores investigações na esquizofrenia e no transtorno bipolar, com evidências que sugerem prejuízos semelhantes entre os dois transtornos (DONOHOE et al., 2012).

Tendo em vista a importância de desenvolver estudos que promovam maior funcionalidade aos pacientes com esquizofrenia e transtorno bipolar para contribuir para melhor qualidade de vida desses pacientes, faz-se necessária a identificação de novos alvos terapêuticos que resultem em recuperação real dos pacientes. Diante das controvérsias a respeito dos aspectos que podem se relacionar com a funcionalidade

no TAB e na esquizofrenia, e do papel desempenhado pela cognição social nos transtornos mentais graves, este estudo busca responder a seguinte pergunta: existe associação entre a funcionalidade e a teoria da mente em pessoas com transtorno bipolar e em pessoas com esquizofrenia? Construiu-se para essa pergunta a hipótese de que o constructo de teoria da mente estaria associado à funcionalidade psicossocial na esquizofrenia e no transtorno bipolar.

1.3. OBJETIVOS

- a) avaliar teoria da mente e funcionalidade em pessoas com esquizofrenia, pessoas com transtorno bipolar e grupo controle saudável;
- b) identificar diferenças de desempenho em teoria da mente e funcionalidade entre pessoas com esquizofrenia/transtorno bipolar e participantes do grupo controle;
- c) relacionar funcionalidade psicossocial e teoria da mente na esquizofrenia e transtorno bipolar.

1.4. JUSTIFICATIVAS

Avaliar cognição nos transtornos mentais é relevante na medida em que os processos cognitivos fornecem um importante preditor da funcionalidade psicossocial dos pacientes.

Investigar a cognição social permite ainda que novos avanços aconteçam na elaboração de estratégias interventivas, identificando alvos terapêuticos potenciais, que possam contribuir para o prognóstico dos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Além disso, os prejuízos cognitivos impactam no tratamento dos transtornos mentais uma vez que pode dificultar a adesão, diminuir a resposta a tratamentos não farmacológicos (como da psicoterapia, por exemplo), e também dificultar as estratégias de psicoeducação.

Por fim, há relevância em contribuir para estudos a respeito da teoria da mente em pessoas com transtornos mentais uma vez que este constructo é um componente importante da cognição que vem sendo investigado como endofenótipo e que tem sido investigado como possível preditor para o prognóstico funcional na esquizofrenia e no transtorno bipolar.

Considerando que na esquizofrenia os prejuízos cognitivos se manifestam anteriormente aos sintomas em aproximadamente nove anos, e permanecem à revelia das intervenções farmacológicas (KAHN; KEEFE, 2013), é importante considerar as alterações cognitivas como fatores centrais do transtorno, tendo em vista que estes prejuízos são determinantes para a qualidade de vida e para as atividades cotidianas da pessoa com esquizofrenia .

Os tratamentos farmacológicos atualmente disponíveis para intervenção em transtornos mentais graves são insuficientes para promover recuperação funcional e cognitiva dos pacientes, limitando-se a promoção de remissão de sintomas, Isso traz a necessidade de estudos que elucidem o papel da cognição nos desfechos funcionais, possibilitando o desenvolvimento de novas intervenções que promovam recuperação funcional dos pacientes, uma vez que intervenções que visam a cognição social podem ser capazes de promover mudanças funcionais em estruturas cerebrais (GREEN; HORAN; LEE, 2019). Assim, aspectos de cognição social podem ser alvos terapêuticos nos tratamentos em transtornos mentais graves como esquizofrenia e transtorno bipolar, contribuindo para os aspectos que o tratamento farmacológico não alivia (MUCCI et al., 2021; MUCCI; GALDERISI, 2017).

2. METODOLOGIA

2.1. DELINEAMENTO

Para responder à pergunta de pesquisa e atingir os objetivos da pesquisa, delineou-se um estudo observacional, analítico e transversal.

2.2. QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo faz parte de projeto que foi submetido e aprovado em apreciação ética do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Curitiba - CEP/HC (Número do Parecer: 3.947.017) (ANEXO 1). Os participantes selecionados passaram por entrevista inicial para conhecer a natureza do estudo, seus objetivos, os procedimentos necessários, e nessa entrevista manifestavam o interesse na participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

2.3. PARTICIPANTES

A seleção dos participantes com esquizofrenia aconteceu no Programa de Atenção ao Paciente Psicótico (PROAP) do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-Curitiba) entre 2019 e 2022.

A seleção dos participantes com transtorno bipolar (TAB) aconteceu no Programa de Transtorno Bipolar (PROTHABI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre 2015 e 2019. Os participantes do grupo TAB estavam na fase de eutímia.

O grupo de controles saudáveis foi composto por participantes recrutados através de convite a doadores de sangue no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e em anúncios online entre 2015 e 2019.

Foram incluídos participantes que fazem acompanhamento em ambulatório de saúde mental entre 18 e 60 anos incompletos que concordassem com os termos dispostos no TCLE, e que preenchessem os critérios através da escala diagnóstica específica para transtorno bipolar em estado de eutímia (TAB) ou esquizofrenia (SZ). Foram utilizados como critérios de exclusão outros diagnósticos de transtornos mentais, sintomas psicóticos secundário a uso de substâncias; infecções virais crônicas (Hepatites B e C, HIV) diagnosticadas; abuso de substância em atividade; doenças reumáticas diagnosticadas em atividade; história de TCE grave e neurocirurgia. No grupo controle foi utilizado como critério de inclusão a ausência de diagnóstico psiquiátrico pessoal prévio; ausência de diagnóstico psiquiátrico prévio na família em primeiro grau; ausência de histórico de lesões traumáticas na cabeça.

2.4. PROCEDIMENTOS

Os participantes que concordaram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido passaram por entrevista inicial para realização do protocolo de inclusão, e posteriormente realizaram avaliação psicológica, conduzida por psicólogas que seguiram um protocolo de procedimentos (ANEXO 2).

2.5. INSTRUMENTOS

2.5.1. Protocolo de inclusão

Questionário de informações sociodemográficas elaborado pelo próprio grupo de pesquisa (ANEXO 3).

2.5.2. Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV)

Entrevista semiestruturada para avaliação de transtornos mentais em adultos conforme os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quinta edição (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). Abrange os diagnósticos mais comumente vistos em contextos clínicos: transtornos depressivos e bipolares, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade (transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo.

2.5.3. Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)

Teste composto por 36 imagens em preto e branco da região dos olhos de uma pessoa, com quatro alternativas de emoções e intenções que melhor definem a expressão do olhar (BARON-COHEN et al., 2001). A pontuação considera um ponto para cada escolha correta de alternativa, quando o sujeito avaliado consegue interpretar o estado emocional expresso no olhar. Esse instrumento permite a mensuração da teoria da mente através da percepção visual de reconhecimento facial para tomada de perspectiva.

2.5.4. Escala Breve de Funcionamento (FAST)

A FAST é composta de 24 itens que se agrupam em seis áreas específicas de funcionamento: autonomia, trabalho, funcionamento cognitivo, finanças, relações interpessoais e lazer (ROSA et al., 2007). É uma escala hétero-aplicada conduzida por pesquisador previamente treinado que deve avaliar as limitações que a pessoa apresenta, levando em conta a funcionalidade normal esperada para uma pessoa de mesmo sexo, idade e nível sociocultural, pontuando de 0 (nenhuma dificuldade) a 3 (muita dificuldade).

2.5.5. Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI)

Escala que avalia funcionamento intelectual geral verbal e executivo estimando o coeficiente intelectual QI total (TRENTINI; YATES; HECK, 2014). Vocabulário é um subteste que fornece uma medida de expressão do indivíduo sobre seu conhecimento verbal e de informações armazenadas. Representa uma boa

medida de QI pré-mórbido e inteligência cristalizada, abrangendo memória, habilidade de aprendizado e desenvolvimento de conceitos e de linguagem.

2.5.6. Teste Auditivo-Verbal de Hopkins – revisado (HVLTR)

Lista de doze palavras de três categorias diferentes apresentadas verbalmente de forma mista em três tentativas para avaliar a recordação imediata, e uma tentativa após 25 minutos para avaliar a recordação tardia (BENEDICT et al., 1998).

2.6. ANÁLISE DE DADOS

Para comparar as variáveis clínicas, demográficas e neuropsicológicas entre os três grupos (HC, BD e SZ), a suposição de normalidade foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk e a análise de variância não-paramétrica de Kruskal-Wallis foi conduzida conforme apropriado, seguida do Steel-Dwass-Critchlow-Fligner para comparações pareadas.

Comparações de RMET entre alto e baixo funcionamento (FAST<11) foram feitas usando o teste t de amostras independentes de Mann-Whitney para cada grupo separadamente.

Uma análise de regressão linear múltipla foi conduzida para cada grupo separadamente para investigar o efeito da teoria da mente no funcionamento psicossocial, com pontuação total FAST como variável dependente, e pontuação total RMET, QI estimado pré-mórbido e memória verbal medida por HVLTR como variáveis independentes, controlando por idade e sexo.

As análises estatísticas foram conduzidas pelo software Jamovi (THE JAMOVI PROJECT, 2022) e os gráficos foram desenhados pelo software GraphPad (DOTMATICS, 2023).

3. RESULTADOS

Artigo submetido para *European Neuropsychopharmacology*.

TITLE

Social cognition and psychosocial functioning in schizophrenia and bipolar disorder:
theory of mind as a key to understand schizophrenia dysfunction

AUTHORS

Sarah Corrêa de Sales

Marieli Philippsen

Letícia Stephane de Jesus

Marcelo Alves Carriello

Pedro Henrique Pereira Alvim

Diogo Fernando Bornancin Costa

Laura Canani da Rosa

Mathias Hasse de Sousa

Letícia Sanguinetti Czepielewski

Raffael Massuda

ABSTRACT

Functional impairment is a common symptom in schizophrenia and bipolar disorder, and pharmacological treatments have limited functional recovery in both disorders. Social cognition, a cognitive process, has been associated with functioning in mental disorders. The theory of mind (TOM) is considered a key factor in understanding the social cognitive deficits in schizophrenia and bipolar disorder. Our study aims to investigate the relationship between TOM and functioning in schizophrenia (SZ), bipolar disorder (BD), and healthy controls (HC and compare TOM and functioning impairments between these groups. A total of 208 participants (HC n=69; BD n=89; SZ n=50) were evaluated with the Functioning Assessment Short Test – FAST, Reading the Mind in the Eyes Test – RMET, Wechsler Abbreviated Scale for Intelligence – WASI and the Hopkins Verbal Learning Test – revised – HVLTR. Comparisons of RMET between low and high functioning and multiple linear regression analysis were conducted for each group. Multiple regression analysis revealed that the association of TOM and psychosocial functioning is observed only in SZ. Participants with low-functioning SZ show a lower TOM performance compared to participants with high-functioning SZ ($U = 35.5$, $p = 0.022$). No significant associations were found in the other groups. TOM is essential to understand the functional impairment in schizophrenia, more than in BD. Furthermore, TOM may be a primary target for intervention strategies in improving functioning in SZ.

Keywords: theory of mind; psychosocial functioning; bipolar disorder; schizophrenia; social cognition

INTRODUCTION

The term social cognition has been used to define cognitive functions that process socially relevant stimuli and are involved in perceiving, understanding, and responding to social motivation (HAPP COOK; BIRD, 2017). Theory of mind (TOM) is a crucial component of social cognition, defined as the ability to attribute mental states to others. It allows one to understand others' feelings, thoughts, and intentions (Baron-Cohen et al., 1994).

Psychosocial functioning can be understood as the ability to use physical, social, and cognitive resources to find solutions to everyday life issues in the community, family, work, academic, or leisure spheres (Rosa et al., 2007). Social and nonsocial cognitive domains are related to functioning and quality of life in mental disorders (Mucci & Galderisi, 2017).

In addition to clinical manifestations and cognitive impairment, severe mental illnesses such as schizophrenia and bipolar disorder also result in major functional impairments that interfere with the quality of life. These impairments are often not addressed by available pharmacological treatments, resulting in disability, employment difficulties, inability to maintain healthy relationships, and loss of autonomy (Green et al., 2015; Kahn & Keefe, 2013; Reiser et al., 2018). Social cognition and TOM are cognitive processes that underlie functioning, as the ability to understand social interactions, communication, others motivation, and intentions helps in solving everyday life challenges (Mucci et al., 2021).

Previous studies have established the association between social cognition and psychosocial functioning in individuals with schizophrenia and bipolar disorder (Cook et al., 2013). One of the core features of schizophrenia is social cognitive impairment represented by difficulties in interpersonal relationships and in TOM (Green et al., 2015). In the same way as with nonsocial cognition, social cognitive impairment remains persistent in all phases of the disease (Green et al., 2012). Improved performances in social cognitive tasks are related to better work, with a larger effect observed between TOM and social skills (Halverson et al., 2019).

Similarly, social cognition is also impaired in bipolar disorder, with TOM deficits often reported (Gillissie et al., 2022) a lesser extent than in schizophrenia (Mehta et al., 2021; Navarra-Ventura et al., 2022). TOM impairment has been shown in symptomatic and euthymic patients, and the performance is poorer during the acute

phases of the disorder (Bora et al., 2016; de Siqueira Rotenberg et al., 2020). Although some studies have indicated a relationship between TOM and psychosocial functioning in bipolar disorder, others have found mixed results. It remains unclear whether TOM acts as a predictor of functioning in bipolar disorder, as observed in schizophrenia (Martino et al., 2011; Miskowiak & Varo, 2021; Ospina et al., 2018).

The aim of this study is to compare TOM in stable patients with schizophrenia and euthymic patients with bipolar disorder and to measure the relationship between TOM and functioning in both groups and healthy controls. Our hypothesis is that TOM is a predictor of functional outcomes in schizophrenia and bipolar disorder and that the social cognitive and functional impairments are more accentuated in schizophrenia than in bipolar disorder.

METHODS

The study was approved by two local ethical committees (HC-UFPB, Brazil, and HCPA-UFRGS, Brazil), and all participants agreed with the terms of consent by signature. The identity of the participants was preserved and the nature of the research and procedures was explained in the initial interview before the evaluations.

A total of 208 participants were included in the study, divided into three groups: 69 healthy controls (HC), 89 with bipolar disorder (BD), and 50 with schizophrenia (SZ). The participants of this study were recruited by two groups of research at different medical and psychiatric treatment centers in southern Brazil. Three groups of participants between eighteen and sixty years of age were composed: bipolar disorder (BD), schizophrenia (SZ), and healthy controls (HC). The BD sample includes bipolar type 1 and 2 participants diagnosed with DSM-5 criteria, at euthymic mood confirmed by a cut point of <12 in the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (Freire et al., 2014) and of <7 in the Young Mania Rating Scale (YMRS) (Vilela et al., 2005). The SZ group includes participants with confirmed diagnoses of schizophrenia according to DSM-5 criteria, without changes in medication for the prior three months, and in symptoms' stability for the prior six months. The HC sample was composed of volunteers with no personal or familiar diagnoses of mental disorders, recruited in the community. Participants who had any medical condition that disturbs cognitive performance, brain injuries, were in substance abuse or had infections or rheumatic conditions were excluded.

Psychosocial Functioning

The psychosocial functioning was assessed through the Functioning Assessment Short Test – FAST (Rosa et al., 2007), which is a questionnaire with 24 sentences that evaluate different domains of functioning: autonomy, occupational, cognitive, financial, interpersonal, and leisure. The score for each item varies on a scale from 0 (no disability) to 3 (great disability), with a total cut-point of <11 indicating high functioning.

Theory of Mind

Theory of Mind was measured through the Reading the Mind in the Eyes Test – RMET (Baron-Cohen et al., 2001), which requires the visual perception of facial

recognition for perspective taking. It is composed of a training phase and 36 items, each presenting a picture of the human eyes and four expressions, one of them offering a better definition of the person's mental state. Higher scores indicate better performance in the theory of mind.

Estimated premorbid IQ

The estimated measure of the premorbid intelligence quotient was assessed through the vocabulary verbal subtest of the Wechsler Abbreviated Scale for Intelligence - WASI (Trentini et al., 2014).

Verbal Memory

Verbal memory was measured by Hopkins Verbal Learning Test – revised – HVLT-R (Benedict et al., 1998), which is composed of a mixed list of 12 words of three different categories. The words are presented verbally in three trials, and the participant is required to verbalize the words that he or she remembers in each trial to assess immediate recall. After 25 minutes, the participant is required to verbalize the words again to evaluate delayed recall.

Statistical Analyses

To compare clinical, demographic, and neuropsychological variables among the three groups (HC, BD, and SZ), the assumption of normality was tested through the Shapiro-Wilk test. Then, the Kruskal-Wallis nonparametric analysis of variance was conducted as appropriate, followed by the Steel-Dwass-Critchlow-Fligner test for pairwise comparisons.

Comparisons of RMET between low (FAST \geq 11) and high functioning (FAST $<$ 11) were made using the Mann-Whitney independent samples t-test for each group separately.

Multiple linear regression analyses were conducted for each group separately to investigate the effect of TOM on psychosocial functioning, with the FAST total score as the dependent variable, and the RMET total score, premorbid estimated IQ, and verbal memory measured by HVLT as independent variables, controlling for age and sex.

In all analyses, a $p < 0.05$ value was deemed statistically significant. The statistical analyses were conducted with Jamovi (The Jamovi Project, 2022) and the graphics were designed using GraphPad (Dotmatics, 2023).

RESULTS

Clinical and Demographic Aspects

The clinical and demographic description of the samples is provided in Table 1. Differences were observed between HC and BD in years of education, premorbid IQ, theory of mind, verbal memory, psychosocial functioning, and domains of autonomy, occupational, cognitive, interpersonal and leisure functioning. Between HC and SZ, significant differences were found in sex, years of education, premorbid IQ, theory of mind, verbal memory, psychosocial functioning, and all domains of FAST. Significant differences were observed between BD and SZ in age, sex, premorbid IQ, theory of mind, psychosocial functioning and domains of autonomy, cognitive, financial, interpersonal and leisure functioning.

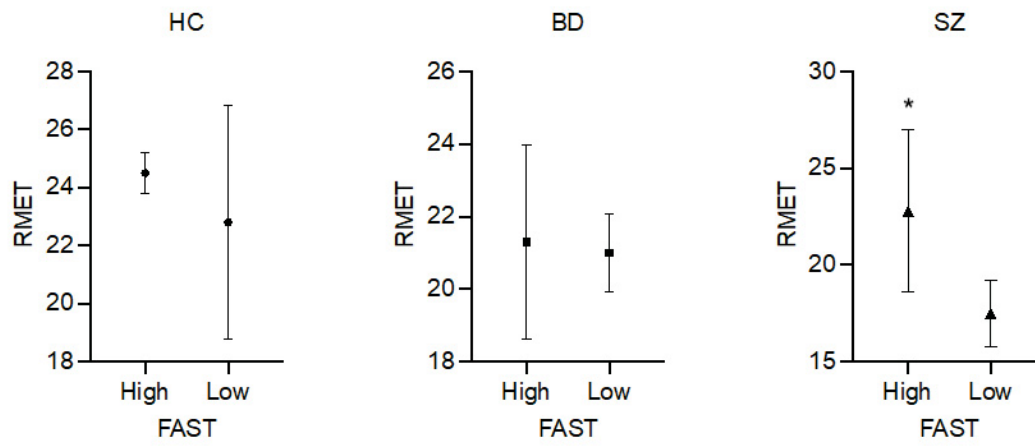
Table 1. Clinical and demographic characteristics - mean(sd)

	HC (n=69)	BD (n=89)	SZ (n=50)	Kruskal-Wallis (df=2)	pairwise comparison (p-value)		
					HC v. BD	HC v. SZ	BD v. SZ
Age	39.768 (12.264)	43.640 (11.445)	38.120 (12.2)	$\chi^2=7.62$, $p=0.022^*$	$p=0.125$	$p=0.773$	$p=0.027^*$
Sex (% female)	82.608	68.539	30	$\chi^2=36.05$, $p<0.001^*$	$p=0.110$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$
Years of education	15.232 (3.908)	10.910 (3.695)	9.480 (3.046)	$\chi^2=61.14$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p=0.074$
Premorbid IQ (T-score)	56.478 (11.505)	41.865 (12.546)	27.640 (12.025)	$\chi^2=93.81$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$
Theory of Mind - RMET	24.254 (3.453)	21.060 (4.603)	17.958 (5.678)	$\chi^2=50.54$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p=0.003^*$
Verbal memory - HVLT	8.687 (2.244)	6.104 (2.659)	5.280 (2.195)	$\chi^2=53.88$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p=0.152$
Functioning - FAST (total score)	6.899 (6.569)	24.753 (13.221)	42.660 (17.278)	$\chi^2=108.35$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$
Autonomy functioning - FAST	0.435 (0.962)	2.618 (2.511)	5.620 (3.481)	$\chi^2=85.49$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$
Occupational functioning - FAST	1.594 (3.192)	9.876 (6.479)	12.360 (4.839)	$\chi^2=86.73$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p=0.112$
Cognitive Functioning - FAST	2.333 (2.140)	5.213 (3.369)	9.440 (3.903)	$\chi^2=80.99$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$
Financial functioning - FAST	0.797 (1.132)	1.629 (2.064)	3.820 (2.106)	$\chi^2=54.07$, $p<0.001^*$	$p=0.109$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$
Interpersonal Functioning - FAST	1.087 (1.772)	3.607 (3.380)	9.060 (4.701)	$\chi^2=85.51$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$
Leisure functioning - FAST	0.652 (0.983)	1.876 (1.521)	3.180 (2.182)	$\chi^2=51.61$, $p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p<0.001^*$	$p=0.001^*$

Functioning and TOM Comparisons

Fifty-eight HC, fifteen BD and four SZ participants had high-functioning scores (FAST<11), and eleven HC, seventy-four BD and forty-six SZ participants had low functioning scores (FAST>11). Comparisons of RMET performance between high and low-functioning participants indicated lower performance of TOM in low functioning schizophrenia individuals (U=35.5, p=0.022) with a rank-biserial effect size of 0.614. No significant differences were found in bipolar disorder (U=513, p=0.324) and healthy control groups (U=311, p=0.447) (figure 1).

Figure 1. Mean and 95%CI RMET scores of patients with high and low functioning in each group (FAST<11)



*p<0.05

Regression

Table 2 provides a description of multiple linear regression analyses. The regression indicates that there is no association of independent variables of RMET total score, premorbid estimated IQ, HVLT score, sex or age with psychosocial functioning in the HC group, without significance of the model significance ($F(5, 63)=1.10$, $p=0.371$, adjusted $R^2=0.007$). In the BD group, only age was associated with psychosocial functioning ($b=0.302$, $p=0.023$), however, the model did not show statistical significance ($F(5, 83)=1.61$, $p=0.166$, adjusted $R^2=0.033$). In the SZ group, the regression model indicated statistical significance ($F(5, 44)=3.88$, $p=0.005$, adjusted $R^2=0.227$) and TOM was the only variable associated with psychosocial functioning ($b=-1.352$, $p=0.008$).

Table 2. Multiple linear regression analysis (β , SE, p-value) with FAST as the dependent variable in each group

	FAST (β (SE), p-value)		
	HC adjusted R ² =0.007, p=0.371	BD adjusted R ² =0.033, p=0.166	SZ adjusted R ² =0.227, p=0.005
Sex (female-male)	-1.341(2.133), p=0.532	-0.441(3.161), p=0.889	-2.029(4.864), p=0.679
Age	-0.082(0.075), p=0.275	0.302(0.130), p=0.023*	0.138(0.190), p=0.470
Premorbid IQ	-0.082(0.122), p=0.503	0.168(0.170), p=0.324	-0.131(0.290), p=0.652
HVLT	0.053(0.107), p=0.623	-0.265(0.146), p=0.073	-0.005(0.224), p=0.980
RMET	-0.449(0.258), p=0.087	0.567(0.337), p= 0.097	-1.352(0.484), p=0.008*

DISCUSSIONS

This study investigated the relationship between TOM and psychosocial functioning in people with schizophrenia, bipolar disorder and healthy controls. Our study found that cognitive and functional impairments were more accentuated in schizophrenia than in bipolar disorder, and healthy control participants. However, the hypothesis that TOM represents a predictor of the functional outcome can be confirmed by the results observed in schizophrenia participants, but not in bipolar disorders, which suggests that TOM should be an important target of intervention for schizophrenia specifically.

Schizophrenia and bipolar disorder share some common symptomatology, genetic and neurobiological mechanisms (Mehta et al., 2021). This has led to an increased interest in comparing social cognition deficits between these two disorders, and some studies report worse performance in schizophrenia compared to bipolar disorder (Bora & Pantelis, 2016). However, there were different results for performance differences between the two disorders. Some results suggest that the impairment is similar in both (Donohoe et al., 2012), and others found differences only in higher-order theory of mind, such as the understanding of indirect speech and social hints, which schizophrenic participants performed worse (Navarra-Ventura et al., 2022).

Low-functioning schizophrenia participants performed worse on RMET than participants with a high-functioning profile, suggesting a relationship between psychosocial functioning and TOM in schizophrenia. On the other hand, performance on RMET was similar between high- and low-functioning participants in both bipolar disorder and healthy control participants. This finding is contrary to a previous study that suggested that low-functioning bipolar disorder participants performed worse on TOM than healthy controls (Lahera et al., 2012).

When analyzing functioning as a dependent variable in a regression model, TOM was the only aspect significantly associated with psychosocial functioning in schizophrenia, with no effects of other covariates on functional outcomes. On the other hand, only age was associated with functioning in patients with bipolar disorder. Our previous hypothesis that TOM is associated with functional outcome was confirmed in patients with schizophrenia, but not in bipolar disorder. In accordance with the present results, previous studies have shown that nonsocial and social cognition are

associated with functional outcomes in serious mental illnesses (Hasse-Sousa et al., 2023; Mucci et al., 2021).

Our results showed that age was the only variable significantly related to psychosocial functioning in bipolar disorder, although the model did not show significance, suggesting that additional research is required to explore this aspect and how it relates to bipolar disorder dysfunction. Our finding differs from previous findings that showed an association between social cue recognition and psychosocial functioning in euthymic participants (Easwaran & Palaniappan, 2021). However, other studies support that there are no associations between TOM and bipolar disorder functioning (Martino et al., 2011; Ospina et al., 2018; Szmulewicz et al., 2019; Vlad et al., 2018). It is possible that the length of the disease negatively affects functional capacities in patients with bipolar disorder. On the other hand, TOM was the only aspect significantly associated with psychosocial functioning in schizophrenia, with no effects of age on functional outcome. Other studies indicate that the cognitive and functional impairments are persistent in schizophrenia (Green et al., 2012), whereas these impairment are variable in bipolar disorder (Bora & Pantelis, 2016; de Siqueira Rotenberg et al., 2020).

These results suggest that TOM plays a crucial role in psychosocial functioning in individuals with schizophrenia, and this has important implications for the development of therapeutic interventions. TOM may be a primary target of intervention in patients with schizophrenia and could result in improved functional outcomes (Mazza et al., 2010; Pino et al., 2015; Rocha & Queirós, 2013).

Clinical trials of social cognition intervention programs with patients with schizophrenia showed promising results. The Metacognitive and Social Cognition Training – MSCT and Emotion and TOM Imitation Training – ETIT are some examples of programs developed to improve TOM in patients with schizophrenia. The MSCT and ETIT programs showed improvements in TOM scores, psychosocial functioning, and in reductions in schizophrenia-related symptoms (Mazza et al., 2010; Pino et al., 2015; Rocha & Queirós, 2013). Neuroimaging studies suggest that interventions targeting social cognitive processes lead to functional modifications in key brain regions involved in social cognition (Green et al., 2019).

This study should be read with its limitations in mind. Individuals in the bipolar group had a greater mean age than the other two groups, this could interfere with the

profile of psychosocial functioning of BD group. The samples are also heterogeneous, as the BD group comprises persons with type 1 and 2 diagnoses, while the SZ group includes patients with a wide range of clinical presentations, disease duration, and disorder phase. Additionally, the sample's heterogeneity resulted in a considerable variation in the means of years of education and sex between groups, which may be associated with variances in the individuals' psychosocial functioning profile. Furthermore, a single instrument was used to assess social cognition, which can be assessed in a variety of ways using different instruments. Further studies will be required to take these variables into account.

On the other hand, the strength of this study is the diversity and representativeness of the sample which includes patients treated at public mental health services in southern Brazil, providing relevant data for understanding schizophrenia and bipolar disorder among populations that have a similar context of development.

Our study showed that the association of TOM with psychosocial functioning is observed only in the schizophrenia group, not in patients with bipolar disorder or healthy controls. TOM might be a target for cognitive interventions to promote functional outcomes in schizophrenia. In bipolar disorder, functioning might be related to other processes. These findings could provide support for future research in TOM interventions contributing to the recovery in schizophrenia.

REFERENCES

- Baron-Cohen, S., Ring, H., Moriarty, J., Schmitz, B., Costa, D., & Ell, P. (1994). Recognition of mental state terms. Clinical findings in children with autism and a functional neuroimaging study of normal adults. *British Journal of Psychiatry*, *165*(NOV.), 640–649. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.5.640>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1017/S0021963001006643>
- Benedict, R. H. B., Schretlen, D., Groninger, L., & Brandt, J. (1998). Hopkins Verbal Learning Test – Revised: Normative Data and Analysis of Inter-Form and Test-Retest Reliability. *The Clinical Neuropsychologist*, *12*(1), 43–55. <https://doi.org/10.1076/clin.12.1.43.1726>
- Bora, E., Bartholomeusz, C., & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychol Med*, *46*(2), 253–264. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001993>
- Bora, E., & Pantelis, C. (2016). Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *175*(1–3), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.018>
- Cook, E. A., Liu, N. H., Tarasenko, M., Davidson, C. A., & Spaulding, W. D. (2013). Longitudinal relationships between neurocognition, theory of mind, and community functioning in outpatients with serious mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(9), 786–794. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a2140b>
- de Siqueira Rotenberg, L., Beraldi, G. H., Okawa Belizario, G., & Lafer, B. (2020). Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *54*(8), 783–796. <https://doi.org/10.1177/0004867420924109>
- Donohoe, G., Duignan, A., Hargreaves, A., Morris, D. W., Rose, E., Robertson, D., Cummings, E., Moore, S., Gill, M., & Corvin, A. (2012). Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits. *Bipolar Disorders*, *14*(7), 743–748. <https://doi.org/10.1111/bdi.12011>
- Dotmatics. (2023). *GraphPad* (No. 2023).

- Easwaran, K., & Palaniappan, P. (2021). Social cue recognition and attributional bias in remitted bipolar disorder: Impact on social functioning. *Psychiatry Research*, 306(April 2020), 114300. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114300>
- Freire, M. Á., Figueiredo, V. L. M. de, Gomide, A., Jansen, K., Silva, R. A. da, Magalhães, P. V. da S., & Kapczinski, F. P. (2014). Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 281–289. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000036>
- Gillissie, E. S., Lui, L. M. W., Ceban, F., Miskowiak, K., Gok, S., Cao, B., Teopiz, K. M., Ho, R., Lee, Y., Rosenblat, J. D., & McIntyre, R. S. (2022). Deficits of social cognition in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disorders*, 24(2), 137–148. <https://doi.org/10.1111/bdi.13163>
- Green, M. F., Bearden, C. E., Cannon, T. D., Fiske, A. P., Helleman, G. S., Horan, W. P., Kee, K., Kern, R. S., Lee, J., Sergi, M. J., Subotnik, K. L., Sugar, C. A., Ventura, J., Yee, C. M., & Nuechterlein, K. H. (2012). Social Cognition in Schizophrenia, Part 1: Performance Across Phase of Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 854–864. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq171>
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620–631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2019). Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. In *World Psychiatry* (Vol. 18, Issue 2, pp. 146–161). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/wps.20624>
- Halverson, T. F., Orleans-Pobee, M., Merritt, C., Sheeran, P., Fett, A.-K., & Penn, D. L. (2019). Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105, 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.07.020>
- Happé, F., Cook, J. L., & Bird, G. (2017). The Structure of Social Cognition: In(ter)dependence of Sociocognitive Processes. *Annual Review of Psychology*, 68(September 2016), 243–267. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044046>
- Hasse-Sousa, M., Martins, D. S., Petry-Perin, C., Britto, M. J. S. de, Remus, I. B., Lapa, C. de O., Reckziegel, R. de F. X., Sales, S. C. de, Jesus, L. S. de, Philippsen, M., Massuda, R., van Rheenen, T. E., Gama, C. S., & Czepielewski, L. S. (2023). The role of semantic clustering in the relationship between verbal memory and psychosocial

- functioning in schizophrenia and bipolar disorder: Possible distinct cognitive pathway compared to healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 320, 330–339. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.077>
- Kahn, R. S., & Keefe, R. S. E. (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: Time for a change in focus. In *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.155>
- Lahera, G., Ruiz-Murugarren, S., Iglesias, P., Ruiz-Bennasar, C., Herrería, E., Montes, J. M., & Fernández-Liria, A. (2012). Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(2), 135–141. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182438eae>
- Martino, D. J., Strejilevich, S. A., Fassi, G., Marengo, E., & Igoa, A. (2011). Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Research*, 189(3), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.033>
- Mazza, M., Lucci, G., Pacitti, F., Pino, M. C., Mariano, M., Casacchia, M., & Roncone, R. (2010). Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(5), 675–703. <https://doi.org/10.1080/09602011.2010.486284>
- Mehta, U. M., Punith, M., Kumar, C. N., Kumar, J. K., Reddy, Y. J., & Thirthalli, J. (2021). Dissimilar social cognition signatures in remitted schizophrenia and bipolar disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 57, 102593. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102593>
- Miskowiak, K. W., & Varo, C. (2021). Social cognition in bipolar disorder: A proxy of psychosocial function and novel treatment target? *European Neuropsychopharmacology*, 46, 37–38. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.03.017>
- Mucci, A., & Galderisi, S. (2017). Cognitive Dysfunctions in the Psychoses and their Impact on Patients' Social Functioning. *European Psychiatry*, 41(S1), S48–S48. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.205>
- Mucci, A., Galderisi, S., Gibertoni, D., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., Amore, M., Bellomo, A., Biondi, M., Blasi, G., Brasso, C., Bucci, P., Carpiniello, B., Cuomo, A., Dell'Osso, L., Giordano, G. M., Marchesi, C., Monteleone, P., ... del Favero, E. (2021). Factors Associated With Real-Life Functioning in Persons With Schizophrenia in a 4-Year Follow-up Study of the Italian Network for Research on Psychoses. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 550. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4614>

- Navarra-Ventura, G., Vicent-Gil, M., Serra-Blasco, M., Cobo, J., Fernández-Gonzalo, S., Goldberg, X., Jodar, M., Crosas, J. M., Palao, D., Lahera, G., Vieta, E., & Cardoner, N. (2022). Higher order theory of mind in patients with bipolar disorder and schizophrenia/schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, *272*(3), 497–507. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01265-9>
- Ospina, L. H. H., Nitzburg, G. C. C., Shanahan, M., Perez-Rodriguez, M. M. M., Larsen, E., Latifoglu, A., & Burdick, K. E. E. (2018). Social cognition moderates the relationship between neurocognition and community functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *235*(July 2017), 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.03.013>
- Pino, M. C., Pettinelli, M., Clementi, D., Gianfelice, C., & Mazza, M. (2015). Improvement in cognitive and affective theory of mind with observation and imitation treatment in subjects with schizophrenia. *Clinical Neuropsychiatry*, *12*(3), 64–72.
- Reiser, R. P., Thompson, L. W., Johnson, S. L., & Suppes, T. (2018). *Transtorno Bipolar* (1st ed.). Hogrefe.
- Rocha, N. B. F., & Queirós, C. (2013). Metacognitive and social cognition training (MSCT) in schizophrenia: A preliminary efficacy study. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.057>
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., van Riel, W., Ayuso-Mateos, J., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Szmulewicz, A. G., Lomastro, M. J., Valerio, M. P., Igoa, A., & Martino, D. J. (2019). Social cognition in first episode bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, *272*, 551–554. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.002>
- The Jamovi Project. (2022). *jamovi* (1.6). Software de Computador. <https://www.jamovi.org>
- Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): Manual Profissional. In *São Paulo, SP: Casa do Psicólogo*.
- Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Del-Ben, C. M., & Loureiro, S. R. (2005). Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *38*(9), 1429–1439. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2005000900019>
- Vlad, M., Raucher-Chéné, D., Henry, A., & Kaladjian, A. (2018). Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection? *European Psychiatry: The*

Journal of the Association of European Psychiatrists, 52, 116–125.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.002>

4. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre funcionamento e TOM na esquizofrenia e no transtorno bipolar. Análises de regressão múltipla revelaram que a associação de TOM e funcionamento psicossocial é observada apenas no grupo SZ. Nosso estudo sugere um papel fundamental da TOM na promoção da funcionalidade entre os pacientes com esquizofrenia, mais do que no transtorno bipolar. Nossos resultados têm implicações significativas para a compreensão da TOM como um possível alvo de intervenções cognitivas para promover resultados funcionais na esquizofrenia, e sugerem que a funcionalidade psicossocial no transtorno bipolar pode estar relacionada a outros processos. Esperamos que os resultados descritos neste estudo possam subsidiar novos esforços de pesquisa que visem melhorar os desfechos funcionais de pessoas com esquizofrenia e, assim, contribuir para a recuperação dos pacientes, incluindo aspectos não contemplados nos tratamentos usuais atualmente disponíveis.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **DSM-V-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. [s.l.: s.n.].

BARON-COHEN, S. et al. Recognition of mental state terms. Clinical findings in children with autism and a functional neuroimaging study of normal adults. **British Journal of Psychiatry**, v. 165, n. NOV., p. 640–649, 1994.

BARON-COHEN, S. et al. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 29, n. 5, p. 407–418, 1999.

BARON-COHEN, S. The evolution of a theory of mind. Em: **The Descent of Mind Psychological Perspectives on Hominid Evolution**. [s.l.] Oxford University Press, 2000. p. 261–277.

BARON-COHEN, S. et al. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, 2001.

BENEDICT, R. H. B. et al. Hopkins Verbal Learning Test – Revised: Normative Data and Analysis of Inter-Form and Test-Retest Reliability. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 12, n. 1, p. 43–55, 9 fev. 1998.

BORA, E. et al. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. **Psychiatry Research**, v. 145, n. 2–3, p. 95–103, 7 dez. 2006.

BORA, E.; BARTHOLOMEUSZ, C.; PANTELIS, C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. **Psychol Med**, v. 46, n. 2, p. 253–264, 2016.

BRAVER, T. S.; BARCH, D. M.; COHEN, J. D. Cognition and control in schizophrenia: A computational model of dopamine and prefrontal function. **Biological Psychiatry**, v. 46, n. 3, p. 312–328, 1999.

CHARLSON, F. J. et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. **Schizophrenia Bulletin**, 2018.

COOK, E. A. et al. Longitudinal relationships between neurocognition, theory of mind, and community functioning in outpatients with serious mental illness. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 201, n. 9, p. 786–794, set. 2013.

CUSI, A. M.; MACQUEEN, G. M.; MCKINNON, M. C. Patients with bipolar disorder show impaired performance on complex tests of social cognition. **Psychiatry Research**, v. 200, n. 2–3, p. 258–264, dez. 2012.

DE SIQUEIRA ROTENBERG, L. et al. Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 8, p. 783–796, 25 ago. 2020.

DONOHUE, G. et al. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits. **Bipolar Disorders**, v. 14, n. 7, p. 743–748, nov. 2012.

DOTMATICS. **GraphPad**. , 2023.

DURAND, D. et al. Self-reported social functioning and social cognition in schizophrenia and bipolar disorder: Using ecological momentary assessment to identify the origin of bias. **Schizophrenia research**, v. 230, p. 17–23, abr. 2021.

EASWARAN, K.; PALANIAPPAN, P. Social cue recognition and attributional bias in remitted bipolar disorder: Impact on social functioning. **Psychiatry Research**, v. 306, 1 dez. 2021.

ESPINOS, U. et al. Theory of mind in remitted bipolar disorder: Interpersonal accuracy in recognition of dynamic nonverbal signals. **PloS one**, v. 14, n. 9, p. e0222112–e0222112, 2019.

ESPINÓS, U. et al. Social cognition in first-degree relatives of bipolar disorder: Theory of Mind and nonverbal sensitivity. **PloS one**, v. 16, n. 3, p. e0246908, 2021.

FIGUEIREDO, T. **Tratado de Cognição Social**. [s.l.] Ampla, 2022.

FIJTMAN, A. et al. Emotional memory in bipolar disorder: Impact of multiple episodes and childhood trauma. **Journal of Affective Disorders**, v. 260, p. 206–213, jan. 2020.

FONSECA, A. O. et al. The Brazilian standardization of the MATRICS consensus cognitive battery (MCCB): Psychometric study. **Schizophrenia Research**, v. 185, p. 148–153, jul. 2017.

FRITH, C. D.; FRITH, U. Mechanisms of Social Cognition. **Annual Review of Psychology**, v. 63, n. 1, p. 287–313, 10 jan. 2012.

GARRIDO, M. V.; AZEVEDO, C.; PALMA, T. Cognição Social: Fundamentos, formulações actuais e perspectivas futuras. **PSICOLOGIA**, 2013.

GILLISSIE, E. S. et al. Deficits of social cognition in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. **Bipolar Disorders**, v. 24, n. 2, p. 137–148, 8 mar. 2022.

GREEN, M. F. et al. Social Cognition in Schizophrenia, Part 1: Performance Across Phase of Illness. **Schizophrenia Bulletin**, v. 38, n. 4, p. 854–864, jul. 2012.

GREEN, M. F.; HARVEY, P. D. Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. **Schizophrenia Research: Cognition**, v. 1, n. 1, p. e1–e9, 2014.

GREEN, M. F.; HORAN, W. P.; LEE, J. Social cognition in schizophrenia. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 16, n. 10, p. 620–631, 16 out. 2015.

GREEN, M. F.; HORAN, W. P.; LEE, J. **Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions.** **World Psychiatry** Blackwell Publishing Ltd, , 1 jun. 2019.

HAPPÉ, F.; COOK, J. L.; BIRD, G. The Structure of Social Cognition: In(ter)dependence of Sociocognitive Processes. **Annual Review of Psychology**, v. 68, n. September 2016, p. 243–267, 2017.

HASSE-SOUSA, M. et al. The role of semantic clustering in the relationship between verbal memory and psychosocial functioning in schizophrenia and bipolar disorder: Possible distinct cognitive pathway compared to healthy controls. **Journal of Affective Disorders**, v. 320, p. 330–339, 24 jan. 2023.

HEALEY, K. M.; BARTHOLOMEUSZ, C. F.; PENN, D. L. Deficits in social cognition in first episode psychosis: A review of the literature. **Clinical Psychology Review**, v. 50, p. 108–137, dez. 2016.

HISER, J.; KOENIGS, M. The Multifaceted Role of the Ventromedial Prefrontal Cortex in Emotion, Decision Making, Social Cognition, and Psychopathology. **Biological Psychiatry**, v. 83, n. 8, p. 638–647, abr. 2018.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global Burden of Disease (GBD)** . Disponível em: <<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE. **Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde.** Seattle: [s.n.].

JAVED, A.; CHARLES, A. The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, n. APR, 24 abr. 2018.

KAHN, R. S.; KEEFE, R. S. E. **Schizophrenia is a cognitive illness: Time for a change in focus.** **JAMA Psychiatry**, 2013.

KATO, T. Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 73, n. 9, p. 526–540, 23 set. 2019.

KEEFE, R. S. E.; FENTON, W. S. How Should DSM-V Criteria for Schizophrenia Include Cognitive Impairment? **Schizophrenia Bulletin**, v. 33, n. 4, p. 912–920, 15 mar. 2007.

KHAN, A. et al. The evolution of illness phases in schizophrenia: A non-parametric item response analysis of the Positive and Negative Syndrome Scale. **Schizophrenia Research: Cognition**, v. 1, n. 2, p. 53–89, 2014.

KONSTANTAKOPOULOS, G. et al. Clinical and cognitive factors affecting psychosocial functioning in remitted patients with bipolar disorder. **Psychiatriki**, v. 27, n. 3, p. 182–191, 2016.

KRABBENDAM, L. et al. Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A quantitative review. **Schizophrenia Research**, v. 80, n. 2–3, p. 137–149, dez. 2005.

LAHERA, G. et al. Social cognition and global functioning in bipolar disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 200, n. 2, p. 135–141, fev. 2012.

LAHERA, G. et al. Hostile attributions in bipolar disorder and schizophrenia contribute to poor social functioning. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 131, n. 6, p. 472–482, 1 jun. 2015.

LURIA, A. **Desenvolvimento Cognitivo**. 6. ed. São Paulo: ícone, 2010.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. **Neuropsicologia Teoria e Prática**. [s.l: s.n.].

MARTIN-CONTERO, M. C. et al. [Empathy in severe mental disorders]. **Revista de neurologia**, v. 64, n. 4, p. 145–152, 16 fev. 2017.

MARTINO, D. J. et al. Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. **Psychiatry research**, v. 189, n. 3, p. 379–384, 2011.

MARTINS, C.; BARRETO, A. L.; CASTIAJO, P. Teoria da mente ao longo do desenvolvimento normativo: Da idade escolar até à idade adulta. **Análise Psicológica**, v. 31, n. 4, p. 377–392, 2013.

MCGRATH, J. et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. **BMC Medicine**, v. 2, n. 1, p. 13, 28 dez. 2004.

MECCA, T. P. Desenvolvimento da cognição social na primeiríssima infância. Em: FIGUEIREDO, T. (Ed.). **Tratado de Cognição Social**. [s.l.: s.n.]. p. 49–62.

MEHTA, U. M. et al. Dissimilar social cognition signatures in remitted schizophrenia and bipolar disorder. **Asian journal of psychiatry**, v. 57, p. 102593, mar. 2021.

MUCCI, A. et al. Factors Associated With Real-Life Functioning in Persons With Schizophrenia in a 4-Year Follow-up Study of the Italian Network for Research on Psychoses. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 5, p. 550, 1 maio 2021.

MUCCI, A.; GALDERISI, S. Cognitive Dysfunctions in the Psychoses and their Impact on Patients' Social Functioning. **European Psychiatry**, v. 41, n. S1, p. S48–S48, 23 abr. 2017.

MURRAY, R. M.; LAPPIN, J.; DI FORTI, M. Schizophrenia: From developmental deviance to dopamine dysregulation. **European Neuropsychopharmacology**, v. 18, n. SUPPL. 3, p. 2–7, 2008.

NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; DA SILVA, A. G. Esquizofrenia Teoria e Clínica. **Artmed**, 2015.

NAVARRA-VENTURA, G. et al. Higher order theory of mind in patients with bipolar disorder and schizophrenia/schizoaffective disorder. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v. 272, n. 3, p. 497–507, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

OSPINA, L. H. H. et al. Social cognition moderates the relationship between neurocognition and community functioning in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 235, n. July 2017, p. 7–14, ago. 2018.

PAN, P. M.; FIGUEIREDO, T. Os transtornos do humor. Em: **Tratado de Cognição Social**. [s.l.: s.n.]. p. 119–130.

PEELE, P. B.; XU, Y.; KUPFER, D. J. Insurance Expenditures on Bipolar Disorder: Clinical and Parity Implications. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 7, p. 1286–1290, jul. 2003.

PEYROUX, E. et al. From “under” to “over” social cognition in schizophrenia: Is there distinct profiles of impairments according to negative and positive symptoms? **Schizophrenia Research: Cognition**, v. 15, n. November 2018, p. 21–29, 2019.

PINKHAM, A. E.; HARVEY, P. D.; PENN, D. L. Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. **Schizophrenia Research: Cognition**, v. 3, p. 33–38, 2016.

PINKHAM, A. E.; HARVEY, P. D.; PENN, D. L. Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Final Validation Study. **Schizophr Bull**, v. 44, n. 4, p. 737–748, 2018.

REISER, R. P. et al. **Transtorno Bipolar**. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2018.

ROSA, A. R. et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, 2007.

SALES, S. C. et al. A Esquizofrenia. Em: **Tratado de Cognição Social**. [s.l.] Ampla, 2022. v. 2p. 131–159.

SZMULEWICZ, A. et al. Emotional processing subtypes in bipolar disorder: A cluster analysis. **Journal of affective disorders**, v. 266, n. August 2019, p. 194–200, 2020.

TAKEDA, T. et al. Effect of cognitive function on jumping to conclusion in patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research: Cognition**, v. 12, n. May, p. 50–55, 2018.

THE JAMOVI PROJECT. **jamovi**. Software de Computador, , 2022. Disponível em: <<https://www.jamovi.org>>

TRENTINI, C. M.; YATES, D. B.; HECK, V. S. **Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): Manual Profissional**. [s.l: s.n.].

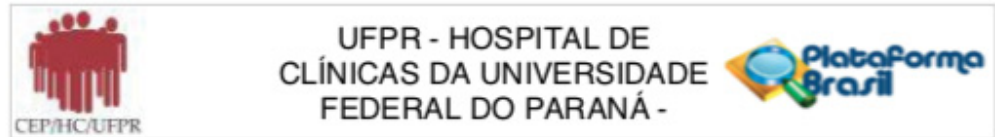
VAUTH, R. et al. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? **Psychiatry Research**, v. 128, n. 2, p. 155–165, set. 2004.

VLAD, M. et al. Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection? **European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 52, p. 116–125, ago. 2018.

WOLF, F.; BRÜNE, M.; ASSION, H.-J. Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. **Bipolar Disord**, v. 12, n. 6, p. 657–666, 2010.

ZHENG, W. et al. Neurocognitive dysfunction in subjects at clinical high risk for psychosis: A meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 103, p. 38–45, 1 ago. 2018.

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Tomografia de Coerência Óptica de Retina e Inflamação na Esquizofrenia

Pesquisador: Raffael Massuda

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 94098418.4.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.716.180

Apresentação do Projeto:

Emenda para ampliação das escalas do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

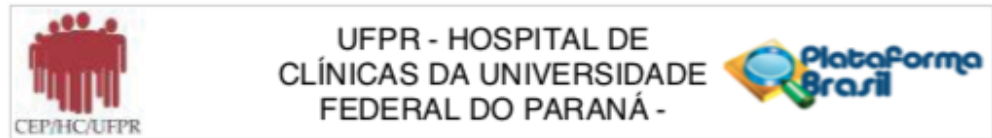
Inalterados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A alteração proposta consiste na ampliação das escalas utilizadas na pesquisa. Além dos instrumentos já utilizados, pretende-se avaliar os prejuízos cognitivos e funcionais através da: Escala Weschler-WASI, Teste Auditivo Verbal de Hopkins, Figuras Complexas de Rey, Bateria de Psicológica de Atenção, Teste dos Cinco Dígitos, Hinting Task, Reading the Mind in the Eyes e Escala Breve de Funcionamento. Tal alteração visa observar os prejuízos envolvidos na Esquizofrenia de forma mais fidedigna. Portanto, não haverá alteração dos objetivos iniciais da pesquisa.

Os prejuízos cognitivos são elementos primários na esquizofrenia, e há correlação entre os domínios cognitivos e a funcionalidade do paciente. Diversos estudos apontam prejuízos de quociente intelectual, memória verbal, funções executivas (destacando-se a memória operacional), velocidade de processamento, percepção, linguagem e cognição social como característicos do transtorno. Estas evidências de prejuízos cognitivos observados na

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufr.br



Continuação do Parecer: 3.716.180

população em estudo justificam a ampliação das escalas de avaliação.

Estas atividades serão realizadas ao longo dos atendimentos no Programa de Atenção ao Paciente Psicótico (PROAP) do HC-UFPR. Para os participantes a alteração proposta não acarretará em riscos além dos já mencionados no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação da Emenda.

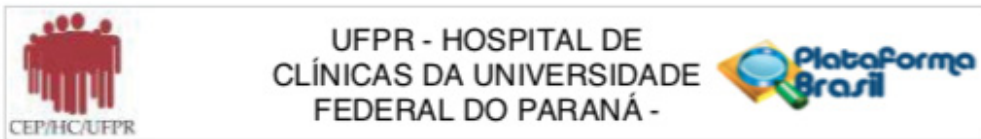
Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1450201_E1.pdf	21/10/2019 07:43:21		Aceito
Outros	CARTA_JUSTIFICATIVA_EMENDA.pdf	18/10/2019	SARAH CORREA DE	Aceito

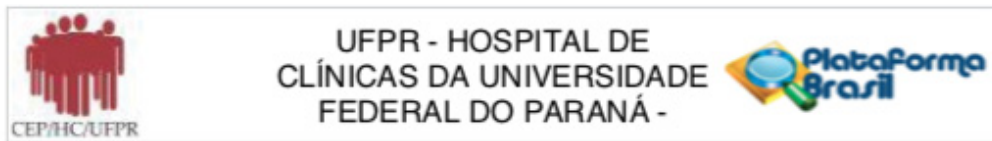
Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.716.180

Outros	CARTA_JUSTIFICATIVA_EMENDA.pdf	15:15:18	SALES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_marcelo_carriello_emenda.pdf	16/10/2019 11:47:41	SARAH CORREA DE SALES	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MARCELO_CARRIELLO_EMENDA.pdf	16/10/2019 11:47:06	SARAH CORREA DE SALES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_marcelo_carriello_cep_resposta.docx	14/08/2018 14:37:43	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CONTROLES.docx	14/08/2018 14:36:46	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_resposta_cep.pdf	14/08/2018 14:32:04	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_marcelo_carriello.pdf	17/07/2018 22:53:47	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	termo_de_responsabilidade_com_a_pesquisa.pdf	17/07/2018 22:50:43	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	termo_guarda_material_biologico.pdf	17/07/2018 22:49:56	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	17/07/2018 22:48:31	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	termo_compromisso_para_utilizacao_de_dados.pdf	17/07/2018 22:48:03	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	qualificacao_dos_pesquisadores.pdf	17/07/2018 22:47:23	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	oficio_pesquisador_cepchc.pdf	17/07/2018 22:46:20	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	declaracao_de_uso_especifico_do_material.pdf	17/07/2018 22:42:45	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	declaracao_de_tomar_os_resultados_publicos.pdf	17/07/2018 22:41:54	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	cartas_de_concordancia_dos_servicos.pdf	17/07/2018 22:40:45	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	declaracao_de_concordancia_do_orientador.pdf	17/07/2018 22:39:05	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	check_list.pdf	17/07/2018 22:37:01	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Outros	declaracao_de_ausencia_de_custo.pdf	17/07/2018 22:36:40	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto
Declaração de Manuseio Material Biológico /	termo_de_guarda_de_material_biologico.pdf	17/07/2018 22:35:09	MARCELO ALVES CARRIELLO	Acelto

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Góbia CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.716.180

Biorepositório / Biobanco	termo_de_guarda_de_material_biologico.pdf	17/07/2018 22:35:09	MARCELO ALVES CARRIELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO_BIORREPOSITARIO.pdf	17/07/2018 22:33:47	MARCELO ALVES CARRIELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MARCELO_CARRIELLO.pdf	17/07/2018 22:33:08	MARCELO ALVES CARRIELLO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_dos_pesquisadores.pdf	17/07/2018 22:29:21	MARCELO ALVES CARRIELLO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_PB.pdf	17/07/2018 22:22:06	MARCELO ALVES CARRIELLO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufr.br

ANEXO 2 – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA
MANUAL DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA GRUPO DE
PESQUISA PROAP

Psic. Sarah Sales (CRP 08/29026), jan/2020

O local de aplicação: deve sempre ser tranquilo, silencioso, ventilado e dispor de temperatura adequada para a comodidade do avaliando e do avaliador. **Evite qualquer interrupção durante a aplicação.**

A bateria completa dos participantes adultos tem duração de aproximadamente 90 minutos. Pode ser dividida em duas fases, para otimizar o processo avaliativo e permitir a aplicação simultânea de duas ou mais aplicadoras. Caso isso ocorra, não há ordem de prioridade entre a fase A ou a fase B. Entretanto, no caso de ser uma única sessão de aplicação, deve-se seguir da fase A para fase B. As fases de aplicação devem seguir a seguinte ordem:

BATERIA ADULTOS	
FASE A	FASE B
<ol style="list-style-type: none"> 1. WASI - subtestes Vocabulário e Raciocínio Matricial 2. Figuras Complexas de Rey 3. Hinting Task 4. RMET 	<ol style="list-style-type: none"> 1. HAVLT 2. FDT 3. FAST 4. BPA

A bateria completa dos participantes criança tem duração de aproximadamente 120 minutos. Pode ser dividida em duas fases para otimizar o processo avaliativo e permitir a aplicação simultânea de duas ou mais aplicadoras. Caso isso ocorra, não há ordem de prioridade entre a fase A ou a fase B. Entretanto, no caso de ser uma única sessão de aplicação, deve-se seguir da fase A para fase B. As fases de aplicação devem seguir a seguinte ordem:

BATERIA CRIANÇAS	
FASE A	FASE B
<ol style="list-style-type: none"> 1. WASI- todos os subtestes. 2. Figuras Complexas de Rey 3. Hinting Task 	<ol style="list-style-type: none"> 1. RMET 2. RAVLT 3. FDT 4. BPA

Lembre-se de preencher os dados do avaliando: nome e iniciais, código da pesquisa, data de nascimento e idade, escolaridade.

Instruções gerais antes da bateria: *“Hoje iremos realizar diversas atividades. Eu gostaria que você respondesse todas elas da melhor forma possível. Algumas partes parecerão mais complicadas do*

que outras, isso é normal e todas as pessoas têm dificuldades, o importante é que você trabalhe da forma mais rápida possível e procure evitar cometer erros.”

TESTE/SUBTESTE	ESCALA WECHSLER ABREVIADA DE INTELIGÊNCIA (WASI)
DADOS NORMATIVOS	Casa do Psicólogo, 2014.
PÚBLICO ALVO	Entre 6 e 89 anos
CONSTRUCTO	Inteligência
OBJETIVO	Avaliar funcionamento intelectual geral verbal e executivo; estimar QI total.
MODELOS TEÓRICOS	<p>P. 98 manual Inteligência envolve “funcionamento de uma série de funções cognitivas como percepção, atenção, linguagem, memória, pensamento, raciocínio, planejamento e tomada de decisões.”</p> <p>Inteligência é a habilidade de utilizar o conhecimento disponível para resolver problemas do cotidiano e direcionar ações a metas”.</p> <p>Vocabulário é uma medida de expressão do vocabulário do indivíduo sobre seu conhecimento verbal e de informações armazenadas. Boa medida de inteligência cristalizada. Abrange memória, habilidade de aprendizado e desenvolvimento de conceitos e de linguagem.</p> <p>Cubos: visualização espacial, coordenação visomotora e conceituação abstrata. Medida de organização perceptual e inteligência geral.</p> <p>Semelhanças: formação de conceito verbal, de habilidade de raciocínio verbal abstrato e de habilidade intelectual geral.</p> <p>Raciocínio matricial: raciocínio fluído não verbal e habilidade intelectual geral.</p>
APLICAÇÃO	De acordo com capítulo 11 e 12 do manual
CORREÇÃO	De acordo com Anexo A do manual.
INTERPRETAÇÃO	De acordo com idade cronológica.
OBSERVAÇÕES	

TESTE/SUBTESTE	FIGURAS COMPLEXAS DE REY
DADOS NORMATIVOS	2014, Margareth da Silva Oliveira e Maisa dos Santos Rigoni. 2. ed.
PÚBLICO ALVO	a partir dos 4 anos

CONSTRUCTO	Memória e percepção visual
OBJETIVO	Verificar modo como sujeito apreende os dados perceptivos que lhe são apresentados, e o que foi conservado espontaneamente pela memória.
MODELOS TEÓRICOS	p. 20-21 do manual: “o lobo temporal é o responsável pela audição, percepção visual e memória. Poderíamos definir a memória como capacidade de guardar a informação aprendida para ser utilizada posteriormente. A memória refere-se à aquisição, formação, conservação e evocação de informações. A aquisição está, diretamente, associada à aprendizagem.”
APLICAÇÃO	<p>Aplicação individual, cerca de 20 minutos.</p> <p>MATERIAL Folhas sulfite em branco, Lápis de colorir, lápis de escrever, Prancha A.</p> <p>INSTRUÇÕES Cópia: “Aqui tenho este desenho e quero que você o copie nesta folha; não é necessário fazer uma cópia exata; no entanto, é preciso prestar atenção às proporções e, sobretudo, não esquecer nada. Não é necessário ter pressa. Comece com este lápis colorido, daqui a pouco vou trocar a cor do seu lápis, e você vai continuar copiando. Ao final, a cópia desta figura ficará colorida.” Iniciar a contagem do cronômetro. Após alguns elementos, mudar a cor do lápis. Utilizar no máximo 6 cores. O próprio sujeito indica quando tiver terminado.</p> <p>Memória: Após uma pausa de 3 minutos, passa-se para o segundo tempo: “nesta folha quero que você desenhe de memória tudo o que lembrar da figura que copiou anteriormente. Aqui tem alguns lápis, escolha um para trabalhar. Não se preocupe com o tempo, e avise quando achar que se lembrou do máximo de elementos da figura.” Iniciar a contagem do tempo.</p>
CORREÇÃO	<p>Considerar o tipo de cópia realizado: VI: redução a esquema familiar (casa, peixe, etc.). V: fundo mais ou menos confuso de linhas, em que se identificam elementos reconhecíveis IV: justaposição de detalhes sem um traçado de base, em que se identifica um conjunto mais ou menos coerente. III: contorno geral em que são colocados os detalhes. II. detalhes incluídos na armação. I. desenho começando pelo retângulo central, que serve de armação para todos os elementos. Em caso de dúvidas, consultar descrição na p. 3 do manual.</p> <p>Considerar tempo de cópia. Contar elementos do desenho, 1 ponto para cada elemento de acordo com a folha de correção.</p>

	Considerar tempo de memória. Considerar elementos da memória, com 1 ponto para cada elemento.
INTERPRETAÇÃO	Tabelas nas páginas 57 -61.
OBSERVAÇÕES	

TESTE/SUBTESTE	HINTING TASK
DADOS NORMATIVOS	Não há normatização para população brasileira.
PÚBLICO ALVO	-
CONSTRUCTO	Cognição social
OBJETIVO	Avaliar atribuição de estado mental
MODELOS TEÓRICOS	Teoria da Mente: Também conhecida como “atribuição de estado mental”, representa as habilidades de inferir as crenças, disposições e intenções de outros, interpretar estados mentais complexos e compreender conceitos como ironia, sarcasmo e humor. Teoria da mente de primeira ordem é a habilidade de inferir o que outra pessoa está pensando; teoria da mente de segunda ordem é a habilidade de inferir o que uma pessoa acredita que outra pessoa está pensando. As medições de teoria da mente foram inicialmente desenvolvidas para o uso em crianças e frequentemente envolvem a inferência de estados mentais ou a tomada de perspectiva (se colocar no lugar do outro).
APLICAÇÃO	<p>Aplicação individual, cerca de 10 minutos.</p> <p>MATERIAL Folha de registro, caneta e manual.</p> <p>INSTRUÇÕES <i>Eu vou ler um conjunto de 10 histórias envolvendo duas pessoas. Cada história termina com um dos personagens dizendo algo. Eu vou ler cada história e fazer algumas perguntas sobre o que o personagem disse. Vamos à primeira história. Ouça cuidadosamente:</i></p> <p>1. Jorge chega no escritório de Ângela depois de uma longa e quente viagem pela estrada. Ângela imediatamente começa a falar sobre ideias de negócios. Jorge interrompe dizendo: “Opa, opa! Foi uma longa e quente viagem pela estrada”.</p> <p>P1: O que o Jorge realmente quer dizer quando ele fala isso? Tentativa b: Jorge continua dizendo: “Estou com sede.” P2: O que Jorge quer que Ângela faça?</p>

	<p>2. Melissa vai ao banheiro para tomar banho. Ane tinha acabado de tomar banho. Melissa percebe que o banheiro está sujo, então ela grita para Ane, que está no outro andar: "Não consegui achar o desinfetante, Ane?" P1: O que Melissa realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa b: Melissa continua dizendo: "Às vezes você é muito preguiçosa, Ane." P2: O que Melissa quer que Ane faça?</p> <p>3. Guilherme vai ao supermercado com sua mãe. Eles chegam no corredor dos doces. Guilherme fala: "Uau! Aqueles chocolates parecem deliciosos." P1: O que Guilherme realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa b: Guilherme continua dizendo: "Estou com fome, mãe." P2: O que Guilherme quer que sua mãe faça?</p> <p>4. Paulo tem que ir a uma entrevista e está atrasado. Enquanto ele estava limpando seus sapatos, ele fala para sua mulher, Jana. "Eu quero vestir aquela camisa azul, mas ela está muito amassada." P1: O que Paulo realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa 2: Paulo continua dizendo: "Ela está na cesta para engomar." P2: O que Paulo quer que Jana faça?</p> <p>5. Lúcia está quebrada, sem dinheiro, mas queria sair à noite. Ela sabe que Davi acabou de receber seu salário. Ela diz para ele: "Eu estou falida! As coisas estão tão caras hoje em dia!" P1: O que Lúcia realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa b: Lúcia continua dizendo: "Ai, ai, acho que vou perder minha noite mesmo." P2: O que Lúcia quer que Davi faça?</p> <p>6. Daniel quer ser responsável por um projeto no trabalho, mas Ricardo, seu chefe, pede para outra pessoa para fazer a tarefa. Daniel diz para seu chefe: "Que pena! Eu não estou muito ocupado no momento." P1: O que Daniel realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa 2: Daniel continua dizendo: "Esse projeto é bem da área que eu domino." P2: O que Daniel quer que Ricardo faça?</p> <p>7. O aniversário de Rebeca está se aproximando. Ela diz para seu pai: "Eu adoro animais, especialmente cachorros." P1: O que Rebeca realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa b: Rebeca continua dizendo: "A Loja de Animais vai estar aberta no dia do meu aniversário, pai?" P2: O que Rebeca quer que seu pai faça?</p> <p>8. Bete e Michel se mudaram para sua nova casa há uma semana. Bete está desempacotando algumas coisas. Então ela diz para Michel: "Você já desempacotou aquelas prateleiras que nós compramos, Michel?" P1: O que Bete realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa b: Bete continua dizendo: "Se você quer que algo seja feito, faça você mesmo!"</p>
--	--

	<p>P2: O que Bete quer que Michel faça?</p> <p>9. Jéssica e Max estão brincando com trenzinhos. Jessica tem o trem azul, e Max tem o vermelho. Jessica diz para Max: "Eu não gosto desse trem." P1: O que Jessica realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa b: Jessica continua dizendo: "Vermelho é minha cor preferida." P2: O que Jessica quer Max faça?</p> <p>10. Pati está descendo do trem com três malas pesadas. João está parado atrás dela. Pati fala para João: "Caramba! Essas malas são um horror!" P1: O que Pati realmente quer dizer quando fala isso? Tentativa b: Pati continua dizendo: "Eu não sei se consigo carregar três." P2: O que Pati quer que João faça?</p>
CORREÇÃO	<p>Pontuar 2 quando demonstra compreender a demanda do personagem na primeira questão, e 1 quando demonstra apenas na 2a questão.</p> <p>Longa e quente viagem: 2: Jorge não quer conversar. 1: Jorge quer um copo de água.</p> <p>Banheiro sujo: 2. O banheiro está sujo 1 Ane precisa limpar o banheiro.</p> <p>Doces: 2. Guilherme quer chocolates 1. Guilherme quer chocolates</p> <p>Camisa amassada: 2. Paulo quer que a camisa seja passada 1. Paulo quer que a camisa seja passada</p> <p>Falida: 2. Lúcia quer ser convidada por Davi, quer que ele pague. 1. Lúcia quer ser convidada por Davi, quer que ele pague.</p> <p>Projeto no Trabalho: 2. Quer assumir o projeto 1. Quer assumir o projeto</p> <p>Presente de Aniversário 2. Quer ganhar um cachorrinho, um animalzinho 1. Quer ganhar um cachorrinho, um animalzinho</p> <p>Objetos 2. Quer ajuda 1. Quer ajuda</p>

	<p>Trenzinho</p> <p>2. Quer trocar de brinquedo</p> <p>1. Quer trocar de brinquedo</p> <p>Malas pesadas:</p> <p>2. quer ajuda</p> <p>1. quer ajuda</p>
INTERPRETAÇÃO	Não há normatização
OBSERVAÇÕES	

TESTE/SUBTESTE	READ THE MIND IN THE EYES TEST - RMET
DADOS NORMATIVOS	Não há dados normativos.
PÚBLICO ALVO	-
CONSTRUCTO	Cognição Social
OBJETIVO	Avaliar atribuição de estado mental.
MODELOS TEÓRICOS	Teoria da Mente: Também conhecida como “atribuição de estado mental”, representa as habilidades de inferir as crenças, disposições e intenções de outros, interpretar estados mentais complexos e compreender conceitos como ironia, sarcasmo e humor. Teoria da mente de primeira ordem é a habilidade de inferir o que outra pessoa está pensando; teoria da mente de segunda ordem é a habilidade de inferir o que uma pessoa acredita que outra pessoa está pensando. As medições de teoria da mente foram inicialmente desenvolvidas para o uso em crianças e frequentemente envolvem a inferência de estados mentais ou a tomada de perspectiva (se colocar no lugar do outro).
APLICAÇÃO	<p>Aplicação individual, cerca de 10 minutos.</p> <p>MATERIAL Imagens estímulo, manual, caneta, folha de registro.</p> <p>INSTRUÇÕES <i>“Agora vou lhe mostrar algumas imagens. Eu quero que você observe esse olhar e escolha dentre estas opções qual sentimento a pessoa da foto está expressando.”</i></p> <p>Em caso de acerto: <i>“muito bem, escolha em cada imagem a opção que mais se adequa à imagem”.</i></p>

	Em caso de erro: <i>“veja bem, há várias alternativas, porém, essa aqui representa melhor o que a pessoa está sentindo. Escolha em cada imagem a alternativa mais adequada à imagem.”</i>
CORREÇÃO	Contabilizar total de acertos.
INTERPRETAÇÃO	Não há normatização.
OBSERVAÇÕES	

TESTE/SUBTESTE	TESTE AUDITIVO VERBAL DE REY - RAVLT
DADOS NORMATIVOS	Leandro Fernandes Malloy-Diniz, Jonas Jardim de Paula, 2018.
PÚBLICO ALVO	6 a 29 anos (amostra de n=1458)
CONSTRUCTO	Memória verbal
OBJETIVO	Avaliar a memória declarativa episódica e fornecer informações sobre as medidas de aprendizagem auditivo-verbal, índices de interferência e de retenção de informações e memória de reconhecimento.
MODELOS TEÓRICOS	<p>A taxonomia deve considerar três eixos: tempo, conteúdo e processo p. 19-26 do manual</p> <p>“(…) Com relação ao tempo, (…) temos conteúdos já aprendidos e conteúdos em processo de aprendizagem. A organização temporal da memória envolve processos que vão do registro sensorial à consolidação para evocação posterior. A memória de curto prazo consiste na manutenção de informações imediatas por tempo limitado. As informações que preenchem esse sistema temporário de armazenamento de informações podem vir do presente, via registro sensorial e atribuição de significado via percepção e linguagem ou do passado quando resgatadas de nossa memória já consolidada. Esse segundo sistema consiste na memória de longo prazo. (...)”</p> <p>“A memória também está fracionada em termos de conteúdo. Sistemas neurais distintos estão relacionados a diferentes conteúdos. (...) Podem ser agrupados em declarativos (podem ser organizados em proposições verbais) e não declarativos (evocados automaticamente na forma de procedimentos, hábitos, condicionamentos verbais ou não verbais). A memória declarativa pode ser dividida em episódica (relacionada a fatos e eventos vivenciados pelo indivíduo) e semântica (que se refere a conhecimentos gerais e rótulos usados para definir e categorizar informações). (...)”</p> <p>“Em termos processuais, a aprendizagem (...) pode ocorrer de forma deliberada ou não deliberada. Os processos deliberados são descritos na literatura como explícitos. Os processos não deliberados ou não conscientes são referidos como implícitos. (...) A memória explícita é associada ao sistema declarativo de memória. É consciente e depende de esforço voluntário para recuperação da informação armazenada. No entanto a memória implícita se relaciona à memória não declarativa, é não consciente e sua evocação não é voluntária. (...)”</p>

	<p>“(...) sendo a memória um sistema composto por múltiplos processos, (...) não existe, portanto, avaliação global da memória, mas sim de domínios específicos. (...)”</p> <p>“Considerando a memória declarativa episódica, há evidências inequívocas da participação de um complexo de estruturas que, em conjunto, recebem o nome de hipocampo expandido. Informações específicas (...) são inicialmente encaminhadas a diferentes regiões do córtex temporal medial como o giro para-hipocampo. As projeções dessas duas regiões para o córtex entorrinal permitem a integração de diferentes informações em um episódio único a partir de um processo denominado binding. O córtex entorrinal apresenta conexões recíprocas com o hipocampo, estrutura fundamental para a consolidação de informações aprendidas. o hipocampo, por sua vez, apresenta subdivisões que com relativa especialidade funcional, processa diferentes aspectos da informação. (...) Uma parte de sua estrutura recebe o nome de corno de Amon (CA). O CA é dividido em CA1, CA2, CA3. (...) as regiões CA2 E CA3 parecem estar mais relacionadas a codificação e consolidação de conhecimentos sobre itens ao passo que a região CA1 parece estar mais ativada durante processos de evocação do conteúdo aprendido. As outras regiões do hipocampo, o giro dentado e o subiculum também aparentam especialidade funcional. (...) o giro dentado também parece estar mais relacionado à codificação e ao armazenamento de informações sendo particularmente importante em processos de segmentação temporal e espacial entre estímulos. O subiculum é considerado uma espécie de hub contendo várias projeções aferentes e eferentes que interconectam o hipocampo e outras regiões do cérebro e, assim, m está envolvido em múltiplos aspectos da aprendizagem e memória. (...)”</p> <p>“(...) o ravn é um teste de memória declarativa episódica verbal (...) de curto prazo (...) e de longo prazo. (...)”</p> <p>“o quanto um determinado conteúdo que está sendo aprendido pode ser prejudicado pela aprendizagem previa de um conteúdo semelhante é referido na literatura como interferência proativa. (...)” Exemplo: aprender uma música e em seguida aprender outra parecida. A interferência proativa é uma importante medida da integridade hipocampal, estando na dependência de sub-regiões como o CA3 e o Giro Dentado. (...)”</p> <p>“(...) um conteúdo que vinha sendo aprendido pode ser prejudicado com o aprendizado de um novo conteúdo e isso é referido como interferência retroativa, estando esta função também relacionada à atividade hipocampal, em particular da região CA1 e CA3. (...) a interferência retroativa parece ser também relacionada à atividade em circuitos frontoestriatais do cérebro, o que explicaria o desempenho prejudicado em pacientes acometidos por esquizofrenia (Torres et al., 2001)”.</p>
<p>APLICAÇÃO</p>	<p>Individual, aproximadamente 40 minutos, com um intervalo de 20 minutos entre tarefas, permite aplicação de outras atividades desde que não seja verbal.</p> <p>MATERIAL Manual, folha de respostas, caneta, relógio para contar 20 minutos entre procedimentos.</p> <p>INSTRUÇÕES A1</p>

“Vou ler uma lista de palavras. Preste bastante atenção, pois quando eu terminar, você deverá repetir tantas palavras quanto puder se lembrar. Não tem importância a ordem em que você vai repeti-las. Procure apenas lembrar o máximo de palavras que puder.”

Ler lista de palavras com 1 segundo de intervalo entre elas. Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para procedimento A2.

A2

“Agora vou ler as mesmas palavras novamente. De novo, quando eu terminar, quero que você repita para mim todas as palavras que puder se lembrar, inclusive as que já foram ditas da vez passada. Não tem importância a ordem das palavras, procure apenas dizer todas as palavras que você se lembrar, incluindo aquelas que foram lembradas na vez anterior.”

Ler lista de palavras com 1 segundo de intervalo entre elas. Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para procedimento A3-A5.

A3-A5

“Novamente eu vou ler as mesmas palavras. De novo, quando eu terminar, quero que você repita para mim todas as palavras que puder se lembrar, inclusive as que já foram ditas da vez passada. Não tem importância a ordem das palavras, procure apenas dizer todas as palavras que você se lembrar, incluindo aquelas que foram lembradas na vez anterior.”

Ler lista de palavras com 1 segundo de intervalo entre elas. Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para o próximo procedimento.

B1

“agora vou ler uma nova lista de palavras. Preste bastante atenção, pois, quando eu terminar, você deverá repetir tantas palavras quantas puder se lembrar. Não tem importância a ordem em que você vai dizê-las. Procure apenas se lembrar do máximo de palavras que puder.”

Ler lista de palavras com 1 segundo de intervalo entre elas. Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para o próximo procedimento.

	<p>A6 <i>“agora eu quero que você me fale todas as palavras que conseguir se lembrar da primeira lista que li para você. Não tem importância a ordem em que você vai repeti-las. Procure apenas se lembrar do máximo de palavras que puder.”</i> Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, interromper o procedimento.</p> <p>A7 <u>Após 20 minutos:</u> <i>“Novamente eu quero que você me fale todas as palavras que conseguir se lembrar da primeira lista que li para você. Não tem importância a ordem em que você vai dizê-las. Procure apenas se lembrar do máximo de palavras que puder.”</i> Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para o próximo procedimento.</p> <p>Reconhecimento <i>“Agora vou ler para você a lista com diversas palavras. Todas as vezes que eu falar para você uma palavra que estava na primeira lista que você aprendeu, você deverá dizer sim. Todas as vezes em que eu ler para você uma palavra que não estava esta primeira lista, você deverá me dizer não.”</i> Marcar a resposta ao lado de cada palavra. As palavras são identificadas por A (pertencem à A), B (pertencem à B), SA/SB (semanticamente semelhantes à A/B) e FA/FB (fonologicamente semelhantes à A/B).</p>
CORREÇÃO	<p>De A1 até A7: total de pontos é o número de palavras ditas corretamente. Reconhecimento: soma-se acertos (respostas corretas sobre estar ou não na lista) e diminui 35 (total de distratores). Escore total: capacidade de reter e recuperar conteúdo-alvo mediante múltiplas apresentações. É a soma de todos os ensaios de A1 até A5. ALT (aprendizagem ao longo das tentativas): o quanto consegue aprender ao longo do teste. Escore Total - (5xA1) Velocidade de Esquecimento: vulnerabilidade do conteúdo evocado em curto prazo à passagem do tempo. Quanto menor índice, mais conteúdo se perdeu. A7/A6 Interferência proativa: quanto o conteúdo aprendido anteriormente influencia a aprendizagem de um novo conteúdo. Escore mais elevado indica que o conteúdo aprendido ao longo da tarefa facilita a aquisição de novas informações. B1/A1 Interferência retroativa: quanto o contato com novas informações interfere na recuperação de um conteúdo previamente aprendido. Escore mais elevado sugere que a presença de um novo conteúdo afeta significativamente a recuperação de informações previamente aprendidas.</p>

INTERPRETAÇÃO	Buscar percentil de acordo com tabela mais indicada. Calcular escore Z para atividades de pesquisa. QUADRO 3. página 35 do manual.
OBSERVAÇÕES	A ordem de aplicação é fixa em todas as repetições. Não é avisado que a pessoa deve guardar as palavras para ser testado em relação à lembrança delas.

TESTE/SUBTESTE	HOPKINS VERBAL LEARNING TEST HVLT
DADOS NORMATIVOS	2012, Eliane Correa Miotto, Kenia Repiso Campanholo, Melissa Machado Rodrigues, Valéria Trunkl Serrao, Mara C S de Lucia, Milberto Scaff. https://drive.google.com/file/d/1tVs0oqpyLD6u82bu89HmFX6V6V03D2kb/view?usp=sharing
PÚBLICO ALVO	Entre 18 e 85 anos
CONSTRUCTO	Memória verbal
OBJETIVO	Avaliar a memória declarativa episódica e fornecer informações sobre as medidas de aprendizagem auditivo-verbal, índices de interferência e de retenção de informações e memória de reconhecimento.
MODELOS TEÓRICOS	Idem ao RAVLT
APLICAÇÃO	Aplicação individual, ao todo não ultrapassa 30 minutos. MATERIAL: Manual, folha de respostas, caneta, relógio para contar 20 minutos entre procedimentos. INSTRUÇÕES: <u>Lista 1</u> <i>“Vou ler uma lista de palavras. Preste bastante atenção, pois quando eu terminar, você deverá repetir tantas palavras quanto puder se lembrar. Não tem importância a ordem em que você vai repeti-las. Procure apenas lembrar o máximo de palavras que puder.”</i> Ler lista de palavras com 1 segundo de intervalo entre elas. Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para próximo procedimento. <u>Lista 2</u>

	<p><i>“Agora vou ler as mesmas palavras novamente. De novo, quando eu terminar, quero que você repita para mim todas as palavras que puder se lembrar, inclusive as que já foram ditas da vez passada. Não tem importância a ordem das palavras, procure apenas dizer todas as palavras que você se lembrar, incluindo aquelas que foram lembradas na vez anterior.”</i></p> <p>Ler lista de palavras com 1 segundo de intervalo entre elas. Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para próximo procedimento.</p> <p><u>Lista 3</u></p> <p><i>“Novamente eu vou ler as mesmas palavras. De novo, quando eu terminar, quero que você repita para mim todas as palavras que puder se lembrar, inclusive as que já foram ditas da vez passada. Não tem importância a ordem das palavras, procure apenas dizer todas as palavras que você se lembrar, incluindo aquelas que foram lembradas na vez anterior.”</i></p> <p>Ler lista de palavras com 1 segundo de intervalo entre elas. Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, interromper procedimento.</p> <p><u>Recuperação</u></p> <p>Após 20 minutos:</p> <p><i>“Novamente eu quero que você me fale todas as palavras que conseguir se lembrar da lista que li para você. Não tem importância a ordem em que você vai dizê-las. Procure apenas se lembrar do máximo de palavras que puder.”</i></p> <p>Marcar com número que indique a ordem de aplicação ao lado de cada palavra lembrada, apenas uma vez. Anotar as palavras que são ditas e que não estavam na lista. Não deve ser fornecida informação sobre número de acertos, repetições ou erros. Quando informar que não consegue mais se lembrar, ou ficar 10 segundos sem dizer uma palavra nova, passar para o próximo procedimento.</p> <p><u>Reconhecimento</u></p> <p><i>“Agora vou ler para você uma lista com diversas palavras. Todas as vezes que eu falar para você uma palavra que estava na primeira lista que você aprendeu, você deverá dizer sim. Todas as vezes em que eu ler para você uma palavra que não estava esta primeira lista, você deverá me dizer não.”</i></p> <p>Marcar a resposta ao lado de cada palavra.</p>
CORREÇÃO	Total de palavras corretas.
INTERPRETAÇÃO	De acordo com idade e escolaridade. https://drive.google.com/file/d/1tVs0oqpyLD6u82bu89HmFX6V6V03D2kb/view?usp=sharing
OBSERVAÇÕES	

TESTE/SUBTESTE	FIVE DIGIT TEST - TESTE DOS CINCO DÍGITOS FDT
DADOS NORMATIVOS	Manuel Sedó, Jonas Jardim de Paula, Leandro F. Malloy-Diniz, 1ª edição de 2015.
PÚBLICO ALVO	Brasileiros com idade entre 6 e 92 anos (amostra de n=1033, entre os anos de 2013 e 2014)
CONSTRUCTO	Funções executivas
OBJETIVO	Medir a velocidade de processamento, a atenção e as funções executivas - subcomponentes controle inibitório e flexibilidade cognitiva
MODELOS TEÓRICOS	<p>páginas 7-12 do manual:</p> <p>“as funções executivas são processos cognitivos relacionados ao comportamento intencional (...) e nos permitem identificar objetivos, selecionar formas de alcançá-los eger a melhor forma e implementá-la (...) monitorar comportamentos ao longo do tempo, avaliando sua eficácia, modificando-o, interrompendo-o no caso de necessidade de ajustes (...) solucionar problemas levando em consideração as consequências de curto, médio e longo prazo da solução escolhida.”</p> <p>“Do ponto de vista ontogenético (...) terminam sua maturação ao final da adolescência. (...) As funções executivas apresentam relação com os circuitos frontoestriatais, os últimos a atingir maturação no ciclo vital. (...)”</p> <p>“Há três funções executivas básicas (ou nucleares), que se desenvolvem no início da infância e servem de base para as chamadas funções executivas complexas. As funções executivas básicas são a memória operacional (capacidade de manter uma determinada informação on-line em um repositório temporário, para que outras funções cognitivas realizem operações mentais), controle inibitório (capacidade de inibir respostas, distratores e comportamentos já iniciados) e a flexibilidade cognitiva (capacidade de alternar entre padrões cognitivos e comportamentais de forma adaptadas às demandas do contexto). O desenvolvimento dessas funções nucleares possibilitaria o aparecimento de outras funções executivas mais complexas como a capacidade de planejar, resolver problemas e raciocinar de forma abstrata. (...)”</p> <p>“(...)as partes de Leitura e Contagem medem processos simples e automáticos (...) enquanto as partes de Escolha e Alternância medem processos mais complexos que requerem um controle mental ativo: a contagem dos dígitos quando apresentados em quantidades conflitantes ou a alternância entre a contagem e a leitura em alguns desses itens conflitantes. (...)”</p> <p>“Análise funcional: as quatro situações fornecem informações sobre alguns processos mentais. (...)</p> <p>A velocidade de processamento é um fenômeno geralmente difícil de ser descoberto, talvez devido a sua presença difusa em todo tipo de disfunção cerebral e à ausência de uma localização específica.</p> <p>O acesso aos conceitos verbais. (...) a facilidade para encontrar palavras (...): primeiro (Leitura) a partir de um indício fonológico (a leitura) quando o indivíduo evoca a “postura bucal” do número reconhecido; e depois (Contagem) sem utilizar nenhum indício fonológico, explorando somente o espaço semântico interior.</p> <p>Produção serial. A produção rápida e eficiente (...) revela não só a presença da atenção focada, mas também a capacidade de automatização e aprendizagem; e a resistência do sistema neuronal do indivíduo à fadiga,</p>

	<p>além da presença de um sistema gerador organizador das sequências. A técnica de pontuação (...) permite comparar a velocidade do indivíduo em cada uma das duas metades e observar a presença de uma aceleração progressiva ou, ao contrário, a presença de demora e sobrecarga progressivas.</p> <p>Mobilização voluntária de recursos adicionais. (...) Hoje é sabido que a capacidade para realizar tarefas mentais complexas é a primeira que se perde e a última que se recupera em boa parte dos casos clínicos. (...)”</p> <p>“As tarefas do FDT podem envolver três áreas das regiões pré-frontais do cérebro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. o giro do cíngulo (em ambos os hemisférios), que responde à percepção do conflito e realoca os recursos cognitivos necessários para lidar com ele. 2. o córtex dorsolateral (em ambos os hemisférios) que controla a inibição e a alternância das respostas; este controle sendo realizado nas seções anterior e posterior, relacionadas respectivamente com os aspectos mais comportamentais (a inibição) e mais cognitivos das decisões. 3. sulco pré-central esquerdo (muito próximo à área de Broca), que é responsável pela produção das respostas orais e motoras.”
<p>APLICAÇÃO</p>	<p>Individual, com duração entre 5 e 10 minutos.</p> <p>MATERIAL Manual, folha de estímulos, folha de resposta, lápis e cronômetro.</p> <p>INSTRUÇÕES:</p> <p>Leitura: Treino - colocar diante do avaliando o livro de estímulo abertos na primeira folha de treino. Aponte para a primeira linha dizendo: “quero que você leia o número de cada quadro: um, dois, ...” espere até que a pessoa continue, e caso necessário, continue contando “três, quatro, cinco”. Aponte para a segunda linha e diga “pode continuar”. Certifique-se de que a tarefa foi compreendida, e repita a instrução quando necessário.</p> <p>Aplicação - passe para a próxima folha: “muito bem, agora comece aqui de cima e responda o mais depressa possível” e comece a cronometrar o tempo enquanto verifica as respostas, fazendo um sinal de correto cada vez que o avaliando terminar uma linha, para não se perder. Quando o examinando der uma resposta incorreta, circule o número. Se a pessoa corrigir o erro, desconsidere o item incorreto, pontuando-o como certo. Anote o tempo transcorrido até metade da prova, e quando parar o cronômetro, considere o tempo final da prova.</p> <p>Contagem: Treino - vire a página e diga “quero que você conte quantos asteriscos existem dentro de cada quadro: um, dois, ...” espere até que a pessoa continue, e caso necessário, continue contando “três, quatro, cinco”. Aponte para a segunda linha e diga “pode continuar”. Certifique-se de que a tarefa foi compreendida, e repita a instrução quando necessário.</p> <p>Aplicação - passe para a próxima folha: “muito bem, agora comece aqui de cima e responda o mais depressa possível” e comece a cronometrar o tempo enquanto verifica as respostas, fazendo um sinal de correto cada vez</p>

	<p>que o avaliando terminar uma linha, para não se perder. Quando o examinando der uma resposta incorreta, circule o número. Se a pessoa corrigir o erro, desconsidere o item incorreto, pontuando-o como certo. Anote o tempo transcorrido até metade da prova, e quando parar o cronômetro, considere o tempo final da prova.</p> <p>Escolha: Treino - na próxima página, diga “agora quero que você conte quantos números existem em cada quadro. Lembre-se que você deve contar os números em vez de ler: um, dois, três, ...” espere até que a pessoa continue, e caso necessário, continue contando “quatro, cinco”. Aponte para a segunda linha e diga “pode continuar”. Certifique-se de que a tarefa foi compreendida, e repita a instrução quando necessário.</p> <p>Aplicação - passe para a próxima folha: “muito bem, agora comece aqui de cima e responda o mais depressa possível” e comece a cronometrar o tempo enquanto verifica as respostas, fazendo um sinal de correto cada vez que o avaliando terminar uma linha, para não se perder. Quando o examinando der uma resposta incorreta, circule o número. Se a pessoa corrigir o erro, desconsidere o item incorreto, pontuando-o como certo. Anote o tempo transcorrido até metade da prova, e quando parar o cronômetro, considere o tempo final da prova.</p> <p>Alternância: Treino: siga com o livro de estímulos “agora você deve contar os números como já fez antes, mas quando chegar no quadro com a borda mais grossa (aponte) você vai ter que mudar a regra e ler o número: um, dois, três, ...” espere até que a pessoa continue, e caso necessário, continue contando “quatro, cinco”. Aponte para a segunda linha e diga “pode continuar”. Certifique-se de que a tarefa foi compreendida, e repita a instrução quando necessário.</p> <p>Aplicação - passe para a próxima folha: “muito bem, agora comece aqui de cima e responda o mais depressa possível” e comece a cronometrar o tempo enquanto verifica as respostas, fazendo um sinal de correto cada vez que o avaliando terminar uma linha, para não se perder. Quando o examinando der uma resposta incorreta, circule o número. Se a pessoa corrigir o erro, desconsidere o item incorreto, pontuando-o como certo. Anote o tempo transcorrido até metade da prova, e quando parar o cronômetro, considere o tempo final da prova.</p>
CORREÇÃO	<p>Contar os erros cometidos em cada parte do teste, com atenção para considerar o valor total de erros (e não parcial de cada linha).</p> <p>Contar o tempo total de cada parte do teste em segundos, com atenção para não considerar o tempo parcial (da metade da prova). Atenção: caso alguma interrupção ou fator de interferência tenha atrapalhado a aplicação, verifique em qual metade das provas isso ocorreu e desconsidere esse tempo: para calcular o valor total, calcule o dobro do tempo que a pessoa levou para cumprir a metade da prova que não teve interrupções.</p> <p>Para obter a pontuação de inibição de respostas e de flexibilidade mental: Inibição: escolha-leitura</p>

	Flexibilidade: alternância - leitura
INTERPRETAÇÃO	<p>Escalas em percentis e pontuações típicas em amostra brasileira de crianças, adolescentes, adultos e idosos, no manual do teste.</p> <p>Para coleta de dados em pesquisa, calcular escore Z: média do avaliando - média da amostra / desvio-padrão da amostra. Este cálculo situa o resultado do avaliando na curva normal.</p>
OBSERVAÇÕES	Deve-se respeitar a ordem de aplicação das provas neste teste.

TESTE/SUBTESTE	ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO PARA O TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR
DADOS NORMATIVOS	Dra. Adriane Ribeiro Rosa, 2007
PÚBLICO ALVO	-
CONSTRUCTO	Funcionalidade
OBJETIVO	Avaliar clinicamente as limitações funcionais que apresentam os pacientes com transtorno do humor bipolar.
MODELOS TEÓRICOS	<p>O conceito de funcionalidade é complexo e envolve diferentes domínios como as capacidades para trabalhar, para viver independentemente, para se divertir, para ter uma vida social, para estudar, entre outros.</p> <p>A FAST é composta de 24 itens que se agrupam em seis áreas específicas de funcionamento: autonomia, trabalho, funcionamento cognitivo, finanças, relações interpessoais e lazer.</p> <p>1) Autonomia refere-se à capacidade do paciente em responsabilizar-se e exercer as atividades sozinho.</p> <p>2) Trabalho refere-se à capacidade de trabalhar, à rapidez e rendimento no desempenhar as funções no trabalho, à capacidade de ser remunerado adequadamente e trabalhar levando em conta seu nível de escolaridade.</p> <p>3) Funcionamento Cognitivo refere-se à capacidade de concentração, atenção, raciocínio, aprendizagem e memória para atividades básicas do dia-a-dia.</p> <p>4) Finanças refere-se à capacidade de administrar o dinheiro e fazer compras equilibradas.</p> <p>5) Relações Interpessoais refere-se às relações com amigos, família, atividades sociais, satisfação sexual e desempenho em defender suas ideias e ideais.</p> <p>6) Lazer refere-se à capacidade de praticar esporte e atividades de lazer.</p>
APLICAÇÃO	A FAST é uma escala hetero-aplicada, devendo ser administrada por clínico ou pesquisador previamente treinado. O período de tempo padrão a ser avaliado é referente aos últimos 15 dias. A escala proporciona critérios cooperativos de pontuação para cada item. O clínico deve avaliar as limitações que o paciente apresenta, levando em conta a funcionalidade normal esperada para uma pessoa de mesmo sexo, idade e nível sociocultural.

	<p>As perguntas deverão ser lidas, inicialmente, como se apresentam no questionário. A pergunta “<i>Qual é o grau de dificuldade?</i>” deverá ser feita antes de cada item. Deve-se repetir a pergunta quando houver dúvida ou quando parecer que o paciente não ouviu bem. Deverá ser levado em conta informação adicional obtida através do esposo(a) ou familiar próximo. Como é uma escala hetero-aplicada e de avaliação objetiva, a pontuação deve refletir a avaliação do clínico e não, necessariamente, a descrição do paciente.</p>
CORREÇÃO	<p>0: nenhuma dificuldade; a funcionalidade do paciente está adequada ao esperado para seu grupo de referência ou contexto sociocultural: não existe dificuldade em nenhum momento.</p> <p>1: pouca dificuldade; dificuldade mínima, existe um pequeno desvio da normalidade em uma ou mais atividades ou funções.</p> <p>2: moderada dificuldade; dificuldade séria, existe desvio marcado da normalidade na maioria das atividades e funções: paciente moderadamente disfuncional por muito tempo ou gravemente disfuncional por algum período de tempo.</p> <p>3: muita dificuldade; dificuldade extrema, o desvio da normalidade alcançou um ponto crítico: paciente gravemente disfuncional a maior parte do tempo.</p>
INTERPRETAÇÃO	Não há normatização.
OBSERVAÇÕES	

TESTE/SUBTESTE	BATERIA PSICOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BPA
DADOS NORMATIVOS	2013, Fabián Javier Marín Rueda. 1. ed.
PÚBLICO ALVO	Entre 6 e 82 anos.
CONSTRUCTO	Atenção
OBJETIVO	Capacidade atencional geral através dos tipos específicos de atenção concentrada, atenção dividida e alternada.
BASES TEÓRICAS	<p>As áreas do córtex cerebral implicadas no processamento da atenção incluem o córtex pré-frontal, aspectos posteriores do córtex parietal e a área transicional entre lobo occipital e temporal.</p> <p>Páginas 14-16 manual: “atenção é o fenômeno pelo qual o ser humano processa ativamente uma quantidade limitada de informações do enorme montante de informações disponíveis através dos órgãos dos sentidos, de memórias armazenadas e de outros processos cognitivos. Capacidade e esforço realizado para focalizar,</p>

	<p>selecionar e processar um estímulo do ambiente, em detrimento de outro. Dessa forma, o indivíduo torna-se capaz de utilizar seus recursos cognitivos para emitir respostas rápidas e adequadas diante de estímulos que julgue importantes.”</p> <p>“Orienta os sentidos aos estímulos do ambiente. Assim, à medida que o cérebro se desenvolve, passa a administrar de forma seletiva os recursos de processamento da informação, ou seja, prestar atenção em um estímulo e inibir outros. “</p> <p>“A atenção alternada (...) capacidade de focar a seletividade da atenção ora em um estímulo, ora em outro, por um determinado período de tempo. (...) a atenção dividida caracteriza-se pela capacidade para procurar dois ou mais estímulos simultaneamente. Já a atenção concentrada (..) capacidade de uma pessoa em selecionar apenas uma fonte de informação diante de vários estímulos distratores em um tempo predeterminado.</p>
<p>APLICAÇÃO</p>	<p>Individual ou coletiva. Não ultrapassa 20 minutos.</p> <p>MATERIAL: Folhas de resposta, caneta preta ou azul, cronômetro, manual.</p> <p>INSTRUÇÕES: Antes de apresentar o teste: <i>“Você vai responder a três testes de atenção. Primeiro será respondido um teste de atenção concentrada, depois um de atenção dividida, e finalmente um que avalia a atenção alternada. Em cada um deles será dada uma instrução diferente para responder. Portanto, é muito importante que fique atento para a orientação que será dada em cada um dos testes.”</i> <i>“Agora você vai receber a folha para realizar o teste de Atenção Concentrada.”</i></p> <p><u>Atenção concentrada:</u> <i>“para responder o teste você deverá fazer um traço cada vez que aparecer um desenho igual ao modelo abaixo. Ou seja, cada vez que esse desenho aparecer você deverá fazer o traço por cima dele. Caso erre, faça um círculo e continue respondendo ao teste. O teste deve ser respondido sempre da esquerda para a direita. Quando chegar ao final de cada linha, comece na linha seguinte, novamente pelo lado esquerdo da folha. Você terá 2 minutos para realizar o teste. Agora faça um treinamento antes de iniciar a resposta ao instrumento.”</i> Esperar que faça o treino e passar para teste. Todas as dúvidas devem ser sanadas nesta etapa.</p> <p><u>Atenção Dividida:</u> <i>“para responder o teste você deverá fazer um traço cada vez que aparecer um desenho que for igual a qualquer um dos três modelos abaixo. Ou seja, eles não precisam estar um ao lado do outro para serem assinalados. Cada vez que um dos três desenhos aparecer você deverá fazer o traço por cima dele. Caso erre, faça um círculo e continue respondendo ao teste. O teste deve ser respondido sempre da esquerda para a direita. Quando chegar ao final de cada linha, comece na linha seguinte, novamente pelo lado esquerdo da folha. Você terá 4 minutos para realizar o teste. Agora</i></p>

	<p><i>faça um treinamento antes de iniciar a resposta ao instrumento.</i>” Esperar que faça o treino e passar para teste. Todas as dúvidas devem ser sanadas nesta etapa.</p> <p><u>Atenção Alternada:</u> <i>“para responder o teste você deverá fazer um traço cada vez que aparecer um desenho que for igual ao modelo que se encontra do lado esquerdo da folha. Ou seja, em cada linha deverá ser procurado e marcado um desenho diferente, sempre levando em consideração o desenho que está na parte esquerda da folha, do lado da setinha. Por isso é muito importante prestar bastante atenção no primeiro desenho de cada linha do teste. Caso erre, faça um círculo e continue respondendo ao teste. O teste deve ser respondido sempre da esquerda para a direita. Quando chegar ao final de cada linha, comece na linha seguinte, novamente pelo lado esquerdo da folha, e levando em conta o desenho que está do lado esquerdo da setinha. Você terá 2 minutos e meio para realizar o teste. Agora faça um treinamento antes de iniciar a resposta ao instrumento.</i>” Esperar que faça o treino e passar para teste. Todas as dúvidas devem ser sanadas nesta etapa.</p>
CORREÇÃO	<p>Com ajuda do crivo:</p> <p>Acertos (A): figuras que foram marcadas corretamente. Erros (E): figuras que foram marcas e não deveriam ter sido. Omissões (O): Figuras que deveriam ter sido marcadas, mas não foram. Deve-se considerar apenas até o último símbolo marcado. Para obter os pontos: $P = A - (E + O)$</p>
INTERPRETAÇÃO	<p>Tabelas de padronização, normas brasileiras. Coletar dados em percentil e escore z.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Seguir ordem de aplicação: concentrada, dividida, alternada. Se a pontuação bruta ficar entre dois percentis, considera-se o percentil menor.</p>

ANEXO 3 – PROTOCOLO DE INCLUSÃO

**PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TRANSTORNO
PSICÓTICO – PROAP
HOSPITAL DE CLÍNICAS DO PARANÁ**

PROTOCOLO DE INCLUSÃO

INICIAIS DO PACIENTE

CÓDIGO DO PACIENTE

DATA DA INCLUSÃO

V3.0

I – Dados Sociodemográficos

- 1.01 Número de Registro no Hospital de Clínicas: _____
- 1.02 Nome: _____
- 1.03. Endereço: _____
- 1.04 Município: _____ 1.05 Bairro: _____ 1.06 CEP: _____ 1.07 Estado: _____ 1.08 Telefone: _____ 1.09 Celular: _____
- 1.10 E-mail: _____
- 1.11 Nome no Facebook: _____
- 1.12 Nome do Pai: _____ 1.13 Idade: _____
- 1.14 Data de nascimento do pai: ___/___/___
- 1.15 Nome da Mãe: _____ 1.16 Idade: _____
- 1.17 Data de nascimento da mãe: ___/___/___
- 1.18 Telefone para contato em caso de mudança (não indicar pai ou mãe): _____
- 1.19 Nome: _____
- 1.20 Parentesco: _____ 1.21 Tel.: _____

1.23 Peso: _____ **1.24 Altura:** _____ **1.25 IMC:** _____

1. Data de Nascimento: ___/___/___ Idade (em anos): _____
2. Naturalidade: _____ Procedência: _____
3. Gênero: 1. Masculino 2. Feminino.
4. Situação conjugal: 1. Solteiro 2. União estável/Casado 3. Separado/Divorciado 4. Viúvo
5. Cor da pele: 1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Mulato 5. Outro: _____
6. Nível de Escolaridade: 1. Analfabeto 2. Alfabetizado 3. Fundamental incompleto 4. Fundamental completo 5. Médio Incompleto 6. Médio Completo 7. Superior Incompleto 8. Superior Completo 9. Pós-graduação. Especificar _____
7. Anos de estudo (não repetidos): _____
8. Reside: 1. Sozinho 2. Companheiro 3. Pais 4. Instituição 5. Outros. Especificar: _____
9. Renda familiar mensal (salários-mínimos): _____
10. Nº dependentes desta renda: _____
11. Religião: _____
12. Ocupação atual: 1. Desempregado 2. Empregado registrado 3. Empregado não registrado 4. Em auxílio doença/Aposentado por doença 5. Atividade não remunerada (voluntário) 6. Estudante. 7. Outro Atividade: _____
13. Lateralidade: 1. Destro 2. Canhoto

II - CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Para a classificação socioeconômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério: ABIPEME. Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue.

Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz renda para a família do paciente.

) Instrução do chefe da família	ABIPEME
Analfabeto/ até 3ª série Fundamental	0
4ª série Fundamental	1
Fundamental completo	2
Médio completo	4
superior completo	8

Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo:

15 - Itens de posse	Não tem	TEM (quantidade)			
		1	2	3	4
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer **	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

(**) Independente ou 2ª porta da geladeira

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

16 - Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

17 - Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

18 - Pontos de corte das classes	
1. Classe A	45 a 100 pontos
2. Classe B1	38 a 44 pontos
3. Classe B2	29 a 36 pontos
4. Classe C1	23 a 28 pontos
5. Classe C2	17 a 22 pontos
6. Classe D-E	0 a 16 pontos

III – Histórico - Fatores de Risco

O paciente sofreu complicações obstétricas? () Não () Sim Caso Afirmativo, qual? _____

O paciente sofre de alguma doença clínica? () Não () Sim Caso Afirmativo, qual(is)? _____

A doença clínica está controlada? () Não () Sim

O paciente já foi internado? () Não () Sim Caso Afirmativo, por que? _____

Quantos irmãos o paciente tem? Total: ____ Irmãos: ____ Irmãs: ____

Paciente tem um irmão gêmeo? () Não () Sim Caso Afirmativo: () Monozigótico () Dizigótico

Assinale abaixo caso haja história de transtorno psicótico na família (paciente e de familiares).

	0 NÃO	1 SIM	Quem?
1. Há alguém na sua família que já teve a sensação de estar sendo observado de modo diferente por outras pessoas?			
2. Há alguém que já teve a sensação de ser perseguido por outras pessoas ou que existisse um complô contra si?			
3. Há alguém que já teve a impressão de ouvir barulhos, ruídos ou a voz de alguém que ninguém mais pudesse ouvir?			
4. Há alguém que já teve a impressão de ver algo que ninguém mais podia ver?			
5. Há alguém que já teve um problema mental grave e precisou ser internado por isso?			
6. Há alguém que já fez acompanhamento psiquiátrico?			
7. Há alguém com diagnóstico de esquizofrenia?			
8. Há alguém com diagnóstico de t. Bipolar?			

IV. Dados clínicos

1. Início dos sintomas psicóticos (mês/ano):

2. Fez uso de psicotrópicos anteriormente?
(que não seja antipsicótico)

Não Sim

Quais?: _____

3. N° de Internações psiquiátricas (e respectivos anos):

4. Já apresentou tentativas de suicídio?

Não Sim

Quantas vezes:

	Medicação	Dose	Tempo de uso
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Descreva os anos e a forma das tentativas:

4. Medicções atuais (inclusive não psiquiátrico)

V. Sintomas psicóticos – Retrospectiva

1. Paciente recebeu outro diagnostico antes do de esquizofrenia?

() Não () Sim Quando (mês/ano): _____

Descreva (sintomas e duração): _____

2. Já teve outro episódio psicótico anteriormente?

() Sim () Não Quando (mês/ano): _____

3. Quanto tempo durou? _____

4. Foi tratado?

() Sim () Não Especifique: _____

Comentários aplicação:

Necessidade de informação suplementar? () Sim () Não

Diagnósticos do Paciente:

VI - Teste de Dependência de Nicotina de Fargerström (FTND)

Você é fumante? SIM NÃO

Caso seja fumante, por favor, responda às perguntas abaixo:

A) Idade em que Começou a Fumar Regularmente (ANOS): _____

B) Há Quantos Anos Fuma: _____

C) Já Tentou Parar? Não Sim (SE SIM), QUANTAS VEZES? _____

1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?

★Após 60 minutos 31-60 minutos 6-30 minutos Nos primeiros 5 (cinco) minutos

2. Você encontra dificuldade em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?

★Não Sim

3. Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

★Qualquer um O primeiro da manhã

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

★ 10 ou menos ? 11 a 20 21 a 30 31 ou mais

5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

★ Não ? Sim

6. Você fuma mesmo estando doente (a ponto de ficar acamado) a maior parte do dia?

★ Não ? Sim

VII – USO DE SUBSTÂNCIAS

Fez uso de alguma das substâncias a seguir na vida?

() Álcool () Maconha () Cocaína/Crack () Alucinógenos () Inalantes ()
Estimulantes () Outros _____

Fez uso de alguma das substâncias a seguir no último ano?

() Álcool () Maconha () Cocaína/Crack () Alucinógenos () Inalantes ()
Estimulantes () Outros _____

Fez uso de alguma das substâncias a seguir nos últimos 30 dias?

() Álcool () Maconha () Cocaína/Crack () Alucinógenos () Inalantes ()
Estimulantes () Outros _____

Se paciente tiver respondido sim para uso pregresso ou atual de maconha, peça para que responda as seguintes perguntas:

Se você já foi um usuário regular (diariamente) de maconha, quantos “baseados” (cigarros de maconha) você fumava por dia? _____

Quantas vezes você já usou maconha na sua vida?

Menos de 10 vezes _____

Entre 10 e 50 vezes _____

Mais de 50 vezes _____

Você já usava maconha antes de iniciar o quadro psicótico? () Sim () Não

Quando foi a última vez que usou maconha (dia, mês e ano se possível)? _____

XI - Impressão Clínica Global – Gravidade (CGI-S)

OBS: a CGI será aplicada na primeira visita do paciente

Considerando sua experiência clínica geral com esse tipo particular de população, quão mentalmente doente está o paciente nesse momento?

1. Normal, não doente

(sem sintomas; nenhuma evidência de doença)

2. Minimamente doente

(sintomas mínimos; mantém bom funcionamento)

3. Levemente doente

(baixo nível de sintomas; sofrimento subjetivo; pouco ou nenhum prejuízo funcional)

4. Moderadamente doente

(alguns sintomas proeminentes; moderado prejuízo funcional)

5. Acentuadamente doente

(sintomas significativos; importante prejuízo funcional)

6. Gravemente doente

(sintomas muito evidentes; incapaz de funcionar na maioria das áreas)

7. Entre os doentes mais graves

(extremamente sintomático; completamente incapacitado; necessita de cuidados adicionais)

Assinale apenas um “X” por linha (preencher TODAS as linhas):

	1. Normal, não doente	2. Minimamente doente	3. Levemente doente	4. Moderadamente doente	5. Marcadamente doente	6. Gravemente doente	7. Entre os doentes mais graves
Sintomas positivos (ex. Alucinações, delírios ou comportamento bizarro)							
Sintomas negativos (ex. Embotamento afetivo, avolia, anedonia)							
Sintomas depressivos (ex. Tristeza, humor deprimido ou desesperança)							
Sintomas cognitivos (ex. Prejuízo da atenção, concentração ou memória)							
Gravidade total							

Confirmação Diagnóstica: SCID-5-Versão Clínica

Entrevista Estruturada para os Transtornos do DSM-5 / SCID-5-Versão Clínica

MÓDULO B - SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS

Pontue + ou – em cada modalidade de sintoma se ao menos um de seus subitens for marcado como positivo. Antes de classificar um sintoma psicótico "+", é importante para o clínico determinar se há uma CMG ou uma substância etiológica possível ou definida (incluindo medicamentos)

Delírios

- B1** - Delírio de referência: (0) negativo (1) positivo
- B2** - Delírio persecutório: (0) negativo (1) positivo
- B3** - Delírio de grandiosidade: (0) negativo (1) positivo
- B4** - Delírio somático: (0) negativo (1) positivo
- B5** - Delírio de culpa: (0) negativo (1) positivo
- B6** - Ciúme delirante: (0) negativo (1) positivo
- B7** - Delírio religioso: (0) negativo (1) positivo
- B8** - Delírio erotomaníaco: (0) negativo (1) positivo
- B9** - Delírio de controle: (0) negativo (1) positivo
- B10** - Inserção do pensamento: (0) negativo (1) positivo
- B11** - Retirada de pensamento: (0) negativo (1) positivo
- B12** - Transmissão de pensamento: (0) negativo (1) positivo
- B13** - Outros delírios: (0) negativo (1) positivo

Alucinações

- B14** - Alucinações auditivas: (0) negativo (1) positivo
- B15** - Alucinações visuais: (0) negativo (1) positivo
- B15** - Alucinações táteis: (0) negativo (1) positivo
- B17** - Alucinações somáticas: (0) negativo (1) positivo
- B18** - Alucinações gustativas: (0) negativo (1) positivo
- B19** - Alucinações olfativas: (0) negativo (1) positivo

Desorganização

- B20** - Discurso desorganizado: (0) negativo (1) positivo
- B21** - Comportamento grosseiramente desorganizado: (0) negativo (1) positivo
- B22** - Comportamento Catatônico: (0) negativo (1) positivo

Sintomas Negativos

- B23** - Avolia: (0) negativo (1) positivo e primário
- B24** - Expressão Emocional diminuída: (0) negativo (1) positivo e primário

MÓDULO C - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS

(SE nenhum dos itens de B deu positivo, não será feito para nenhum transtorno do espectro da esquizofrenia .Neste caso o paciente não se enquadra para a aplicação das escalas seguintes, devendo ser investigado outros diagnósticos).

- C1** - Psicose sem estar em fase Depressiva (maior) ou Maníaca: (0) negativo (1) positivo
- C2** - Sintomas p/ SZ: (0) negativo (1) positivo
- C3** - Tempo da presença de sintomas. de humor (DM ou Maníacos) e de sintomas das psicoses (critérios B):

(0) Transtorno de Humor ocorreu de forma concomitante em **mais** de 50% dos episódios psicóticos **ativos**

(1) Sint. da psicose predominam sobre os sint. de humor

C4 - Tempo suficiente de Psicose: (0) negativo (1) positivo

C5 - Perda funcional: (0) negativo (1) positivo

C6 - Psicose primária por doença clínica ou Substâncias: (0) negativo (1) positivo

Esquizofreniforme

C7

C8

Esquizaafetivo

C9

C10

C11

C12

T. Delirante

C13

C14

C15

C16

C17

C18

Psicótico Breve

C19

C20

C21

Outro T. Psicótico

C22

C23

C24

Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia

(0) Ausente (1) Leve (2) Moderado(3) Grave

- Humor Deprimido (____)
- Desesperança (____)
- Autodepreciação (____)
- Ideias de Referência de Culpa (____)
- Culpa Patológica (____)
- Depressão Matutina (____)
- Despertar Precoce (____)
- Suicídio (____)
- Depressão Observada (____)

ESCALA DAS SÍNDROMES POSITIVA E NEGATIVA (PANSS)

O avaliador deve iniciar a PANSS pelas perguntas para os itens N5 (Dificuldade no Pensamento Abstrato), G10 (Desorientação) e G12 (Falta de julgamento e Insight). Na apostila de aplicação há instruções adicionais para esses itens. O preenchimento completo da PANSS deve ser feito após a entrevista checando atentamente a definição e critérios de pontuação de cada item. Recomendamos o avaliador pontuar uma estimativa em rascunho dos itens que forem evidentes durante a entrevista. O módulo B da SCID-5 responde a maior parte dos itens da PANSS, porém o módulo B inclui sintomas do passado e do presente, enquanto que a PANSS o se restringe aos últimos 7 dias.

1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave.

Escala Positiva

- P1 – Delírios ()
- P2 - Desorganização conceitual ()
- P3 - Comportamento alucinatório ()
- P4 – Excitação ()
- P5 – Grandiosidade ()
- P6 – Desconfiança e Perseguição ()
- P7 – Hostilidade ()

Escala Negativa

- N1- Embotamento Afetivo ()
- N2 - Retraimento emocional ()
- N3- Contato pobre ()
- N4- Retraimento social passivo/apático ()
- N5- Dificuldade pensamento abstrato ()
- N6- Falta de espontaneidade e fluência ()
- N7- Pensamento estereotipado ()

Escala de Psicopatologia Geral

- G1 – Preocupação somática ()

- G2 – Ansiedade ()
- G3 – Culpa ()
- G4 – Tensão ()
- G5 – Maneirismo/postura ()
- G6 – Depressão ()
- G7 – Retardo motor ()
- G8 – Falta de cooperação ()
- G9 – Conteúdo incomum do pensamento ()
- G10 – Desorientação ()
- G11 – Déficit de atenção ()
- G12 – Juízo e crítica ()
- G13 – Distúrbio de volição ()
- G14 – Mau controle de impulso ()
- G15 – Preocupação ()
- G16 – Esquiva social ativa ()

Impressão Clínica Global – Gravidade (CGI-S)

Considerando sua experiência clínica geral com esse tipo particular de população, quão mentalmente doente está o paciente nesse momento?

- | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|
| 1 () Não está doente | 2 () Muito leve | 3 () Leve |
| 4 () Moderada | 5 () Acentuada | 6 () Grave |
| 7 () Extremamente grave | | |

Escala PSP (escala de Performance Social e Pessoal)

Assinalar o **grau de incapacidade** do paciente para cada área de A a D:

- A. Atividades socialmente úteis: (0) Ausente; (1) Leve; (2) Evidente; (3) Acentuado; (4) Grave; (5) Muito grave
- B. Relacionamentos pessoais e sociais: (0) Ausente; (1) Leve; (2) Evidente; (3) Acentuado; (4) Grave; (5) Muito grave
- C. Cuidados pessoais: (0) Ausente; (1) Leve; (2) Evidente; (3) Acentuado; (4) Grave; (5) Muito grave
- D. Comportamentos inconvenientes e agressivos: (0) Ausente; (1) Leve; (2) Evidente; (3) Acentuado; (4) Grave; (5) Muito grave.

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)

(0) Nunca (vá para 9-10)
mais vezes por semana

(1) Mensalmente ou menos

(2) De 2 a 4 vezes ao mês

(3) De 3 a 4 vezes por semana

(4) 4 ou

- 1- Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? _____
- 2- Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma beber? _____
- 3- Com que frequência você toma "seis ou mais doses " padrão de uma vez? _____
- 4- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria para de beber depois de ter começado? _____
- 5- Quantas vezes, por causa do álcool, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você? _____
- 6- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? _____
- 7- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? _____
- 8- Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido? _____
- 9- Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? _____
- 10- Alguma vez um parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse ou parasse de beber?

Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ)

Identificação: _____

Idade: _____ Sexo: _____

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente.

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível.

Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu tive que usar roupas sujas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu me senti amado (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu tive uma ótima infância.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu tive a melhor família do mundo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Alguém me molestou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ESCALA PSP (Escala de Performance Social e Pessoal)

A pontuação é baseada em quatro áreas principais:

- A. Atividades socialmente úteis, incluindo trabalho e estudo
- B. Relacionamentos pessoais e sociais
- C. Autocuidado
- D. Comportamentos inconvenientes e agressivos

Os níveis de funcionamento em outras áreas devem ser considerados para ajustar a pontuação dentro do nível decimal (por exemplo entre 31 e 40). O risco de suicídio não está incluído na escala. O intervalo de tempo recomendado é o último mês, mas outros intervalos podem ser especificados, especialmente se o paciente está em uma crise ou acabou de superá-la.

Ocasional é definido como ocorrendo 3 ou mais vezes no período de referência, ou ocorrendo menos que 3 vezes, porém em circunstâncias e/ou com tal história prévia que o avaliador está convencido de que há um risco de recorrência no futuro próximo (isto é, nos próximos 6 meses). Se o comportamento agressivo está presente ocasionalmente, a pontuação pode ser diminuída de um grau, p. ex., de grave para acentuada.

De 100 a 71 pontos a pontuação significa apenas dificuldades leves, de 70 a 31 há incapacidades evidentes de graus variados e abaixo de 30 o funcionamento da pessoa é tão ruim que é necessário suporte ou supervisão intensiva.

Definições dos níveis de gravidade nas áreas A-C:

Ausente	
Leve	Dificuldades não são evidentes. Perceptíveis apenas para aqueles que têm relacionamento muito próximo com o paciente.
Evidente	Evidente, porém não acentuado. Dificuldades claramente percebidas por qualquer pessoa, porém sem interferência substancial na capacidade de o paciente exercer seu papel em determinada área, dado seu contexto sociocultural, idade, sexo e nível educacional.
Acentuado	Dificuldades interferem significativamente no exercício de suas funções em determinada área; entretanto, o paciente ainda é capaz de agir sem ajuda profissional ou social, apesar de inapropriadamente e/ou ocasionalmente. Caso ajudado por alguém, pode ser capaz de atingir o nível de funcionamento prévio.
Grave	Dificuldades que tornam o paciente incapaz de desempenhar qualquer função em determinada área, caso não ajudado por profissionais, ou que conduzam o paciente a condutas destrutivas, porém sem risco de vida.
Muito grave	Prejuízos e dificuldades cuja intensidade representa perigo de vida ao paciente.

Definições dos níveis de gravidade da área D:

Ausente	
Leve	Grosserias leves, insociabilidade e lamentações.
Evidente	Falar alto demais, conversar com outros de forma excessivamente familiar ou comer de maneira socialmente inaceitável.
Acentuado	Insultos a pessoas em público, danificar ou destruir objetos, agir frequentemente de maneira socialmente inadequada, mas não de forma perigosa (p. ex., despir-se ou urinar em público).
Grave	Ameaças verbais frequentes ou agressões físicas frequentes, sem intenção ou possibilidade de causar ferimentos graves.
Muito grave	Atos agressivos frequentes, visando ou com grande chance de causar ferimentos graves.

Assinalar o grau de incapacidade do paciente para cada área de A a D:

	Ausente	Leve	Evidente	Acentuado	Grave	Muito grave
A. Atividades socialmente úteis						
B. Relacionamentos pessoais e sociais						
C. Cuidados pessoais						
D. Comportamentos inconvenientes e agressivos						

Consultar a tabela com os níveis de pontuação e estabelecer o intervalo decimal em que o paciente se encontra (p. ex., 21-30). Em seguida estabelecer, dentro do intervalo decimal, a unidade em que o paciente se encontra, para dar a pontuação final (p. ex., 24).

Níveis de pontuação:

Intervalos de 10 pontos	Descrições da PSP
100-91	Excelente funcionamento nas 4 áreas principais. Ele/ela é considerado por suas boas qualidades. Lida adequadamente com os problemas da vida, está envolvido em ampla gama de interesses e atividades.
90-81	Bom funcionamento nas 4 áreas principais. Presença apenas de problemas ou dificuldades comuns.
80-71	Dificuldades leves em uma ou mais áreas de A a C.
70-61	Dificuldades evidentes, porém não acentuadas, em uma ou mais áreas de A a C ou dificuldades leves em D.
60-51	Dificuldades acentuadas em uma das áreas de A a C ou dificuldades evidentes em D.
50-41	Dificuldades acentuadas em duas ou mais áreas de A a C ou dificuldades graves em uma das áreas de A a C com ou sem dificuldades evidentes em D.
40-31	Graves dificuldades em uma das áreas de A a C e dificuldades acentuadas em pelo menos uma das áreas de A a C ou dificuldades acentuadas em D.
30-21	Graves dificuldades em duas das áreas de A a C ou grave dificuldade na área D, com ou sem prejuízo nas áreas de A a C.
20-11	Graves dificuldades em todas as áreas (A a D) ou muito graves em D com ou sem prejuízo nas áreas gerais (A a C). Se o paciente reage a estímulos externos, a pontuação sugerida se situa entre 20 e 16; caso contrário, a pontuação sugerida se situa entre 15 e 11.
10-1	Falta de autonomia no funcionamento básico com comportamentos extremos, porém sem risco de sobrevivência (pontuação de 10 a 6) ou com risco de sobrevivência, p. ex., risco por desnutrição, desidratação, infecções, incapacidade evidente em reconhecer situações de perigo evidente (pontuação de 5 a 1).

Intervalo decimal: _____

Pontuação final: _____

ANEXO 1

ESCALA BRASILEIRA DE SOLIDÃO UCLA (UCLA-BR)

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Estado civil: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Escolaridade: _____

INSTRUÇÕES: Abaixo se encontram várias afirmativas sobre a forma que alguém pode se sentir. Pedimos que leia com atenção e marque com que frequência você se sente como descrito em cada uma das afirmativas abaixo.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
Eu me sinto infeliz por fazer tantas coisas sozinho(a).				
Eu não tolero ficar tão sozinho(a).				
Eu sinto que não tenho companhia.				
Eu sinto que ninguém me compreende.				
Eu fico esperando as pessoas me ligarem ou escreverem.				
Eu sinto que não tenho ninguém a quem eu possa recorrer.				
Eu não me sinto próximo(a) a ninguém.				
Sinto que meus interesses e ideias não são compartilhados por aqueles que me rodeiam.				
Eu me sinto excluído(a).				
Eu me sinto completamente sozinho(a).				
Eu sou incapaz de me aproximar e de me comunicar com as pessoas ao meu redor.				
Eu sinto que minhas relações sociais são superficiais.				
Eu me sinto carente de companhia.				
Eu sinto que ninguém me conhece realmente bem.				
Eu me sinto isolado(a) das outras pessoas.				
Sou infeliz estando tão excluído(a).				
Para mim é difícil fazer amigos.				
Eu me sinto bloqueado(a) e excluído(a) por outras pessoas.				
Sinto que as pessoas estão ao meu redor, mas não estão comigo.				
Eu me sinto incomodado(a) em realizar atividades sozinho(a).				

Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (Ecde)

Instruções Gerais

A Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia é projetada para avaliar o nível de depressão em pessoas com esquizofrenia. Deriva originalmente do Exame do Estado Psíquico e da Escala de Hamilton para Depressão, a partir da análise fatorial e da confiabilidade. A confiabilidade e a validade da escala foram posteriormente testadas em amostra separada com utilização de técnicas de análise fatorial confirmatória e análise discriminatória.

A escala é projetada para revelar a presença de depressão, independentemente das outras dimensões psicopatológicas da esquizofrenia, tanto na fase aguda quanto na fase residual da patologia. É sensível a mudança de e pode ser utilizada em diferentes intervalos de tempo. O examinador tem de ter experiência com pessoas com esquizofrenia e deve desenvolver confiabilidade entre examinadores junto a indivíduos com experiência no uso de instrumentos estruturados. Um examinador experiente deve desenvolver confiabilidade adequada entre cinco e dez entrevistas práticas.

Guia de Entrevista para a Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia

Entrevistador

Faça a primeira pergunta como está escrita. Use as frases que seguem e os qualificadores a seu critério.

O período examinado refere-se às duas últimas semanas, a não ser que esteja estipulado.

OBS: o último item, número 9, é baseado nas observações da totalidade da entrevista.

1. Depressão

Como você descreveria o seu humor nas últimas duas semanas: Você tem estado razoavelmente alegre, ou tem se sentido muito deprimido ou desanimado recentemente? Nas últimas duas semanas, com que frequência você tem se sentido (palavras utilizadas pelo entrevistado)? Todos os dias? O dia inteiro?

0. Ausente

1. Leve Expressa alguma tristeza ou desânimo ao responder.
2. Moderada Humor deprimido evidente, persistindo até metade do período das duas últimas semanas: presente diariamente.
3. Severa Humor marcadamente deprimido, diariamente, por mais da metade do período. Interfere no funcionamento motor e social habitual.

2. Desesperança

Como você vê o seu próprio futuro?

Você vê algum futuro? Ou a vida lhe parece sem esperanças?

Você desistiu ou ainda sente alguma motivação para continuar tentando?

0. Ausente

1. Leve Nas últimas duas semanas teve em alguns momentos desesperança, mas ainda tem algum grau de esperança no futuro.
2. Moderada Desesperança moderada e persistente nas duas últimas semanas. Pode ser convencido a admitir a possibilidade de as coisas ficarem melhor.
3. Severa Desesperança persistente e angustiante.

3. Autodepreciação

Qual é a sua opinião a respeito de si mesmo em comparação com as outras pessoas? Você se sente melhor, não tão bom ou igual à maioria das pessoas?

Você se sente inferior ou sem valor?

0. Ausente

1. Leve Algum sentimento de inferioridade está presente, mas não se sente sem valor.

2. Moderada Sente-se sem valor, mas o sintoma está presente por menos de 50% do tempo.
3. Grave Sujeito considera-se completamente sem valor por mais de 50% do tempo. Pode ser convencido a admitir o contrário.

4. Ideias de Referência de Culpabilidade

Você tem a sensação de que está sendo responsabilizado ou mesmo acusado injustamente de alguma coisa? De quê? (Não inclua acusações e culpa justificáveis. Exclua delírio de culpa).

0. Ausentes

1. Leves Sujeito sente-se culpado, mas não acusado, por menos de 50% do tempo.
2. Moderadas Sentimento persistente de ser culpado, e/ou ocasionalmente sentimento de ser acusado.
3. Graves Sentimento persistente de ser acusado. Quando confrontado, admite que não é exatamente assim.

5. Culpa Patológica

Você costuma se auto acusar por pequenas coisas que você fez no passado? Você acha que merece ficar tão preocupado com essas coisas ?

0. Ausente

1. Leve Sujeito sente-se excessivamente culpado por causa de pequenas faltas, mas por menos de 50% do tempo.
2. Moderada Sujeito geralmente (mais de 50% do tempo) se sente culpado por ações cujo significado ele exagera.
3. Grave Sujeito sente-se acusado por tudo o que saiu errado, mesmo que não tenha sido por falta sua.

6. Depressão Matutina

Quando se sentiu deprimido nas duas últimas semanas, você notou em que período do dia se sente mais deprimido?

0. Ausente Sem depressão.

1. Leve Depressão presente, mas sem variação diurna.
2. Moderada Espontaneamente menciona que a depressão é pior no período matutino.
3. Severa Depressão marcadamente pior no período matutino com prejuízo do desempenho, que melhora ao longo da tarde.

7. Despertar Precoce

Você acorda pela manhã mais cedo do que lhe é habitual para você ?

Quantas vezes por semana isso acontece?

0. Ausente Sem despertar precoce.

1. Leve Ocasionalmente acorda (até duas vezes por semana) uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou horário que toca o despertador.
2. Moderado Frequentemente acorda cedo (até 5 vezes por semana), uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou no horário que toca o despertador.
3. Grave Diariamente acorda 1 hora ou mais antes do horário habitual.

8. Suicídio

Você já sentiu que não valia mais a pena viver? Alguma vez teve vontade de acabar com tudo ? O que você pensou que poderia fazer? Chegou realmente a tentar?

0. Ausente

1. Leve Pensamentos frequentes de estar melhor morto, ou ocasionalmente pensa em suicídio.

2. Moderado Deliberadamente cogitou o suicídio e formulou um plano, mas não chegou a tentá-lo.

3. Grave Tentativa de suicídio destinada a resultar em morte (isto é: morte evitada por descoberta acidental ou o sujeito utilizou um método ineficiente).

9. Depressão Observada

Baseado na observação do entrevistador durante toda a entrevista.

A pergunta "Você tem vontade de chorar?" feita em momentos oportunos da entrevista pode dar informações úteis para essa observação.

0. Ausente

1. Leve Sujeito aparenta tristeza e expressão de alguém que está num velório até mesmo durante alguns momentos da entrevista, envolvendo-se de forma neutra na discussão.

2. Moderada Sujeito aparenta tristeza e expressão de alguém que está num velório durante a entrevista, com a voz monótona e desanimada, e está choroso ou chora em alguns momentos.

3. Grave Sujeito fica em silêncio nos momentos estressantes, com frequência suspira profundamente e chora abertamente, ou está persistentemente num estado miserável e o examinador tem certeza desse fato.

Complemento SCID-V - PANSS

N5:

1- Pergunte o significado de 2 provérbios: “Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”; “Cavalo dado não se olha os dentes”;

2- O significado de 2 provérbios mais simples: “Filho de peixe peixinho é”, “Não adianta chorar o leite derramado”.

3- Pergunte a respeito de 2 classificações dando um exemplo antes: “A maçã e a laranja tem em comum o fato de serem frutas. E o gato e o cachorro?”.

4- Faça uma pergunta que apresente uma imagem concreta, porém exige interpretação: “Qual a diferença entre a criança e o anão?”, “Qual a diferença entre uma casa e um hotel?”

5- Evite provérbios que possam ser facilmente interpretados dentro de vivências delirantes “Quem tem telhado de vidro não atira pedra no do vizinho”., ou que tenham termos religiosos “todo santo ajuda quem cedo madruga”, ou que deem margem a interpretações sexuais “Quem comeu a carne que roa os ossos”

G10:

Pergunte o ano, o mês, o dia do mês o dia da semana. O local onde se encontra, a cidade que mora. Para pacientes muito confusos, pergunte se ele sabe quem são seus acompanhantes, quem são os profissionais que acompanham seu tratamento.

G12:

Considere como o paciente nomeia seu transtorno, como atribui seus sintomas passados ou presentes como reais, e como compreende o uso das medicações.